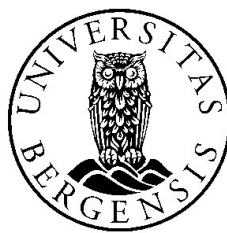


Fremdeles usynlig

En studie av unge helsefagarbeideres hverdag og
perspektiver på omsorg

Ingvild Verpe Sandve



Masteroppgave

Våren 2020

Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

Førord

Først og fremst må jeg takke helsefagarbeiderne som stilte opp til intervjuer, uten dere hadde ikke denne oppgaven sett dagens lys. Tusen takk for at dere har delt deres tanker og erfaringer med meg. Jeg vil også takke Fagforbundet for all hjelp med rekruttering av informanter, spesielt Inge Skogheim som engasjerte seg og svarte meg på all verdens av spørsmål – tusen takk.

En spesiell takk til min veileder førsteamanuensis Kristoffer Chelsom Vogt. Din veiledning har vært uvurderlig i arbeidet med oppgaven. Dine grundige og kvikke kommentarer sammen med en urokkelig tro på prosjektet, ga meg alltid inspirasjon til å arbeide videre og prøve hardere. Tusen takk for all din hjelp og stå-på-vilje!

En takk må også rettes til mine foreldre. Hva enn det skulle være, dere stiller opp og heier meg videre. Mamma, tusen takk for ros, omtanke og inspirasjon til å skrive om helsesektoren. Pappa, nå lover jeg at du har korrekturlest den siste oppgaven fra meg, tusen takk for at du er et akademisk forbilde for meg.

Romkameratene mine, dere fortjener også en takk! Maria, du er en herlig søster som alltid fant frem vinglasset når stressnivået ble litt høyt. Harley, du har alltid en plass på mitt fang, ingen bedre terapihund finnes. Tusen takk for støtten!

Sist, men ikke minst vil jeg gjerne takke den fantastiske lesesalgjengen jeg har vært så heldig å få være en del av i to år. Det ble ekstra tydelig, når lesesalen stengte, hvor viktig samholdet og støtten fra lesesalen og rom 408 var for fremgangen i oppgaven – tusen takk for at dere er der! En spesiell takk til mine to beste lesesaljenter, Christine og Henriette! Å få lov til å dele oppturer og nedturer med dere dette året har vært et privilegium og jeg gleder meg til å se hvilke eventyr vi møter når oppgaven er levert.

Arbeidet med denne oppgaven har vært en bratt oppoverbakke av selvutvikling. Det er en herlig følelse å stå på toppen av bakken og kunne si at jeg har levert. God sommer!

Bergen, 2. juni 2020

Ingvild Verpe Sandve

Sammendrag

Denne oppgaven beskriver unge helsefagarbeideres arbeidshverdag og utfordringer knyttet til omsorgsutøvelse. Jeg har gjennomført ti intervjuer med helsefagarbeidere fra alderen tjue til trettien år, hvor fem av de arbeidet innen spesialisthelsetjenesten og fem av de arbeidet innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Livsløpsperspektiv blir brukt gjennomgående i hele oppgaven for å utheve problemstillinger som er særlig relevant for den livsfasen de unge helsefagarbeiderne befinner seg i. Oppgaven er delt inn i tre analysekapitler som tar for seg *hindret etablering* og *uforutsigbar hverdag*, omsorgsperspektiver og utfordringer og til slutt kjønn og etnisitet.

Første analysekapittel ser på hvordan ufrivillig deltidsarbeid kan *hindre etablering*. Dette er sett i et livsløpsperspektiv for å fange opp sammenhenger mellom ufrivillig deltidsarbeid og den livsfasen informantene befinner seg i. *Uforutsigbar hverdag* blir analysert på bakgrunn av deltidsstillinger og informantenes jag etter ekstravakter.

Andre analysekapittel tar i bruk omsorgsperspektiver, med særlig fokus på Kari Wærness sitt begrep omsorgsrasjonalitet. Omsorgsrasjonalitet er brukt i analysen av omsorgsutøvelse og informantenes skildring av pleie- og omsorgsarbeid. Her finner jeg at omsorgsarbeid fortsatt blir nedvurdert innenfor et medisinsk hierarki.

Tredje analysekapittel tar for seg sammensetningen av kjønn og etnisitet. Dette blir diskutert i lys av en økende tilstrømning av etniske minoriteter og menn til yrket. Kapittelet diskuterer hvordan internalisert misogyni blant informantene reproducerer en nedvurdering av kvinnelige karakteristikk og hvordan norskhet er på toppen i et kompetanshierarki.

Oppgavens empiri tilsier at omsorgsarbeid er nedprioritert og usynliggjort innen helsesektoren. Kari Wærness sitt begrep usynlig arbeid kan overføres fra hjemmet til helse- og omsorgssektoren (Wærness, 1978). Dette er på bakgrunn av en historisk devaluering av kvinnelig arbeid og et medisinsk hierarki som er særlig tilstede innad sykehusene, men også i rangeringen av arbeidssted med et skille mellom kommunal sektor og sykehusene. Ufrivillig deltid viser seg å spesielt ramme de unge helsefagarbeiderne, og stammer fra helsesektorens prioritering for en organisering som er til dels økonomisk motivert. Oppgavens fokus og design gjør den egnet til å belyse bakgrunnen for en stor og økende mangel i rekruttering av

helsefagarbeidere, som forklares gjennom å beskrive utfordringene knyttet til hverdagen og omsorgsperspektivene de unge helsefagarbeiderne møter.

Antall ord: 35 191

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
1. Introduksjon	7
1.2 Å bli og å være helsefagarbeider	7
1.3 Problemstilling	8
2. Bakgrunn og tidligere forskning	11
2.1 Hjelpepleien – helsefagarbeiderutdanningens startskudd	11
2.2 Anerkjennelse og deltid – et gjentakende problem?	12
2.3 Ufrivillig deltid	15
2.4 Innvandring til helsefagarbeideryrket	18
3. Teoretisk grunnlag	22
3.1 Livsløpsperspektiv	22
3.2 Omsorgsrasjonalitet og sosial omsorg	23
4. Metode	28
4.1 Utvalg og rekruttering	28
4.2 Intervjuprosessen	29
4.3 Analyse	30
4.4 Ethiske refleksjoner	32
4.5 Tabell	34
5. Hindret etablering og uforutsigbar hverdag	35
5.1 Forventninger	35
5.2 Hindret etablering	36
5.3 Uforutsigbar hverdag	44
5.4 Sykehus og kommunalt – er det noen forskjeller?	49
6. Omsorgsperspektiver og utfordringer	51
6.1 Betydning	51

6.2 Grenser og nærhet	53
6.3 Utfordringer kommunalt og i spesialisthelsetjenesten – møter de det samme?	60
7. Kjønn og etnisitet	68
7.1 Positiv kvinnelighet	68
7.2 Negativ kvinnelighet	70
7.3 Kjønn og praktiske tilpasninger	75
7.4 Seksuell trakassering, alder og kjønn	79
7.5 Etnisitet og hierarkier	80
8. Avsluttende diskusjon	86
9. Litteratur	92
Vedlegg 1	97
Vedlegg 2	100

1. Introduksjon

1.2 Å bli og å være helsefagarbeider

For å bli helsefagarbeider tar man en yrkesfaglig utdanning som består av to år på skole og to år i bedrift, ellers kan man ta fagbrev gjennom voksenopplæring. Da enten som voksen lærling, eller gjennom praksiskandidatordningen, hvor voksne som kan dokumentere lang og variert praksis kan gå opp til fagprøven (Bratsberg mfl., 2016: 5). Gjennom utdanningen lærer man å ivareta den enkelte pasient sine behov for helhetlig omsorg, ernæring, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid. Noen av oppgavene knyttet til dette er å assistere med personlig hygiene, forflytning eller trening. Det kan også innebære å tilberede måltider og kartlegge ernæring, og bruke miljørettede tiltak og aktiviteter. En helsefagarbeider skal bidra til folkehelsearbeidet ved å forebygge ensomhet og bidra til at pasienter kan føle mestring i hverdagen, som kan føre til et mer aktivt liv. For å utføre disse oppgavene kan en helsefagarbeider arbeide innenfor kommunal pleie- og omsorgssektor eller i spesialisthelsetjenesten (Utdanning.no, 2020¹). Rapportering fra 2016 viser at de fleste helsefagarbeidere er ansatt innen kommunale helse- og omsorgstjenester (Beyrer mfl., 2019: 17).

Flere sykehus og helseforetak ønsker å øke antall helsefagarbeidere innen 2022 (Helse Bergen, 2019, Andreassen, 2020). Sykehusenes varslede satsning på helsefagarbeidere representerer et taktskifte etter tiår med motsatt holdning. Bakgrunnen for dette behovet er en forventet mangel av sykepleiere i årene som kommer. De nevner også at det trengs en rendyrking av sykepleierfaget, noe en økning av andre yrkesgrupper kan være med å bidra til. Samtidig er arbeidet med å kartlegge oppgaver for helsefagarbeidere innen sykehusene et omfattende arbeid, som vil kreve endringer i organiseringen av sykehusene. Målet med denne satsningen er å kunne motvirke den sterkt aldersrelaterte avgangen² som vises hos både sykepleiere og helsefagarbeidere. Sammen med en rekruttering til sykehusene er helsesektoren også avhengig av innvandring av helsepersonell for å kunne imøtekomme behovene i de kommende årene (Andreassen, 2020).

¹ Yrkesbeskrivelsen er basert på åpne data fra utdanning.no og er underlagt Norsk lisens for offentlige data (NLOD). Teksten vedlikeholdes på [yrkessiden](http://yrkessiden.no) på utdanning.no.

² Rapporter fremlegger at det vil være en mangel på helsefagarbeidere og annet helsepersonell de neste tiårene grunnet en økende aldrende befolkning og aldersrelatert avgang hos personell (Helse Bergen, 2019, Beyrer mfl., 2019, Hjemås mfl., 2019).

Våren 2020 ble Norge rammet av Covid-19 og dette har aktualisert hva som skjer etter krisen for helsearbeidere. Over 70 prosent av ansatte innen helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner arbeider deltid. Det retter søkelyset på situasjonen Norge står i under pandemien, og understreker at deltidsjobber og bruk av vikarer ikke bare er et problem for individet, men også et problem når det kommer til kvalitetssikring og håndtering av kritiske situasjoner som denne. Nestleder i Fagforbundet håper at håndteringen av pandemien gjør at helsearbeidere vil oppleve at de trengs, at de er viktige og at de inkluderes i fellesskapet. Hun viser til at unge mennesker som har skaffet seg kompetanse som trengs innen helsesektoren, blir henvist til en liten deltidsstilling og får høre at de ikke kan utføre de målene som utdanningen deres viser at de kan gjøre. Videre i artikkelen tar de opp at mange ikke finner slike samfunnskritiske yrker attraktive. Byrådsleder i Oslo håper at det etter koronakrisen blir lettere å rekruttere folk, og at pandemien kan være et vendepunkt når det gjelder utdanningsvalg (Hjelme & Geard, 2020: 58-59).

1.3 Problemstilling

Denne oppgaven undersøker hvordan unge helsefagarbeideres arbeidshverdag oppleves og årsakene bak valget om å bli helsefagarbeider. Målet var å få informasjon om yrket, og hvordan informantene kombinerer arbeid med livsfasen de befinner seg i. Ofte ønsker man å stifte familie i denne perioden av livet. Dette fører med seg utfordringer knyttet til å komme inn på boligmarkedet, og å etablere en hverdag som er ny og kan være fylt med mange vanskelige valg. Helsefagarbeidere går ut i et yrke hvor de ofte arbeider turnus, noe som kan være utfordrende, i tillegg til at det er et yrke preget av midlertidighet og uforutsigbart deltidsarbeid. Basert på disse antakelsene ble det viktig å utforske dette mer inngående, noe som førte til at den overordnede problemstillingen for oppgaven er:

Hva kjennetegner unge helsefagarbeideres arbeidshverdag og perspektiver på omsorg?

Ut ifra problemstillingen, er det underproblemstillinger til hvert analysekapittel:

- Hvilke konsekvenser kan ufrivillig deltidsarbeid ha på den enkeltes livsløp og hverdag?
- Hvilke utfordringer møter unge helsefagarbeidere i arbeidet?
- Hvilke utfordringer og muligheter møter helsesektoren ved et større mangfold av kjønn og etnisitet i yrket?

For å kunne analysere og kaste lys over hovedproblemstillingen og tilhørende underproblemstillinger, ble det utført intervjuer, som tok for seg hver informants opplevelse av yrket sitt, utdannelsen og hverdagslivet. På bakgrunn av statistikk og tidligere forskning som viste at unge helsefagarbeidere sliter særlig med ufrivillig deltid og følgene av dette (Vabø mfl., 2019, Beyrer mfl., 2019) virket et livsløpsperspektiv å være svært relevant for oppgaven. Informanter ble derfor valgt ut på bakgrunn av alder og livsfase. Livsløpsperspektivet ble kombinert med teori, som ga et rammeverk for de handlingene som ble utført og valgene informantene tok i omsorgsarbeidet. Å ta opp spørsmål om omsorg i intervjuene gjorde det også aktuelt for informantene å reflektere over hvilke hendelser som hadde ført til at de fikk et behov for å sette grenser i utøvelsen av omsorgsarbeid og hvordan de selv praktiserte omsorgsrasjonalitet i arbeidshverdagen. Oppgavens fremste bidrag er begrepsutvikling, noe som er blitt gjort ved bruk av grounded theory (Glaser & Strauss, 1967), dette gjorde det mulig å generere teori ut ifra datamaterialet.

I det første analysekapittelet utforskes det om informantene møter noen utfordringer knyttet til livsløpet og hverdagen deres. Ved å fokusere på deres uttalelser om egen hverdag og hvordan informantene opplever yrket og arbeidet sitt, kan man i datamaterialet avdekke særlige utfordringer knyttet til deres livsløp og hverdag. Dette er viktig fordi yrket er preget av turnusordninger og en gjennomgående høy deltidsbruk. Ved å fokusere på individets opplevelse av hvordan deres arbeidshverdag er lagt opp, blir konsekvensene for den enkeltes hverdag synliggjort og diskutert. Av empirien kommer det frem at en fast stilling i tilnærmet hundre prosent er viktig. For å begrepsliggjøre det som fremgikk som de største utfordringene som gjaldt livsløp og hverdag har jeg utviklet to begreper fra dataene: *hindret etablering* og *uforutsigbar hverdag*.

I det andre analysekapittelet blir det sett nærmere på omsorgsutøvelse og utfordringer knyttet til nærhet og profesjonalitet. Informantene deler sine erfaringer tilknyttet omsorg, som gjør det mulig å synliggjøre de utfordringene helsefagarbeidere opplever i sin utførelse av omsorgsarbeid. Bakgrunnen for å analysere omsorgsutøvelse er for å avdekke betydningen informantene legger i arbeidet sitt og utfordringene de erfarer som profesjonell omsorgsutførelse overfor pasienter. Ved hjelp av Kari Wærness sitt begrep omsorgsrasjonalitet avdekkes det i analysen forskjeller mellom helsefagarbeiderne som er ansatt ved sykehus og helsefagarbeiderne som er ansatt i kommunal helse -og omsorgstjeneste. Mangel på tid og anerkjennelse er større utfordringer i omsorgsarbeidet. Det kommer frem at omsorgsarbeid er

nederst på kompetansehierarkiet, som fører til at helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver og kunnskap er lite usynlig.

Det siste analysekapittelet tar for seg problemer spesifikt knyttet til kjønn og etnisitet. Gjennom helsefagarbeidernes fortellinger om dynamikken mellom seg selv og pasienter eller kollegaer, er det aktuelt å analysere hierarkiske relasjoner og bakgrunnen for eventuelle konflikter knyttet til kjønn og etnisitet. Viktigheten av å inkludere kjønn og etnisitet i analysen, bunner i at helsefagarbeider er et kvinnedominert yrke, med en tilstrømning av etniske minoriteter til yrket og helsesektoren. Dette gjør det særlig aktuelt å belyse disse aspektene fra datamaterialet. Ved hjelp av begrepene *positiv kvinnelighet* og *negativ kvinnelighet*, kommer det frem at informantene ønsker et mangfold i kjønn, som kan føre til organisatoriske utfordringer og en favorisering av menns arbeidskraft i yrket.

2. Bakgrunn og tidligere forskning

2.1 Hjelpepleien - helsefagarbeiderutdanningens startskudd

I det norske samfunn er det en rekke problemer knyttet til rekruttering av helsefagarbeidere og mulighetene for fast heltidsarbeid. Historisk viser det seg at deltid og yrkesstatus er problemer som også har angått hjelpepleierne i sin tid. I senere tid har deltidsproblematikken fått en del oppmerksomhet, også i sammenheng med diverse tiltak som er i gang for å kunne løfte helsefagarbeiderutdanningen.

For å forstå hvordan helsefagarbeiderutdanningen ble en egen gren innenfor omsorgsarbeid, er det viktig å se på hjelpepleiernes historie. Helsefagarbeid ble en egen utdanning sprunget ut av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen. Denne endringen ble utført i 2006, med et ønske om å etablere en klarere yrkesprofil innenfor helsesektoren (Høst, 2006: 213). Hjelpepleierutdanningen ble opprettet i 1963 som en landsomfattende fagutdanning for pleie- og omsorgsarbeid. Rekrutteringen som ble gjort til utdanningen traff voksne kvinner med erfaring som husmødre og som ufaglærte pleie- og omsorgsarbeidere. Helsefagarbeideryrket kan per i dag også sees på som et kvinneyrke, på bakgrunn av at majoriteten er kvinner. I 2016 var nittito prosent av alle sysselsatte helsefagarbeidere kvinner (Beyrer mfl., 2019: 16).

Bakgrunn for etableringen av hjelpepleierutdanningen var en sterk vekst i utdanningssystemet, sammen med utbygging av sykehus og etablering av en pleie- og omsorgssektor som krevde arbeidskraft. Oppbruddet fra husmorsrollen og kvinners deltakelse i arbeidslivet var en faktor som bidro til ikke bare etableringen, men også suksessen til hjelpepleierutdanningen (Høst, 2006: 13). I sin startfase var hjelpepleierutdanningen åtte måneder lang, hvor to tredjedeler av utdanningen var veiledet arbeidspraksis og en tredjedel var teori (Høst, 2006: 73-74).

En av faktorene som bremsset utviklingen av en egen hjelpepleierutdanning var Sykepleierforbundet. Dette bunnet i en egen kamp for å lovfeste en treårig utdanning som sykepleier, hvor en kortere pleieutdanning ble sett på som en trussel mot sykepleierfaget. (Høst, 2006: 69). Sammen med et økende kapasitetsproblem blant sykepleiere og en uro hos ufaglært pleiepersonell som ikke hadde en fastslått sosial stilling innad i sykehusene, økte presset for å vedta en kortere pleierutdanning. En utløsende faktor som gjorde at Sykepleierforbundet ga seg var sykepleierloven av 1960, som fordoblet sykepleiernes teoretiske omfang. Dette førte til at sykepleiernes ubetalte arbeidsplikt ble redusert og det oppsto et større behov for annet

pleiepersonell (Melby, 1990 sitert i Høst, 2006: 72). Hjelpepleierutdanningen ble styrt og undervist av sykepleierne, som var påpasselige med at utdanningen ga opplæring i rutinearbeid og ikke sykepleierens oppgaver. Ifølge Sykepleierforbundets daværende leder Helga Dagsland var sykepleie noe som krevde «en betydelig grad av intelligens» (Melby, 1990 sitert i Høst, 2006: 74). Til tross for stor motstand mot hjelpepleierutdanningen, vokste den frem til å bli en populær utdanning fra 1980-tallet til 1990-tallet (Høst, 2006: 105).

2.2 Anerkjennelse og deltid – et gjentakende problem?

Det er en del trekk som kan finnes tilbake i helsefagarbeiderens arbeidssituasjon i dag som også var sentrale i hjelpepleierens historie. Hjelpepleierne startet som pleiepersonell innenfor sykehusene, men andelen som startet ved sykehusene ble fra 1975 til 1985 over halvert fra førtien prosent til sytten prosent (Abrahamsen referert i Høst, 2006: 112). Dette er noe man ser hos helsefagarbeidere i dag, hvor bare åtte prosent av helsefagarbeidere arbeidet innen spesialisthelsetjenesten i 2016. Hjelpepleierne ble istedenfor flyttet til den kommunale pleie- og omsorgssektoren, et trekk som også er å finne ved helsefagarbeideryrket hvor sytti prosent av helsefagarbeidere arbeider i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Beyrer mfl., 2019: 17).

En omstrukturering av helse- og omsorgssektoren førte til forandringer i hjelpepleierens arbeidsmarked. Sykehus som var stedet hjelpepleierfaget begynte, ble nå skiftet ut med syke- og aldershjem som hovedarbeidsplass, hvor de på 1980- og 1990-tallet opplevde stor etterspørsel innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Endringen ble begrunnet med et behov for kostnadskutt, fremskritt innenfor medisinsk teknologi og en utbedring av sykehjem og hjemmesykepleie (Høst, 2006: 112). Dette førte til at hjelpepleierne ble byttet ut med sykepleiere i sykehusene, og hjelpepleierstillinger ble omgjort til sykepleierstillinger fra 1980-tallet (Eilertsen og Wold referert i Høst, 2006: 112). Ledere vurderte det som at man hadde mest bruk for sykepleiere til ulike pleieoppgaver i sykehuset (Høst, 2006: 113-114). Dette førte til at hjelpepleierne hadde hovedvekt innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren, noe som også førte til det Høst antar er et prestisjefall for hjelpepleierutdanningen (Høst, 2006: 116).

I dag er denne langvarige utviklingen i ferd med å snu. I Helse Bergen er det påbegynt et omfattende arbeid med endringer og tiltak for å snu den synkende trenden med helsefagarbeiderstillinger i sykehusene. Ved hjelp av en kartlegging kommer de frem til at en økning av helsefagarbeidere i sykehuset vil motvirke den ventede begrensede tilgangen på sykepleiere og samtidig være økonomisk gunstig (Helse Bergen, 2019: 17). Problemene

helsefagarbeiderne møter på er den samme som hjelpepleierne møtte på i sin tid, ledere ønsker kun å bemanne avdelingene med sykepleiere (Helse Bergen, 2019: 16). Rapporten legger frem at det langvarige ønsket om å erstatte helsefagarbeidere med sykepleiere må snus. Gjennom innsats, strategisk planlegging og en holdningsendring mener rapporten at det skal være mulig å øke antall helsefagarbeidere ansatt ved Haukeland sykehus fra åtte prosent til seksten prosent innen utgangen av 2025 (Helse Bergen, 2019: 18-19).

For dagens helsefagarbeidere ser man på lik linje med datidens hjelpepleiere at de fleste er ansatt innen kommunal omsorgssektor. Rapporter viser til en svakt synkende tendens av helsefagarbeidere ansatt i spesialisthelsetjenesten. Samtidig som helsefagarbeidere økte med rundt tre tusen i kommunen, sank antallet tilsvarende i spesialisthelsetjenesten. Rapporten fremlegger noen teorier om hvorfor helsefagarbeidere forlater spesialisthelsetjenesten. Samtidig som det kan ha skjedd en nedbygging av oppgaver som utføres av helsefagarbeidere ved spesialisthelsetjenesten, kan strukturelle endringer som satser på færre sykehusdøgn ha ført til en flytting av arbeidsoppgaver til institusjoner i kommunen (Beyrer mfl., 2019: 19). Helsefagarbeidere nå til dags kan antas å ha de samme utfordringene med anerkjennelse innen sykehusene som hjelpepleierne hadde i sin tid. Dette kan være en forklaring på hvorfor så mange arbeider innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren, noe som vil bli tatt opp grundigere i analysekapitlene.

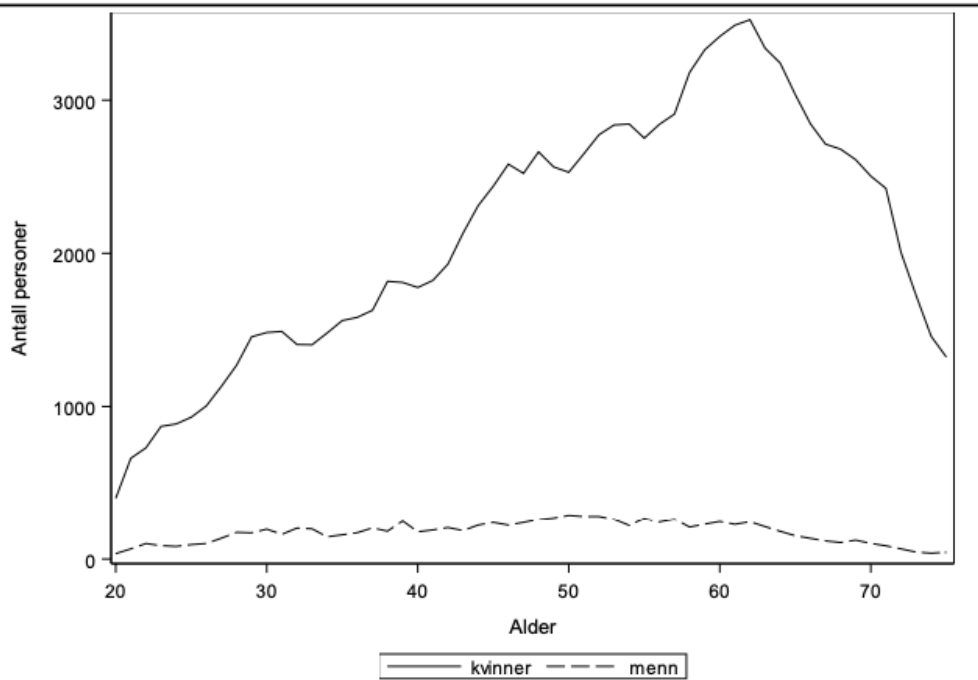
Et siste likhetstegn mellom hjelpepleierne og helsefagarbeiderne er deltid. I hjelpepleierutdanningens fremvekst, vokste også deltidsbruken. Tilbudet om deltidsarbeid ble sett på som en inngang for kvinner i arbeidslivet, hvor deltid førte til en mykere overgang enn heltidsarbeid. Deltid ble da brukt for å lokke kvinner ut i arbeidslivet etter en regjerende husmorsperiode på 1950-tallet (Høst, 2006: 118). Som Kari Wærness påpeker, ble den nordiske modellen for hjemmetjenester bygget på et husmorsideal, noe som gjorde det til et familiært terreng (Wærness, 2010: 129). Samtidig som det var gunstig for arbeidstakerne med deltid, så arbeidsgiverne at deltid var gunstig i form av den fleksibiliteten det ga dem i bemanning (Høst, 2006: 119).

Hjelpepleierutdanningen og deres arbeidsliv kan minne om helsefagarbeiderutdanningen og deres arbeidssituasjon. Selv om hjelpepleierne startet med å arbeide i sykehusene, endte faget opp som et typisk kommunalt pleie- og omsorgsykke. Det var her helsefagarbeiderne i 2006 startet sin karriere, hvor det er vist at majoriteten er ansatt ved kommunale institusjoner, og flest

også arbeider deltid. Deltid som gjorde det mulig å rekruttere så mange kvinner til hjelpepleierutdanningen og senere ut i arbeidslivet, har blitt et tveegget sverd, spesielt for unge helsefagarbeidere. I 2016 arbeidet nærmere to av tre helsefagarbeidere deltid, hvor åtti prosent av nyutdannede arbeider deltid. I et samfunn basert på en to-forsørgermodell, kan deltid være en strukturell preferanse og ikke et ønske fra arbeidstaker (Beyrer mfl., 2019: 20).

Som figuren³ nedenfor viser er majoriteten av helsefagarbeidere godt voksne kvinner. Dette vil føre til en bølge av avgang når disse kvinnene når pensjonsalder. Samtidig så viser tilgangen til nye helsefagarbeidere seg lav, i forhold til personer som allerede har utdanningen, noe som vil føre til en synkende gruppe av helsefagarbeidere i årene fremover (Hjemås mfl., 2019: 48). Dette kan føre til et rekrutteringsproblem, med tanke på at yrket ofte er forbundet med deltidsarbeid og lav anerkjennelse.

Figur 2.1 Aldersfordelingen til helsefagarbeidere i utgangbestanden. 2017



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

³ Hentet fra: Hjemås, Geir, Zhiyang, Jia, Kornstad, Tom og Stølen, Nils Martin (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. 2019/11. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Deltidsarbeid var før en mulighet til å få kvinner ut i lønnet arbeid, samtidig som omsorgsansvar for barn ble ivaretatt. Det var ikke før på 1990-tallet at debatten om ufrivillig deltid oppsto og ga assosiasjoner til helse- og omsorgssektoren (Gjengedal, 2019: 2-3). Deltidsarbeid kan føre til en utrygg tilknytning til arbeidslivet, men man ser også at mange kvinner velger å arbeide deltid innen helsesektoren.

Behovet for deltidssarbeidende stammer fra at helse- og omsorgssektoren har et høyt sykefravær og turnusarbeid. Ved ufrivillig deltid ser man at det er de med lavest kompetanse som er mest utsatt. Det er de som stiller opp som vikarer ved sykdom, men arbeidsgiver ønsker ikke å komme i en situasjon der de er lovpliktig å ansette de med lavest kompetanse i høyere stilling. Helsesektoren er en viktig rekrutteringsbase for å få innvandrere inn i norsk arbeidsliv, noe som kan føre til utfordringer hvis norskkunnskapene er dårlig hos flere ansatte på vakt samtidig (Gjengedal, 2019: 5). I 2016 var tretten prosent av alle sysselsatte helsefagarbeidere innvandrere. Statistisk sentralbyrå definerer innvandrer som en person født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Det var flest helsefagarbeidere med innvandrerbakgrunn fra Filippinene, fulgt av svenske helsefagarbeidere som arbeidet i Norge i 2016 (Beyrer mfl., 2019: 23). De helsefagarbeiderne som kommer fra Filippinene har ofte sykepleierutdanning fra hjemlandet, som ikke blir godkjent i Norge. Dette fører til at de heller blir autorisert som helsefagarbeider. I 2017 ble det innført tilleggskrav for alle med utdanning fra land utenfor EU/EØS og Sveits som søker autorisasjon. Dette medfører blant annet en språkttest, noe som fører til at man forventer en nedgang i antall utenlandske helsefagarbeidere som søker autorisasjon til å arbeide i Norge (Beyrer mfl., 2019: 25).

2.3 Ufrivillig deltid

Helsefagarbeidere og ufrivillig deltid er blitt forsket en del på i de senere årene, men blir sjeldent relatert til unge helsefagarbeidere og de særlige utfordringene dette fører med seg. Jeg vil gjerne legge frem noen rapporter som tar for seg ufrivillig deltid og mekanismene som forskerne legger til grunn, hvor forskningen fokuserer på de unge helsefagarbeiderne i Norge.

