



UNIVERSITY OF BERGEN
Department of Sociology

BERGEN STUDIES IN SOCIOLOGY

Omsorg og Arbejde

En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg

Karen Christensen

BERGEN STUDIES IN SOCIOLOGY SERIES NR. 2/2017

ISSN: 2535-3519

Avhandling for dr.polit graden, 1997:

ISBN: 978-82-578-1001-6

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

UNIVERSITY OF BERGEN

BOX 7802, 5020 BERGEN

OMSORG OG ARBEJDE

En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg



Karen Christensen
Afhandling for dr.polit.graden
Sosiologisk institutt
Universitetet i Bergen
Januar 1997

Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

ISBN 82-578-0141-0

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Henvendelser om boken kan rettes til:

Sosiologisk institutt

Fosswinckelsgt. 6

5007 Bergen

Forsiden er illustrert av forfatterens datter Ida Hybert, 8 år.

Forord

Arbejdet med denne afhandling har været en proces, som startede i efteråret 1987, da jeg skulle påbegynde hovedfaget i sociologi ved universitetet i Bergen og samtidig blev ansat som forskningsassistent hos Kari Wærness, professor i sociologi ved Sosiologisk Institutt. Kari Wærness har været enten min projektleder eller vejleder igennem alle årene frem til i dag, og denne afhandling var ikke blevet til uden hendes stærke engagement i studien, evne til at støtte mig på vigtige tidspunkter og hendes klare solidariske væremåde. Jeg har forsøgt at leve op til denne stærke støtte ved at videreføre det empiriske og teoretiske arbejde om *omsorg og arbejde*, som hun lagde grundstenene for i slutningen af 1970'erne.

Afhandlingen var heller ikke blevet til uden alle de velvillige informanter, jeg har mødt igennem studien i særligt ét af Bergens distrikter. Det er specielt en af mine nøgleinformanter, hjemmehjælper Solveig Bjelkarøy, samt de to sygeplejersker Gunvor Møller og Nina Nordvik, jeg ønsker at takke. Men også mange andre hjemmehjælpere, hjælpeplejere, sygeplejersker og andet personale har været af stor betydning for arbejdet, ikke mindst fordi jeg hos mange mødte en stor grad af åbenhed for og lyst til at diskutere de mange sider ved omsorgsarbejdet. Og tak til Sissel Sørum, som var den første, der tog imod mig, da jeg skulle starte empiriindsamlingen i hjemmehjælpstjenesten.

Jeg ønsker også at takke de kollegaer, heriblandt særligt stipendiaterne knyttet til Sosiologisk Institutt i Bergen, som på en eller anden måde har bidraget til det endelige resultat af afhandlingen. Bl.a. har min deltagelse på dr. polit seminaret, ledet af professor Knud Knudsen, haft en tidligt styrkende funktion for både selve afhandlingsarbejdet, men også andre arbejder, som knytter sig til dette. I langt størstedelen af den tid, jeg har arbejdet med afhandlingen eller det, som senere skulle vise sig at blive et forarbejde til denne, har jeg haft min arbejdsplads på Sosiologisk Institutt, og det faglige og sociale miljø her har i høj grad været støttende for mit arbejde. I forhold til det konkrete afhandlingsarbejde, da jeg nåede til udkastfasen, ønsker jeg specielt at takke Ann Nilsen for en konstruktiv kritik af et førsteudkast samt Mårten Söder, som ligeledes gav mig frugtbare kommentarer i forhold til dette udkast. Men også andre kommentarer på fremlæggelsesseminaret, hvor dette førsteudkast blev gennem-

gået, skulle vise sig at være værdifulde for den del af arbejdet, som stod tilbage med at gøre afhandlingen færdig og er derfor blevet inddraget.

Endelig vil jeg på instituttet takke Torunn Slotterøy, som var villig til at hjælpe mig med diverse skrivearbejder i afslutningsfasen, hvilket var en stor hjælp for mig netop på det tidspunkt. En tak også til Kirsten Tarding Rasmussen, som, efter disputatsen i september 1997, påtog sig arbejdet med at læse korrektur på afhandlingen.

Den samlede studie er i en tidlig fase finansieret af Norges Råd for anvendt Samfunnsforskning og senere af Norges Forskningsråd gennem et NAVF-stipend.

Og til sidst tak til min mand for støtte og opmuntring igennem alle faser af det samlede arbejde, samt vore tre børn, som blev født, efter at jeg var ansat som forskningsassistent hos Kari Wærness og derfor på hver deres måde har bidraget til opbygningen af en afhandling om omsorg og arbejde.

Bergen, januar/december 1997.