I en artikkel basert på den nordiske undersøkelsen NORDCARE I og NORDCARE II, henholdsvis gjort i 2005 og 2015, fokuseres det på basispersonalet innen eldreomsorgen. Forskerne kaller de helsefagarbeidere, hvor hjelpepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og tilsvarende går under paraplyen helsefagarbeider (Vabø, mfl., 2019: 10). Pleierne som deltok i undersøkelsen ble rekruttert gjennom fagforbundene i landene, hvor majoriteten som svarte

på undersøkelsen er voksne kvinner. I undersøkelsen er det Finland som skiller seg mest ut som et land med heltidskultur, hvor det i 2005 var nesten nitti prosent som arbeidet heltid i Finland, de resterende landene hadde en rate på omkring førti prosent. I 2015 hadde de fleste landene vært stabile, men Danmark hadde økt sin andel heltidsansatte med ti prosentpoeng (Vabø mfl., 2019: 11). Norge lå fortsatt på topp som deltidsløst land, til tross for at kort deltid gikk ned med fem prosentpoeng i 2015, med en liten økning av de som arbeider heltid (Vabø mfl., 2019: 12).

Norge ligger på topp over helsefagarbeidere som ønsker å arbeide flere timer. Forskerne undersøkte bakgrunnen for at Norge har et høyt antall helsefagarbeidere som arbeider kort deltid og høyest antall som ønsker å arbeide flere timer (Vabø mfl., 2019: 12). En endring de påpeker fra 2005 til 2015 er at andelen som arbeidet kort deltid, altså mindre enn tjue timer i uken, har gått ned i sitt ønske om å arbeide flere timer. Andelen gikk fra førtifem prosent i 2005 til rundt tjuefem prosent i 2015. Det har også skjedd et skifte for de som arbeider lang deltid, altså over tjue timer i uken, hvor over førti prosent ønsker å arbeide flere timer. Forskerne legger til grunn at fokuset på ufrivillig deltid kan ha ført til at kommunen har klart å innfri ønsket om større stillinger, men at de ikke har klart å møte alle ønsker om heltidsstillinger (Vabø mfl., 2019: 13).

Forskerne stiller også spørsmålet om de som velger å arbeide deltid gjør dette for å beskytte seg mot påkjenningene i yrket. Undersøkelsen viser at selvrapporterte plager ikke varierer mellom de som arbeider deltid og de som arbeider heltid, noe forskerne mener kan komme av at de som arbeider deltid ofte arbeider på de travleste tidene på døgnet (Ingstad & Kvande, 2011 sitert i Vabø mfl., 2019: 15). Tanken om at de som arbeider deltid har mer tid til å hente seg inn fra travle vakter blir undersøkt. Deltidsarbeidende opplever ikke mindre press og belastninger enn heltidsarbeidende, det som slo ut var faktorer knyttet til arbeidsmiljø, og ble rapportert som hovedårsak for fysiske belastninger (Vabø mfl., 2019: 16).

Et spørsmål forskerne stiller er om bakgrunnen for at de som arbeider lang deltid ønsker å arbeide flere timer, grunner i at det er de unge helsefagarbeiderne som havner bakerst i køen. De finner at det er alder og ansiennitet, og ikke deltidbrøk som avhenger om man ønsker å arbeide flere timer, hvor lav verdi på alder og ansiennitet er de som ønsker om flere timer (Vabø mfl., 2019: 13). De konkluderer med at det er de unge arbeidstakerne som opplever størst grad av ufrivillig deltid, selv etter å ha kontrollert for barn, helse og barns alder. Det peker heller mot et generasjonsfenomen, hvor retten til barnehageplass og en fullverdig deltakelse i

arbeidslivet er en selvfølge (Vabø mfl., 2019: 14). De legger også til at nittitre prosent av de norske respondentene er enig i at yrket ville vært mer attraktivt med en heltidskultur (Vabø mfl., 2019: 15).

Dette stemmer også med en rapport fra NIFU (Skålholt mfl., 2013). Rapporten ser på helsefagarbeiderutdanningen etter sammenslåingen av hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen til en helsefagarbeiderutdanning. Dette åpnet også opp for at elever kunne velge å ta påbyggingsfag, for å oppnå generell studiekompetanse. Ved å åpne opp for dette ser forskerne at mange velger påbygg isteden for å gå ut i lære eller arbeidslivet (Skålholt mfl., 2013: 7). Funnene som forskerne fant hos de unge helsefagarbeiderne som var på vei ut i arbeid fra lærlingtiden var at mange av helsefagarbeiderne trivdes i yrket, men fant at det ikke var tilstrekkelig arbeid å få til å leve av (Skålholt mfl., 2013: 67). Mange vurderte å gå over til et annet yrke, eller en helt annen bransje for å få en mer stabil arbeidshverdag, hovedsakelig fordi yrket de var i som helsefagarbeider ikke tilbød en stabil inntekt. Mange av lærlingene som ble intervjuet mente at de hadde blitt lurt, da inntrykket de hadde om jobbmuligheter før læretiden ikke stemte med virkeligheten de møtte (Skålholt mfl., 2013: 68).

Når forskerne intervjuet lærlingene om langtidsplanene de hadde, kom det frem at mange ønsker å bli sykepleier, eller følte at de måtte bli det for å kunne holde seg innen fagfeltet, men med forutsetninger om fast ansettelse og bedre lønn (Skålholt mfl., 2013: 69). Med tanke på karriere er det mange av lærlingene som følte at de måtte ta høyere utdanning, noe som også fører til at de må ta påbyggingsfag for å oppnå studiekompetanse. Generelt viser intervjuene i studien at mange får jobb etter fagprøven, men at tilbudet innen kommunen er små stillinger og vikariater. Lærlingene påpeker at for å kunne rekruttere unge lærlinger må det tilbys så godt som fulle stillinger. Dette er en forventning for unge helsefagarbeidere som skal ut i jobb og ha muligheten til å starte et selvstendig voksenliv (Skålholt mfl., 2013: 71).

Oppsummert fant forskerne som analyserte NORDCARE-data ut at Norge har høyest andel som arbeider ufrivillig deltid og som ønsker å arbeide flere timer i uken. I sammenligning med Danmark som har klart å øke sin andel heltidsarbeidende fra 2005 til 2015, peker forskerne på at det norske deltidssystemet er mer fastlåst (Vabø mfl., 2019: 19). De viser til den strukturelle ubalansen som ble opprettet i 1987 da alle norske arbeidstakere fikk redusert sin ukentlige arbeidstid, som igjen førte til at ansatte i helse- og omsorgssektoren fikk en ekstra frihelg i måneden i turnusen. Dette førte til at en ekstra helg i måneden måtte dekkes av små stillinger,

for å tette hullene i turnuser. Så langt har fokuset vært på administrasjonstiltak og ikke strukturtiltak.

Forskerne mener at det trengs en endring i grunnturnusen som tilpasser seg mot hele stillinger, men at dette er vanskelig å gjennomføre. Mange vil motsette seg å arbeide flere ubekvemme vakter, og kommunale ledere vil ikke ha muligheten til å få inn ekstravakter i små stillinger som ikke utløser overtidsbetaling. Samtidig gjør deltidssystemet det vanskelig å rekruttere og beholde ny arbeidskraft, hvor mange kan føle seg lurt inn i deltidarbeid (Vabø mfl., 2019: 20). Til slutt nevner forskerne at dagens turnussystem bidrar til et lekkasjeprosjekt. Det er lite attraktivt for unge mennesker som ønsker et yrke å leve av, samtidig som det er dårlig tilrettelagt for de som behøver forutsigbarhet og restitusjon i arbeidet (Vabø mfl., 2019: 21).

2.4 Innvandring til helsefagarbeideryrket

De siste tiårene har andelen innvandrere økt i norsk helsevesen. I et forskningsprosjekt fra 2013 tar forskerne opp norskhet og hvordan det å ha en tilstrekkelig grad av norskhet er ansett som en egen kompetanse innen helse- og omsorgssektoren (Dahle & Seeberg, 2013: 82). Spørsmålet som stilles er hvordan det å besitte eller mangle norskhet tolkes, symboliserer og er vedtatt som et premiss for kompetanse. De peker på at helse- og omsorgssektoren har en hierarkisk pyramide, hvor man hadde mannlige leger øverst, sykepleiere i midten og hjelpepleiere på bunn. Norskhet har dukket opp sammen med globalisering som en ny kulturell skillelinje. Forskerne ønsket å utforske norskhet og ideen om kompetanse knyttet til helsesektoren ved å se på et sykehjem og en somatisk avdeling innen spesialisthelsetjenesten (Dahle & Seeberg, 2013: 83).

Ved sykehjemmet var nesten alle pasientene etnisk norske, men de ansatte varierte med bakgrunn og kjønn. Sykehuset hadde flere pasienter med innvandrerbakgrunn, men hos de ansatte var det få som var annet enn etnisk norsk. Forskerne slet også med å finne ut hvem som var innvandrere på sykehusavdelingen de gjorde feltarbeid, da dette ikke ble skrevet ned eller loggført på noen måte. De gikk derfor igjennom navnelister for å se etter navn som ikke var typisk norsk og baserte tolkningen sin rundt dette. De så at navnene som var norske arbeidet i faste stillinger, mens de med annerledes navn ofte ikke arbeidet i faste stillinger. Basert på dette lot det til at norskhet var et privilegium ved sykehuset (Dahle & Seeberg, 2013: 85). Ved sykehjemmet ble etnisitet diskutert og forhandlet om mellom de ansatte, sykehuset snakket ikke om etnisitet hos de ansatte, det var forbeholdt pasientene. Det å være etnisk norsk var noe som

ble tatt for gitt og sett som normen, som førte til at positiv og negativ diskriminerende praksis enten ikke var tilstede eller brakt til taushet (Dahle & Seeberg, 2013: 85).

Kompetanse og kunnskap innen helsesektoren er viktige egenskaper innen medisinsk behandling og helsevesenet. Som sosiale kategorier er de ulikt distribuert, verdsatt og rangert, og bærer ulik mening. Kompetansehierarkiet bestemmer ofte status og lønn, og linjene som avgjør disse skillene er ofte avhengig av kjønn og i økende grad av etnisitet. Kunnskap assosiert med medisinsk vitenskap, modernitet, intervensjon, sosiale eliter, maskulinitet, rasjonalitet og norskhet er privilegert fordi de er assosiert med den mest verdsatte typen kunnskap (Dahle & Seeberg, 2013: 86). Kampen om prestisje innen profesjonene, gjør at bunnen av pyramiden er åpen for omsorgsarbeidere uten anerkjent profesjonell kompetanse. Innvandrere uten kompetanse eller ferdigheter fyller opp disse stillingene. Så lenge de blir på bunnen av hierarkiet tar de ikke opp plass som ikke rettmessig er deres, og kan heller bli sett på som en redning som tar seg av funksjoner som andre ikke ønsker (Dahle & Seeberg, 2013: 86).

Språk var noe som ble poengtert av ansatte og sett under feltarbeidet til forskerne, og mangel på norskferdigheter var noe som ble problematisert. En av episodene som forskerne var vitne til var en sykepleier som ikke klarte å kommunisere godt nok norsk til å få frem poenget med saken sin. Ved hjelp av en hjelpepleier (helsefagarbeider) ble problemet fikset med en gang. Hjelpepleieren var av afrikansk opprinnelse, men hun hadde vokst opp i Norge. Dette gjorde at hun snakket språket flytende og mestret alle kulturelle og lingvistiske koder som danner norskhet (Dahle & Seeberg, 2013: 86). Ved å inneha denne kompetansen, viste hjelpepleieren en vilje og evne til å assimilere, noe som til slutt ga henne en forfremmelse (Dahle & Seeberg, 2013: 87).

Språk er et verktøy og et viktig symbol inne profesjonelle arbeidsrelasjoner. Evnen til å artikulere seg på den riktige måten er essensiell for å sameksistere innen profesjoner og er det som bevarer de som er på toppen av hierarkiet. Forskerne så at etnisk norske ansatte på sykehuset og sykehjemmet antok at de selv var mer naturlig kvalifisert enn innvandrere, uavhengig av erfaring og kvalifikasjoner. Overlegenheten som kom av norskhet ble diskret uttrykket gjennom å ekskludere kvalifisert personell som ble antatt å mangle denne kvaliteten av norskhet og ved å inkludere etnisk norske uten kvalifikasjoner (Dahle & Seeberg, 2013: 87).

Glokaliseringsprosesser hvor globale trender resulterer i komplekse endringer i det lokale miljøet, skjer på alle nivåer i helsesektoren. Dette vil bidra til endringer i sammensetningen av ansatte, kompetansekrav og arbeidsrelasjoner. Forskerne har med dette i bakhodet prøvd å identifisere noe av drivkraften og dynamikkene som former disse funksjonene og implikasjonene. De vedkjenner at Norge kommer til å trenge flere som arbeider innen helsesektoren, som kan rekrutteres fra andre land, dog at dette reiser spørsmålet om «hjerneflukt» fra andre land (Dahle & Seeberg, 2013: 87). Gjennom prosessen ved å utgjøre en ny arbeidskraft, blir ikke bare den hierarkiske pyramiden destabilisert, men også vedvart og omformet av den nye etniske sammensetningen hos de ansatte på varierende nivåer ved institusjonene (Dahle & Seeberg, 2013: 88). På toppen finner man norskhet som blir sett på som normen og er tatt for gitt som kompetanse i seg selv, selv når pasienten har innvandrerbakgrunn. Forskerne fant at en mangel på norskhet ble omgått og bagatellisert i den grad at det ble et tema man ikke snakket om. Gikk man lengre nedover pyramiden ser man en pågående prosess av etnisk blanding hvor forhandlinger blir gjort. På toppen ser man en økning av innvandrere, men at de blir tatt for gitt som reflekterer den privilegerte normen om norskhet som toppen av kompetanse (Dahle & Seeberg, 2013: 88).

Det er ikke bare negative funn i forskningen om innvandrere i helsesektoren og i en artikkel fra 2016 blir det skildret en mestringsfortelling. Studien er gjort i Finnmark hvor tjue prosent av ansatte i helse- og omsorgssektoren er innvandrere fra Russland, Finland, Polen, Litauen, Sverige, Thailand, Nepal og Somalia (SSB, 2016 sitert i Munkejord, 2016: 233). Av studien kommer det frem at informantene føler seg faglig kompetente og engasjerte i helse- og omsorgsarbeid. De skildrer historier som viser gode omsorgsrelasjoner med pasienter og et fokus på å være mentalt og fysisk tilstede for pasientene gjennom kommunikasjon som engasjerer pasienten. Av de informantene som var flyktninger, var opplevelsen av krig og flukt en felles plattform de hadde med de eldre, som skapte et fellesskap. Generelt fortalte informantene om at de ønsket å være en betydningsfull annen for pasientene sine og ha muligheten til å engasjere dem og knytte bånd. Munkejord finner at alle har et fokus på pasientenes trivsel, utvikling og velvære (Munkejord, 2016: 238).

Informantene fortalte om sine utfordringer ved å flytte til et nytt land og en ny kultur. Det kalde klimaet og et annerledes landskap var utfordringer som informantene møtte. Språk var også en faktor mange nevnte, sammen med innsatsen de gjorde for å lære seg godt nok norsk samtidig som de måtte kvalifisere seg til å kunne arbeide innen helse- og omsorgssektoren (Munkejord,

2016: 238). Informantene vektlegger også de positive opplevelsene som kom etter at de hadde kvalifisert seg og begynt å jobb. Faglig respekt og evnen til å bygge nære relasjoner med pasientene var noe de satte pris på. Munkejord argumenterer i sluttfasen av rapporten for at helse- og omsorgssektoren er en ideell arena for inkludering av innvandrere med tanke på omsorgsrelasjoner og mestringsfølelsen det genererer (Munkejord, 2016: 239).

Helsefagarbeiderutdanningen har altså en lang og innholdsrik skapelseshistorie Den har vært preget av kampen om anerkjennelse for faget og et skifte fra å være ansatt ved sykehusene til å hovedsakelig befinne seg innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi ser på nytt et skifte, hvor helsefagarbeiderne blir invitert tilbake til spesialisthelsetjenesten. For at dette skal være mulig er det i gang omfattende arbeid for å kunne presisere arbeidsoppgaver og prosedyrer myntet på helsefagarbeiderne og deres utdanning. I tillegg har helsefagarbeideryrket en jevn tilstrømning av utenlandsk arbeidskraft, som står for en god del av arbeidskraften. Dessverre viser statistikken at avgangen er større enn fremtidig tilgang til helsefagarbeidere, noe som gjør det aktuelt å belyse utfordringene som kan være med å forklare hvorfor yrket har et rekrutteringsproblem

3. Teoretisk grunnlag

3.1 Livsløpsperspektiv

Som et overordnet teoretisk perspektiv for oppgaven benytter jeg livsløpsperspektiv. Bakgrunnen for dette valget er for å kunne knytte utfordringene og erfaringene som unge helsefagarbeidere møter til den spesifikke delen av livsløpet de befinner seg i. De unge helsefagarbeiderne er i en etableringsfase av livet, hvor de møter særegne utfordringer på grunn av yrket de har valgt å tre inn i. Ved hjelp av et livsløpsperspektiv er det mulig å undersøke sammenhenger mellom strukturelle utfordringer i helsefagarbeideryrket og ulike milepæler i overgangen til voksenlivet, som for eksempel *hindret etablering* av familie, eller ved inntreden i boligmarkedet.

Livsløpsperspektiv som en teoretisk orientering begynte å ta form på 1960- og 1970-tallet (Elder, 2007: 3). Livsløpsperspektiv som begrep referer til en aldersgradert sekvens av hendelser og sosiale roller, som er en del av sosiale strukturer og historie. De sosiale strukturene kan variere fra familierelasjoner på et mikronivå til aldersnivåer av utdanning og den statlige politikken på makronivå. Ett mål med livsløpsperspektiv som en teoretisk orientering var at forskere kunne bruke det som et verktøy for å belyse sammenhenger mellom individuelle utviklingsprosesser og historiske utviklingsprosesser (Elder, 2007: 1).

Elder nevner tre konsepter som er å finne i et livsløp. De spenner fra makro til mikro og kan relateres til hendelser i livsløpet. Det første er på makronivå hvor det er de sosialpolitiske rammene som påvirker de institusjonaliserte veiene et individ tar, som for eksempel arbeid og karriere. Det andre er individets sosialpolitiske rammer som den enkelte har å gå ut fra når veien gjennom livsløpet skal velges og utviklingen skjer gjennom valg og handlingslinjer. Det tredje konseptet er at valg og handlingslinjer kan styres av individets selvsikkerhet og intellektuelle kompetanse. Karriereveien struktureres i tillegg av industrisektoren og arbeidsmarkedet (Elder, 2007: 1).

Livsløpet utvikles over en lengre tidsperiode og det kan sees på som en bane for eksempelvis ekteskap eller arbeid. Livsløpet tar også form innenfor korte tidsintervaller, som overganger mellom skole til arbeid. Slike sosiale overganger varierer i tidspunkt, noen opplever de relativt tidlig og andre sent i livsløpet. Poenget er at de alltid er en del av en bane som gir hendelsen en distinkt form eller mening. Livsbaner i spesifikke domener som arbeid knytter tilstander

sammen. Varigheten på hver tilstand og overgangen mellom tilstander er lenket til livsbanen. Dette kan for eksempel være i arbeidslivet, hvor man har en arbeidsbane, mønsteret er en sekvens med jobber over forskjellig varighet og man bytter jobber gjennom livsløpet. En hendelse som bytte av arbeidsplass kan ha liten betydning for ett individ, men det kan være et vendepunkt for andre. En omdirigering av livsløpet, som for eksempel ved bytte av arbeid, kan bety en endret situasjon for individet, en ny mening eller en endring i oppførsel og kan ha stor betydning for et enkelt individ og deres livsbane (Elder, 2007, s.1).

Elder poengterer at sosiale institusjoner og miljøet hvert individ befinner seg i, har stor påvirkningsgrad på livsløpet. Det er dog ikke bare disse store tingene, et individ påvirker også sitt livsløp og andre gjennom valgene de tar og planene de legger. Å ta beslutninger eller valg spiller en stor rolle i timing og tidsplan i livet. De utviklingsmessige begrepene og konsekvensene av livsoverganger, hendelser og atferdsmønstre varierer etter tidspunktet et individ tar en beslutning eller et valg og hvor personen er i livsløpet (Elder, 2007: 2).

For oppgavens mål om å analysere unge helsefagarbeidere i en etableringsfase av livet er livsløpsperspektivet et godt teoretisk rammeverk å bygge oppgaven rundt. Livsløpsperspektivet er egnet til å belyse for eksempel hvordan helsefagarbeiderne selv tar valg som styrer livsbanen deres inn på en vei med særegne utfordringer knyttet til yrket. Samtidig er ikke valgene de tar isolerte hendelser. Samfunnsinstitusjoner, sosialpolitiske rammer og arbeidsmarkedet har også innvirkning på hver informant sin livsbane og deres evne til å handle.

3.2 Omsorgsrasjonalitet og sosial omsorg

I tillegg til livsløpsperspektivet ønsker jeg også å bruke Kari Wærness sitt teoretiske begrep omsorgsrasjonalitet. Dette er for å fange opp hvordan de unge helsefagarbeiderne opplever arbeidet som omsorgsgiver og eventuelle utfordringer knyttet opp til omsorgsarbeid. Ved å også gjøre bruk av begrepet sosial omsorg (Christensen & Pilling, 2017), ønsker jeg å kaste lys over handlingene informantene utfører og båndet de skaper med pasientene sine. Ved å bruke sosial omsorg sammen med begrepet omsorgsrasjonalitet blir alle sidene av omsorgsarbeid trukket frem.

Begrepet omsorgsrasjonalitet ble utviklet av Kari Wærness i 1984 og har siden det blitt brukt for å kunne beskrive omsorgsutøvelse innen helse- og omsorgssektoren. Ved den tiden omsorgsrasjonalitet ble teoretisert, uttrykte folk i Skandinavia en synkende tillit til

velferdsstaten og offentlige tjenester, og ønsket heller å satse på «samfunnsomsorg» som de anså som rimeligere og mer moralsk sammenlignet med offentlige omsorgstjenester (Wærness, 1984: 185). Wærness la her frem problemet med dette og pekte på at omsorg fortsatt ble gitt av kvinner. Dette betydde at ved å basere omsorgsutøvelse gjennom «samfunnsomsorg» måtte kvinner ta seg av barn, syke, funksjonshemmede og eldre i den private sfæren, samtidig som de måtte navigere det å oppnå mer kontroll over egne liv og økt økonomisk uavhengighet.

Ideologien om at uformell omsorg var bedre enn offentlig omsorgstjenester forsterket disse problemene, fordi offentlig omsorgsutøvelse hadde blitt en viktig del av det kvinnelige arbeidsmarkedet (Wærness, 1984: 186). På bakgrunn av en økende aldrende befolkning, endringer i familieatferd og kvinners økende krav om lønnet arbeid, så Wærness at offentlig omsorgsutøvelse kom til å ha en økning i popularitet, hvis stigmaet mot det ikke økte. Utviklingen av velferdsstaten førte til at uformell omsorg i den private sfæren kunne sees på som et supplement, heller enn et alternativ til offentlig omsorg. Forslagene om å overføre mer omsorgsarbeid fra det offentlige til det private gikk ut på en antagelse om at uformelle strukturer for å utøve omsorg allerede eksisterte og bare måtte aktiveres. Denne antagelsen vurderte Wærness som urealistisk og oppmuntret forskere heller til å konsentrere analyser og forskning på å utarbeide en mer rasjonell bruk av ressurser som allerede var tilgjengelige for offentlig omsorg (Wærness, 1984: 187).

Wærness la frem omsorgsgivning som personlig tjenesteyting. Bakgrunnen for dette var at omsorg i teorien gis på et likt grunnlag i et gi og ta forhold, hovedsakelig mellom individer som har personlige bånd seg imellom (Wærness, 1984: 188). Hun poengterte at det først og fremst er kvinner som utfører omsorg for ektemann, eldre barn og andre voksne medlemmer av familien. Når kvinner utfører omsorgsoppgaver i hjemmet, er det ofte på bakgrunn av pliktfølelse og den underordnede rollen kvinnen har i familien (Wærness, 1984: 189). Hun mente derfor at omsorg innen den private sfære kan sees på som personlig tjenesteyting (service).

Når omsorg blir gitt til de som ikke kan ta vare på seg selv, det være seg små barn, syke eller eldre, mente Wærness at situasjonen endret seg. Grupper som ikke kan ta vare på seg selv er avhengig av at andre føler en forpliktelse eller et ønske om å utøve omsorg. Omsorgsgiveren må utøve oppgaver som er nødvendige for at omsorgsmottakeren er tilfreds, samtidig som omsorgsgiver må holde en balanse i omsorgsutøvelsen for å unngå tilbakefall i pasientens

utvikling eller bedring. Pasienten skal ikke bli overbeskyttet av omsorgsutøver og heller ikke neglisjert (Wærness, 1984: 189).

Å utøve omsorg var noe som var tiltenkt en feminin kvalitet, som alle kvinner innehadde. Wærness la frem at følelser spiller en rolle for omsorgsgivning i den private sfæren, men at det å utøve omsorg på en ordentlig måte må læres. I den offentlige omsorgssektoren er det visse regler for omsorgsutøvelse, og det ble derfor argumentert for at rasjonalitet er en del av det å gi omsorg. Ved omsorgsrasjonalitet må det emosjonelle gå hånd i hånd med det rasjonelle, og denne måten å utøve omsorg er noe Wærness la frem som viktig å anerkjenne i velferdsstaten (Wærness, 1984: 195).

I en artikkel skrevet sammen med Karen Christensen tar Kari Wærness igjen opp omsorgsrasjonalitet og ser det i lys av endringene den norske helse- og omsorgssektoren har gjennomgått (Christensen & Wærness, 2017). Wærness peker her på at rasjonaliteten til omsorgskvinner som ble brakt til sektoren, i økende grad ble erstattet av en instrumentell økonomisk administrativ tenkemåte fra 1980 til 1995 (Wærness, 2010 sitert i Christensen & Wærness, 2017: 21). Videre fra 1995 til 2010 øker medikalisering av omsorgsarbeidet, som gjør at sosialt omsorgsarbeid må vike. De mener her at dette er en kontrast til omsorgsrasjonalitet, hvor omsorgsgivning er gammeldags og heller bli erstattet av et delt ansvar mellom omsorgsarbeidere og brukere av slike tjenester. Sammen med Christensen konkluderer Wærness med at en endring i kvinnens rolle inn i lønnet arbeid, har ført omsorgsarbeid inn i arbeidsmarkedet og sammen med dette adoptert premissene for lønnet arbeid. Den kvinnelige praksisen blir nedprioritert og separert fra de høynede medisinske og profesjonelle tjenestene, og utført av de med minst utdanning, ofte de ufaglærte. Dette fører til at alternativene for omsorgsrasjonalitet blir historisk begrensede (Christensen & Wærness, 2017: 25).

En del av omsorgsrasjonalitet er å utføre sosial omsorg, som internasjonalt blir omtalt som langtidsomsorg når det gjelder mennesker som trenger hjelp på grunn av alder eller nedsatt funksjonsevne (Christensen & Pilling, 2017: 3). Sosial relaterer til en grad av involvering fra velferdsstaten, men andre parter kan være involvert i liten eller høy grad, som tjenesteleverandører, samfunnsgrupper, og ulønnet omsorg fra familie eller venner. Sosial impliserer at det primært handler om lønnet omsorg, selv om ulønnede parter også kan være involvert, men sosial omsorg er noens yrke som inkluderer forskjellige grader av formelle og uformelle kvalifikasjoner. Sosial betyr også at helsearbeid ikke er inkludert, hvis ikke

helsearbeid er integrert sammen med sosialomsorgsarbeidet, som tilsyn av medisin. Hjemmehjelparbeid blir ekskludert fra sosialomsorg, men omsorgsarbeid kan involvere husholdningsoppgaver. Sosialomsorg er knyttet til hverdagslivet, men kan i tillegg forekomme i hjem eller institusjoner over lengre eller kortere tid (Christensen & Pilling, 2017: 3).

Sosial omsorg bygger på at omsorg er arbeid. Ved å se omsorg som arbeid er det også mulig å kategorisere det som lønnet eller ulønnet arbeid, formelt eller uformelt. Dette fører til at man er nødt til å ta hensyn til velferdsstatens rolle i omsorgsutøvelse. Omsorg kan sees innen rammene av forpliktelse og ansvar, hvor omsorg må sees innen et normativt rammeverk. Her er igjen velferdsstaten en viktig faktor, som kan styrke eller svekke normene rundt omsorgsutøvelse. Å gi omsorg er en aktivitet som kommer med kostnader i form av økonomiske og emosjonelle kostnader, som strekker seg mellom private og offentlige grenser (Daly & Lewis, 2000: 285).

Sosial omsorg blir definert som aktivitetene og relasjonene som er involvert i møte med de fysiske og psykiske behovene som avhengige voksne og barn har. Dette fører med seg normative, økonomiske og sosiale rammeverk som legger føringer for hvordan behovene blir møtt, gjennom tildeling og utførsel (Daly & Lewis, 2000: 285). Sett i lys av sosial omsorg er de normative, økonomiske og sosiale rammeverkene rundt selve omsorgsutøvelsen noe helsefagarbeiderne må forholde seg til, som kan legge føringer for hva som er mulig å utrette som helsepersonell. Dette var også lignende det Wærness pekte på når hun så omsorgsrasjonalitet som begrenset i dagens profesjonalisering av omsorgsutøvelse, for å kunne passe inn i arbeidsmarkedet og lønnet arbeid.

Omsorgsarbeid har historiske røtter i feminisert, ulønnet, tatt-for-gitt familieomsorg. Sosial omsorg har innen systemet for langtidspleie blitt behandlet som mindreverdige arbeid og en kvinnes arbeid. Til og med i dag ser man at de fortløpende nordiske landene har en kjønnsdevaluering av denne typen arbeid. Med en økning i migrasjon, selv om den er differensiert rundt i verden, blir kjønnsaspektet ofte kombinert med en etnisk dimensjon, som skaper kontinuerlig nye typer av hierarki for omsorgsarbeidere. Karen Christensen argumenterer for at å kunne skape en bærekraft innen omsorgsarbeid må tilstrekkelige arbeidsforhold prioriteres, sammen med bedre lønninger og en høyere grad av offentlig involvering og bekymring innen alle ordninger for omsorgsarbeid. Hun peker også på at langtidsomsorg forbundet med eldre har historisk blitt plassert bak helsearbeid. Når høy alder har blitt sett på som en respektabel og verdig del av livet, har dette underforstått betydd plikter

og byrder for hovedsakelig unge kvinner som må gi omsorg for familiens eldre medlemmer, uavhengig av deres egne planer eller karriere. Dette peker på at høy alder og eldreomsorg er et nedprioritert område. Med en verdensomspennende aldrende befolkning er det ikke bærekraftig å ikke prioritere lengre. Christensen oppmuntrer til langtidstenking for den eldre befolkningen som medlemmer av samfunnet, hvor man ser omsorgsarbeid som en støtte for samfunnsdeltakelse gjennom de forskjellige høyaldersfasene hvor man har forskjellige behov (Christensen & Pilling, 2017: 11).

Christensen og Pilling viser til at kvinner og etniske minoriteter møter lavere autonomi og svakere arbeidsforhold (Christensen & Pilling, 2017: 4). Det er derfor viktig å bruke teori som anerkjenner disse utfordringene som majoriteten av omsorgsarbeidere møter, som interseksjonalitet, dette er veikrysset hvor sosiale kategorier som kjønn, seksualitet, klasse, rase, religion og etnisitet møtes (Gressgård, 2013: 64). Interseksjonalitet vil i praksis bety at en kvinne som også er muslimsk, innehar to kategorier som ikke kan sees utelukkende fra hverandre. Hun er ikke enten muslim eller kvinne, men heller en muslimsk kvinne, som møter utfordringer og begrensninger på bakgrunn av hvordan disse kategoriene tolkes i sammenheng, en har ikke mer betydning enn den andre (Gressgård, 2013: 65). Interseksjonalitet blir i oppgaven brukt for å ta opp utfordringene man kan møte som kvinne i helse- og omsorgssektoren. Som det vises senere i analysedelen møter en kvinne med innvandrerbakgrunn noen andre utfordringer enn kvinnene i studien som er etnisk norske.

4. Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvordan jeg gikk frem for å besvare problemstillingen.

4.1 Utvalg og rekruttering

Informantene som ble rekruttert til intervju skulle i utgangspunktet være i en alder fra tjue år til tretti år. Kriteriet for å bli med på prosjektet var at man var utdannet helsefagarbeider og utøvde yrket sitt. Jeg var med andre ord ikke interessert i de med utdanning som helsefagarbeider, men som arbeidet med noe som ikke var relevant for utdanningen. Som man kan se i empirien har jeg en informant som er trettien år, dette valget ble gjort på bakgrunn av at denne informanten hadde et særlig engasjement for helsefagarbeidere og var i en heltidsstilling. På dette tidspunktet gikk rekrutteringen også sakte fremover, noe som styrket valget ytterligere.

I rekrutteringsprosessen var det viktig for meg å kunne rekruttere helsefagarbeidere med forskjellig bakgrunn. Jeg ønsket å intervju de som arbeidet i kommunen og de som arbeidet ved sykehus. Stillingsprosent var også en viktig faktor, hvor et mangfold av prosenter kunne vise et bredere spenn av muligheter og utfordringer basert på hel- eller deltidsstilling. På bakgrunn av den informasjonen som ble gitt ut på forhånd, var det også flere informanter som hadde historier som de mente kunne være spennende for mitt prosjekt, som førte til at jeg fikk innblikk i hvordan noen av informantene hadde jobbet seg fra en lav stillingsprosent til en heltidsstilling. Jeg har også prøvd å sørge for et mangfold i utvalget med hensyn til både kjønn og etnisitet. Det lyktes meg å rekruttere en mannlig helsefagarbeider og to med etnisk minoritetsbakgrunn.

For å nå ut til unge helsefagarbeidere, bedrev jeg snøballinnsamling, som er å rekruttere informanter gjennom de eksisterende sosiale nettverkene til en eller to informanter man allerede har (Silverman, 2014: 178). Dette ble gjort på tre forskjellige måter. I begynnelsen rekrutterte jeg to unge helsefagarbeidere som jeg selv hadde arbeidet med i hjemmetjenesten i løpet av et sommervikariat. Disse ga meg informasjon om andre som kunne være interessert i å være med. Dessverre hadde ingen av de foreslåtte interesse av å være med, så jeg måtte fortsette rekrutteringen min andre steder. Jeg har også arbeidet ved en annen sone i hjemmetjenesten, så jeg la ut informasjon om prosjektet på pauserommet ved den andre sonen, noe som førte til ett intervju. På dette tidspunktet trengte jeg ikke flere informanter, så jeg spurte ikke om vedkommende kunne foreslå flere jeg kunne intervju.

Gjennom en venn fra lesesalen som arbeidet på et sykehjem fikk jeg kontakt med lederen for avdelingen hun arbeidet ved. Dette førte til at jeg ble introdusert for to unge helsefagarbeidere som ønsket å stille til intervju med meg. De ga meg videre kontaktinformasjon til bekjente de hadde, men de var dessverre ikke interessert i å stille til intervju. Ved hjelp av veilederen min fikk jeg kontakt med Fagforbundet som hadde et stort nettverk av helsefagarbeidere som er medlem av deres forbund. Gjennom Fagforbundet fikk jeg sendt ut en mail med informasjon om prosjektet mitt og en invitasjon om å delta. Dette førte til at jeg til slutt hadde ti informanter som stilte til intervju, hvor hovedkilden til informanter kom fra Fagforbundet. På slutten av kapitlet presenteres en tabell med oversikt over utvalget.

4.2 Intervjuprosessen

I de kvalitative intervjuene har målet vært å innhente informasjon om hver enkelt individ sine erfaringer og perspektiver. Ved å stille åpne spørsmål til informanten har de selv kunnet beskrive hvordan de opplever, føler og handler i gitte situasjoner. Jeg har tatt i bruk semi-strukturerte intervjuer, med en intervjuguide som mal, uten at den har bundet intervjuet til et sett med spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015: 47). Dette har åpnet opp for muligheten til å se nye sider av temaet og en uformell stemning som jeg føler har vært nyttig i samtale med informantene. Intervjuene ble gjennomført i perioden august 2019 til desember 2019 og varte i opptil en time, med en gjennomsnittstid på rundt førti minutter.

Intervjuguiden fungerte som en strukturerende støtte gjennom intervjuet, og ble fulgt gjennom intervjuet. Mange forskere velger å bruke intervjuguiden mer som en sjekklister, og grunnet min erfaring så jeg på intervjuguiden som en trygghet å vende tilbake til etter hvert spørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål. Etter å ha gjort flere intervjuer ble det lettere å løsrive seg fra intervjuguiden og stille flere oppfølgingsspørsmål.

For å ikke forvirre informantene midt i intervjuene, forklarte jeg gangen i intervjuet før vi begynte, slik at de visste hva som ventet. Jeg startet intervjuene med å snakke om nåtid og enkle faktaspørsmål for å få praten i gang og beveget meg videre til fortid. Her snakket vi om familie, barndom og valg av yrke, før vi gikk tilbake til nåtid med fokus på arbeidet som helsefagarbeider. Helt til slutt snakket vi om fremtiden, hvor spørsmål om økonomi og arbeidssituasjon kom opp. Jeg ga også informanten muligheten til å snakke fritt på slutten om deres meninger om yrket, hvor noen la til mye og andre følte de hadde fått sagt sitt.

Bakgrunnen for å legge opp intervjuet på denne måten er skape en rød tråd slik at informanten kunne snakke mest mulig uavbrutt. Fra starten av var jeg veldig klar på at intervjuet er uformelt og at fokuset er på hver enkelt sine tanker, følelser og erfaringer rundt spørsmålene. Det var med andre ord ingen feil svar og man sto fritt til å fortelle det man ønsket. Noen av spørsmålene som ble stilt kunne oppleves som sensitive, noe som førte til at jeg var forsiktig med å presse noen til å svare, og ga de heller muligheten til å tenke seg om hvis de ikke kom på et svar med en gang. Det som skapte mest usikkerhet og selvbevissthet var rundt spørsmål om innvandrere i yrket og informantens tanker rundt denne voksende gruppen innen helsesektoren, men i flere tilfeller var informantene komfortabel med å reflektere rundt denne typen spørsmål også. I slike situasjoner var det viktig å føle seg frem i hvert intervju og være oppmerksom på hvordan informanten reagerte på hvert spørsmål.

4.3 Analyse

Den overordnede teoretiske rammen for prosjektet er et livsløpsperspektiv. Dette innebærer å rette særlig oppmerksomhet mot livsløpet og sammenhengen mellom historiske endringer og helsefagarbeidernes liv. I tillegg er omsorgsteori viktig for å kunne forstå utøvelsen av omsorg som helsefagarbeiderne forteller om i intervjuene. Ingen av disse teoritradisjonene er teoripakker med ferdige hypoteser, eller oppskrifter på hvordan analysen skal foregå. I den praktiske gjennomføringen av analysen har jeg derfor blitt inspirert av grounded theory som et utgangspunkt for analyse og teoriutvikling. Bakgrunnen for å velge grounded theory som metode var at jeg ikke ønsket å starte forskningsprosjektet med en hypotese, hvor målet heller var å utforske flere sider ved temaet. Gjennom forskningsprosessen ønsket jeg å få svar på hvordan de unge helsefagarbeidernes arbeidshverdag artet seg og hvilke omsorgsperspektiver de brukte i arbeidet sitt. Konteksten for mange var ufrivillig deltid og de eventuelle problemene deltidsarbeid førte med seg for hver enkelt, og andre utfordringer knyttet til arbeidet som helsefagarbeider.

Grounded theory har sin opprinnelse fra Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss i 1967, som de utviklet under sin egen studie om det å dø på sykehus. Metoden bygger på at forskerne skal vektlegge analyse av empirisk data for å utvikle teori. Den analytiske prosessen består av å kode data ved å utvikle, sjekke og integrere teoretiske kategorier, for å så skrive analytiske fortellinger gjennom hele undersøkelsen. Ved å bruke grounded theory ønsker Glaser og Strauss at forskere skal drive med datainnsamling og analyse samtidig, noe som også har blitt vanlig innen kvalitativ forskning (Charmaz & Belgrave, 2015: 1).

Når man skal gjennomføre en studie basert på grounded theory, er forskerne enige om noen strategier. Man skal samle og analysere data samtidig og bruke komparative metoder gjennom hvert analytiske steg. Det er viktig å utarbeide analytiske kategorier tidlig i forskningsprosessen for å kunne drive analytisk skriving gjennom hele prosessen og man må samle inn data med mål om å utvikle ideer. Videre er det viktig å være åpen for alle mulige svar, og gi hver ting som skjer en kort kode, hvor hver linje eller hendelse blir merket i de tidlige dataene. Å kode handlinger fremmer grounded theory sitt mål om å studere en prosess, for det er gjennom tidlig merking av hendelser, man kan lære hva som skjer, hvordan det skjer og hvorfor det skjer (Charmaz & Belgrave, 2015: 2).

Dette forsøkte jeg å oppnå ved hjelp av kontinuerlig analyse, hvor det ble klarere hvilke teorier som fungerte til empirien. Jeg hadde alltid hatt i bakhodet noen teorier som jeg ønsket å inkorporere i oppgaven, noen av disse måtte forkastes og erstattes med egne begreper som ble utviklet gjennom koding og analyse av datamaterialet. Når all datainnsamlingen var over, ble det klart at empirien representerte tre hovedkategorier av tema, med ulike opplevelser knyttet til hendelsene. Kategoriene var «*hindret etablering og uforutsigbar hverdag*», «omsorgsperspektiver og utfordringer» og «kjønn og etnisitet». Da begynte arbeidet med å utvikle begreper og å lese mer tidligere forskning som kunne belyse disse kategoriene, som bidro til å forklare problemet ytterligere fra et sosiologisk perspektiv.

For å kunne oppnå teori som passer og fungerer til dataene, har jeg i tråd med Glaser og Strauss drevet med komparativ analyse (Glaser & Strauss, 1967: 23). I grounded theory er ikke komparativ analyse målet, men heller brukt for å sjekke at konseptet i analysen stemmer overens med fakta (Glaser & Strauss, 1967: 24). Måten jeg valgte å gjøre dette på var å bruke statistikk og rapporter fra tidligere forskning. Etter den innledende analysen og kodingen av datamaterialet brukte jeg statistikken for å sjekke om informantenes opplevelser av for eksempel ufrivillig deltid kunne stemme på landsbasis. Tallene bekreftet eller avkreftet teoriene som var utarbeidet, noe som også åpnet opp et bredere grunnlag for å generalisere utover mitt eget utvalg. Det er dog viktig å holde fokus på å generere teori hvis man bruker komparativ analyse. Mitt mål ved å bruke statistikk var for å vise et større omfang, som mine data ikke kunne, og dermed gjøre forskningen mer relevant innen feltet.

I analysen ble det klart særlige utfordringer knyttet opp til livsløpsperspektiv. Inspirert av Elder, var det viktig å anerkjenne at alle livsløp er påvirket av historisk og biografisk kontekst (Elder,

2007: 1). Informantene var alle unge helsefagarbeidere, og med dette utgangspunktet var den fasen av livet de var i en viktig del av analysen. Utfordringene informantene møtte på og fremtidsplanene de fortalte om vitnet om at de var i en etableringsfase. Ved å analysere dataene gjennom et livsløpsperspektiv var det mulig å peke på faktorer som preger tiden vi lever i og for den situasjonen mange av informantene befant seg i. De fleste unge i dagens Norge forventer å gå ut i en heltidsjobb etter endt utdanning og de fleste ønsket å etablere seg med bolig og stabil inntekt før de begynner å tenke på familieførøkelse. Det ble derfor viktig å ha livsløpsperspektiv som et bakteppe i analysen av dataene for å få frem hvordan informantene navigerte utfordringer knyttet til yrket sitt i denne fasen av livet.

4.4 Etiske refleksjoner

I startfasen av et forskningsprosjekt må man søke om lov til å behandle personopplysninger i forbindelse med forskning fra norsk senter for forskningsdata. Ved godkjenning er det noen retningslinjer man må forholde seg til, som frivillig informert samtykke. Forskningen bygger på at individet som blir forsket på skal ha rett til å ha kontroll over de opplysningene som deles med andre og hva disse opplysningene skal brukes til (Alver & Øyen, 1997: 102). For å bevare informantens autonomi ble det sendt ut et informasjonsskriv sammen med invitasjon til forskningsprosjektet, slik at hver enkelt var klar over hva de eventuelt sa ja til. Dette informasjonsskrivet ble sendt mer utfyllende til de som sa ja, sammen med et samtykkeskjema. I informasjonsskrivet sto det utfyllende om hva informasjonen de ga ville bli brukt til og hvordan informasjonen ble oppbevart. Informantene fikk også beskjed om at ved forespørsel kunne de få tilsendt intervjuet for gjennomlesning og eventuelt få tatt bort uttalelser de ikke ønsket skulle brukes i oppgaven.

Det er alltid en risiko ved å gi informanten valget om gjennomlesning av det transkriberte intervjuet. Det er vanskelig å avgjøre om gjennomlesning vil øke eller minske sjansen for at informanten trekker seg ved senere anledning. Ved gjennomlesning kan informanten være redd for å bli gjenkjent, noe som gjør anonymisering og oppbevaring av data veldig viktig å påpeke for informanten slik at de føler seg ivaretatt (Alver & Øyen, 1997: 112). Jeg valgte å gi informantene mine valget om gjennomlesning, og de fleste hadde ikke et behov for å lese gjennom intervjuet. For de som fikk intervjuet tilsendt virket det som en tryggende gest, der de fikk en bekreftelse på at de ikke hadde sagt noe som kunne gjenkjennes og at de eventuelt kunne ta bort det som de følte kunne gjenkjennes.

Et annet etisk hensyn jeg møtte på i intervjuprosessen var det å bruke andre folk sin tid. Mange viste stort engasjement og ønsket å være med på intervjuer og bruke sin tid på prosjektet mitt. Samtidig hadde mange krevende timeplaner og lite fritid, noe som førte til at jeg måtte prøve å være så fleksibel som mulig. Ved å være åpen for intervju når som helst i løpet av dagen og ved å foreslå flere forskjellige steder som intervjusted, ble det enklere for meg som forsker å føle at jeg hadde rett til informantenes tid. Noen av informantene fikk gjort intervjuet på arbeidsplassen før en vakt, midt i en vakt, eller i lunsjpausen sin. Dette var positivt og ga et signal fra leder på arbeidsplassen at de støttet den enkelte i å bli med på mitt forskningsprosjekt. Andre steder jeg møtte informanter var på kafeer, hjemme hos meg, hjemme hos dem og på universitetets møterom.

En utfordring med å rekruttere informanter fra egen arbeidsplass er at kolleger ofte har en annen tone enn man hadde hatt med en informant. Selv om vi bare var kolleger gjennom en sommer, er det fortsatt en mulighet for at vi sees igjen i andre ferier jeg vikarierer. Dette kan skape problemer med tanke på at informanten kanskje ikke tørr å uttrykke seg på samme måte som de ville med en helt ukjent intervjuer. Noen av spørsmålene som ble stilt var knyttet til arbeidsplassen, uten at det ble brukt eksplisitt i den empiriske delen av oppgaven, men med mitt kjennskap til arbeidsplassen kan det ha ført til at informanten ikke følte at de kunne snakke like fritt.

En fordel med å rekruttere informanter fra egen arbeidsplass er at det kan skape en mer behagelig intervjusituasjon. Siden jeg som intervjuer allerede har en god tone med informanten kan dette føre til at de føler det er lettere å snakke om de generelle problemene som kommer med å være en ung helsefagarbeider. Informanten kunne gjerne fortelle om personlige ting til meg mer som en bekjent enn en forsker, fordi de hadde kjennskap til at jeg hadde litt erfaring innen feltet sammen med dem.

En utfordring med å rekruttere informanter gjennom Fagforbundet kan være at de som ønsker å stille til intervju ofte har sterke meninger om helsefagarbeideres situasjon og arbeidsvilkår. Saken som her er unge helsefagarbeideres arbeidshverdag og omsorgsperspektiver og det faktum at Fagforbundet er en organisasjon som arbeider for å fremme arbeids- og lønnsrettigheter, kan føre til at man får et ensidig bilde av problemet man ønsker å ta opp. Medlemmer av organisasjoner som Fagforbundet kan generelt ha mer interesse for og kunnskap

om sine rettigheter og de organisatoriske sidene ved deltidsarbeid. Informantene kan derfor være mer tilbøyelige til å fokusere på den faktabaserte siden av saken.

En fordel med å intervju medlemmer fra Fagforbundet om saken er at man kan diskutere med en oppfatning om at de har satt seg inn i fakta rundt arbeidssituasjonen og at de har informasjon som kanskje ikke informanter som ikke er medlemmer av Fagforbundet har. Av de informantene som var aktive medlemmer var det veldig lærerikt å få innsyn i deres opplevelse av Fagforbundets arbeid for å styrke helsefagarbeiderens rolle i helsesektoren. Jeg føler selv at det var verdifullt å ha muligheten til å intervju medlemmer av Fagforbundet og helsefagarbeidere som ikke var medlem av Fagforbundet.

4.5 Tabell

For å få et overblikk over informantene har jeg valgt å ha med en tabell over fiktive navn, alder, stillingsprosent, arbeidssted og bosituasjon. Disse fem tingene er viktige for analysedelen for å kunne vise til ståstedet til hver enkelt informant i deres utsagn.

Navn	Alder	Stillingsprosent	Arbeidssted	Bosituasjon
<i>Silje</i>	22 år	60 % vikariat	Kommunalt	Bor hjemme hos svigerforeldre
<i>Kristine</i>	21 år	0 %	Kommunalt	Leier med samboer
<i>Akram</i>	27 år	80 %	Kommunalt	Leier alene
<i>Melissa</i>	23 år	65 %	Kommunalt	Leier med samboer
<i>Astrid</i>	31 år	100 %	Sykehus	Eier
<i>Else</i>	20 år	Deltid og ekstravakt	Sykehus og kommunalt	Hjemme hos foreldre
<i>Karoline</i>	30 år	100 %	Sykehus	Leier med barn
<i>Henriette</i>	22 år	100 %	Sykehus	Hjemme hos foreldre
<i>Anna</i>	22 år	100 %	Sykehus	Eier med samboer
<i>Samira</i>	27 år	13 %	Kommunalt	Leier med barn

5. Hindret etablering og uforutsigbar hverdag

En artikkel fra TV2 sin nettside fra 2018 legger frem at en av de tryggeste valgene for fremtiden er å velge helsesektoren. Navs seniorrådgiver og ekspert på arbeidsmarkedet trekker blant annet frem sykepleier og helsefagarbeider som yrker med lav ledighet og mangel på arbeidskraft. Dette er basert på en viten om en aldrende befolkning, som da naturlig vil øke behovet for personell i helsesektoren (Frøjd, 2018). Mine data viser en annen side, hvor de som har valgt å bli helsefagarbeider ofte arbeider i små deltidstillinger, og veien til en heltidsstilling kan være lang. I dette kapitlet vil det derfor bli diskutert hvilke konsekvenser ufrivillig deltid kan ha på den enkeltes hverdag og livsløp.

5.1 Forventninger

Kristine (21 år) som hadde vært ferdigutdannet i en måned når hun ble intervjuet, arbeidet som ekstravakt i hjemmetjenesten. Hun hadde ikke noen faste vakter, men var i gang med å søke flere stillinger og var ivrig etter å skaffe seg en fast stilling et sted. Hun ønsket å arbeide som helsefagarbeider og trivdes som det. Når hun blir spurt om hun fikk råd fra noen i prosessen ved å velge utdanning, var det hennes mor som stakk frem som en pådriver for helsesektoren.

‘Det var ikke noen som liksom sa at dette burde jeg gjøre, eller mamma ville jo at jeg skulle velge innen helsen da, siden det var trygg jobb og alt sånn da, men det var jo på en måte allerede bestemt at jeg skulle holde på med noe innen helsen da. Så hun var liksom den eneste som ga, som sa at jeg må velge noen innen helsen for da har du trygg jobb og alt det der, eller sikret jobb.’

Det er tydelig at *Kristine* ble påvirket av sin mor, som kan virke som hun sterkt ønsker at hun skal gå inn i helsesektoren. Oppfordringen kommer på bakgrunn av at man da er sikret jobb, som later til å vektes positivt for *Kristine* i hennes valg om å bli helsefagarbeider.

Melissa (23 år) som også arbeider innenfor det kommunale, på en korttidsavdeling i en sekstifem prosent stilling, var også under inntrykket om at helsefagarbeider var en trygg vei å gå. Samtidig som hun forteller at hun ble rådet til å ta fagutdanning inne helse, påpekte hun at hun nok aldri hadde valgt å bli helsefagarbeider hvis hun ikke var så skolelei som hun var etter ungdomsskolen. Dette var dog et valg hun var glad for nå, hvor hun sa at hun trivdes veldig godt i yrket som helsefagarbeider.

‘Ja, jeg husker at pappa var veldig sånn at han «dette får du jobb og». Og hvis jeg liksom skulle gå yrkesfag [...] Det var jo dette med at jeg fikk jobb og at det var liksom viktig og få seg jobb. Jeg har venner som er ferdig med bachelor og master og de får seg ikke jobb.’

Melissa trekker her frem at hun ble fortalt at hun kunne få trygg jobb innen helsesektoren og dette virket tilsynelatende viktig for henne i valget om å bli helsefagarbeider. Videre forteller hun om venner av henne som ikke har fått jobb ved å ta høyere utdanning, noe som kan tale for en følelse av at valget hun tok var bra og at hun erfarer at hun passer til yrket hun har valgt.

Astrid (31 år) har en hundre prosent stilling på et sykehus og hun har arbeidet fast fulltid i syv år. Hun visste tidlig at hun ønsket å bli helsefagarbeider, fordi hun ville arbeide med mennesker og være en omsorgsperson for mennesker som trengte det. Hun baserte også valget sitt på en tanke om at å bli helsefagarbeider var synonymt med en sikret arbeidsfremtid.

‘Det var vel det at, kanskje det at en var trygg jobb, kanskje. At jeg fikk når jeg tok studiet, at du er sikret jobb. Tenkte ok da står jeg ikke på bar bakke etter at jeg har utdannet meg og kjemper med å få en jobb. Det var vel kanskje litt det og at jeg visste at jeg var sikret.’

Her kan man jo vise til at antakelsen til *Astrid* stemte og at hun fikk en fulltidsstilling. Likevel møtte hun også på motgang før hun fikk stillingen sin i fulltid, som jeg kommer tilbake til senere i analysen. Dette kan være et eksempel på at det ikke er umulig å få hundre prosent fast stilling som helsefagarbeider, men at det er vanskelig og at det kan ta tid.

5.2 Hindret etablering

Informantene som har deltatt i intervjuene er i en fase av livet hvor man kan bli kalt en ung voksen. Alderen varierer fra tjue til trettien år, men alder er ikke lenger den determinerende faktoren for hvor de er i livet med tanke på etablering. Før så man at voksenlivet var det som naturlig fulgte etter en kort ungdomsperiode. Den var ofte assosiert med skole og at man bodde hjemme hos sine foreldre (Nilsen mfl., 2002: 164). I nyere tid har det dukket opp begrepet unge voksne for å kunne forklare unge sin forlengede tilstand av ungdomstid, hvor de tar høyere utdanning. Dette begrepet defineres av livsstil og ikke alder, hvor visse kjennetegn som det å bo for seg selv viser til en ung voksen (Nilsen, mfl., 2002, s.164). Selvstendighet er en viktig faktor ilagt termen unge voksne, mye av selvstendigheten kan tolkes økonomisk, hvor man har muligheten til å flytte ut av familiehjemmet. Å være selvstendig fører også til en autonomi over

eget liv og egne avgjørelser, som kan være nært relatert til det å være økonomisk uavhengig (Nilsen, 2002, s.164).

Begrepet unge voksne passer på noen områder til de unge helsefagarbeiderne, men fra mine data står det frem at flere heller er unge voksne som ikke har muligheten til å etablere seg enda. Jeg vil derfor presentere begrepet *hindret etablering* for å kunne fange opp unge helsefagarbeidere som går i en deltidsstilling. Felles for alle er at de har noen trekk som kan karakteriseres som en del av et voksenliv, der to av informantene har et barn og to av informantene har kjøpt leilighet. Alle har inntatt en planleggingsmentalitet hvor de vet hva de ønsker seg i fremtiden, men de har problemer med at de enten har en deltidsstilling eller at stillingen ikke er fast.

Flere uttrykker frustrasjon over at de ikke får lån i banken og at de må finne seg et midlertidig bosted for å kunne spare midler til å kjøpe seg noe eget. Ved spørsmål om hvor de fleste ser seg selv om ti år blir det fortalt om en plan hvor leilighetskjøp eller overgang til større bolig ligger i kortene og om et ønske om at de har fått barn. Dette kan sees på to ulike måter. Noen av de intervjuede har allerede kjøpt seg leilighet, noe som kan bety at de ikke opplever at stillingsprosent hindrer etableringsfasen. Felles for disse to er også at de har en hundre prosent stilling. De resterende åtte intervjuede tolker jeg som at de har opplevd *hindret etablering* på grunn av at de går eller har gått i deltidsstillinger. Dette er noe jeg vil se nærmere på, men først vil jeg presentere noen av informantene og deres fremtidsplaner.

Anna (22 år) arbeider hundre prosent i en fast stilling på sykehus. Hun eier leilighet sammen med sin samboer og trives veldig godt i arbeidet som helsefagarbeider. Hun har nettopp videreutdannet seg for å kunne være veileder for helsefagarbeiderlærlinger og har vært ferdig utdannet i to år. Hun forteller om et ønske om å arbeide videre som helsefagarbeider på sykehuset, og at hun ønsker seg et hus og barn i fremtiden.

‘Ja, om ti år så håper jeg at jeg har to unger, jeg ser for meg at jeg er i et stort og fint hus, har fortsatt fast og god jobb som jeg trives i og har samboeren min enda.’

Anna fikk sin hundre prosent stilling i avdelingen hun var lærling, rett etter at hun var nyutdannet som helsefagarbeider. Dette har gjort at hun har kunnet etablere seg relativt kjapt etter at hun var nyutdannet. Hun er allerede eier av bolig sammen med sin samboer og er på

god vei inn i voksenlivet. Dette viser hvor viktig det er for unge helsefagarbeidere å ha muligheten til å få seg en fast jobb i tilnærmet full stilling, og at mye av veien videre blir påvirket av akkurat denne faktoren.

Melissa (23 år) arbeider deltid i en sekstifem prosent stilling på korttidsavdeling i kommunen. Hun fortalte at hun ønsket å ha en åtti prosent stilling, og at det var målet hennes. Dette er frivillig deltid og et ønske som stammer fra arbeidstaker, og ikke arbeidsplassen sitt behov for deltidsarbeid. *Melissa* bor med sin samboer i en leilighet under svigermor, og sier at hun og samboeren er på boligjakt. Planen hennes er også barn og leilighet i fremtiden.

‘Om ti år så bor vi sikkert i en leilighet, forhåpentligvis har vi kanskje to barn. Jeg er i arbeid i en åtti prosent stilling, lykkelig gift med min kjære.’

Melissa nevner at både leilighet, barn og giftermål er i planene. Alt dette baserer seg på at man har en stabil inntekt, da det er kostbart med boliglån, et bryllup, og barn. Dette er noe som krever at man har en stor nok stillingsprosent til å kunne møte disse utgiftene som kommer med etableringsfasen i livet.

Det er flere av informantene som har lignende planer som *Anna* og *Melissa* der de ønsker seg barn og det å eie en bolig. Forskning viser til at det har skjedd en forskyvning av førstefødsler, og at det varierer med utdanningsnivå (Lappegård & Dommermuth, 2015: 39). Hos kvinner med videregående utdanning har forskyvningen skjedd fra å være i tidlig 20-årene til slutten av 20-årene (Lappegård & Dommermuth, 2015: 41), noe som er sammenfallende med flere av informantenes fremtidsplaner. Mine data tilsier at de av helsefagarbeiderne som arbeider deltid og ikke har kommet opp i ønsket stillingsprosent, venter med å utvide familien frem til de har en fast ansettelse med ønsket prosent. Med deltidsproblematikken mange møter, kan en strategi være å utsette en slik langsiktig beslutning frem til man har sikret livssituasjonen sin (Lappegård & Dommermuth, 2015: 46).

De fleste ønsker ikke å arbeide deltid, men ha en fulltidsstilling. Unge i en etableringsfase er avhengige av en fast heltidsjobb, for å kunne oppnå økonomisk stabilitet. Som vist i bakgrunnskapittelet (kap. 2: 15-17) opplever unge helsefagarbeidere vanskeligheter med å skaffe seg en fast jobb hvor stillingens størrelse er stor nok til å leve av. Dette er hovedsakelig innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, hvor deltidsbruken er høy og hvor flest

helsefagarbeidere også blir ansatt. Videre vil jeg se på flere av de intervjuede og fremstille deres problemer med det å få boliglån, knyttet opp til en deltidsstilling.

Silje (22 år) arbeider seksti prosent i et vikariat. Hun arbeider i hjemmetjenesten og forteller at hun trives veldig godt i yrket og i arbeidet i hjemmetjenesten. Hun har valgt å ikke arbeide fulltid av helsemessige årsaker. Det hun legger frem som et problem er at hun arbeider i et vikariat, som gjør at hun føler en usikkerhet for fremtiden.

‘Det har jo vært en bekymring, først og fremst fordi at typen gikk jo i hundre prosent jobb, jeg gikk i 60 prosent vikariat, vi søker boliglån, får så vidt noen ting, fordi at jeg går i vikariat. Hadde jeg hatt fast så hadde det gjerne vært lettere og da har du hvert fall noe å falle tilbake på hvis at du, altså det å ha et vikariat er jo gjerne bare begrenset tid og hvis du ikke får noe etter det, hva skjer da, altså hvem skal betale på huslånet, hvem skal betale utgiftene ellers. [...] Så nå har vi på en måte lagt det litt flatt også har vi heller funnet ut at ok vi sparer heller litt lengre. Vi får jo tross alt lov til å bo hjemme gratis hos svigerforeldrene mine. Så det er jo ikke så mye utgifter vi har og da kan vi godt spare.’

Som *Silje* nevner får de ikke lån når hun går i vikariat. Hun påpeker at hun ikke ønsker å arbeide i en fulltidsstilling, men at det å arbeide i et vikariat gir henne lite å falle tilbake på når vikariatet er ferdig. Hun er dog optimistisk og forteller at hun har en sjanse for å få en fast stilling noen måneder frem i tid. *Silje* og samboeren bor gratis hos svigerforeldrene hennes og har mulighet til å spare til egen bolig. Studier viser at familieressurser er en viktig faktor for unge mennesker som skal skaffe seg bolig og flytte ut av familiehjemmet. En trend i Norge er at unge voksne bor hjemme hos sine foreldre, selv om de arbeider eller studerer (Nilsen, 2019: 11). *Silje* og samboeren er et godt eksempel på denne praksisen, de bor hjemme for å kunne spare opp til bolig, fordi de ikke får boliglån når hun går i vikariat.

Kristine (21 år) ble nevnt innledningsvis. Hun har ingen fast stilling, men arbeider som ekstravakt og søker på faste stillinger. Hun har bare vært ferdig utdannet i en måned og leier en leilighet sammen med sin samboer. Ved spørsmål om hun har tenkt på å kjøpe bolig, virker hun optimistisk, samtidig som vissheten om at mange helsefagarbeidere går i deltidsstillinger også er tilstede.

‘Å kjøpe seg bolig liksom? Ja, du må jo egentlig ha nesten hundre prosent jobb for å kunne få, hva heter det, sånn lån da. Og jeg har jo hørt at du må være i hundre prosent arbeid, så det og er jo litt utfordring i forhold til det yrket jeg er i. At det er litt liksom lite fulle stillinger, som gjør det vanskeligere for folk. Men selvfølgelig hvis du har vært god å spare, så er det jo ikke vanskelig å få, men ja, så det er jo litt dumt da.’

Kristine nevner at det er utfordringer knyttet til yrket hennes når det er snakk om å få boliglån. Hun trekker frem at man må være i nesten hundre prosent stilling for å få boliglån, som gjør det vanskelig for akkurat hennes yrkesgruppe. Hun fremsetter også en positiv innstilling til fremtiden, hvor hun mener at selv om man ikke har en full stillingsprosent, er det mulig å spare for å få bevilget et boliglån.

Karoline (30 år) arbeider i en hundre prosent stilling på sykehus og har en sønn. Ved intervjudato hadde hun nettopp gått over i en hundre prosent fast stilling og var veldig glad for dette. Frem til det hadde hun arbeidet i en cirka femti prosent stilling, hvor da tanken på boligkjøp hadde vært i fjern fremtid. Nå som hun endelig hadde fått hundre prosent fast stilling, var hun glad for å kunne ha mulighet til å kjøpe seg noe eget. Samtidig forteller hun om en mentalitet hun har båret på når hun gikk i deltid, som fortsatt kunne gjøre henne bekymret over økonomien nå.

‘Ja, det er vel om jeg ikke får kjøpt og om jeg får kjøpt. Om jeg er på et sted der jeg har råd til eller har blitt ... Bekymringer for at jeg ikke kommer til å få økonomisk stabilitet, at det kommer til å fortsette i det økonomiske sporet som har vært, men det er på en måte den bekymringen kanskje ligger litt i bakhodet, men bevisst så vet jeg jo at jeg har hundre prosent, det er ikke noen som kan ta fra meg den. Så det ja.’

Karoline er et godt eksempel på hvorfor det er så viktig med en fast fulltidsstilling når det kommer til etablering. Uten en fast fulltidsstilling har hun ikke hatt mulighet til å kjøpe seg en egen bolig eller oppnå økonomisk stabilitet som alenemor. Ifølge andre studier gjort om helsefagarbeidere er ikke dette fremmed for unge helsefagarbeidere. Bekymring for økonomi henger sammen med ufrivillig deltid, men kan også fremkomme hos de med heltid eller frivillig deltid. Seksti prosent rapporterte at de var svært urolig eller ganske urolig for økonomi, og tretti prosent som arbeidet heltid eller frivillig deltid rapporterte om det samme (Vabø mfl., 2019: 15).

Samira (27 år) arbeider i en tretten prosent stilling i hjemmetjenesten og ble ferdig utdannet sommeren 2019. Hun leier en leilighet sammen med sin sønn, som hun er alenemor for. Hun har satt en grense på ett år uten stabil inntekt, der hun også går påbygg. Som nyutdannet hadde *Samira* forventet at hun skulle kunne gå ut i arbeid og ta seg i kast med å kjøpe bolig og sikre fremtiden for seg selv og sitt barn. Hun forteller om at ting ikke ble som hun hadde sett for seg, hun er dermed et av mange eksempler på det som kan kalles *hindret etablering*.

‘Så etter fagbrevet, hvis jeg får jobb så var det greit, så kan jeg jobbe og skaffe meg en bolig. For det er litt vanskelig å leie og gå på jakt etter hus. Jeg fikk liksom panikk, når der jeg bodde før, de skulle selge og sant min sønn hadde begynt på skolen her, også fikk jeg panikk. Og jeg gikk på visning og det var liksom nei, det var ikke deg og noen andre fikk det, men til slutt fant jeg dette her. Det var greit, men jeg kjente at nå er det kanskje mitt mål å jobbe og snakket med banken, men du kommer ingen vei uten fast jobb. Så tenkte jeg ok, etter fagbrev kanskje jeg har fast jobb, men jeg har ikke fått det enda. Så da, iallfall jeg tenker at jeg kan fortsette og bli det jeg har lyst til å være.’

Samira har en plan om at i det lange løp skal hun bli sykepleier, men hun ønsket først å arbeide som helsefagarbeider og kunne tjene penger før hun fortsatte. På grunn av få fulle stillinger har hun ikke fått mulighet til å iverksette denne planen, noe som fører til at hun lever i usikkerhet med tanke på inntekt og bolig.

Bekymringene som *Silje, Kristine, Karoline* og *Samira* har med tanke på økonomi og boligkjøp henger sammen med deltidsproblematikken som er tilstede i helsesektoren. For å kunne forstå hvorfor unge helsefagarbeidere opplever *hindret etablering*, er det viktig å se videre på ufrivillig deltidsarbeid. Ifølge Kjeldstad kan deltid henge sammen med det strukturelle perspektivet, hvor deltid er et behov fra arbeidsgivers side mer enn det er en preferanse hos arbeidstaker. Forskning peker på at deltidsansatte ofte takker ja til en deltidsstilling i håp om å få økt stillingen etter hvert (Kjeldstad, 2006: 519). Som vist lengre oppe er det flere som har begynt i en lav stilling og klatret oppover i prosent. Dette kan også være en motivasjon til å ta en ekstravaktstilling, i håp om at det skal utvikle seg til en stillingsprosent man kan leve av.

Hovedessensen til deltidsarbeid ligger ikke i livsfaserelaterte forklaringer, men heller arbeidslivsperspektiver og etterspørsel i yrket (Kjeldstad, 2006: 527). Helsesektoren er en sektor som preges av deltidsarbeid, noe som kan føre til at sektoren også har relativt høyest

andel med uønsket deltid (Kjeldstad, 2006: 527). Dette er også i tråd med flere av informantenes utsagn. Selv om Kjeldstad peker på at deltid ikke kan forklares av livsfasen den enkelte befinner seg i, vil jeg argumentere for at det er et fellestrekk at unge helsefagarbeidere er de som sliter mest med å få økt stillingsprosent.

Mange starter karrieren sin i en deltidsstilling, hvor mine data viser at flere har klatret oppover i stillingsprosent og noen har klart å skaffe seg en hundre prosent stilling. *Karoline* (30 år) brukte syv år for å skaffe seg en hundre prosent stilling. Hun begynte som ufaglært i en helgestilling på sykehuset hun arbeider på nå. En deltidsansatt har rett til en stilling som er lik merarbeidet som er blitt utført de siste tolv månedene før det skriftlige kravet stilles. Unntak er hvis arbeidsgiver kan dokumentere at behovet for merarbeid ikke lengre er til stede (Arbeidstilsynet, 2020). I *Karoline* sitt tilfelle gikk hun opp til en femti prosent stilling som tilsvarte alle ekstravaktene hun hadde arbeidet i tillegg til helgestillingen. Hun har vært ferdig utdannet helsefagarbeider i to år, og tok utdanningen sin gjennom voksenopplæring⁴. Det er her tatt med ett sitat, hvor *Karoline* forteller om sin opplevelse av å klatre opp til en hundre prosent stilling.

‘Så jeg begynte i helgestilling og så var det jo sånn at fagforbundet hadde en sånn regel for noen år siden, eller de har vel det enda, men det gjelder ikke her lengre. Det ene året der, de informerte om at den stillingen du har jobbet, den kan du kreve. Så fordi det var veldig vanskelig å få hundre prosent her som en, da var jeg ufaglært, så krevde jeg stillingen jeg hadde hatt. Da fikk jeg 51,18 prosent også ble jeg utdannet for to år siden, ferdig utdannet helsefagarbeider. [...] Til slutt ja. Måtte true litt med oppsigelse og sånn, det fikk ballen til å gå. [...] Ja, det var sånn akkurat på tampen mens jeg holdt på å søke, så var det en ergoterapeut som sluttet og da gjorde de litt om den stillingen og at den utlysningen skulle være mer innsnevret meg for at det skulle gå. Så de gjorde det de kunne da for å beholde meg, så det var nå bra.’

Karoline nevner videre i intervjuet at for arbeidsstedet er det et behov at man har flere til å gå i deltidsstillinger, dette er en sikkerhet for arbeidsgiver. Hun nevner samtidig at det da er arbeidstaker som ikke får arbeidet hundre prosent som møter konsekvensene av dette behovet. *Karoline* er et godt eksempel på en ung helsefagarbeider som har opplevd *hindret etablering*, fordi hun ikke fikk hundre prosent stilling i yrket. Som vist i et tidligere sitat har dette påvirket

⁴ Voksenopplæring gir muligheten til å formalisere kompetanse gjennom arbeidsplassbasert læring og fungerer som en alternativ vei til fagbrev. Rapport fra FAFO om voksenopplæring: <https://www.faf.no/images/pub/2016/10235.pdf>

økonomi og muligheten for boligkjøp. *Karoline* nevnte også i sitt intervju at hun hadde eid bolig før med en tidligere samboer, men at hun alene ikke hadde mulighet til å få innvilget boliglån. Dette er også grunnen til at det er viktig å skille mellom frivillig deltid og ufrivillig deltid. Unge helsefagarbeidere i parforhold har en større sjanse for å etablere seg, uten premisset om en hundre prosent fast stilling, fordi man har to inntekter.

Astrid (31 år) som nå arbeider i en heltidsstilling på et sykehus, startet i et vikariat i en annen kommune enn den hun bor i nå. Hun forteller at hun hadde rett til å få vikariatet gjort om til en fast stilling, men at stillingen hennes heller ble gjort om til en sykepleierstilling. I stedet for fikk hun tilbud om en nattevaktstilling som hun ikke passet til. Dette resulterte i at hun flyttet til en annen kommune og fikk en hundre prosent stilling på et sykehus.

‘Jeg kan jo kanskje fortelle grunnen til hvorfor jeg valgte å flytte til [kommune]. Jeg hadde en vikariatstilling i [tatt bort] kommune, på den korttidsavdelingen som jeg jobbet på, den hadde jeg rett på å få til fast stilling og da ville de gjøre om den stillingen til en sykepleierstilling. Så det var egentlig derfor at jeg sa det at jeg trenger jo en jobb og da fikk jeg tilbud om ei nattevaktstilling med psykisk utviklingshemmede. Jeg er ikke laget for å være med den pasientgruppen, med å sitte og se på en person sove, så da sa jeg det at enten må jeg få jobben min tilbake her, eller så flytter jeg. Så da flyttet jeg jo hit og fikk jobb her, så det er mange sånne.’

Som *Astrid* forteller er det mange som opplever at stillinger som var til helsefagarbeidere blir omgjort til sykepleierstillinger. Langesunds blad skrev om dette problemet i 2014, hvor unge helsefagarbeidere var frustrert over at kommunen bevisst gikk inn for å omgjøre helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger. Kommunen forklarte dette med at flere syke ble fraktet fra sykehusene til hjemkommunene sine etter samhandlingsreformen (Sævik, 2014).

En nordisk undersøkelse (Vabø mfl., 2019) fant som nevnt tidligere (se kap. 2: 15-17) ut at særlig unge norske helsefagarbeidere arbeider i korte deltidsstillinger, ofte med et ønske om å arbeide mer (Vabø mfl., 2019: 1). Dette er noe som informantene også slet med, noen av de som arbeidet i høye stillinger under intervjuperioden hadde kjempet hardt for å komme dit. Noe *Melissa* (23 år) fikk erfare på de tre årene hun har vært i yrket som ferdigutdannet. Hun forsto kjapt at det å få en fulltidsstilling ikke var like lett som det var forespeilet når hun var i

utdanning. Hun forteller i intervjuet at hun arbeidet like mye som en fulltidsstilling, men at hun ikke fikk stillingen på papiret.

‘Nei, eller det er vel kanskje det med mulighet for høyere stilling, å komme opp i stillinger. Det er jo vanskelig har jeg merket nå. Nå har jeg jobbet i over tre år, som deltid da, alltid hatt faste stillinger og vært to og et halvt år i 50 prosent og nå i 65 prosent, men å komme opp i stilling det er kjempevanskelig, jeg jobbet to og et halvt år på tidligere arbeidsplass og jeg kom meg ikke opp i, spurte om det ikke var mulighet. For de trengte meg jo, jeg jobbet jo hundre prosent om ikke mer, sant. Hver eneste uke jobbet jeg fem vakter, sto på alle slags dager, helg og helligdager og sånn, men å få høyere det gikk ikke. Ikke før dagen jeg kom inn å spurte om referanse, da tilbyr hun og da sa jeg pent nei, for da skjønnte hun at «åh, kanskje vi har bruk for deg».’

Melissa forteller om en opplevelse av å ikke bli tatt seriøst før det kommer til at det er en oppsigelse er på bordet. Denne typen behandling, hvor man jobber flere vakter enn det stillingen tilsier, altså ekstravakter, men ikke får muligheten til å øke stillingsprosenten sin er med på å *hindre etablering* for unge helsefagarbeidere. Dette er en gunstig ordning for arbeidsstedet, da muligheten for å få inn vikarer ved sykdom er god, men ugunstig for den ansatte som hele tiden må være på utkikk etter ekstravakter. En studie om generell deltid nevner at helse- og omsorgssektoren er eksempler på tjenesteinstitusjoner hvor kravene til fleksibilitet er høye. Helsesektoren kjennetegnes av at personalet må være til stede alle dager og til alle døgnets tider, som gjør at driften av disse stedene er preget av deltidstillinger supplert med ekstravakter fra de deltidsansatte. Økt bruk av deltidarbeid og lange arbeidsdager gjør at arbeidstiden kan bli mer uforutsigbar og ubekvem for arbeidstakerne (Kjeldstad, 2006: 518). Dette fører også med seg utfordringer i hverdagen, som mange av informantene var kjent med.

5.3 Uforutsigbar hverdag

I tillegg til *hindret etablering* og livsfaseutfordringer, er det viktig å se på hvordan turnus og ufrivillig deltid kan påvirke hverdagen til de unge helsefagarbeiderne. For å favne om utfordringene en ung helsefagarbeider møter i sitt yrke som en følge av ufrivillig deltid, blir begrepet *uforutsigbar hverdag* introdusert. Alle de intervjuede helsefagarbeiderne ansatt kommunalt arbeider deltid, noe som implisitt fører til ekstravakter. Dette fører til et uromoment i hverdagen, hvor det er vanskelig å kunne planlegge uten en turnusplan å forholde seg til.

Ekstravakter dukker som regel opp kort tid i forveien, og hvis man er avhengig av ekstravakter, er det ofte vaktene som blir prioritert.

Melissa (23 år) arbeider i en sekstifem prosent stilling på korttidsavdeling. Hun sier at hun tar ekstravakter og at hun ofte prioriterer arbeid over det å være sosial med venner. Hun mener at turnusarbeid ikke har noen innvirkning på livet hennes, da hun er flink til å være sosial når hun har mulighet. Det som kan være med å velte kabalen er når hun får ekstravakter.

‘Ja, det har jo det, foreløpig akkurat per nå, så har det ikke det. Jeg er veldig sosial og veldig flink å være sosial før en seinvakt og på helg og når jeg har tid jeg presser inn det å være med venner. Men jeg ser jo det at når jeg får ekstravakter og sånn på en helg jeg plutselig har blitt invitert i en bursdag, så, men jeg velger jo veldig mye jobben fremfor et sosialt liv. Men jeg klager ikke på det, for jeg er veldig flink til å være sosial.’

Melissa viser her noe som overraskende mange gjorde og det var å velge arbeid over fritid. Hun ønsker ikke å klage over det og presiserer at det er et valg hun tar. Samtidig er hun flink til å være sosial når hun har fritid, og det virker som at hun ikke ser på turnus eller plutselige ekstravakter som et problem per dags dato.

Astrid (31 år) som arbeider på sykehus, forteller om hvordan turnusarbeid kan ha innvirkning på andre deler av livet hennes. Selv om *Astrid* her forteller om at det til tider kan være slitsomt og at hun går glipp av ting, er hun fortsatt ikke i tvil om at det er verdt det.

‘Det har vel kanskje veldig mye, jeg jobber jo en tredelt turnus og det er nå ofte jeg må si det at nei jeg skal på jobb, eller nei jeg har nattevakt, jeg kan ikke være med denne helgen, nei jeg orker ikke i dag for jeg har hatt en slitsom dag på jobb, så jeg tror jeg vil heller slappe av.’

Astrid viser som *Melissa* at hun tar et valg om å sette arbeid over det sosiale. *Astrid* sier at det i hverdagen hennes hovedsakelig dreier seg om arbeid og at hun trives veldig godt der hun arbeider, derfor har hun ikke noe imot at det er arbeid som fyller mesteparten av hverdagen.

Samira (27 år) arbeider i en tretten prosent stilling i hjemmetjenesten. Hun ble ganske nylig ferdig utdannet og leier bolig alene med sin sønn. *Samira* måtte flytte for å få seg lærlingplass og har bodd på det nye stedet i to år sammen med sin sønn, hvor hun allerede har måttet flytte

en gang. Siden hun var på et nytt sted og skulle ut i arbeid som lærling, var det ikke lett å finne barnepass til sin sønn når hun hadde kveldsvakter. Hun forteller om en brå start, hvor hun måtte finne en måte å balansere det å være alenemor med det å arbeide turnus.

‘Men etterhvert når jeg forsto, i lære med en unge, det kan bli vanskelig med turnus og sånn, men etterhvert ble jeg kjent med folk og jeg kunne jobbe, mens folk passet på han. Etterhvert kunne jeg finne barnepass, som jeg kunne betale etterhvert, så gikk det greit.’

Samira fikk seg bekjentskaper og venner på det nye stedet, noe som gjorde at det ble enklere for henne å arbeide i turnus. Hun forteller og at hun fikk barnepass som hun betalte, noe som blir vanskelig nå som hun bare har en tretten prosent stilling. I neste sitat forteller hun om de økonomiske bekymringene hun har rundt det at hun ikke har fått en fulltidsstilling og hvordan det påvirker dagene hennes.

‘Altså det er det med jobb, det ble liksom, jeg ble litt usikker etter jeg var ferdig som lærling. Det var på en måte en jobb i to år der jeg slapp å tenke på det, jeg vet at jeg skal på jobb den dagen. Så plutselig når jeg var ferdig så ble jeg litt usikker. Jeg vet ikke om jeg får jobb denne uken eller får nok vakter og om jeg får nok denne måneden til å leve, sant. Jeg vet ikke om jeg kan gå på NAV, helst ikke, men jeg er usikker på hvor mye jeg får på slutten av måneden. Det er liksom usikkerhet, også har jeg begynt å tenke om jeg skal fortsette som jeg har begynt. Ta påbygg også hvis jeg til neste år, det er det jeg tenker på, hvis jeg til neste år ikke har fått jobb så skal jeg søke på sykepleien eller vernepleien. Iallfall ha en ting for det blir, det er litt tøft for meg for jeg må tenke på min sønn, jeg må tenke på meg og jeg må tenke med jobb og økonomiske situasjonen. Så blir det liksom mye å tenke på hele veien uten stopp. Ja og det er ikke greit.’

Samira forteller om en fortvilelse der hun ikke ønsker å ta i bruk velferdsstatens sikkerhetsnett, samtidig som hun bekymrer seg for om hun har nok vakter til at endene møtes på slutten av måneden. Etter møtet med arbeidsmarkedet og etter å ha hørt lignende historier fra andre helsefagarbeidere, vil hun helst bli sykepleier med en gang, og ikke i det lange løp som originalt var planen hennes. Hun er alenemor og er avhengig av en stabil inntekt for å kunne forsørge seg selv og sin sønn. Hun forteller også om en kultur hvor man blir tilbudt ekstravaktstilling på null prosent hvis man har søkt på en større stilling som man ikke får.

‘Ja, det er det. Altså det er ikke lenge siden jeg ble ferdig, men det blir mer tungt når jeg snakker med folk og de har gått der ett år, noen som er ferdig ett år før meg og sier at de jobber som ekstravikar. Så tenker jeg at jeg trodde kanskje etter dette året, at neste år så er det noe, men det ser ikke ut som det er noe i nærmeste fremtid, men jeg prøver. Så nå søker jeg på jobber og har vært på en del intervjuer også i hjemmetjenesten, så fikk jeg beskjed om at det var noen som hadde jobbet litt lengre enn meg som fikk den jobben, men hvis jeg hadde lyst så kunne jeg jobbe ekstra. [...] Jeg var på intervju i går også og venter på svar, men der også var det to stillinger i enhet for funksjonshemmede og det var to stillinger og det var seksti stykk som var på intervju. Han [arbeidsgiver] sa det bare tilfeldig, men jeg var sånn hvorfor sa du det for da forventer jeg iallfall ikke å få den når du sier seksti stykk for to stillinger og en av de er ikke aktuelt for meg for det er natt. Jeg er alene med min sønn så da er det bare den ene da.’

Samira som er relativt nyutdannet står ikke først i køen ved ansettelse, fordi hun mangler erfaring. Dette gjør at hun blir tilbudt å arbeide ekstra ved behov. Dette betyr at hun får liten tid på å planlegge for sønnen sin hvis hun får en kveldsvakt. Som alenemor er det også stillinger hun ikke kan søke på, som nattevaktstillinger.

De intervjuede sine opplevelser av hvordan turnus, deltidsarbeid og ekstravakter påvirker hverdagen deres tyder på at mange velger arbeid over andre ting, spesielt hvis man arbeider ufrivillig deltid hvor man tar ekstravakter. *Astrid* var den eneste ovenfor som har ønsket stillingsprosent som er hundre prosent og har derfor ikke den samme forventningen om å ta like mange ekstravakter som *Melissa* og *Samira*.

Et annet aspekt som ikke blir nevnt like mye, er at ved å arbeide som vikar og i små stillinger flere steder, kan føre til en mangel på tilhørighet. Et prøveprosjekt som ble utført i Harstad kommune, hvor de innførte 3-3-turnus, hvor ingen hadde mindre stillingsprosent enn seksti prosent, hadde positive resultater. Arbeidstakerne rapporterte om bedre samhold og arbeidsmiljø og at kroppen følte bedre. De fikk også roligere pasienter og gode tilbakemeldinger fra pårørende (Amble, 2008: 14). Hvis man arbeider i en liten deltidsstilling er man ikke innom arbeidsplassen like ofte som de som arbeider i fast heltid. Dette kan føre til at man ikke føler en tilhørighet på arbeidsplassen, på samme måte som man hadde hvis man arbeidet heltid. Det kan ha kommet nye pasienter på avdelingen eller sonen, som kan være et ekstra stressmoment hvor vedkommende i en deltidsstilling må forholde seg til endringer når de er på arbeidsplassen. *Samira* (27 år) som arbeider tretten prosent helgevakter, forteller om

denne følelsen av at når man hele tiden får nye pasienter å forholde seg til, og at det kan gå utover kvaliteten på arbeidet.

‘Også får du liksom ikke, du er på besøk, du har ikke kontroll lengre når du jobber som vikar, du er på besøk, samtidig er du fagarbeider og du skal vise kunnskapen din. Men du skal jo kjenne folkene og, så plutselig blir det liksom at du ikke gir så mye av deg selv og av det du kan.’

Samira forteller om en opplevelse av at situasjonen hun befinner seg i som vikar og hennes profesjonelle kompetanse kommer i konflikt med hverandre. Selv om hun er fagarbeider som har kunnskap om hvordan hun skal utføre arbeidet sitt, er det ikke mulig å utføre arbeidet uten en viss kjennskap til pasienten. Hun sier at dette resulterer i at hun ikke gir like mye av seg selv, fordi hun ikke kjenner pasienten.

Silje (22 år) tar også opp manglende tilhørighet som et problem, hvor hun peker på at deltidsarbeid kan være et problem for ansatte, men også for brukerne. Hun arbeider selv i en seksti prosent stilling, og er kjent med situasjonen hvor man ikke arbeider med like jevne mellomrom som noen i en hundre prosent stilling.

‘Så jeg har jo på en måte vært veldig sånn at det å gå i vikariat og det å ha disse små stillingene, det ødelegger mye både for brukerne og det ødelegger mye for oss som faktisk er ferdig utdannet. [...] Og det, det er jo snakk at om det på en måte ødelegger kontinuerligheten i arbeidet når det er så mange som går i små stillinger for de har liksom ikke mange som er mange dager etter hverandre, de faller gjerne litt av og det ser jeg jo bare jeg som går 60 prosent altså det er jo mer enn gjerne mange andre, men til og med jeg faller veldig av de dagene jeg ikke er på jobb. Har du gjerne en uke fri så må du sette deg inn i hva som har skjedd den siste uken og har du noen som gjerne begynner å bli demente eller har kognitive svikter så husker de deg gjerne ikke når du kommer igjen etter en uke, så må du på en måte starte fra scratch.’

Som *Silje* forteller sliter hun selv med at noen av pasientene ikke husker henne når hun kommer på arbeidsplassen etter noen dager borte og at hun selv føler at hun har gått glipp av viktig informasjon siden sist hun hadde en vakt. Dette kan være en stressende faktor i hverdagen, som er forårsaket av deltidsarbeid. Hun forteller også om observasjoner hun selv har gjort seg igjennom læretiden, hvor flere hun kjente gikk i små stillinger på flere arbeidsplasser for å ha en større total stilling. Dette mente hun at var et problem, fordi den ansatte kunne møte opp på feil arbeidsplass, de må forholde seg til to sjefer og to arbeidsplasser. Dette kan være en

påkjenning for den ansatte, fordi det er dobbelt så mye å følge med på. Denne siden av deltidsarbeid setter fokus på pasienten og helsefagarbeiderens opplevelse av deltidsarbeid. Som begge informantene impliserer, er det vanskeligere å gjøre en god jobb. Selv om man har kompetansen til å gjøre det som trengs, er det også viktig å få frem at man arbeider med mennesker. Arbeidet som gjøres kan være intimt, noe som kan gjøre det ubehagelig for både helsefagarbeider og pasient hvis man hele tiden får nye mennesker å forholde seg til.

5.4 Sykehus og kommunalt – er det noen forskjeller?

For å få et mer nyansert bilde av unge helsefagarbeidere er intervjuene gjort med helsefagarbeidere ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan her bli nevnt som sykehus, og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan bli betegnet som hjemmetjenesten, sykehjem eller boligtilbud. I en rapport nevnt tidligere i bakgrunnskapittelet, viser til at det i 2016 arbeidet åtte prosent av helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten til sammenligning med nesten sytti prosent helsefagarbeidere ansatt innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se kap. 2: 12). De viser også til at andelen helsefagarbeidere har minket de siste årene innenfor sykehusene.

I 2016 hadde nesten to av tre helsefagarbeidere deltidsstilling og omsorgssektoren er preget av en høy andel deltidsstillinger, spesielt innenfor det kommunale (se kap. 2: 14). I datamaterialet til denne oppgaven viser denne tendensen tydelig. Av de fem som er blitt intervjuet som arbeider innenfor den kommunale helsetjenesten, er den høyeste stillingsprosenten åtti prosent. Av de fem som er intervjuet som er ansatt ved sykehus har fire av fem hundre prosent fast stilling ved sin avdeling, hvor Else som har en deltidsstilling har valgt dette selv. Dette viser til et påfallende gap mellom kommunal helsesektor og spesialisthelsetjenesten, hvor de som har kommet inn på sykehusene har klart å sikre seg en fast fulltidsstilling. Tre av fire som har fulltidsstilling ved sykehus oppnådde dette med en gang de ble ansatt, noe som opplevdes positivt for arbeidstaker.

Ufrivillig deltid ikke er et nytt fenomen for helsefagarbeidere, men heller en vedvarende tilstand. Forskerne fulgte lærlinger ut i arbeidsmarkedet og fikk tilbakemeldinger om at det var svært lite stillinger ledig til de som nyutdannede (se kap. 2: 17). De så tendenser til at flere enten valgte å ta påbygg for å videreutdanne seg til sykepleier, eller at de tok arbeid utenfor yrkesretningen de hadde valgt. Mange fortalte om et møte med arbeidslivet når de var lærlinger, hvor de fikk høre av veileder og kollegaer på læringsstedet at arbeidsutsiktene ikke var så lyse

som de først hadde blitt fortalt. Dette fører til at noen hopper av før lærlingtiden, eller at man velger å ta påbygg for å kunne bli sykepleier eller vernepleier (Vabø, mfl., 2019: 9). Dette er noe jeg ønsker å diskutere videre i avslutningskapittelet.

6. Omsorgsperspektiver og utfordringer

I dette analysekapittelet er det de unge helsefagarbeidernes tanker og erfaringer rundt arbeidet de gjør, som står i fokus. Arbeidets betydning for den enkelte helsefagarbeider og motivasjonen til å være helsefagarbeider er diskutert sammen med eventuelle utfordringer de møter i selve arbeidet. Andres syn på helsefagarbeiderne kommer frem gjennom informantenes fortelling, og gjennom deres egne erfaringer fra arbeidslivet. Alle informantene trives i yrket og knytter stor mening til arbeidet de gjør og den kompetansen de besitter. De forteller om et behov for grenser i møte med pasienter og prosessen de gikk gjennom for å finne sine grenser som de var komfortable med i møte med pasienter og omsorgsutøvelse. Dette kapittelet tar for seg hvilke utfordringer unge helsefagarbeidere møter i arbeidet.

6.1 Betydning

Felles for helsefagarbeiderne i datamaterialet er følelsen av å få noe tilbake når de gir av seg selv. Arbeidet de gjør gir glede og mening i hverdagen og har stor verdi. *Astrid* (31 år) trekker frem det å kunne gi god pleie og omsorg til en pasient som viktig for henne. Hun arbeider på et sykehus i en heltidsstilling og har gjort det i syv år. Aspektet med å lytte til pasienten og finne ut hva hun kan gjøre for å bedre vedkommende sin dag er noe hun verdsetter i arbeidet sitt som helsefagarbeider.

‘For meg så betyr jo det at å gi god pleie og gi omsorg, lytte til hva pasienten har å si og sette deg ned å høre «hva er det jeg kan gjøre for deg? Og hva kan jeg gjøre for at du skal få en bedre dag?». [...] Det er mye, jeg vet ikke hva jeg skal velge rett og slett. Bare å sette meg ned med pasienten og prate, høre fra gamle dager, det er kjempekoselig å hjelpe de så godt så jeg kan med at de får en god dag.’

Teori om arbeidets betydning viser til at det er to aspekter som legges til grunn for arbeidets mening. Det første er gjennom oppgavene i arbeidet og forståelsen den ansatte har for sine arbeidsoppgaver. Det andre er den ansattes egen vurdering av arbeidet, verdien arbeidet gir er påvirket av den ansattes personlige verdier, preferanser og lidenskap, sammen med trekk fra den sosiale konteksten arbeidet blir utført (Wrzesniewski mfl., 2003: 101). For *Astrid* er det vanskelig å trekke frem kun en ting som hun ser som det beste med å være helsefagarbeider. Gjennom intervjuet er det tydelig å se at hun brenner for arbeidet hun gjør og at det gir henne mye å være i en posisjon hvor hun kan påvirke andre mennesker sin tilværelse under et

sykehusopphold. *Astrid* gir inntrykk av at arbeidet hun gjør er i tråd med hennes personlige verdier og lidenskap.

Melissa (23 år) arbeider i kommunen på en korttidsavdeling. På avdelingen er det mange pasienter med ulike behov og diagnoser, og hvor gjennomtrekken av pasienter er høy. Dette kan være utfordrende og lærerikt arbeid, hvor hun får møtt mange forskjellige mennesker i arbeidet sitt. Hun beskriver arbeidet med å få pasienter friskere som givende.

‘Det beste med arbeidet? Jeg tror det må være å se resultater faktisk, at alt, ofte tunge arbeidet vi gjør, både fysisk og psykisk, at det utgjør en forskjell. Man ser at pasientene kommer seg og at pårørende blir fornøyd og at vi kan få de inn kjempesyke og ting har skjedd, også får vi de på beina igjen.’

Det later til at arbeidet *Melissa* gjør og det å få arbeide tett med mennesker i en vanskelig periode av livet deres er noe som er hovedgrunnen til at hun trives som helsefagarbeider. Det tunge arbeidet hun gjør for pasientene virker som en motivator. Det å få være med å bygge opp igjen mennesker ved hjelp av omsorg og pleie blir sett på som et privilegium, og hun nevner i intervjuet at hun blir mer bevisst på livet gjennom arbeidet hun gjør.

Karoline (30 år) arbeidet som assistent på sykehuset en stund før hun ble helsefagarbeider. Hun arbeider fortsatt på samme sted og har et annet syn på hva det å være helsefagarbeider betyr for henne. Hun legger vekt på at hun med utdanningen sin har muligheten til å gjøre mer veloverveide valg som helsefagarbeider enn hun kunne som assistent.

‘Det er å på en måte ha på papiret at valgene man tar er mer begrunnet, for forskjellen fra en assistent er at valgene kanskje man tar er fordi enten reglene er sånn eller at man kanskje får veiledning av andre. Det er jo kanskje egentlig mer det ja, at man, det er på en måte en kvalitetssikring av at de valgene man gjør er kanskje overveid. Ikke at assistenter ikke gjør overveide valg, men kanskje at det hvert fall at man har kunnskap om det man gjør da ja.’

Ved å ha erfaring som assistent og som helsefagarbeider har *Karoline* sett verdien av den utdanningen hun har tatt på en annen måte enn de som har blitt helsefagarbeider med en gang. Hun forteller i intervjuet at hun er glad i ansvaret utdanning har gitt henne muligheten til å ta på seg. Samtidig som hun trives i arbeidet hun gjør, er utdanningen i seg selv verdifull å ha med

seg. Erfaringen *Karoline* har som helsefagarbeider sammenlignet med rollen som ufaglært, gjør at hun legger større verdi i den utdanningen hun har og vurderer rollen sin på arbeidsplassen høyere som helsefagarbeider, enn hun gjorde som ufaglært assistent.

6.2 Grenser og nærhet

I situasjonen som helsefagarbeider på arbeid, er det viktig å gi omsorg til pasienter som trenger det. Wærness legger frem at i en setting hvor omsorgsmottaker er avhengig av hjelp og pleie, er det viktig at omsorgsgiver ikke overbeskytter og hjelper for mye, samtidig skal ikke pasienten forsømmes (Wærness, 1984: 189). Dette er et aspekt i arbeidet som helsefagarbeider, hvor man må balansere mellom det å være profesjonell, samtidig som man viser omsorg og omtanke for pasienten. Sosial omsorg er aktiviteter og relasjoner involvert i møte med de psykiske og fysiske behovene pasientene har og er knyttet til hverdagslivet (se kap. 3: 26). Mange av helsefagarbeiderne balanserer mellom det å være en profesjonell fagperson, samtidig som de engasjerer seg i pasientenes liv og helse. Her gir omsorgsrasjonalitet omsorgsutøveren en mulighet til å bruke profesjonelle erfaringer og livserfaring, for å kunne fatte beslutninger som kan være til hjelp for pasienten. Sosial omsorg er de handlingene som ofte kan ha mye å si for om pasienten trives i hverdagen og har det godt mentalt.

Silje (22 år) arbeider i hjemmetjenesten i kommunen. I hjemmetjenesten møter hun mange pasienter hver dag og det er ofte store områder en sone dekker. Dette gjør at hun har forskjellige arbeidsoppgaver hos hver pasient og flere funksjonsnivå og sykdommer å forholde seg til. Ved spørsmål om hun har noen regler eller grenser for seg selv i en omsorgssituasjon på arbeid, forteller *Silje* at det er vanskelig å ikke ta med seg arbeidet hjem og bekymringene hun har for enkelte pasienter.

‘Det å ikke bli dratt inn i det når du blir så godt kjent med folk det er ganske vanskelig, selv om du ikke skal dra med deg jobben hjem som de sier, men du blir jo glad i dem, på en profesjonell måte selvfølgelig, men du har jo omsorgen for de og lurer på når du går hjem «er de der når jeg kommer dagen etterpå?». Og ut ifra det, jeg føler liksom mye at det gjerne blir, hvis vi tenker sånn profesjonelt og privat, som vi på en måte lærer mye av på skolen at vi skal forholde oss profesjonelle, så er det jo noe, har vi blitt kjent med de, så bikker vi gjerne over på det private også, men selvfølgelig det er jo en grense på hva som er for mye og for lite og det tror jeg nesten enkeltpersoner må få kjenne på selv hva som er rett og galt.’

Som *Silje* ordlegger seg, har hun omsorgen for pasienten, og hun føler med dette et ansvar for pasienten. Grensen mellom privat og profesjonell er noe som det later til er vanskelig å balansere når hun blir kjent med pasienten, men hun understreker at det er en grense der om hva som blir for mye. Hun legger også til at hver enkelt selv må kjenne på hvor mye de ønsker å dele av seg selv og sitt liv. Dette er noe Kari Wærness legger frem som viktig i den offentlige helsesektoren. I tråd med omsorgsrasjonalitet er personlig kunnskap og et fravær av rigiditet en viktig faktor i møte med hver pasient (Wærness, 1984: 198). I sammenheng med for eksempel hjemmetjenesten vil det være rasjonelt å ta med i betraktningen den erfaringen man har fra før og se pasientens behov, isteden for å følge en standard prosedyre.

Omsorgsarbeid kan være krevende for de ansatte som må håndtere pasienter sine følelser og problemer på en daglig basis, som kan tappe en for krefter. Hvis man involverer seg for mye og tar med seg pasientenes problemer hjem på fritiden kan man ende opp med å bli kynisk, tappet for energi eller for involvert i pasienten. Ved hjelp av grensesetting har man muligheten til å hjelpe sine pasienter etter beste evne, men uten å bli for involvert og tappes for energi i løpet av en arbeidsdag (Cooper, 2012: 33). Mange av informantene møtte fort på dette problemet i yrket sitt, hvor de ble for involvert i en pasient og følte på behovet for grenser.

Melissa (23 år) arbeider på en korttidsavdeling i kommunen, og har tidligere arbeidet ved en somatisk avdeling med mange sengeliggende pasienter. Hun forteller om sitt første møte med følelsen av at hun trenger grenser i arbeidet hun gjør.

‘Ja, det er jo gjerne det å ikke komme for tett innpå pasienten, fordi det er noen man klikker godt med som er her for, ja det er jo masse forskjellig, men så er det lett for at man kommer i snakk og man forteller og, men det er jo det å ikke fortelle for mye. For jeg hadde en annen episode i den gamle jobben, der var det jo en da som var veldig, det ble veldig personlig og at jeg var nødt til å ta avstand fra pasienten. Som også var vanskelig for i en hektisk hverdag og det ringer og hele tiden på en måte faktisk trekke litt fra. For jeg kjente at nå blir det litt for mye. [...] Det ble litt for nært, det ble rett og slett ubehagelig, men ikke på en på måte stygg måte, det var jo pasienten ville jo bare fint, men jeg kjente det ble litt «Jeg er så glad i deg og vennen min» på et sted å klare det. [...] Ja, bare begynne å fortelle meg om ting som hadde skjedd mellom henne og mannen som jeg ikke skulle fortelle videre og mannen er en pasient, så det var vanskelig for meg og da visste jeg ikke hvor og hva kan jeg, vi er jo ikke venner, jeg er jo pleier. Dette er jo, jeg må jo være profesjonell.’

Melissa viser her til en hendelse hvor hun følte at pasienten kom henne for nært, og at det ble ubehagelig å være en profesjonell som skulle gi omsorg til en pasient. Pasienten lot til å anse henne mer som en venn enn en ansatt, noe som gjorde at *Melissa* måtte trekke seg ut av situasjonen og distansere seg fra akkurat denne pasienten. Hun viser også til at det kan være vanskelig å ikke fortelle for mye til pasienter man har god kjemi med, noe som tilsynelatende kan føre til situasjoner hvor man føler at man har gått for langt inn på det private. Grunnen til dette kan være at når en ansatt forteller private ting om seg selv til en pasient, kan pasienten tolke dette som et signal om at de kan tre over en usynlig grense selv. Resultatet kan da bli som *Melissa* sin situasjon, hvor hun ble innblandet i en privat konflikt som ikke angikk henne.

Astrid (31 år) er ansatt ved et sykehus og møter på mange pasienter i løpet av en uke. Hun er fra et lite tettsted, med en distinkt dialekt, som mange kjenner igjen og pasienter og pårørende bruker dette ofte som samtaleemne. Dette er noe hun har lært seg å ikke røpe for mye om, med hensyn til familien sin.

‘Jeg prøver jo så godt å fortelle litt kanskje minst mulig om meg da, sånn at de ikke kan møte meg på mine svake punkt. Men at jeg skal være den sterke, at jeg skal gi omsorgen og da skal ikke de gi meg omsorg, så det er vel kanskje det at jeg ikke forteller min familiesituasjon da for eksempel, men at jeg forteller kanskje hvor jeg er i fra, for mange spør jo hvor er du i fra, i forhold til min dialekt og da vil de jo alltid komme inn på, jeg er jo fra en liten plass i [tatt bort]. Så jeg prøver egentlig å skjerme litt og ja jeg er fra [tatt bort], jeg er ikke fra den bygda. Så jeg prøver å skjerme meg på den måten å ikke fortelle helt hvor jeg er i fra. [...] Ja, jeg har jo opplevd det [å bli gjenkjent] her og da tenkte jeg at nå må jeg ikke fortelle så veldig mye om meg, for da kan de gå tilbake til familien min og fortelle og det har jeg jo ikke ønsket.’

Astrid sier at hun ikke ønsker å fortelle eksakt om hvor hun kommer fra og prøver å ikke gi for mye detaljer om seg selv til pasientene, med hensyn til familien sin. *Astrid* har en tankegang om at hun ikke må fortelle så mye om seg selv, fordi hun ikke vil virke svak. Det later til at hun tenker at hvis hun forteller for mye om seg selv, føler hun at hun gir pasienten en mulighet for å se på seg selv som en som kan rekke henne en hånd og gi omsorg. Da byttes rollene om, noe hun ikke ønsker. Hun er tydelig på at det er hun som skal gi pleien, og pasienten er den som mottar pleie.

Henriette (22 år) har arbeidet heltid på sykehuset siden hun ble ferdig utdannet. Hun opplevde at hun ofte tok med seg jobben hjem og at hun hadde problemer med å distansere seg fra pasientene. Dette var noe hun tok tak i og måtte lære seg å håndtere, som resulterte i at hun lagde seg noen regler for hvordan hun skulle legge fra seg arbeidet på fritiden.

‘Ja, jeg har jo det. Eller jeg har måttet lage meg det. På grunn av når jeg var lærling så slet jeg litt med det der å ikke ta meg seg jobben hjem og ikke få for mye omsorg for pasienten sånn at du oppriktig bryr deg liksom. Så har jeg jo måttet lage meg en regel på at du tar ikke med deg jobben hjem. Før tok jeg den daglig med meg hjem liksom, men nå er det mer hvis det skjer noe spesielt så merker jeg det når jeg er hjemme. Også har jeg jo, måttet tenke litt på hvordan man oppfører seg og, for det er jo noen pasienter som liksom har trodd at vi var venner, sant. At jeg må tenke litt mer på det. Hvordan man, ja hvordan de ser på, deres syn på en måte.’

Henriette erfarte at hun i lærlingtiden tok med seg tankene om arbeidet og omsorgen for pasientene hjem. Dette kan bety at hun fortsatt tankemessig var på arbeid når hun egentlig hadde fri, noe som kan bli altoppslukende i lengden. Hun forteller også om at hun ikke «oppriktig måtte bry seg». Informanten følte på at det må være et skille mellom den omsorgen og måten man bryr seg for pasienter, sammenlignet med familie og venner. Dette kan være en vanskelig linje å balansere på, fordi man er i et yrke hvor man har omsorgsoppgaver, men man er fortsatt der som helsepersonell og ikke privatperson.

Anna (22 år) arbeider på et sykehus i en heltidsstilling, hun gjør bruk av sine empatiske evner til å sette seg inn i sine pasienter sin situasjon, og handler deretter. Hun er tydelig på at hun skal være profesjonell med pasienter og at hun er pleier og ikke en venn.

‘Ja, altså som når det kommer til pasientene mine vil jeg jo trø litt varsomt, men igjen så tenker jeg veldig mye på hvordan jeg selv ville opplevd det i den situasjonen til pasienten. Så det er jo veldig sånn at jeg må jo se det an da, type pasient jeg møter, men det er klart jeg har satt meg mine grenser [...]. Det skal jo ikke bli en sånn venninndialog og det skal heller ikke bli at en oppsøker vedkommende etterpå, eller sånne ting. Det må jo være profesjonelt, jeg er liksom den som pleier og det er det.’

Måten informantene på hver sin måte setter seg inn i pasientens situasjon for å kunne handle riktig i en omsorgssituasjon, er i tråd med prinsippene for omsorgsrasjonalitet. Det å ha evnen til å sette seg inn i den hjelpetrengende sin situasjon og bruke verktøy man har lært gjennom

erfaring og utdanning er viktige premisser for å kunne utøve god omsorg i en arbeidssituasjon (Wærness, 2001: 275). Dette er også noe de andre intervjuede gjør på sin egen måte og forteller forskjellig om.

Karoline (30 år) som har arbeidet på sykehuset i syv år, snakker mye om hennes forhold til det å være klar over grensen mellom privat og profesjonell. Hun forteller at hun har klare regler for hva hun forteller om sitt liv til pasientene, og at det har en del å gjøre med avdelingen hun jobber i.

‘Ja, her har jeg en del, for her kan jo pasienter bli sendt videre og man vet jo aldri liksom i dårlige og gode faser, og man kan jo selvfølgelig finne ut hva man heter og hvor man bor, men jeg prøver så godt det lar seg gjøre å ikke gjøre det lett for folk ved å på en måte, for eksempel etternavn sier jeg ikke. Og når pasienter spør hva sønnen min heter, for jeg sier at jeg har barn, men jeg sier ikke noe mer enn det. Så sier jeg bare at jeg har en generell regel for meg selv, det handler ikke noe om deg, men det er rett og slett fordi at jeg har en regel for meg selv, på grunn av at arbeidstedet, vi er på [tatt bort] avdeling og ja, jeg har valgt å holde den informasjonen tilbake og sånn er det bare.’

Samtidig som *Karoline* er nær sine pasienter, har hun en klar grense på hva hun ønsker å dele når hun er i rollen som helsefagarbeider på arbeid. Hun forteller videre at samtidig som at hun har klare grenser for pasientene, er kontakten mellom henne og pasientene god.

‘Jeg opplever den som veldig positiv og veldig, litt nå som jeg har jobbet her en stund så har jeg opparbeidet meg en sånn gjensidig respekt. Det er jo liksom litt sånn i for eksempel i et rusmiljø eller et kriminelt miljø, der er det jo også på en måte en annen type moral, men en moral der det er sånn brorskap på en måte da og når man har litt kjennskap, eller kjennskap til det gjennom jobben hvordan den dynamikken fungerer så er det på en måte ja. Føler jeg at jeg er en del av den gjensidige respekten der da, der for oss at jeg vet hva eller hvordan jeg kan legge frem til eller hvordan jeg skal prate i forhold til den type pasientgruppe da.’

Karoline kan her virke som hun har tilegnet seg en væremåte som gjør at hun har opparbeidet seg gjensidig respekt med pasientene. Hun bygger dette på at hun har en kunnskap om pasientgruppen og deres moralske holdninger, noe hun bruker som en ressurs i måten hun omgås pasientene sine på. Informantene har lært seg hvordan de skal sette grenser og hvilke regler som gjør at de trives i arbeidet de gjør. Selv om de forholder seg profesjonelle til

pasientene, ser de også at nærhet til pasienten er et viktig verktøy for å kunne gi omsorg til pasientene.

Kristine (21 år) arbeider i hjemmetjenesten og ble akkurat ferdigutdannet helsefagarbeider. Hun bruker det å lytte til pasienten sin som fremgangsmåte for å kunne møte pasientens behov. Dette kan gi pasientene en autonomi, som er et viktig verktøy når man er omsorgsgiver. Dette er også en mulighet for at pasienten føler seg sett, som kan gi en følelse av at deres egen mening er verdifull i møte med helsepersonell.

‘Det er mange måter du kan gi omsorg på egentlig, altså det kan bety å gi en klem eller bare snakke med dem eller lytte til dem og. Men jeg synes det er viktigst når jeg står i arbeid da, at egentlig at jeg lytter til brukeren da på en måte og la brukeren bestemme på en måte, jeg føler det blir mer satt pris på det enn ja, enn at du skulle gitt de klem og bestemt over. Ja, jeg synes hvert fall det er viktigst da, å lytte til brukeren på en måte.’

Kristine legger frem at ofte kan det å lytte være bedre enn å for eksempel gi en klem til pasienten. Kontakt med pasienter og pårørende er en viktig del av arbeidet som helsefagarbeider. En del av det å ha kontakt med pasienten er å kunne utøve sosial omsorg. Sosial omsorg er det å ta seg tid til en pasient og fokusere på å prate med vedkommende. Gjennom aktiviteter og relasjoner kan man avdekke om pasienten føler seg bra, hvilken sinnstemning pasienten er i og generelt lære mer om pasienten. Å kunne lytte er et viktig verktøy i utøvelsen av sosial omsorg. Mange av informantene forteller om en følelse av at de kommer nærmere pasientene enn for eksempel sykepleiere. Dette mener de kommer fra at de har ulike arbeidsoppgaver og kan disponere tiden sin til andre oppgaver enn sykepleiere.

Astrid (31 år) arbeider heltid på en avdeling på et sykehus. Hun er kun med pasienter, noe som stiller henne i en posisjon for å kunne utøve sosial omsorg på en daglig basis. Hun forteller at det er viktig for henne å ta seg tid til å snakke med pasientene og pårørende.

‘Jo, jeg er jo den som er nær pasienten her, siden jeg er kun ute med pasientene og er kun ute i pleien. Så jeg føler jo at jeg har en veldig god kontakt egentlig med de fleste pasientene her. Når jeg føler at jeg har tid og muligheten så setter jeg meg ned med dem og prater. [...] Ja, jeg tenker jo det. Vi helsefagarbeidere vi er jo mer ute med pasientene og det har ikke sykepleierne tid til dessverre. De har mye visitt med legene de skal gå igjennom, det er meldinger til kommunen de skal sende, det er medisiner, det er antibiotika, det er cellegift, det er ja. [...] Ja, og da føler jeg

at da har vi mer tid til pasientene og det er egentlig det de trenger. De trenger trygghet, de trenger omsorg, de trenger støtte, og det trenger pårørende også akkurat det samme i en kritisk situasjon.’

Sykepleiere er også omsorgspersoner som ofte får god kontakt med pasienter og pårørende. På grunn av mer papirarbeid og medisinsk ansvar har de ikke den samme tiden i løpet av arbeidsdagen til å kunne utøve sosial omsorg. Som *Astrid* sier er det å kunne gi en trygghet, omsorg og støtte i en skummel tid viktig for pasienter og pårørende. Dette ansvaret faller i høy grad på helsefagarbeiderne som har mye av pleieaspektet i kontakt med pasienten. Dette gir en mulighet for å ha en samtale hvor omsorgsoppgaver blir utført, som kan være med å bygge tillit til institusjonen og de ansatte.

Henriette (22 år) arbeider heltid på en avdeling ved et sykehus. Hun føler at hun kommer nær pasientene, fordi hun setter av tid til det. Hun har også tilegnet seg mye kunnskap om pasientgruppen, som fører til at hun kan bli sett på som en trygghet.

‘[Det å] gjøre en forskjell, mye det at du kommer veldig tett på mennesker, det er jo ofte vi kommer mye tettere enn sykepleierne. [...] [Kontakten er] som oftest veldig bra, så merker jeg at det ofte er meg de får best kontakt med av meg og sykepleier for jeg har mer tid til de, jeg har jobbet mye med hjerneslag, så de føler sikkert og at jeg har den kunnskapen som trengs og at jeg får en god tone med de fleste pasientene egentlig. [...] Ja, jeg føler at jeg har mer tid til pasientene enn sykepleieren ofte og at jeg derfor kommer nærmere de, også er det også det at jeg gjerne tar meg tid i tillegg, sant noen setter seg jo med en gang inn på pauserommet mens de kan liksom. Mens, så det er definitivt en forskjell på oss og sykepleierne der, vi har hvert fall muligheten til det.’

Henriette legger frem at det å ta seg tid til å snakke med pasientene er et valg hun har muligheten til å ta ved sin arbeidsplass. Gjennom erfaringer er hun klar over hvor viktig sosial omsorg er og hun lager rom for en samtale i kontakt med pasienten. *Henriette* har opparbeidet seg forståelsen av sin pasientgruppe, noe hun bruker for å skape en relasjon til hver enkelt. Hun presiserer også at hun som helsefagarbeider har muligheten til å sette av tid til å slå av en prat med pasientene, noe hun forstår sykepleierne ikke har anledning til å gjøre. Dette virker også å være den rådende oppfatningen hos informantene, at de som helsefagarbeidere har mer tid inne hos hver pasient som stiller dem i en unik situasjon til å utføre sosial omsorg.

6.3 Utfordringer kommunalt og i spesialisthelsetjenesten – møter de det samme?

Gjennom intervjuene kom spørsmålet om utfordringer knyttet til arbeid og arbeidsplassen opp. Mange fortalte om de samme utfordringene, men det som skilte seg ut var at noen hadde lite tid til pasienter og andre hadde tid, men følte at yrket deres ble nedvurdert. Helsefagarbeidere som arbeider i kommunale tjenester og de som arbeider i spesialisthelsetjenesten har mange likheter, men noen av utfordringene de møter skiller dem. I den kommunale helse- og omsorgssektoren følte mange av informantene på at de hadde lite tid til alle pasientene sine og at de ikke fikk bygget de relasjonene de ønsket. I spesialisthelsetjenesten var det flere som følte på en nedvurdering av kunnskap og evner i arbeidet de gjorde, noe som gjorde at de kunne føle seg begrenset eller undervurdert.

Allerede rundt i slutten av 1970-tallet ble det formidlet av hjemmehjelperne at de ønsket mer tid med klientene sine og mer kontakt med andre hjemmehjelpere. De så den personlige forpliktelsen til pasienten og muligheten til å gjøre autonome valg i arbeidshverdagen som en av de mest tilfredsstillende aspektene ved arbeidet (Wærness, 2010: 130). Kari Wærness legger frem at problemene mange møter i hjemmetjenesten i dag ikke er nye problemer, men at de har eksistert siden Norge begynte å organisere hjemmetjenesten som et normalt lønnsarbeid. Roten til problemet later til å ligge i det å kunne organisere omsorgsgivning til eldre med det største behovet for hjelp og omsorg på en effektiv måte (Wærness, 2010: 131). Effektivitet er et viktig aspekt i hjemmetjenesten, informantene som er ansatt i det kommunale forteller i noen tilfeller om dette som et problem. Ofte blir det diskutert som en følelse av å ikke ha nok tid til disposisjon for hver pasient, dette kom frem som noe som var frustrerende for mange av de kommunalt ansatte.

Silje (22 år) som arbeider i hjemmetjenesten opplever at på korte besøk til pasienter får hun ikke blitt kjent med pasienten og deres behov. Hun mener at tid er en viktig faktor for å kunne bygge en relasjon til pasientene.

‘Mens andre ganger så er vi gjerne bare så vidt innom og gir medisiner for eksempel og da får du gjerne ikke den kontakten med de som du gjerne hadde ønsket, fordi du vil jo være kjent med de som du på en måte går til og kjenne litt mer om historien deres og, men så er det jo litt i forhold til det at du har den begrensede tiden som du på en måte har lov å utøve hjelp på og da blir det gjerne inn også gjøre det du skal og ut igjen.’

Tid later til å være et viktig aspekt med tanke på sosial omsorg. Dette er noe Wærness har tatt opp, hvor presset om å effektivisere hjemmetjenesten førte til at de ansatte fikk mindre tid med pasientene. Dette førte til at det ble vanskeligere for de ansatte å tilegne seg det meningsfulle aspektet ved arbeidet, som var å gi omsorg til individer som de ble kjent med (Wærness, 2010: 134). Arbeidsoppgavene som står på papir, pleier ikke å ta høyde for at pasienten kan ha behov for å snakke med noen. *Silje* forteller i intervjuet at stell ofte er en viktig arena for å prate med pasienten og sjekke inn hvordan det går. Det er ofte helsefagarbeidere som gjør oppgaver knyttet til stell, som gir de muligheten til å oppdatere seg på pasientens mentale helse. Stell er altså viktig i den forstand at man også får sosial omgang og utnyttet den tiden man har hos hver pasient.

Melissa (23 år) arbeider på en korttidsavdeling og forteller at avdelingen har høyt tempo, med mange pasienter og arbeidsoppgaver. I en travel arbeidshverdag er det ikke like lett å sette seg ned for å prate med hver pasient og høre om dagen deres og hvordan de har det. *Melissa* påpeker at hun som er helsefagarbeider likevel er den som har muligheten til å gjøre det.

‘Ja, jeg tror det blir litt på den måten at det er lettere for meg å ta meg tid til å slå av de ekstra to minuttene som gjerne trengs for å prate litt, er kanskje litt mer i pleien, ser pasienten litt mer på en annen måte enn bare sykdom, for her er jo det en veldig hektisk avdeling sant, det er jo inn og ut og masse syke pasienter. Så det tror jeg at det kan være litt. Også tror jeg gjerne at assistene ikke alltid ser behovet og ser, alltid ser pasienten da når de ikke har ja. [...] Ja, og jeg ser jo også hva det gjør med pasienten, det å gi pasienten bare de der to minuttene på å høre på den historien du har hørt på femten ganger før, sant. Det er jo viktig.’

Det å se pasienten utenfor et sykdomsbilde, å se hele mennesket, er noe *Melissa* trekker frem som en viktig oppgave. Hun forteller at hun ser endringen i pasienten når de opplever å bli hørt og sett. Hun forteller også om at det er to ekstra minutter ut av hennes arbeidsdag, noe hun ønsker å ta seg tid til daglig. Når ting blir hektisk på avdelinger, er det ofte den sosiale omsorgen som er det første som forsvinner, fordi det ikke blir sett på som livsviktig pleie. Dette kan samsvare med en studie nylig gjort på oppdrag fra Regjeringen. I studien fant de at økonomi ofte ble betraktelig mer vektlagt enn pasientopplevelsene (Kattouw & Wiig, 2020: 8).

Kari Wærness har sett på utviklingen i hjemmetjenesten og utfasingen av hjemmehjelpere og påpeker også at mangelen på tid til pasienter kan være et problem. Eldreomsorgen har blitt mer

medisinsk og tar på seg oppgaven med omsorg i hjemmet for stadig sykere mennesker. Dette fører til at oppgavene som tar for seg personlig omsorg og medisinske behov blir prioritert overfor husholdningsoppgaver. En endring i arbeidsforhold, som større tidspress og mindre kontakt med hver pasient, gjorde det vanskelig for hjemmehjelpere å utføre de oppgavene som var mest tilfredsstillende og meningsfullt i arbeidet. Aspektet med god omsorg, nærhet og bekjentskap til pasienten ble nedprioritert til fordel for effektivisering av medisinske oppgaver (Wærness, 2010: 134). Informantene forteller om litt av den samme følelsen, hvor de bruker stell og pleie som en arena for å bli kjent med pasienten og for å gi omsorg på andre måter enn bare stell eller medisiner.

Hvordan helsefagarbeidere blir sett på og oppfattet som faggruppe henger sammen med yrkesstolthet og engasjement i yrket for selve helsefagarbeideren. Gjennom datamaterialet kommer det frem at mange ansatt innen spesialisthelsetjenesten føler seg lite verdsatt som helsefagarbeider, noen ønsker å gå videre fra yrket på grunn av manglende tilhørighet til arbeidsplassen. I en tidligere nevnt rapport utført av Helse Bergen blir det lagt frem måter for å øke antallet helsefagarbeidere innen spesialisthelsetjenesten (se kap. 2: 13). Basert på funnene deres vil dette ikke være en lett jobb, noe datamaterialet i denne oppgaven også kan tyde på. Noen av funnene som ble gjort i rapporten, der de intervjuet ledere ved sykehuset, sier rapporten direkte at «i all hovedsak ønsker ledere å kun bemanne med sykepleiere» (Helse Bergen, 2019: 16). Rapporten slår fast at ved en økning til seksten prosent ansatte helsefagarbeidere, vil sykehuset redusere lønnskostnader med nitten millioner kroner i 2025 (Helse Bergen, 2019: 18). Gjennom intervjuene med helsefagarbeidere som arbeider ved sykehus, setter de selv ord på hvorfor de tror det er slik.

Et problem de som har heltidsstilling på sykehus opplever er at sykepleiere og andre ansatte ikke har kunnskap om hva en helsefagarbeider kan bidra med på avdelingen. *Astrid* (31 år) forteller at hun sitter i et fagråd for å informere om helsefagarbeidernes muligheter ved hennes avdeling. Hun forteller at det er viktig å vise hva de kan, og at det ofte blir vektlagt hva de ikke kan, noe som drar ned yrkets status.

‘Nei, jeg er ikke tillitsvalgt, men jeg er i fagforbundet, men han kollegaen min som er tillitsvalgt her på avdelingen han har laget til et sånn at jeg sitter i et fagråd for helsefagarbeidere da, der for eksempel han kan komme til oss, der han spør oss «hva er det dere kan gjøre?» og hva i forhold til da palliative senger og sånne andre stillinger, for det er veldig få som egentlig. Vi

føler vel kanskje det at de vet ikke hva vi kan gjøre eller de ser på alle tingene vi ikke kan gjøre, men de ser ikke på listen av alt vi kan gjøre. Så vi prøver å få det litt mer frem at her er det vi kan gjøre. [...] Løfte yrket opp rett og slett.’

Astrid forteller om et ønske om å bidra gjennom Fagforbundet og til avdelingen med innspill for å løfte opp yrket. At hun er en del av en avdeling der de ønsker å finne løsninger og tilegne seg kunnskap om helsefagarbeidere, kan vise til en vilje til forandring. Dette kan også være en grunn til at *Astrid* trives så godt på avdelingen sin.

Ved spørsmål om hva som kan være problematisk eller verst med å arbeide som helsefagarbeider på et sykehus, er *Henriette* (22 år) også inne på at synet på helsefagarbeidere trenger å bedres. Hun forteller om en følelse av å bli forhåndsdømt med en gang andre ansatte får vite at hun er helsefagarbeider.

‘Det er vel kanskje det at du blir sett litt ned på ofte. [Med tanke på] andre yrkesgrupper og generelt sånn rundt, hvis du sier at du er helsefagarbeider så blir du ofte sett litt ned på. Fordi de tenker hjelpepleier og tenker at du ikke gjør noe spesielt liksom, du blir litt dømt kanskje.’

Henriette trekker frem at helsefagarbeidere blir sett ned på og dømt av andre yrkesgrupper. I neste sitat forteller *Henriette* at hun føler det mangler ansvarsdeling, der helsefagarbeiderne får visse ansvarsområder. Hun trekker frem kommunen som et eksempel hvor helsefagarbeidere har mer ansvar og får opplæring i det hun mener er enkle prosedyrer, som letter sykepleiernes arbeidsmengde.

‘Det er kanskje arbeidsoppgavene, at jeg synes at flesteparten gjør litt for lite. Vi får litt for lite ansvar, iallfall nå når det går mot en mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere, også får vi ikke opplæring i ulike ting. Eller jeg har fått opplæring i ting, men ingen andre på avdelingen som har fått opplæring i for eksempel å gi sondeemat på PEG, å gjøre sånne enkle prosedyrer som hjelpepleierne og gjorde før. Før var det helt vanlig og det gjøres ute i kommunen, for å lette sykepleierne sine oppgaver da. Så det er jeg litt for egentlig, at vi skal få mer oppgaver.’

Henriette viser til at hun selv har fått opplæring i prosedyrer som ingen andre helsefagarbeidere har fått. Dette kombinert med at hun mener at de fleste gjør litt for lite, kan peke på at hvis man ikke stikker hodet frem og aktivt søker kunnskap og lærdom, får man ikke tilbudet heller. Hun

forteller i neste sitat også om en ukultur hvor sykepleiere nedgraderer faget til å bare omhandle stell og mat, også fra de som hun ikke hadde trodd hadde slike tanker om helsefagarbeidere.

‘Du hører jo ofte, eller jeg hørte her om dagen at de snakket om oss som, i lunsjen da, men det hadde jeg aldri trodd skulle komme fra de sykepleierne, at vi skulle bare stelle. Og bare mate, det var liksom bare det vi gjorde. [...] Ikke de fleste på avdelingen [snakker nedlatende om helsefagarbeidere], spesielt ikke over meg, for det er veldig stor forskjell blant oss, det er ikke akkurat å legge under en stol. Det er liksom noen som er sånn «hvordan har du klart å». De gamle hjelpepleierne der ingenting går inn, så det er nok sikkert, jeg føler at av og til jeg blir regnet litt utenfor de andre. At jeg blir sett på som helsefagarbeideren som går som sykepleier, mens de andre blir sett på som hjelpepleierne på en måte.’

Henriette forteller om subtile signaler som sendes ut fra sykepleiere til helsefagarbeidere. Mellommenneskelige signaler kan være subtile eller direkte, og kan på arbeidsplassen gi verdifulle signaler om hvordan andre ser oss (Wrzesniewski, 2003: 103). På mange arbeidsplasser kan slike signaler være indirekte, noe som fører til at den enkelte må tolke hvordan de skal mottas. Ansatte går inn i prosess hvor de må velge hvilke signaler de ønsker å fokusere på og hvordan de ønsker å tolke de (Wrzesniewski, 2003: 104). *Henriette* overhørte en samtale mellom sykepleiere om hennes egen yrkesgruppe som sjokkerte henne. Sammen med andre hendelser hun fortalte om, tolker hun signalene som sendes ut til helsefagarbeidere på hennes arbeidsplass i en negativ retning.

Ved spørsmål om *Henriette* ønsker å videreutdanne seg, er hovedargumentet for å utdanne seg som sykepleier de fordommene hun møter som helsefagarbeider. Under intervjuet skinner det gjennom at *Henriette* brenner for helsefagarbeidere, spesielt det å gjøre helsefagarbeidere gode, noe hun har muligheten til som veileder for lærlinger. Hun forteller om en forventning om at hun burde bli sykepleier, på bakgrunn av hennes suksess som helsefagarbeider.

‘Jeg har tenkt litt på det, men samtidig så brenner jeg veldig for det med flinke helsefagarbeidere, folk er liksom med en gang jeg sier at jeg er helsefagarbeider og du merker at jeg er flink, så lurere de på hvorfor jeg ikke er sykepleier og at jeg må bli sykepleier. At det er akkurat som det er en forventning at helsefagarbeidere skal være dårlige, hvis ikke så må du bli sykepleier for det er da du er bra liksom. At det er litt sånne fordommer da, men jeg har veldig lyst til å ta videreutdanning. Før hadde jeg jo lyst til å ta innen barsel og barnepleie, men nå har jeg slått det litt i fra meg. Nå har jeg mer lyst, det frister egentlig litt med rehabilitering, siden jeg jobber

nå med hjerneslag. Så hvis jeg fortsetter å jobbe med hjerneslag så blir det nok innen rehabilitering, det er sånn to års deltids videreutdanning på fagskole.’

Henriette har altså opplevd fordommer mot sin yrkesgruppe, samtidig som at hun er veldig stolt av yrket sitt og muligheten til å gjøre det bra som helsefagarbeider. Hun ønsker å videreutdanne seg innen helsefagarbeideryrket og fortsette i yrket. Den ovennevnte rapporten fra Helse Bergen tilsier en økt satsing på helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten. Den viser at bakgrunnen for at lederne ønsker å kun benytte seg av sykepleiere, er at de ikke har kjennskap til hvilke oppgaver en helsefagarbeider kan gjøre. Ved manglende stillingsinstruksjoner og forskjeller innad i avdelingen når det kommer til oppgaver og opplæring, er det vanskelig for lederne å identifisere bruksområder spesifikt for helsefagarbeidere (Helse Bergen, 2019: 16). Dette sammenfaller med det *Henriette* og *Astrid* fortalte om, hvor de nevner at mange ikke vet hva yrkesgruppen kan gjøre og hva de kan få opplæring i. Rapporten ser også dette problemet, hvor fokus på innsats, holdningsskapende arbeid og en overordnet strategi er nøkkelord for å gjennomføre en endring (Helse Bergen, 2019: 18).

En av informantene befant seg i en interessant situasjon hvor hun arbeider deltid både på et sykehus og et sykehjem i kommunen. *Else* (20 år) forteller om sine erfaringer fra begge steder og i intervjuet kommer det frem det som kan tolkes som en oppfatning om at hun ikke fortjener å arbeide på et sykehus som helsefagarbeider. *Else* forteller i intervjuet at hun ønsker å videreutdanne seg til å bli sykepleier, på bakgrunn av hennes ønske om å arbeide på et sykehus og ikke i kommunen.

‘Jeg har jo egentlig litt lyst å ta sykepleien da, egentlig og det har jo litt med på en måte, det er ingenting imot de som har helsefag, altså fagbrev. Men jeg kjenner at jeg vil lære mer og det er ikke så mange muligheter der innenfor, føler jeg, også litt sånn lønn og ja. [...] Av det jeg har hørt så, av de jeg har snakket med i jobb, iallfall på sykehjemmet, så ja og egentlig på sykehuset og, iallfall der. Og jeg kjenner at jeg, jeg har jobbet veldig lenge på sykehjem og jeg kjenner at det har jeg gjort og det er veldig koselig, men at jeg har, jeg tror kanskje sykehus passer meg best. Og da føler ikke jeg at blir like godt tatt imot hvis jeg er helsefagarbeider, dessverre.’

I intervjuet har *Else* fortalt at hun har jobbet på sykehjemmet hun fortsatt er ansatt ved, siden hun var seksten år, noe som har fått henne til å innse at hun trives bedre i arbeid på sykehuset. Det later til at *Else* føler at som helsefagarbeider har hun ikke nok kompetanse eller status til å være verdig en stilling på sykehuset. Hun ser ikke at hun har noen muligheter for å kunne lære

mer om sykdommer Den siste bemerkningen hennes om at hun ikke føler hun blir like godt mottatt som helsefagarbeider på et sykehus, kan stemme med *Astrid* og *Henriette* sin oppfatning som er vist lengre oppe. Hun forteller videre om hvordan hun fikk en deltidsstilling på et sykehus, og at hun føler seg heldig og privilegert som får lov til å være der å arbeide.

‘Ja, egentlig, nå er jeg ansatt da i både [et sykehus] og [tatt bort] kommune, men jeg var jo lærling på [avdeling på sykehuset]. Hvis ikke hadde jeg aldri fått jobb der. [...] Så jeg føler at jeg lever på, jeg er veldig privilegert som har fått jobben der.’

Denne følelsen av å ikke være verdig som helsefagarbeider ved sykehuset, kan stamme fra et tidlig eksisterende hierarki og sosiale skiller mellom de ulike arbeidstakerkategoriene. Allerede ved begynnelsen av sykepleierprofesjonen på 1800-tallet var det klassesdelt og en utdanning for borgerlige kvinner. Samtidig var det ufaglærte kvinner i lavere klasser som hele tiden bidro i sykehuspleien. Dette hierarkiske skillet mellom sykepleier og ufaglært ble selektert gjennom sosiale lag som rekrutteringsbase, utdanningsnivå, og sosial verdsetting (Melby 1990, Martinsen 1989 sitert i Høst, 2006: 69) *Else* som opplever hvordan det er å arbeide i spesialisthelsetjenesten og i kommunal pleie later til å føle på at det fortsatt er et medisinsk hierarki, hvor sykepleiere er mer verdsatt innen sykehuset hun arbeider ved. Ved spørsmål om hva som er verst med å være helsefagarbeider forteller hun om en oppfattelse av at sykehuset har bedre retningslinjer og at kvaliteten virker bedre enn på sykehjemmet hun arbeider ved.

‘Ja, det var et veldig godt spørsmål. Nå har jeg ikke jobbet sånn, jeg kan jo ikke si at jeg har jobbet så veldig lenge som helsefagarbeider, så jeg kan jo ikke si noe om lønn og sånn, men av det jeg har hørt, så er jo det kanskje ikke så bra, også er det mye turnusarbeid. For min del så går det helt fint, men det er kanskje litt sånn mer det og veldig dårlig bemanning spesielt på sykehjem. Ja, det er der, jeg synes det er bedre å jobbe på sykehuset, på [avdeling på sykehus] der må vi ha grunnbemanning, men på sykehjemmet så føler jeg ikke de har like store retningslinjer på akkurat den grunnbemanningen da.’

Samtidig som *Else* ser opp til sykepleiere, ser hun at hun som helsefagarbeider har muligheten til å komme nærmere pasienten enn sykepleierne. Dette forklarer hun er fordi sykepleierne ofte har mer dokumentasjonsplikt, noe som tar tiden bort fra pasientnære oppgaver.

‘Ja, sånn ja. Ja, jeg tror ikke legene kommer så veldig nært for eksempel, jeg tror jo, nå kan jeg jo ikke snakke for assistentene da, men helsefagarbeider og sykepleier vil jo jeg tro kommer

mye nærmere enn lege, men så er det jo igjen snakk om at helsefagarbeidere om de kommer nærmere enn sykepleierne, for sykepleierne har jo også mer dokumentasjon. Ja, jeg har opplevd det egentlig, at jeg liksom må være talerøret for pasienten til en sykepleier.’

Gjennom *Elses* skildring viser hun at hun har høye tanker om sykehuset hun arbeider ved og at hun ser opp til sykepleiere som pleiere. Det later til at hun gjennom sine erfaringer fra sykehuset og ved sykehjemmet har dannet seg et inntrykk av at hun må videreutdanne seg for å kunne føle seg berettiget til sin plass ved sykehuset. Samtidig ser hun at hun får mye mer tid med pasientene som helsefagarbeider, enn sykepleierne gjør. Yrkesstatus og tidsbruk er noe som vil bli diskutert videre i den avsluttende diskusjonen.

7. Kjønn og etnisitet

Det er en kjensgjerning at kvinner dominerer helsefagarbeideryrket, noe som kommer frem i datamaterialet mitt, hvor ni av ti er kvinnelig. I 2016 var nittito prosent av alle sysselsatte helsefagarbeidere kvinner og tretten prosent var innvandrere (Beyrer mfl., 2019: 16). Kapitlet vil diskutere hvilke utfordringer og muligheter helsesektoren møter ved et større mangfold av kjønn og etnisitet i yrket, og jeg legger frem fem observasjoner basert på empirien i oppgaven. Den første er at helsefagarbeiderne forteller om en *positiv kvinnelighet*, som kan være påvirket av historisk kontekst der kvinner har blitt sett på som omsorgsfulle. Den andre observasjonen gjelder det som kan kalles *negativ kvinnelighet*, hvor mange forteller om en opplevelse av at utelukkende kvinner på arbeidsplassen fører til et dårlig arbeidsmiljø. Det tredje er at de siste tiårs innslag av menn i helse- og omsorgssektoren aktualiserer kjønn og seksualitet, noe som også kan føre til organisatoriske utfordringer. Fjerde observasjon er at unge kvinner kan se ut til å ha større sannsynlighet for å oppleve seksuell trakassering eller respektløshet fra mannlige pasienter, og den siste observasjonen er at minoriteter plasseres nederst i kompetanshierarkiet på grunn av språkferdigheter, men kan kompensere for dette i noen grad ved verdien av kulturelle og medbrakte omsorgsverdier.

7.1 Positiv kvinnelighet

Den offentlige omsorgssektoren har en høy andel kvinner i arbeid, og kan bli sett på som et typisk kvinneyrke. Kari Wærness viser til begynnelsen av offentlig omsorg på 1950- og 1960-tallet, hvor omsorgsmodellen ble bygget rundt den ideelle husmor. Middelaldrende kvinner ble rekruttert til å ta vare på de syke og gamle som hjemmehjelpere. Erfaring som husmor ble vektlagt som viktig kompetanse og var den foretrukne arbeidskraften (Wærness, 2010: 129). Offentlig omsorgs utgangspunkt kan være en pekepinn på hvorfor mange i dag fortsatt tenker på kvinner når det er snakk om pleiearbeid og omsorgsgivning. Informantene er delt i sin oppfatning av eget yrke som kvinneyrke, men alle erkjenner at majoriteten er kvinner. Mange fremlegger at menn og kvinner har forskjellige måter å arbeide på, og at kvinner ofte kan komme nærmere idealet som den omsorgsfulle og empatiske. Dette reiser påstanden om at kvinner blir sett på som naturlig omsorgsfulle, spesielt innen helsesektoren, hvor dette blir anerkjent som et positivt kvinnelig trekk.

I et forsøk på å tematisere betydningen av kjønn i intervjuene spurte jeg om informantene anså yrket sitt som et kvinneyrke. *Henriette* (22 år) som arbeider ved et sykehus mener ikke at

helsefagarbeideryrket er et kvinneyrke. Hun legger til grunn at selv om kvinner ofte velger det, er det ikke et kvinneyrke. Som utdannet veileder for lærlinger har hun nå en gutt som lærling og hun mener at menn er like kompetente i yrket som kvinner.

‘Jeg vil ikke si det er et kvinneyrke egentlig, det er bare at kvinner ofte velger det. Nå har jo jeg faktisk en guttelærling og han er vel så godt likt blant pasientene vil jeg si. Og de blir ja, men jeg har jobbet med veldig lite gutter, generelt har vi ingen fast ansatte menn på avdelingen, det er kun damer. Og det er jo litt dumt, for vi trenger mer menn.’

Hos *Henriette* kommer det frem et ønske og et behov for flere menn i helsefagarbeideryrket. Det at de blir godt likt av pasienten gjør at de også er en ressurs, samtidig som *Henriette* ikke har erfart å arbeide så mye med menn, da det er få av de i yrket. Under intervjuet hadde hun en gutt som var lærling hos henne. Etter å ha tenkt seg om forteller hun at hun ser en forskjell på måten å tilnærme seg en pasient, hvor lærlingen hennes har en tøffere måte å kommunisere med pasientene.

‘Ja, eller ikke tenkt over det før, men når du sier det så merker man jo forskjell på hvordan vi er og på måten lærlingen min er på da. Ofte så kanskje hos noen mennesker så slår det mer an, måten han er på fremfor måten min. At det er litt varierende hva folk trenger rett og slett, men samtidig så går det jo mye i det samme, for det er jo det samme vi skal utøve, men det er kanskje litt mer måten de tilnærmer seg pasienten som er litt forskjellig. At vi blir litt mer sånn, sympatiske og veldig omsorgsfulle, mens de er kanskje litt mer sånn ja, tørr å ta litt tøffere tilnærming til folk. Det er jo derfor de dessverre ofte havner i psykiatrien for det er ofte der de finner sitt sted.’

Henriette legger frem at tilnærmingen til pasienten er der hun ser mest forskjell blant kvinnelige og mannlige helsefagarbeidere. Her mener hun at kvinner ofte inntar en omsorgsfull og sympatisk rolle, som kan anses som *positiv kvinnelighet*, der mennene har en tøffere rolle som hun kaller det. Hun understreker at selv om tilnærmingene kan slå an forskjellig hos folk, er det uansett det samme de skal utøve av oppgaver og pleie. Ifølge forskning er grunnen til at noen jobber blir sett på som kvinnejobber, fordi majoriteten av de som utfører arbeidet er kvinner. Oppgavene og kompetansen som trengs for å utføre arbeidet vil forbindes med kvinner og det kvinnelige (Orupabo, 2016: 35). Her kan man se tilbake på husmorsrollen og se likhetstrekk i pleiearbeid og det å ta vare på og ha omsorg for yngre og eldre i familien, noe som blir ansett som *positiv kvinnelighet*.

Bakgrunnen for at kvinners omsorgsgivning blir sett på som positivt og som en ressurs i yrket som helsefagarbeider, kan som nevnt innledningsvis spores tilbake til rekrutteringsmønsteret på 1960-tallet (se kap. 2: 10). Det som ble sett på som moderne på den tiden, ble på 1980-tallet kalt tradisjonelt. En endring i kvinnebiografien gjorde det nødvendig å rekruttere ungdommer av begge kjønn til utdanningen og å kunne tilby livslange karrierer og heltidsarbeid. Dette lyktes ikke, noe som fører til at majoriteten av helsefagarbeidere fortsatt er kvinner og deltid er fortsatt den rådende normen. Det at kvinner fortsetter å velge et tradisjonelt kvinneyrke, taler for at dette er en preferanse fra kvinners side (Høst, 2006: 225). Noe av grunnen til at rekrutteringen av menn til yrket ikke har slått an kan være forbundet med *positiv kvinnelighet* og det faktum at trekkene for utøvelse av omsorgsgivning fortsatt i større grad er koblet til kvinner enn til menn.

7.2 Negativ kvinnelighet

De kvinnelige informantene som deltok i studien snakket også om negative opplevelser i sammenheng med en arbeidsplass som bare hadde kvinnelig ansatte. Dette tolker jeg som en *negativ kvinnelighet* og ble ofte assosiert med ord som «kakling» eller «kjekling». En mulig forklaring på dette kan være devaluering av kjønn, og da spesifikt kvinnen. Internalisert misogyni er noe som ofte blir fremsatt av menn, men studier viser at kvinner også forsterker den sentrale mannlige kulturen om å devaluere kvinner, gjennom handlinger av horisontal undertrykkelse og unnlattelse som et resultat av internalisert misogyni (Szymanski mfl., 2009: 103). Kvinner og deres rolle i samfunnet er devaluert for å øke og opprettholde menns makt, som resulterer i et hat og en degradering av kvinner og karakteristikk som er relatert til det feminine. Dette fører også til at man har et syn på kjønn som favoriserer menn og maskuline trekk (Szymanski mfl., 2009: 102-103). Grunnen til at jeg mener at de kvinnelige informantene har internalisert misogyni, er fordi de høyner opp mannlige helsefagarbeidere og innvirkningen en mann kan ha på en forsamling med kvinner. Dette vitner om en utbredt opphøyning av mannlige karakteristikk, med mer eller mindre eksplisitte nedvurderinger av kvinnelige karakteristikk.

Astrid (31 år) som arbeider ved et sykehus forteller at det er relativt mange menn der, hvis man ikke teller med legene. Hun forteller at det er godt å også ha muligheten til å sende inn mannlig helsepersonell og at noen pasienter trenger at det er en mann som tar seg av pleien.

‘Nei da, her på denne avdelingen tror jeg faktisk vi har elleve-tolv menn på en god del ansatt, men nå teller jeg jo ikke med legene. Der er det jo og mange menn, men av sykepleierne så er det jo mange. Da er det vel elleve tror jeg det er og det er veldig godt å ha de her på hver vakt og egentlig og å sende de inn til pasientene, du ser at de også trenger det at det er en mannlig sykepleier eller hjelpepleier som er inne der og.’

Det later til at *Astrid* ser på det som en trygghet å ha mannlig helsepersonell på arbeidsplassen. Det å ha muligheten til å la pasienten velge om de ønsker mannlig eller kvinnelig helsepersonell virker som noe verdifullt for *Astrid*. Hun beskriver dette som et behov for både ansatte og for pasientene, noe som kan vitne om at de mannlige karakteristikkene blir satt høyt av henne selv og av pasientene. Det er viktig å påpeke at *Astrid* arbeider ved et sykehus, som i studier har vist seg å være den foretrukne arbeidsplassen for menn i helsesektoren. Orupabo fant i sin studie av sykepleiere at alle hennes informanter forbant sykehus som et tradisjonelt mannlig felt, og hun tolket informantenes aspirasjoner og det tekniske idealet som maskulint (Orupabo, 2016: 95).

Melissa (23 år) som arbeider ved en korttidsavdeling i kommunen mener at helsefagarbeid er et kvinneyrke. Hun legger frem at med bare kvinner på arbeidsplassen blir det mye «kakling» og sladder om andre. Hun ønsker seg flere menn i yrket, da mangfoldet kan bidra til et bedre arbeidsmiljø.

‘Ja, det er jo kanskje et kvinneyrke, det er mye kakling, det skulle jo kanskje vært mer, men vi har jo en mann på avdelingen da, veldig fornøyd med det. Så ja. Hvorfor det er sånn, det vet jeg ikke, det er sikkert for at det blir sett på som et dameyrke, men det burde jo definitivt vært mer menn med tanke på arbeidsmiljø og alt egentlig, det blir fort mye. Ja, man vet hvordan jenter og damer kan være med mye kakling og litt for mye av og til om andre kanskje.’

Melissa forteller om at den ene mannen de har på avdelingen er noe hun er fornøyd med. Hun har en tanke om at med flere menn rundt bordet ville arbeidsmiljøet vært mye bedre, fordi sladder og kakling mener hun ville ha gått betraktelig ned. Måten hun legger det frem på er forsiktig, men samtidig kan man se at hun bærer preg av internalisert misogyni og en anmodning om at det er kjent kunnskap at flere kvinner sammen føre til kakling. Dette er i tråd med tidligere forskning gjort på språk og kjønn. I blandede grupper er det mer tilbøyelig at samtalen føres i en form som er mer tilpasset menn enn kvinner, fordi kvinner tilpasser seg menns normer. Menn har en tendens til å snakke mer om aktiviteter og fortelle historier for å underholde (Thornquist,

2001: 1). Ved å få flere menn på arbeidsplassen mener *Melissa* at det hun tyder som *negativ kvinnelighet*, sladder og kakling, vil tones ned hvis det er flere menn på arbeidsplassen.

Karoline (30 år) er ansatt ved et sykehus hvor kjønnsfordelingen er jevn hos de ansatte. Hun har tidligere arbeidet ved sykehjem, hvor hun forteller at det var en majoritet av kvinner som arbeidet. Hun merker en forbedring i arbeidsmiljøet nå som hun arbeider et sted hvor det er mer mangfold i kjønn.

‘Ja, det er jo et kvinneyrke, ikke akkurat her, men på de andre stedene der jeg har jobbet i hjemmesykepleie og på sykehjem, der er det. Jeg tror det henger litt sånn igjen i forhold til det å stelle og pleie. [...] Men de mennene som jeg har jobbet med på sykehjem, de er jo en kjemperessurs fordi at de bruker, de har en helt annen måte å tilnærme seg enn damer, som er veldig, veldig positiv og det er veldig positivt for arbeidsmiljøet, for et arbeidsmiljø der det er enten rent mannsyrke eller rent dameyrke, så ja, jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det. Mitt inntrykk er hvert fall det at, når jeg jobbet på sykehjem og det var bare damer, så ble det veldig mye sånn kjekling og kanskje ofte, nå er jeg veldig sånn setter folk i bås her.’

Karoline forteller også om en følelse av at et rent kvinnemiljø på arbeidsplassen fører til *negativ kvinnelighet*. Hun trekker også frem at mennene hun har arbeidet med på et sykehjem har vært en stor ressurs og roser deres arbeid.

Mangfold er noe som de fleste av informantene ønsker på arbeidsplassen og som de løfter opp som en viktig faktor for å ha menn i yrket. Mange legger vekt på at kvinner og menn har en ulik tilnærming til pasientene, noe som er viktig for å kunne møte alle pasienter sine behov. Det er ingen som avfeier spørsmålet om det er forskjeller på måten kvinner og menn utøver arbeidsoppgaver, men det blir heller brukt som en mulighet for å rose disse forskjellene og poengtere viktigheten av at man er annerledes. Både som kjønn, men også som personligheter og mennesker.

Else (20 år) arbeider deltid på et sykehjem i kommunen og deltid på et sykehus. Hun mener ikke at helsefagarbeid er et kvinneyrke, men trekker frem at det er dominert av kvinner. Hun viser til at menn har en positiv innflytelse på arbeidsplassen og at pasienter setter pris på at det er mannlige ansatte.

‘Jeg vil ikke si at det er et kvinneyrke, men jeg vil jo si at det er ganske dominert av kvinner. Men jeg synes absolutt at det er positivt hvis man kan få inn flere menn i yrket. Nå tror jeg kanskje det er på vei til å øke, føler jeg og jeg håper det, fordi det å ha så mye. Altså når jeg har vært på sykehjem og vi har en mann som er på jobb, liksom, altså de elsker det på en måte. Ja, de elsker jo kvinner og, men det er liksom, det er noe helt annet, hvert fall de gamle damene de elsker når herrene kommer på jobb på en måte. Jeg vet ikke, det blir en annen dynamikk på en måte. Så ja, de har absolutt positiv innvirkning.

Else referer til at opplevelsen pasientene får når det er en mann på jobb er en annen enn når det er kun kvinner på jobb. Dette kan komme av at pasientene er vant til at det bare er kvinner i staben, og at det derfor er en positiv opplevelse når en mann kommer på vakt. *Else* peker på at dynamikken mellom ansatte, men også mellom pasienter og ansatte endrer seg når det er en mann på jobb. En grunn for at hun trekker menns arbeid frem som noe helt spesielt og ikke kvinners, kan være at kvinner er majoriteten i helsesektoren, noe som fører til at man blir upåvirket av det arbeidet kvinner gjør. Et begrep ofte brukt innen velferdssosiologi er kvinners usynlige arbeid i hjemmet, jeg vil her foreslå at dette kan overføres til kvinners usynlige arbeid innen helsesektoren. Usynlig arbeid består av oppgaver som blir utført som ofte gir lav synlighet, som å ta seg av andre mennesker sine biologiske, psykologiske og sosiale behov (Wærness, 1978: 197). Pleie- og omsorgsarbeid, selv om det er betalt arbeid, består mye av å møte disse behovene til pasienter og blir som oftest utført av kvinner. Det kan derfor være at når en mann utfører de samme oppgavene blir dette mer synlig for både pasienter og ansatte, fordi det er så få mannlige ansatte i helsesektoren som utfører slike pleie- og omsorgsoppgaver. Dette kan også linkes til internalisert misogyni, hvor det at mennene utfører tradisjonelt kvinnelig arbeid har en høyere verdi, enn hvis en kvinne utfører det samme arbeidet (Szymanski mfl., 2009: 103).

En siste forskjell som informantene pekte på med tanke på kjønn var at mannlige helsefagarbeidere så ut til å bli prioritert fremfor kvinner. Det var flere måter dette kunne bli gjort på for eksempel ved ansettelse eller satsingsprosjektet «Menn i helse». Menn i helse er et prosjekt mellom fylkesmenn, Nav, fylkeskommuner og kommuner. Målet er å rekruttere menn til helsesektoren ved å tilby menn mellom 25 til 55 år som mottar egnet ytelse fra Nav et komprimert utdanningsløp. Disse blir kalt helserekrutter, i løpet av omkring to år har helserekruttene et fullverdig fagbrev som helsefagarbeider (Lauritzen & Olsvik, 2018: 10).

Enkelte av informantene mente at menn ble prioritert først ved for eksempel ansettelse og at «Menn i helse» førte til en favorisering av menn i helsefagarbeideryrket.

Henriette (22 år) som arbeider ved en avdeling på et sykehus forteller at hun tror det er lettere for menn å bli ansatt. Ved spørsmål om kvinner og menn blir møtt forskjellig fra arbeidsgiver trekker hun frem at menn nok har lettere for å bli ansatt over en kvinne, og understreker at dette er hvis de har lik kompetanse. Hun har opplevd at de mennene som arbeidet ved avdelingen hun arbeider på ble kjempet ekstra hardt for når de leverte inn oppsigelse. Dette begrunner hun med behovet for menn i yrket og at det viktig med variasjon av kjønn på arbeidsplassen.

‘Jeg vet ikke om det er forskjell på hvordan de blir møtt, men jeg tror at det kanskje det er lettere for menn å få jobb, på grunn av at man vil ha menn i yrket og at da kanskje de blir valgt, hvis det er en kvinne og en mann som var likestilt i forhold til kompetanse da. At han hadde blitt valgt på grunn av at han er mann. Og ikke minst at de kanskje kjemper litt ekstra for å beholde de. Det var ganske, de kjempet ganske hardt for å beholde de mannfolkene vi hadde før sommeren. Både fordi de var flinke da, og fordi det er godt å ha litt variasjon, ikke bare høneflokk liksom.’

Som *Henriette* forteller later det til å være mangfold som er hovedfokuset for å prioritere menn over kvinner ved ansettelse.

Samira (27 år) arbeider i hjemmetjenesten i en kommune. Hun har hørt at hvis menn søker jobb som helsefagarbeider får de førsteprioritet. Samtidig forteller hun om menn hun møtte på sykehjem som ville være i yrket og hvor pasientene satte pris på dem.

‘Det kan jeg ikke si noe om, for jeg vet ikke, men jeg forstår ikke hvorfor det er sånn. For det er bare kvinner som jobber i helse og jeg så litt at det begynner å komme en del, sånne menn i helse, men de og, det er ikke mange som holder lenge, de bare forsvinner når de får noe bedre. Eller jeg vet ikke, jeg vet ikke hvorfor det er sånn. Iallfall på sykehjem, jeg opplevde i en bolig, der mennene vil og de setter pris på en mann som kommer å steller dem. Det jeg har hørt iallfall, de får jobb hvis de søker, de får førsteprioritet.’

Samira mener også at de mennene som blir med på prosjektet «Menn i helse» ikke blir værende lenge. Hun ser på det som en hvilepute frem til de finner noe bedre å jobbe med, som hun ikke forstår hvorfor, da hun har sett menn som trives i yrket og som blir satt pris på på arbeidsplassen.

Ifølge rapporten om prosjektet viser den til at mange menn ønsker å bli værende i helsesektoren, og følelsen som *Samira* har om at de forsvinner når de finner noe bedre, kan knyttes til at mange ønsket å videreutdanne seg eller spesialisere seg som helsefagarbeider og derfor gikk videre til annet arbeid (Lauritzen & Olsvik, 2018: 62).

Astrid (31 år) er også en av de som tror at menn har lettere for å få seg jobb som helsefagarbeider. Hun arbeider ved en avdeling på et sykehus og mener at dette kan være fordi man har lyst på flere menn i helsesektoren.

‘Jeg tror at menn kanskje har lettere for å få jobb innen dette yrket, enn kanskje kvinner hvis det er menn som søker, fordi en har jo lyst å ha flere menn i helsesektoren.’

Det later til å være en felles oppfatning hos informantene om at menn blir prioritert foran kvinner ved ansettelse. Utenom dette mente de at det ikke er noe som skiller seg ut i hvordan de blir behandlet av leder eller arbeidsgiver. De har også den samme forståelsen av hvorfor det er slik, og peker på at menn blir prioritert fordi de er en ressurs i yrket. Dette var også noe rapporten om «Menn i helse» la frem, der mennene som hadde fullført også opplevde at de hadde bedre sjanser for ansettelse fordi de var menn og mer ettertraktet (Lauritzen & Olsvik, 2018: 62). I en rapport gjennomført for Østlandsforskning viser intervjuer fra en avdelingsleder at menn i helse var positivt. En avdelingsleder fortalte at hun antok at med flere menn på arbeidsplassen var det færre som koste seg med misnøye og baksnakking, fordi menn er mer opptatte av jobben enn privatlivet (Lauritzen & Olsvik, 2018: 63). Oppvurderingen av menn ledsages her av en nedvurdering av kvinner og kvinnelige egenskaper, og kan dermed sees i sammenheng med internalisert misogyni (Szymanski mfl., 2009: 102). At en avdelingsleder uttrykker *negativ kvinnelighet* kan føre til institusjonelle implikasjoner og konkrete konsekvenser i kvinnelige helsefagarbeideres livsløp, ved at menn aktivt blir favorisert foran kvinner. Slike institusjonelle forhold kan potensielt virke negativt for rekruttering av kvinner til yrket.

7.3 Kjønn og praktiske tilpasninger

Selv om et større innslag av menn i yrket omtales som positivt, kommer det også frem at det bringer med seg enkelte utfordringer. I en studie om mannlige sykepleiere fra 2011 pekes det på hvordan menns utøvelse av omsorg ofte er assosiert med frykt, uegnethet og seksualitet som påvirker hvordan de blir oppfattet av pasienter, ansatte og samfunnet i deres rolle som

sykepleier (Meadus & Twomey, 2011: 274). Ut ifra empirien forteller informantene også om hvordan flere menn i yrket aktualiserer kjønn og seksualitet, spesielt i møte med pasienter, noe som kan føre til organisatoriske utfordringer.

Et aspekt når flere menn kommer inn i helsesektoren er at kjønn og seksualitet blir mer aktualisert når pasienter kan føle at de har et valg om hvilket kjønn de ønsker å motta stell fra. Ifølge Widding Isaksen (1999) vil omsorgsrelasjoner hvor utøver og mottaker har motsatt kjønn, vil den seksuelle dimensjonen ved arbeidet også få større gyldighet. Helsefagarbeidere som er profesjonelle omsorgsutøvere, har ingen personlig tilknytning til pasientene sine, og har samtidig lært seg teknikker for å distansere seg fra det Widding Isaksen kaller den ubehagelige kroppsligheten (Widding Isaksen, 1999: 198). Poenget er at pasientene ikke er utdannet i slike teknikker, noe som kan gjøre seksualitet og kjønn høyst aktuelt for den enkelte i en pleiesituasjon. Dette kan føre til at helsesektoren, ved en betydelig økning av mannlig personell, må finne andre måter å organisere og utføre pleie på som tar høyde for slike krav.

Astrid (31 år) arbeider ved et sykehus og forteller om noen opplevelser der kvinnelige pasienter ikke ønsker mannlig personell inne ved stell. Dette er også det eneste negative hun har erfart ved å ha en arbeidsplass bestående av kvinnelige og mannlige helsefagarbeidere.

‘Ja, det er noen av de eldre kvinnene som ikke vil ha menn der inne i stell. Men det tror jeg må være det eneste som jeg har opplevd. At det er kun det at de vil ikke ha menn der inne, på grunn av at det er under stell da.’

Det at kvinnelige pasienter ikke ønsker mannlig personell i stell kan være forståelig, noe som det later til at også blir respektert, ifølge *Astrid*. Hun presiserer også at det er eldre kvinner som ofte motsetter seg dette, ellers er mannlig helsepersonell positivt på hennes arbeidsplass og at denne erfaringen ikke er et stort problem i det daglige.

Akram (27 år) er mannlig helsefagarbeider ved en korttidsavdeling i kommunen. Han har selv erfart de positive og negative sidene ved å være mannlig helsefagarbeider. I dette sitatet forteller han om en hendelse hvor en kvinnelig kollega hadde dusjet en mannlig pasient. Pasienten var bluferdig og dekket seg derfor til med et håndkle under dusjen, når *Akram* neste gang var den som skulle dusje pasienten hadde pasienten ikke brukt håndkle for å dekke seg til.

‘Fordi, jeg sier ikke navn, men vi hadde en pasient og han skulle dusje, det er litt lenge siden da. Også når det var en jente som skulle dusje han, han var veldig grei, veldig snill, men han tok et håndkle her [viser til skrittet], også ville han gjøre det selv, men neste gang han skulle dusje. Det var jeg som gikk til han, intet håndkle. Så jeg tror det [menn] trenger du, selv om det er kvinner i jobb, det trenger mannfolk og.’

Akram underbygger med denne hendelsen behovet for mannlige helsefagarbeidere. Ut fra hans erfaring er det mulig å tolke det i retning av at mannlige pasienter vil foretrekke å bli dusjet eller stelt av mannlig personell, men de motsetter seg ikke stell eller dusj hvis det er kvinnelig personell som utfører jobben, mye grunnet at majoriteten av de ansatte i stell er kvinner. I neste sitat fra *Akram* forteller han om en motsatt erfaring, hvor han ble møtt av en kvinnelig pasient som ikke ønsket å ta imot stell fra han som mannlig helsefagarbeider. Hun ba om å få kvinnelig personell i stellet, noe *Akram* hadde forståelse for og fulgte opp.

‘Også jeg, opplevde selv, med en kvinne når jeg gikk for å stelle, sa de «nei, jeg vil heller ha en kvinne som skal stelle meg». Jeg aksepterer det, det forstår jeg veldig godt, jeg bryr meg, jeg tar ikke imot og sa «ok, dere får, jeg skal sende kollegaen min». Det er sånn vi jobber.’

Akram forklarer at samtidig som han har forståelse for at kvinnelige pasienter ikke ønsker stell eller dusj utført av han, er det også på den måten de arbeider. På hans arbeidsplass har de muligheten til å møte slike krav fra kvinnelige pasienter, siden majoriteten av staben er kvinnelig. Siden *Akram* er den eneste mannlige helsefagarbeideren på sin avdeling er det vanskeligere å møte et slikt krav fra mannlige pasienter. Det vises dog til Gough (1994) som la frem at mange hjelpetrengende foretrekker en kvinne fremfor en mann til å utføre intimkroppslige arbeidsoppgaver (Widding Isaksen, 1999: 198). Samtidig som at offentlig omsorgssektor startet som en husmorsmodell kan ha innvirkning på at mannlige pasienter ikke motsetter seg kvinnelig helsepersonell i stell på samme nivå som kvinnelige pasienter motsetter seg mannlig helsepersonell i stell.

Anna (22 år) arbeider på en avdeling ved et sykehus. Hun forteller om en lignende oppfatning som *Akram* hvor enkelte pasienter reagerer hvis de mottar stell fra noen av det motsatte kjønn. Det er den eldre generasjonen som ifølge *Anna* reagerer på at motsatt kjønn deltar eller utfører stell. Hun har opplevd begge scenarier der både kvinnelige og mannlige pasienter har reagert.

‘Altså, jeg tror nok for noen så kan, hvert fall, eldre pasientgrupper så kan de gjerne være litt ubehagelig enten at en dame kommer inn og skal hjelpe pasienten på morgenen som er mannlig, eller omvendt at det er en dame som skal få hjelp av en mann. Det har jeg opplevd at det har vært reaksjoner på.’

Som *Anna* påpeker er det den eldre garden som reagerer på motsatt kjønn i stellesituasjoner. Dette kan ha bakgrunn i at den eldre generasjonen har et annet syn på kropp og anstendighet, hvor de ikke ønsker at det motsatte kjønn skal se dem «uanstendig» i en stellesituasjon. En annen forklaring til reaksjonene ved tilfellene som *Anna* forklarer her og tilfellene *Akram* la frem tidligere, er at de begge arbeider ved avdelinger hvor pasienter ikke er vant til å få hjelp av pleiepersonell daglig. *Anna* arbeider ved en avdeling på et sykehus og *Akram* arbeider ved en korttidsavdeling i kommunen, begge kjennetegnet av korte opphold hvor pasienten ofte kommer fra hjemmet sitt. I en uvant situasjon som å få hjelp i stell, kan det at noen av motsatt kjønn utfører arbeidet forsterke ubehaget over en allerede utfordrende situasjon for pasienten.

Akram (27 år) som arbeider ved en korttidsavdeling i kommunen argumenterte i intervjuet for at helsefagarbeider er et kvinneyrke. Han forteller at grunnen til at helseyrket trenger flere menn er at pasientene er ikke bare kvinner, det er menn på avdelingen som setter pris på at de får stell fra en mannlig pleier.

‘Men jeg tror også at vi trenger flere menn her på avdelingen, fordi at de fleste dagene når vi går på dagvakt for eksempel, det er ikke bare kvinner som er her, det er menn også, jeg snakker om pasientene. Så jeg blir å ta mannfolkene, altså jeg tror de er glad da, det tror jeg.’

Det at *Akram* aktivt tar seg av mennene på avdelingen er noe han tror pasientene setter pris på. Av tidligere erfaring har han opplevd at mannlige pasienter føler seg mer tilpass med en mannlig pleier. Samtidig foretrekker kvinnelige pasienter stell utført av kvinnelig personell, ifølge ham.

Melissa (23 år) arbeider ved en korttidsavdeling i kommunen. Hun forteller om en følelse av at mennene som trer inn i helsesektoren må ta i et tak og at de har spesifikke oppgaver som de klarer bedre. Hun mener at dette kan bidra til at arbeidet for en mannlig helsefagarbeider blir mer ensidig enn for en kvinnelig helsefagarbeider.

‘Jeg merker jo, føler jo kanskje at en mann i yrket føler kanskje at de må ta i et tak. Føler jeg, at det blir litt sånn forventet at der er det tungt, men ja da kan du gå der – det klarer du liksom. At det blir litt sånn ensidig arbeid for mannen kanskje, men ellers så jobber jeg ikke så veldig mye med en mann i dette yrket da. Motsatt turnus, men nei.’

Melissa oppfatter at de gangene hun arbeider med mannlig personell at de føler at det er forutbestemt at de skal ta seg av det tunge arbeidet. Forventningen om at menn i yrket skal ta det tunge arbeidet, mener hun kan føre til at arbeidsdagen for en mann blir ensartet. Dette er noe som også støttes av annen forskning og menns opplevelse av at de blir diskriminert av andre ansatte, fordi de skal fungere som «muskler» for å løfte eller flytte pasienter, eller i bruk for å kontrollere potensielle voldelige situasjoner (Meadus & Twoney, 2011: 275). Forskerne kalte dette for «he-man» som referer til menns maskulinitet, med vekt på menns overlegne styrke (Meadus & Twoney, 2011: 276).

7.4 Seksuell trakassering, alder og kjønn

Et annet aspekt som flere av informantene tok opp som et skille i jobben mellom kvinner og menn var seksuell trakassering, hvor de mente at dette skjedde oftere med kvinner enn menn. Innen helsetjenester rapporterer tolv prosent at de opplever seksuell trakassering månedlig. Undersøkelsen viser til at de generelle kjennetegnene for de som rapporterer inn seksuell trakassering er yrkesaktive kvinner med fullført videregående skole (Bråten & Øistad, 2017: 17).

Karoline (30 år) arbeider i en avdeling ved et sykehus. Ved spørsmål om hun opplever noen forskjeller på hvordan pasientene møter kvinner og menn, tar hun opp seksualisering. Hun forteller at selv om pasientene ser på kvinnelig og mannlig personell som like kompetente, må kvinner være mye tydeligere med grensesetting for å unngå seksuell trakassering.

‘Ja, men kun i de tilfellene der det er pasienter som er sånn ukritisk seksualiserende. [...] Helst kun i de tilfellene, ellers er det ganske likt i forhold til ja ting utover det. For der det er en utfordring hvor kvinner står i større grad, i en grad som mannen ikke står i, men viktigheten med grensesetting i forhold til de tingene der. Men utenom det så forholder pasienten seg egentlig ganske likt, de ser ikke på kvinnelig eller mannlig personale som noe mer eller mindre kompetent.’

Karoline mener at mannen ikke i like stor grad som kvinnen står i en posisjon for å bli utsatt for seksualisering av pasienter. Hun trekker frem dette som en særegen utfordring for kvinner ved hennes avdeling og yrke. Ifølge rapporten fra Fafo er det vist at de arbeidstakerne som oftest blir utsatt for seksualisering er i kvinnedominerte bransjer, hvor arbeidet ofte innebærer direkte kontakt med kunder eller klienter, i helsesektoren vil dette tilsi pasienter (Bråten & Øistad, 2017: 17).

Henriette (22 år) som arbeider ved en avdeling på et sykehus har også opplevd seksuell trakassering på arbeidsplassen. Hun forteller at kvinner har vanskeligere for å få respekt av pasienter og pårørende. Det at hun i tillegg er ung gjør at hun føler at hun møter enda mer motstand for å oppnå respekt.

‘Ja, vi blir jo av og til litt «disrespected» holdt jeg på å si av pasientene og det er jo sjeldent en gutt blir seksuelt trakassert, eller det skjer sjeldnere. Det har skjedd ganske masse med meg. Så sånn sett blir de behandlet forskjellig av pasientene, også av pårørende. Det er akkurat som med en gang du er ei ung jente så har de ikke like mye respekt for deg, som for en mann eller en ja. Så det er jo litt forskjell. [...] Ja, med noen. De fleste møter oss jo likt, så de fleste tar det jo basert på andre ting enn at man er kvinne og mann, men det vil være noen forskjeller alltid.’

Som *Henriette* legger frem er det ikke like vanlig for en mann å bli seksuelt trakassert i yrket. Dette blir også underbygd av forskning, hvor majoriteten er kvinner og under 40 år (Bråten & Øistad, 2017: 17).

Blant informantene var det to av ti som på eget initiativ tok opp seksualisering og seksuell trakassering i intervjuene. Det ble ikke eksplisitt spurt om i intervjuene, noe som kan forklare hvorfor ingen andre informanter nevnte temaet. Forskning viser at flere som arbeider i helse- og omsorgssektoren opplever seksuell trakassering, men at de ikke tar det til seg. Begrunnelsen for dette er at pasienter ofte ikke har et bevisst forhold til dette på grunn av kognitive svikter. Dette fører til at mange ikke tenker over handlingen eller situasjonen som seksuelt krenkende, selv om den oppleves ubehagelig (Bråten & Øistad, 2017: 39).

7.5 Etnisitet og hierarkier

I intervjuet ble temaet innvandring reist ved å stille informantene spørsmål om deres tanker om innvandrere knyttet til deres yrke. Størstedelen av informantene fortalte at de ser det positive

ved at flere fra andre land enn Norge ønsker å arbeide innen helseomsorgen. I 2016 utgjorde innvandrere tretten prosent av alle sysselsatte helsefagarbeidere i Norge, hvor majoriteten av sysselsatte i henhold til bosted ikke fremgår i rapporten (Beyrer mfl., 2019: 23). Generelt sier alle de etnisk norske informantene at språk er det første de tenker på som noe negativt og noe de fremhever som problematisk. Språk er både et verktøy og et viktig symbol i profesjonelle arbeidsrelasjoner. Evnen til å kunne artikulere det «legitime språket» er essensielt for å kunne sameksistere i et yrke, og det er ofte dette som bevarer de som er på toppen av hierarkiet i sektoren. Det å kunne gjøre seg forstått med den korrekte bruken av det norske språk er en av de essensielle faktorene som tillegges begrepet norskhet (Dahle & Seeberg, 2013: 87). Jeg vil nå presentere noen av utsagnene knyttet til språk, hvor det er mulig å se en tydelig deling av hvordan de etnisk norske informantene referer til minoriteter som dem, sett fra et vi-perspektiv.

Silje (22 år) arbeider i hjemmetjenesten i en kommune. Hun forteller at språk er den vanskeligste delen med innvandrere i yrket. Hun mener at når innvandrere ikke kan norsk godt nok, faller informasjon bort og ting blir ikke formidlet riktig. Samtidig legger hun til at det er veldig fint at andre enn bare nordmenn ønsker å arbeide i helseomsorgen.

‘Der har jeg faktisk møtt på to forskjellige sider. En side der det skaper veldig store problemer, fordi at de har veldig dårlige norskkunnskaper, rapportene blir dårlige, formidlingen av viktig informasjon faller vekk, fordi at de svarer ja til det som gjerne er nei og omvendt, fordi de får ikke med seg helt hva som blir sagt, men så vet jeg og at det å bruke helse som en måte å lære norsk på for nye på en måte inn i landet, det er jo den beste måten å gjøre det på. [...] Veldig trist hvis at mye forsvinner på grunn av språkkunnskapene, men selvfølgelig det er jo godt at andre og ikke bare norske har lyst på en måte å inn å hjelpe.’

Silje trekker også frem at helseomsorgen er en egnet plattform for å lære seg norsk, noe hun mener er positivt. Det later til at hun ser på det som et tveegget sverd hvor det på en side er positivt at innvandrere søker seg til helseomsorgen, samtidig som at rapporter og formidling kan bli dårligere hvis språket ikke er godt nok.

Henriette (22 år) som arbeider på et sykehus nevner også språk som et problem. Hun nevner at det å kunne kommunisere og dokumentere er viktig i arbeidet de gjør, noe hun legger frem som noe negativt.

‘Jeg synes det er både pros and cons, holdt jeg på å si. Det som jeg ofte merker er jo norsken da, at på en måte, vi jobber jo ofte med eldre. Spesielt på min avdeling, det er jo mest eldre som får hjerneslag og ja de, det er ikke alle som snakker godt nok norsk synes jeg til å jobbe som helsefagarbeider, eller de er vel ikke helt det, jeg vet ikke om de går som assistent eller helsefagarbeider eller hva de gjør, men det er jo det største synes jeg. Det med at de ikke klarer å kommunisere og ikke klarer å dokumentere.’

Det later til at *Henriette* mener at mange helsearbeidere hun har møtt som er minoritetsspråklig ikke er godt nok kvalifisert i sine norskkunnskaper til å være kvalifisert til arbeidet de gjør. Samtidig er hun ikke helt sikker på hvilken faggruppe innvandrerne hun snakker om hører til, noe som kan tilsa at hun ikke omgås minoritetsspråklige på sin arbeidsplass.

Anna (22 år) arbeider også på et sykehus og deler den samme oppfatningen som *Henriette* om at det burde stilles et høyere krav til språk, før man kan arbeide som helsefagarbeider eller ufaglært innen helsesektoren.

‘Hvis jeg skal tenke meg, hvis det er negativt så er det språkforståelse at det kan være en utfordring og der er jeg litt for at det kanskje skal stilles litt flere krav at de ja, ikke bare kan komme å jobbe med en gang, men at det faktisk stilles krav at du kan litt mer språk. Det positive er gjerne at de kan jo ha en ny innvirkning på hvordan man gjør ting, nytt input ja.’

Både *Henriette* og *Anna* fremhever godt nok språk som særlig vanskelig, og mener at det burde være et krav for å kvalifiseres som helsepersonell. Det later til at de implisitt tenker på pasientene sine når de legger vekt på språkferdigheter som viktig. Dette var det flere som nevnte, at gode nok språkferdigheter var noe de la frem som et krav for pasientene, og ikke sine egne preferanser.

Samira (27 år) som arbeider i hjemmetjenesten og selv har minoritetsbakgrunn, opplevde å bli møtt av en pasient som forhåndsdomte henne og hennes norskferdigheter. Hun tenkte ikke så mye over meningen pasienten hadde for å stille spørsmål ved hennes kompetanse, men forteller at pasientene må bli kjent med henne før de føler seg trygge på henne og at det er først da den skepsisen hun føler hun møter forsvinner.

‘Ja, men andre ting det er liksom. Men det og kan liksom være verst. Jeg tenker at vi hjelper folk som ikke har det godt. Om du ikke har det godt, så av og til så gir du dårlig tilbakemelding.’

Ikke fordi du er stygg eller noe sånn, men da tenker jeg at jeg må tåle det hvis jeg vil jobbe med det. Dagene er ikke like. Av og til så får du veldig, veldig dårlig tilbakemelding av noen som kanskje ser, altså du ser meg som kommer der altså før jeg åpner munnen engang, så tenker du kanskje at jeg ikke forstår hva du sier eller ikke kan svare på norsk. «kan du norsk?» Ja, jeg kan norsk, sant, men det er liksom skeptisk, av og til etter hvert så blir de liksom litt lettere og de kjenner deg og trygghet og sånn. Men jeg kan ikke si det er noe negativt som jeg har opplevd som jeg kan føle at dette her er negativt og at jeg må slutte på grunn av det.’

Samira hadde opplevd at det ble stilt spørsmål ved hennes kompetanse utelukkende på grunn av hennes ikke etnisk norske utseende, og møtte skepsis fra pasienter på bakgrunn av at vedkommende antok at hun ikke kunne norsk. Utsagnet over kom som svar på spørsmål om hva det verste med arbeidet hun gjorde er. Der noen av de andre informantene svarte seksuell trakassering, møter *Samira* etnisk diskriminering på de dagene en pasient har en «dårlig dag». Hun er også kvinne, som statistisk sett (Bråten & Øistad, 2017: 31) fører til at hun også har en høyere risiko for å oppleve seksuell trakassering i arbeidet sitt. Måten *Samira* avfeier pasientens oppførsel mot henne med at vedkommende er syk, er lignende til de avfeingene som forskerne på seksuell trakassering nevnte fra sine informanter. Selv om handlingen eller situasjonen var ubehagelig eller krenkende, tar hun seg ikke nær av den, fordi pasienten ikke hadde et bevisst forhold til det på grunn av sykdom (Bråten & Øistad, 2017: 39).

Karoline (30 år) arbeider i en avdeling ved sykehuset. Ved spørsmål om mange av kollegaene hennes er migranter svarer hun nei og tenker seg at det kan være flere som arbeider på sykehjem. Hun forteller at på den avdelingen hun jobber er det viktig å ha gode norskkunnskaper og en god forståelse av norsk kultur og normer.

‘Jaja, jeg tror nok det er mer av det [migranter] på sykehjem enn det det er her, for jeg tror at her søker man hvis man er veldig trygg på språket for det første, og for det andre norske sosiale normer. Det tror jeg man har et sånn innforstått før man søker at man skal være ganske trygg på det fordi at det er en tidvis ganske krenkbar pasientgruppe, med lav terskel for frustrasjon og da, det sier jo på en måte også seg selv at da må man på en måte ha god kjennskap til riktige ord og hva som blir ansett som frekt og ikke frekt. Og det er jo veldig forskjellig fra land til land og jeg tror også derfor at det er mest folk som er født og oppvokst i Norge, også noen svensker og så er det, ja det var bare han ene fra Burundi jeg kommer på.’

Siden avdelingen *Karoline* arbeider på har å gjøre med en pasientgruppe som er sensitive for fornærmelser, sier hun det er viktig at de ansatte har satt seg inn i og forstår norske normer og etikette. Hun forteller at de har en ansatt fra Burundi og noen svensker ansatt på avdelingen, men at staben ellers består av etnisk norske. Her er det mulig å se en antagelse om at etnisk norske ser seg selv som naturlig kvalifisert på bakgrunn av sin norskhet, og ikke på bakgrunn av erfaring og kvalifikasjoner (Dahle & Seeberg, 2013: 87).

Kristine (21 år) arbeider i hjemmetjenesten i kommunen. Hun mener at språk kan være en barriere, men at kollegaer alltid forstår. Problemet hun viser til er pasientene som ofte hører dårlig eller er syke som kan slite med å forstå en helsefagarbeider som ikke kan norsk på et høyt nivå. Hun viser også til at den eldre befolkningen ikke er vant med innvandrere, noe som kan føre til fremmedfrykt og diskriminering.

‘Ja, for brukerne kanskje, men ikke sånn for oss, altså vi klarer alltid å forstå, men nå er jo mange brukere kanskje litt tunghørte og ja noen er jo demente og da kan det være at de heller liksom noen er litt diskriminerende, de vil liksom ikke ha mørkhudede folk eller med hijab, så det er litt sånn. Men det er jo de eldre, de er jo ikke vant til det på den tiden når de vokste opp, de har jo ikke noen som bodde sånn, innvandrere som var i Norge da, ikke som jeg vet hvert fall, nei jeg tror ikke det, nei så jeg tror det stammer litt fra den tiden da, når vi blir gamle så tror jeg det blir mye mer normalt at ja, så jeg tror bare det er kun på grunn av at de den typen eldre befolkningen som er der nå da som ikke er vandt til den kulturen da som gjør at det blir litt konflikter i forhold til brukere og de innvandrerne da.’

Kristine viser også til at kulturforskjeller sammen med språk kan skape konflikter mellom en pasient og en helsefagarbeider med minoritetsbakgrunn. Dette er ikke det samme som forsker Mai Camilla Munkejord finner i sin studie fra 2016. Informantene hennes er selv migranter og forteller om en felles bakgrunn med de eldre. Mange av migrantene har selv opplevd krig eller fattigdom, noe de bruker for å knytte bånd med pasientene sine, som skaper fellesskap og en delt erfaring (Munkejord, 2016: 238).

Henriette (22 år) som arbeider ved et sykehus nevner at visse kulturelle bakgrunner er positivt blant helsefagarbeidere som er migranter. Spesielt i sammenheng med at mange land har en sterkere tradisjon for å ta vare på eldre og syke familiemedlemmer, enn det Norge har.

‘Litt sånn ja, men samtidig så er det jo veldig bra og med innvandrere at de er ofte veldig flinke til å ta vare på pasientene, de kan mye om det å ta vare på folk. For der tar de jo vare på familiene sine, så de er ofte veldig flinke i det de gjør, men det er liksom minuset med kommunikasjonen da som ikke alltid er på topp.’

I Munkejord sin forskning om migranter som arbeider i helsesektoren, kommer det frem at mange av hennes informanter så på pasientene sine som familien sin. Mange hadde reist fra sin familie i hjemlandet, og brukte familietermer om pasientene sine for å skildre de nære båndene de hadde utviklet med pasientene sine (Munkejord, 2016: 236). *Henriette* nevner dog at selv om de er flinke til å ta vare på de eldre, vil det alltid være språkferdigheter som tynger ned den oppfatningen.

Astrid (31 år) fremhever at et mangfold av kulturell bakgrunn er positivt og viser til at med mer mangfold er det også mulig å lære om andre kulturer fra hverandre som ansatte.

‘Positive, det er vel kultur og det kan jo være ting som ikke vi skjønner når det gjelder kultur og andre kulturer, som kan være greit å vite hvis en har pasienter inne som har en kultur, og du ser «Åja, du må ha det hodeplagget når menn kommer inn, det er visste ikke jeg». Kanskje noen kan fortelle oss litt i forhold til sånne ting da. Så det, men jeg tenker jo negative igjen er mest språk tenker jeg.’

Kulturell bakgrunn er noe som *Astrid* ser som positivt, og hun understreker dette med at de har pasienter som har forskjellig kulturelle bakgrunner og med flere etnisiteter, noe som gjør det verdifullt med en etnisk spredning i staben. I Dahle og Seeberg sin forskning viser de til at dette ikke er noe som blir brukt aktivt. De peker heller på at for å klatre i det hierarkiske systemet i helsesektoren må man være villig til å assimilere, noe som gjør at verdifull kompetanse om andre kulturer faller bort. Med en økende mangfoldig gruppe av pasienter, er det fortsatt ingen sterke tendenser som peker på at denne praksisen er i ferd med å snu. Dette mener forskerne vil føre til en ineffektivitet innad sektoren (Dahle & Seeberg, 2013: 88).

8. Avsluttende diskusjon

Utgangspunktet for denne oppgaven var vedvarende utfordringer knyttet til helsefagarbeideryrket. En av utfordringene var koblet til rekrutteringsproblemer, hvor forventet aldersrelatert avgang de neste tiårene var høyere enn tilstrømningen av ny arbeidskraft til yrket. Dette vil føre til en stor mangel på helsefagarbeidere (se kap. 2: 14), som er en utfordring både for sykehusene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i Norge sliter med. Sykehusene prøver å motvirke mangelen ved å gjøre organisatoriske endringer for å tiltrekke seg flere helsefagarbeidere, en utvikling som i verste fall kan bidra til enda større mangel på helsefagarbeidere i kommunale tjenester. Et annet utgangspunkt for oppgaven var tidligere forskning om samfunnets verdsetting av omsorgsarbeid og Kari Wærness sine teorier om omsorgsrasjonalitet og usynlig arbeid. Empirien viser at det er annerledes i dag, men man kan like fullt se rester av det Wærness kalte den usynlige velferdsstaten (Wærness, 1978), ved at omsorgsarbeid fortsatt er nedvurdert og usynlig.

Opgavens problemstilling «Hva kjennetegner unge helsefagarbeideres arbeidshverdag og perspektiver på omsorg?» er blitt besvart i tre analysekapitler. I kapittel fem ble *hindret etablering* og *uforutsigbar hverdag* presentert og diskutert, som viser hvordan organiseringen av helse- og omsorgssektoren fører til utfordringer på individnivå. Det var gjennomgående at ved å tre inn i yrket som helsefagarbeider ble alle preget av en *uforutsigbar hverdag* (se kap 5: 44) der turnusen deres styrte planleggingen av livet deres og ekstravakter dukket opp på kort varsel. Dette gjaldt spesielt for de informantene som ikke hadde ønsket stillingsprosent, som måtte være klar til å stille opp på kort varsel for å fylle opp grunnstillingen sin med ekstravakter.

Helsefagarbeiderne i datamaterialet som ikke hadde oppnådd ønsket stillingsprosent opplevde *hindret etablering* (se kap. 5: 37). Grunnstillingen i kontrakten deres gjenspeilet ikke hvor mye de arbeidet, som en følge av ekstravakter, dette førte til at de ikke hadde den økonomiske stabiliteten de ønsket for å etablere familie og komme inn på boligmarkedet. Flere kjente på en uforutsigbarhet som preget hverdagen, hvor spørsmål om de hadde nok midler til å klare seg gjennom måneden var et velkjent fenomen de levde med. Dette stemmer overens med det andre forskere har konkludert med tidligere (se Vabø mfl., 2019, Beyrer mfl., 2019 & Skålholt mfl., 2013). Kapittel fem bidrar her til litteraturen ved å gi rike beskrivelser av hvordan disse utfordringene oppleves og erfares, og ved å begrepsfeste disse ved hjelp av to begreper som er utviklet fra data. Livsløpsperspektivets fokus på tid bidrar til å sette hverdagsutfordringer, som

ekstravakter og ufrivillig deltidsarbeid, i forbindelse med særlige utfordringer knyttet til overgangen til voksenlivet.

Kapittel seks handler om de unge helsefagarbeidernes tanker rundt omsorgsutøvelse og utfordringer knyttet til yrket. Omsorgsrasjonalitet, hvor rasjonalitet og emosjoner går hånd i hånd, ble aktivt brukt av alle informantene (se kap. 6: 54). Utfordringene de møtte derimot viste et tydelig skille mellom det å arbeide ved et sykehus og det å arbeide i kommunal helse- og omsorgssektor. Ved sykehusene følte informantene på en nedvurdering av deres evner og et medisinsk hierarki hvor de var på bunnen (se kap. 6: 62). I den kommunale pleiesektoren hadde informantene mer fokus på at de hadde dårlig tid til å utføre omsorgsoppgaver, og en følelse av at de ikke ble kjent med alle pasientene (se kap. 6: 60).

Ut ifra empirien i kapittel seks og annen forskning (se Amble, 2008, Helse Bergen, 2019) ser det ut som at arbeidsmarkedet for helsefagarbeidere er et hierarkisk system, hvor det å arbeide ved et sykehus har høyest status på grunn av nærheten til medisinske oppgaver. Ansettelse ved sykehus blir sett på som mer prestisjefyllt enn å være ansatt ved kommunal pleie- og omsorgssektor, fordi arbeidsoppgavene fokuserer mer på pleie- og omsorgsgivning, og er ikke like nær de medisinske tjenestene. Samtidig som arbeidsstedene for helsefagarbeiderne er hierarkisert, er det et hierarki innad sykehuset som gjorde at informantene som arbeidet ved sykehus følte seg lavest på den medisinske rangstigen. Dette førte til at de ikke fikk brukt kompetansen sin til det fulle. Mange av sykehusenes nye strategi om å øke andelen helsefagarbeiderstillinger er dels økonomisk motivert (se kap. 6: 62), og ikke nødvendigvis primært av hensyn til bedre omsorg. Dette er dermed basert på forutsetningen om at helsefagarbeidere skal fortsette å få vesentlig dårligere betalt enn sykepleiere, som vitner om at helsefagarbeideres bidrag til økt kvalitet i helsetilbudet fremdeles blir nedprioritert, ettersom omsorg har en lavere status enn medisin.

Et medisinsk hierarki var ikke et problem hos informantene i det kommunale, hvor de fikk utføre flere oppgaver og fikk opplæring i medisinske prosedyrer, mye grunnet at bemanningen var dårligere enn på sykehusene. Effektivitet og økonomiske motiver ble i kommunale tjenester prioritert overfor god pasientpleie, noe mange av de kommunalt ansatte opplevde (se kap. 6: 61). De som arbeider i kommunale tjenester opplever at betingelsene for å kunne fylle sin arbeidshverdag med den typen oppgaver som motiverte dem til å gå inn i yrket og motiverer dem mest fremdeles, er begrenset av institusjonell nedprioritering av omsorgsoppgaver, dels

som en refleksjon av ensidig fokus på medisinske tjenester. Premissene for omsorgsgivning ved sykehus og ved det kommunale ser altså ut til å være ulike. Empirien som er presentert i analysekapittelet tilsier at omsorg er en sentral motivasjon i arbeidet ved begge steder, og bidrar til at arbeidet oppleves meningsfylt for unge helsefagarbeidere, i den grad rammebetingelsene legger til rette for at omsorg kan gis.

Det siste analysekapittelet tar for seg to sentrale dimensjoner av ulikhet som viste seg å være relevant for helsefagarbeideres erfaringer og perspektiver, nemlig kjønn og etnisitet. Under kjønn var det tydelig at en økning i mannlig personell aktualiserte den seksuelle siden av kjønn, noe som kan føre til organisatoriske utfordringer om økningen vedvarer. På den andre siden viste dataene tegn på internalisert misogyni, hvor de kvinnelige informantene opphøyde mennene på sin arbeidsplass og det arbeidet de utførte (se kap. 7: 70). Samtidig ble det vektlagt at en majoritet av kvinner på arbeidsplassen hadde en negativ innvirkning på arbeidsmiljøet. Dette kunne sees i sammenheng med usynlig arbeid, og beretninger om at når en mannlig helsefagarbeider utførte det samme arbeidet som en kvinnelig helsefagarbeider, ble det lagt merke til og gitt ros for. Ble det utført av en kvinne, ble det ikke anerkjent i samme grad og var dermed usynlig.

Ved spørsmålet om etnisitet og økningen av minoriteter innen helsesektoren og yrket, la alle frem en positiv holdning. Men det var tydelig at utilstrekkelige norskkunnskaper blant etniske minoriteter kunne anses som negativt på bakgrunn av hvordan informantene tenkte at pasientene kom til å reagere. Dette er forbundet med et kompetansehierarki innen helsesektoren, hvor grad av norskhet og en evne til å integreres ble verdsatt over kunnskap og erfaring. Med dette menes det at de etnisk norske i datamaterialet antok at de selv var mer naturlig kvalifisert i yrket, på bakgrunn av sin norskhet (se kap.7: 81).

Empirien i kapittel syv taler for at det innen helsesektoren er norskhet og den mannlige utførelsen av feminiserte oppgaver som blir satt høyest i kompetansehierarkiet. Annen forskning viser flere sider av saken, og det er tydelig at dette er forskningsarbeid som må gjøres i en større skala og med et annet forskningsdesign enn denne oppgaven (se Dahle & Seeberg, 2013, Christensen & Pilling, 2017, Munkejord, 2016). Analysen i kapittel syv kan her bidra til forståelsen av disse utfordringene med utviklingen av begrepene *positiv kvinnelighet* og *negativ kvinnelighet*. Det kommer her frem tegn på at internalisert misogyni, som tidligere er antydnet i bredere studier, også kan se ut til å være beskrivende når det gjelder unge helsefagarbeidere. Et

forhold som er verdt å bemerke ut fra denne oppgavens fokus på unge helsefagarbeidere er at dette kan ha en betydning for rekruttering. Både i den forstand at menn ser på yrket som attraktivt, fordi deres utførelse av kvinnelig arbeid opphøyes, samtidig som at yrket kan sees negativt for både menn og kvinner ved at arbeidet som utføres er tradisjonelt kvinnelig og nedprioritert i samfunnet.

I forståelsen av disse funnene er det nødvendig å ta historisk og institusjonell kontekst med i betraktningen. Tidlig i oppgaven ble helsefagarbeiderutdanningens historiske kontekst lagt frem, og som vist stammer helsefagarbeiderutdanningen fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen. Rekrutteringen til disse yrkene var avhengig av at hjemmeværende mødre med kompetanse som husmor ville ta deltidsarbeid ved siden av husmorstilværelsen. Helsefagarbeideryrket har altså reproduisert den stereotypiske tankegangen om at det er et kvinneyrke preget av deltid. Empirien viser til flere aspekter som kan belyse dette problemet, og deler av Mills sitt teoretiske rammeverk om sammenhengen mellom private problemer [private troubles] og offentlig anliggender [public issues] kan brukes for å knytte sammen velferdsstatens rolle til de empiriske funnene i oppgaven (Mills, 2000).

Overordnet sett kan vi si at oppgaven viser tegn til at det over de siste tiår har skjedd en overføring av usynlig arbeid fra hjemmet til helsesektoren (se kap. 7: 73). Siden Kari Wærness i 1978 beskrev kvinners ulønnede omsorgsarbeid i hjemmet som den usynlige velferdsstaten har det skjedd en storstilt utbygging av omsorgstjenester. Denne oppgaven tilsier at verdien av omsorgsarbeid fremdeles kan sies å være usynlig og nedvurdert. Dette angår ikke bare alle i yrket, men også potensielt pasienter og befolkningen som en helhet. Det kan derfor sees som det Mills kalte for et offentlig anliggende, fordi problemet strekker seg utover individets lokale miljø (Mills, 2000: 4). Dette kan igjen kobles til den historiske konteksten, som har bidratt til å opprettholde en devaluering av arbeidsoppgavene forbundet med yrket. Nedvurderingen av omsorgsarbeid er generelt et offentlig anliggende, men det resulterer i det Mills kaller private problemer for den enkelte helsefagarbeider, fordi premissene for individets stabilitet innen økonomi og hverdag er truet av yrket vedkommende har valgt.

Sosiale institusjoner og miljøet helsefagarbeiderne befinner seg i, har stor påvirkningsgrad på livsløpet. Ufrivillig deltidsarbeid har oppstått på bakgrunn av en organisering som prioriterer effektivitet og økonomi, og dette rammer unge helsefagarbeidere. Oppvurderingen av mannlige arbeidere kan være positivt, men dersom det ledsages av en implisitt nedvurdering av unge

kvinnelige helsefagarbeidere, kan det være problematisk, og potensielt hindre rekruttering av unge kvinner. Dette er et offentlig anliggende, fordi det påvirker det historiske og sosiale livet ved å hindre etablering for etniske minoriteter og unge kvinner, så vel som et privat problem da det hindrer den enkeltes autonomi både økonomisk og sosialt.

I unge helsefagarbeideres erfaringer og perspektiver på omsorg er historie og biografi sammenvevd. Velferdsstatens utvikling de siste år går mot en mer effektivisert helsesektor, hvor økonomiske motiver muligens gir mindre rom for omsorgsrasjonalitet. Usynlig arbeid er fremdeles tilstede, med en forskyvning fra hjemmet til helsesektorens pleie- og omsorgsarbeidere. Omsorgsprofesjonens utvikling, har ført til at det nå er en fagbrevtype og en yrkeskategori som enda søker etter sin plass i det medisinske hierarkiet. Innvandring og delvis og gradvis utvisking av kjønnsdeling på arbeidsmarkedet, har ført til en hierarkisering av yrket. Øverst står spesialisthelsetjenesten med mannlige helsefagarbeidere først i ansettelseskøen. Bakerst i køen er etniske minoriteter og til dels kvinnelige helsefagarbeidere. Alle disse endringene på historisk og institusjonelt nivå spiller sammen med erfaringer og valg som ungdom foretar seg, og er med på å forme livsløpet deres.

Basert på funnene i oppgaven, er det rimelig å foreslå flere tiltak for å motvirke ufrivillig deltid og konsekvensene det fører med seg. Mia Vabø, Ida Drange og Nina Amble konkluderte i sin artikkel om deltidsarbeid blant unge helsefagarbeidere at det er strukturtiltak som må til for å motvirke ufrivillig deltid (Vabø mfl., 2019: 21). Sammen med strukturtiltak, viser denne oppgaven at holdningsendrende arbeid kan være gunstig for å legitimere kompetansen helsefagarbeidere innehar og for å øke trivselen hos unge helsefagarbeidere.

Internalisert misogyni og *negativ kvinnelighet* er ikke bare et problem for unge helsefagarbeidere, men strekker seg utover samfunnet, som gjør det til et komplekst problem, som mange ikke er klar over at de reproducerer. *Positiv kvinnelighet* og tanken om at omsorgsoppgaver tilhører kvinnen som et positivt trekk, hører sammen med internalisert misogyni og *negativ kvinnelighet* i den forstand at det kvinnelige er begrenset til ett område og kvinners verdi måles i den grad de møter kriteriene for det å være omsorgsfull og huslig. Dette er ikke noe som blir diskutert eller forhandlet på generell basis. Et forslag til hvordan dette kan motvirkes over lang tid, er å normalisere utøvelsen av omsorg, ikke basert på kjønn og feminine kvaliteter, men ved en holdningsendring i samfunnet, hvor omsorgsutøvelse blir sett som verdifullt. Det er en kompleks endring, fordi den innebærer en endring og redefinering av

kvalitetene vi knytter til kjønn. For å starte denne prosessen kan strukturiltak som hele stillinger, bedre lønninger og definerte arbeidsoppgaver føre til en legitimering av omsorgsarbeid og den kompetansen det krever for å utøve omsorgsrasjonalitet innen yrket.

Videre forskning på temaet kan ta mange veier. Jeg tror det hadde vært interessant å se på virkningene tilstrømningen av menn i yrket har, og spesielt menn med minoritetspråklig bakgrunn. Er det slik at alle menn har en innvirkning på prestisjen et yrke tilegner seg, eller er dette spesifikt for hvite menn i Norge? På hvilke måter kan dette endre yrket og måten det er organisert på?

9. Litteratur

Alver, Bente Gullveig og Ørjar Øyen (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag*, Bergen: Tano Aschehoug.

Amble, Nina (2008) Evaluering av 3-3-turnus, *Arbeidsforskningsinstituttets notatserie*, 2008(2) s. 1-21.

Andreassen, Bjørn Lønnum (2020) Sykehus vil doble antall helsefagarbeidere. *Arbeidsliv i Norden*, 15. april 2020. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidslivinorden.org/i-fokus/i-fokus-2020/tema-underskoterskor/article.2020-03-25.2424318031> (Hentet: 30. april 2020).

Arbeidstilsynet (2020) *Deltidsansattes rett til stilling som tilsvarer faktisk arbeidstid*. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/ansettelse/rett-til-stilling-som-tilsvarer-faktisk-arbeidstid/> (Hentet: 27. mars 2020).

Beyrer, Svetlana, Geir Hjemås, Othilde Skjøstad og Johannes Hansen (2019) *Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet*. 2019/20. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Bratsberg, Bernt, Torgeir Nyen og Oddbjørn Raaum (2016) *Voksne som tar fagbrev*. 2016(11) Oslo: Fafo.

Bråten, Mona og Beate Sletvold Øistad (2017) *Seksuell trakassering i arbeidslivet: undersøkelse blant Fellesforbundets medlemmer i hotell og restaurant og Fagforbundets medlemmer i helse og omsorg*. 2017(9) Oslo: Fafo.

Charmaz, Kathy og Linda Liska Belgrave (2015) Grounded theory, *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, DOI: 10.1002/9781405165518.wbeosg070.pub2.

Christensen, Karen og Doria Pilling (2017) Introduction, i Christensen, Karen og Doria Pilling (red.) *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*. United Kingdom: Routledge s. 1-12.

Christensen, Karen og Kari Wærness (2017) Long term care services in Norway: a historical sociological perspective, i Christensen, Karen og Doria Pilling (red.) *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*. United Kingdom: Routledge s. 15-28.

Cooper, Frank (2012) *Professional boundaries in social work and social care: a practical guide to understanding, maintaining and managing your professional boundaries*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dahle, Rannveig og Marie Louise Seeberg (2013) “Does she speak Norwegian” Ethnic dimensions of hierarchy in Norwegian health care workplaces, *Nordic Journal of Migration Research*, 3(2) s. 82 – 90, DOI: 10.2478/v10202-012-0018-4.

Daly, Mary og Jane Lewis (2000) The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *British Journal of Sociology*, 51(2) s. 281 – 298.

Elder, Glen H. Jr. (2007) Life Course Perspective. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. [Internett] s. 1-6. DOI: 10.1002/9781405165518.wbeosl046

Frøjd, Kasper (2018) <https://www.tv2.no/a/9595218/>

Gjengedal, Kjerstin (2019) Alle bør jobbe heiltid, i *Kilden*, 1. november 2019. Tilgjengelig fra: <http://kjonnsforskning.no/nb/2019/10/alle-b%C3%B8r-jobbe-heiltid> (Hentet: 13. april 2020).

Glaser, G. Barney og Anselm L. Strauss (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New Brunswick: Aldine Transaction.

Gressgård, Randi (2013) Interseksjonalitet, *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 37(1) s. 64 – 67.

Helse Bergen (2019) *Fremtidig helsefagarbeiderbemanning i Helse Bergen*. Prosjektrapport 30.11.2019. Bergen: Helse Bergen.

Hjelme, Sidsel & Kathrine Geard (2020) Får vi nok kvalifiserte helsearbeidere? *Fagbladet*, april 2020 s. 52 – 59.

Hjemås, Geir, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. 2019/11. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Høst, Håkon (2006) *Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv. En studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelsehistorie, 1960 – 2006*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Isaksen, Lise Widding (1999) Den ubehagelige kroppsligheten, i Christensen, Karen og Syltevik, Liv Johanne (red) *Omsorgens forvitring?* Bergen: Fagbokforlaget s. 193 – 207.

Kattouw, Christophe Edward & Siri Wiig (2020) Organisering av hjemmesykepleien kan gå utover sikkerhet og kvalitet, i *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/12/organiseringen-av-hjemmesykepleien-kan-ga-ut-over-sikkerhet-og-kvalitet> (Hentet: 13. april 2020).

Kjeldstad, Randi (2006) Hvorfor deltid? *Tidsskrift for samfunnsforskning* 47(4) s. 513-542.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lappegård, Trude og Lars Dommermuth (2015) Hvorfor faller fruktbarheten? *Økonomiske analyser*, 2015/4 s. 36-47.

Lauiritzen, Tonje og Vigdis Mathisen Olsvik (2018) «.. hadde jeg visst hvor interessant dette yrket er, så hadde jeg gjort det for mange år siden» *Følgerevaluering av det nasjonale prosjektet Menn i helse*. ØF-rapport 07/2018. Lillehammer: Østlandsforskning.

Meadus, J. Robert og Creina J. Twomey (2011) Men Student Nurses: The Nursing Education Experience. *Nursing Forum*. 46(4): 269-279. DOI: /10.1111/j.1744-6198.2011.00239.x

Mills, C. Wright og Todd Gitlin (2000) *The Sociological Imagination*. Oxford: Oxford University Press.

Munkejord, Mai Camilla (2016) «Jeg jobber med hjertet» Innvandreres erfaringer med å arbeide i helse- og omsorgssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2(3). s. 232 - 240 DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2016-03-09](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-09)

Nilsen, Ann, Maria Das Gores Guerreiro og Julia Brannen (2002) Most choices involve money: Different pathways to adulthood. *Young Europeans, work and family: futures in transition*. London: Routledge s.163-184.

Nilsen, Ann (2019) Synchrony of Intersecting Temporalities in Young People's Housing Transitions: Intergenerational Cross-national Comparisons, *Housing, Theory and Society*. DOI: 10.1080/14036096.2019.1653361

Orupabo, Julia (2016) *Kvinnejobber, mannsjobber og innvandrerejobber*. Oslo: Cappelen Damm.

Silverman, David (2014) *Interpreting qualitative data*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage Publications.

Skålholt, Asgeir, Håkon Høst, Torgeir Nyen og Anna Hagen Tønder (2013) *Å bli helsefagarbeider: en kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget*. Rapport 5. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.

Szymanski, M. Dawn, Arpana Gupta, Erika R. Carr og Destin Stewart (2009) Internalized Misogyny as a Moderator of the Link between Sexist Events and Womens Psychological Distress. *Springer Science, Sex Roles* (61) s. 101–109. DOI: 10.1007/s11199-009-9611-y

Sævik, Vivi (2014) Frykter for rekrutteringen, *Langesunds Blad*, 26. juni 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.pd.no/langesunds-blad/frykter-for-rekrutteringen/s/1-89-7443427> (Hentet: 27. mars 2020)

Thornquist, Eline (2001) Helsearbeid i kjønnsperspektiv. *Fysioterapauten* 2001(11).

Utdanning.no (2020) *Yrkesbeskrivelse: helsefagarbeider*. Tilgjengelig fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider> (Hentet: 30. april 2020).

Vabø, Mia, Ida Drange og Nina Amble (2019) Den vanskelige deltidsknuten: en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere. *Fagbladet Samfunn og Økonomi*; Nummer 1. s. 6-21.

Wrzesniewski, Amy, Jane E. Dutton, Gelaye Debebe (2003) Interpersonal sensemaking and the meaning of work, *Research in organizational behavior*, volum 25, s. 93-135. DOI: /10.1016/S0191-3085(03)25003-6

Wærness, Kari (1978) The Invisible Welfare State: Womens Work at Home. *Acta Sociologica*, Special Congress issue (21) s. 193-207.

Wærness, Kari (1984) The Rationality of Caring, *Sage Social Science Collections* 5(2) s. 185 - 211.

Wærness, Kari (2001) Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningens ansvar, i Ruyter, K.W. og A.J Vetlesen (red) *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 262-282.

Wærness, Kari (2010) Challenges for the future of public care: a lesson from Norway, i Saito, Yayoi, Reiko Abe Auestad & Kari Wærness (red.) *Meeting the challenges of elder care: Japan and Norway*. Japan: Kyoto University Press s. 128-135.

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Nåtid

1. Først vil jeg gjerne begynne med noen fakta om deg;
 - a) Hvor og når er du født?
 - b) Hvor vokste du opp?
 - c) Er du i jobb eller utdanning nå?
 - d) Hvis du er i jobb, er det fulltid eller deltid?
 - e) Hvordan er bosituasjonen din – bor du sammen med noen eller alene?
 - f) Har du barn? Hvor mange, alder og kjønn.
 - g) Kommer du fra en stor familie – søsken?
2. Dette spørsmålet kan virke litt rart, men kan du bare fortelle litt mer om deg selv? Det kan være hva som helst om deg selv.
3. Jeg vil også spørre om livet ditt akkurat nå – er det noe spesielt som opptar tiden din, eller som skjer i livet ditt med tanke på familie, arbeid eller andre ting?

Fortid

4. Vi har allerede vært litt inne på familie, så jeg lurte på om du kunne fortelle om dine foreldres yrke og ditt inntrykk av deres tilknytning til arbeid?
5. Hadde du noen forbilder når du vokste opp i familien, eller en kjendis eller andre som du så opp til?
6. Hva fikk du ros for gjennom oppveksten?
7. Hva er ditt tidligste minne av arbeidsoppgaver?
8. Når du valgte hva du skulle bli på ungdomsskolen, hvordan tenkte du?
 - a) Fikk du noen råd?
 - b) Fra hvem og hvilke råd?
 - c) Var det noen yrkesretninger som var helt uaktuelle?
9. Hvor gikk du for å bli helsefagarbeider?
 - a) Hvordan fikk du læreplass?
 - b) Er det samme sted du arbeider nå?

Nåtid - arbeid

10. Nå tenkte jeg vi kunne bevege oss litt over på det å være helsefagarbeider. Hva motiverte deg til å bli helsefagarbeider?

11. Hva vil det si for deg å være en helsefagarbeider – hvilken betydning har det for deg?
 - a) Utenom å hjelpe andre, var det andre motivasjonsfaktorer?
12. Hva er det beste med det arbeidet du gjør nå?
 - a) Hva er det verste?
13. Har turnusarbeid noen innvirkning på andre deler av livet ditt? Sosialt, søvn andre aktiviteter?
14. Det er mye snakk i diverse media om at kvinner vil og burde arbeide mer – har du noen tanker om dette utsagnet?
 - a) Jeg har også lagt merke til at det er svært få menn som arbeider innen omsorgsyirket, vil du si det er et kvinneyrke og eventuelt hvorfor det er slik?
 - b) Hvordan er kjønnsbalansen på din arbeidsplass?
 - c) Har du tenkt at det er noen forskjeller på måten menn og kvinner utøver yrket ditt på?
15. Blir menn og kvinner møtt på forskjellig måte av brukerne?
 - a) Tror du det er forskjell på hvordan menn eller kvinner blir møtt av arbeidsgiver?
 - b) Kan det være lettere å bli forfremmet som mann eller bli gitt ansvarsoppgaver?
16. Hva tenker du om arbeidsinnvandring i forhold til ditt yrke?
 - a) Er det mange arbeidsinnvandrere på din arbeidsplass og generelt i ditt yrke?
 - b) Hva kan de positive eller negative sidene være med dette?
 - c) Har du tenkt at det er noen forskjeller mellom forskjellige land eller etnisiteter når det kommer til arbeidsinnvandrere i ditt yrke?
17. Hvordan forholder du deg til å gi omsorg i en arbeidssituasjon, har du noen forhåndsregler for å beskytte deg selv?
 - a) Hvordan opplever du kontakten mellom deg og brukeren?
 - b) Tror du at det er forskjell på faggruppene med tanke på hvor nær man kommer brukerne?
18. Hvordan er forholdet mellom de eldre og de yngre på arbeidsplassen?
 - a) Hvordan er miljøet generelt?
 - b) Forholdet mellom de ansatte og sjefene?
 - c) Er du fagorganisert eller er noen av dine kollegaer fagorganiserte?
19. Trives du med arbeidet som helsefagarbeider?
20. Hvordan vil du beskrive din egen tilknytning til arbeid?

21. Nå som du har fortalt litt om nåtiden, tenkte jeg vi kunne snakke litt om fremtiden med tanke på etablering.
- a) Hvor ser du deg selv om ti år?
22. Hvilke drømmer har du for fremtiden?
- a) Barn, sosialt liv, økonomisk?
- b) Hvilke bekymringer har du for fremtiden?
23. Er det noe du er opptatt av eller interesser du har på fritiden som vi ikke har snakket om?
24. Siste spørsmål jeg ønsker å stille er; er det noe du føler jeg ikke har spurt om eller noe mer du ønsker å dele?

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet «Unge helsefagarbeideres arbeidshverdag»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske helsefagarbeideres arbeidshverdag og måter å gi omsorg. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg ønsker å intervju helsefagarbeidere i alderen 20-30 år, som er i relevant arbeid, om deres arbeidshverdag og omsorgsperspektivene som blir brukt i arbeidet. Bakgrunnen for dette prosjektet er å kunne vise at ressursen som helsefagarbeidere utgjør innen helse -og omsorgsarbeid i Norge, ikke blir tilstrekkelig utnyttet. En slik uttalelse stammer fra tidligere forskning, som viser at helsefagarbeidere ofte ikke får hele stillinger innen relevant arbeid, noe som fører til at mange videreutdanner seg for å sikre seg en fast heltidsstilling. Begrepet «ufrivillig deltid» er å forbinde med arbeidet som helsefagarbeider, noe jeg ønsker å få mer innsikt i, gjennom intervjuer. Omsorgsperspektivene er viktige i intervjudelen, fordi omsorgsarbeid kan bli nedvurdert i sammenligning med annet arbeid som blir sett på som mer rasjonelt. Denne forestillingen ønsker jeg å vite mer, og om deltakerne selv opplever dette som et problem.

Dette prosjektet blir gjort som en del av en masteroppgave i sosiologi ved Universitet i Bergen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig institusjon er Sosiologisk Institutt, underlagt Universitet i Bergen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget blir trukket gjennom fagforbundet, for å kunne finne en stor andel helsefagarbeidere på samme sted. Kriteriene for å være med i studien er at man er helsefagarbeider mellom 20 og 30 år og man må ha relevant arbeid for utdanningen sin som helsefagarbeider. Det er ikke

et krav om medlemskap i Fagforbundet, da det er ønsket en blanding av deltakere som er medlem og ikke medlem.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Metoden for å samle inn informasjon er intervju. Opplysningene som samles inn vil være alder, kjønn, type arbeid og hvilken stillingsprosent man har, samtidig som den vil gå inn på egne tanker om omsorgsarbeidet som blir gitt i det aktuelle arbeidet.
- Opplysningene vil registreres på lydopptak og lagres på en minnebrikke for å sikre at opplysningene holdes anonyme.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Arbeidsplassen din vil ikke bli påvirket, da det ikke er ønsket å vite noe om arbeidssted, bare hvilke typer arbeid man utfører.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Veileder og biveileder ved Sosiologisk Institutt vil ha tilgang til datamaterialet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste, adskilt fra øvrige data på en minnebrikke. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne en enkelt deltaker ved publikasjon av oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juni 2020. Datamaterialet vil bli arkivert for eventuell videre forskning, hvor da lydopptak slettes og innholdet anonymiseres.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,

- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Sosiologisk Institutt har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Sosiologisk Institutt ved Kristoffer Chelsom Vogt (veileder for oppgaven) på kristoffer.vogt@uib.no eller Ingvild Verpe Sandve på ingvild.sandve@student.uib.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingvild Sandve