Karen Christensen

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Indledning	
1.1	Introduktion	1
1.2	Det voksende behov for offentlige hjemmebaserede tjenester	5
1.3	Strategier for ældreomsorgen	12
1.4	Betegnelser knyttet til ældreomsorgen	26
1.5	Momenter i en erhvervshistorik om det hjemmebaserede omsorgsarbejde	31
1.6	Omsorgsstudier	40
1.7	Omsorg og arbejde som begreber	43
1.8	Studiens problemstilling	51
1.9	En oversigt over empirien	55
1.10	Hovedlinier i studiens fund	
1.10.1	En inter- og intrarollekonflikt	61
1.10.2	Idealtypiske processer	72
1.11	Afhandlingens disposition	77
2	Metodiske metodologiske og teoretiske refleksioner - om begrebsudvikling	
2.1	Indledning	81
2.2	Det empirinære forskningsarbejde	83
2.3	Grounded Theory	96
2.4	Gyldighedsspørgsmålet	105
2.5	Forskningsprocessens begyndelse	109
2.6	Studiens informanter, nøgleinformanter og formidlingspersoner	115
2.7	Forskerrollen - mellem nærhed og distance	128
2.8	Inddragelsen af informanter	136
2.9	Indkredsningen af to idealtyper	139
2.10	Professionalisering og institutionalisering som teoretiske begreber	149
2.11	Afsluttende kommentarer	159
3	Ændringer i den daglige organisering af arbejdet - fra selvstændighed til underordning	
3.1	Indledning	163
3.2	Distriktsændringer	164
3.3	Omorganiseringen af hjemmehjælpsarbejdet	172
3.3.1	Afsluttende kommentarer	183
3.4	Omorganiseringen af hjemmesygeplejearbejdet	187
3.4.1	Afsluttende kommentarer	194

4	Hvem er disse kvinder, som arbejder i den hjemmebaserede omsorg?	
4.1	Indledning	199
4.2	Er det kun kvinder?	200
4.3	Hvad karakteriserer disse kvinders baggrund?	204
4.4	Hvordan kombineres lønnet og ulønnet arbejde?	211
4.5	Hvorfor vælger disse kvinder at arbejde i den hjemmebaserede omsorg?	221
4.6	Sammenfatning: tre typer kvindeliv	226
5	Dilemmaer for omsorgsgiveren	
5.1	Indledning.....	231
5.2	Hjemmehjælper - i dilemma mellem en arbejdstager- og en husmorrolle	
5.2.1	Hjemmehjælpernes andre-orientering	232
5.2.2	Arbejdstagerrollen.....	245
5.2.3	Husmorrollen.....	251
5.2.4	Afsluttende kommentarer om hjemmehjælperens dilemma	258
5.3	Ansæt i hjemmesygeplejen - i dilemma mellem et opdragsorienteret og et personligt individualiseret omsorgsarbejde	
5.3.1	Autoritative versus autentiske erfaringer	262
5.3.2	Autoritet versus modtagerstyring.....	271
5.3.3	Forudsigelighed versus uforudsigelighed.....	289
5.3.4	Fragmentering versus holisme	294
5.3.5	Afsluttende kommentarer om dilemmaet for den ansatte i hjemmesygeplejen	298
6	Det hjemmebaserede omsorgsarbejde - i grænselandet mellem synligt og usynligt arbejde	
6.1	Indledning.....	303
6.2.0	Indtryk fra en hjemmesygeplejerskes hverdag	305
6.2	Hjemmesygeplejearbejde - mellem teoretisk kundskab og praksiskundskab	
6.2.1	Arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen.....	308
6.2.1.1	Det egentlige arbejde og udenomsarbejdet.....	312
6.2.1.2	Faglige og ikke-faglige opgaver	314
6.2.1.3	Nødvendige og ikke-nødvendige opgaver.....	317
6.2.1.4	Planlagte og ikke-planlagte opgaver.....	318
6.2.2	Omsorg og omsorgsarbejde	319
6.2.3	Varm kundskab	330
6.3.0	Indtryk fra en hjemmehjælperes hverdag	337
6.3	Hjemmehjælpsarbejde - mellem verbal og tavs kundskab	
6.3.1	Hjemmehjælpsarbejdets indhold	340
6.3.2	Anvendelse af inddelingskriterierne fra hjemmesygeplejearbejdet	348
6.3.3	Tavs kundskab	355
6.4	Afsluttende kommentarer	362

7	Dilemmaer for omsorgsmottageren	
7.1	Indledning.....	365
7.2	Fire hjemmehjælpsmodtager-typer	
7.2.1	Den tidligere erhvervsaktive kvinde.....	368
7.2.2	Den demente kvinde	374
7.2.3	Husmoderen	377
7.2.4	Betaleren.....	383
7.3	Hjemmehjælpsmodtager: mellem en klientrolle som underordnet og en klientrolle som selvbestemmende	388
7.4	Fire hjemmesygeplejersmodtager-typer	
7.4.1	Akademikeren	400
7.4.2	Den fattige serviteur	405
7.4.3	Den gamle dame	409
7.4.4	Mor til mange børn.....	412
7.5	Hjemmesygeplejersmodtager: mellem rollen som <i>(typisk) patient</i> og <i>indehaver af mange roller</i>	416
8	Omsorgsmødet : en forhandling om nærhedsgrænser	
8.1	Indledning	425
8.2	Rollepar i omsorgsrelationen	426
8.3	Magt i omsorgsgiver- og omsorgsmottagerrollen.....	432
8.4	Mødet med omsorgsmottageren	441
8.5	Primærhjælp, computeren og omsorgskontrakten.....	449
8.6	Altruisme - mellem ensidighed og gensidighed.....	463
8.6	Afsluttende kommentarer	470
9	Afslutning : Omsorg som arbejde	
9.1	Et sammenfattende overblik	473
9.2	<i>Omsorg</i>	484
9.3	Omsorgsarbejde - relation, interaktion og normopfyldelse.....	490
9.4	Slutord	499
	Referencer	503
	Bilag:	
1:	Afdeling for Pleje og Omsorgs placering blandt folkevalgte organer og administrative enheder	515
2a:	En omsorgskontrakt for hjemmehjælp	516
2b:	En omsorgskontrakt for hjemmesygepleje.....	520
3:	Eksempler på hjemmehjælpsannoncer fra Bergens-aviser.....	523
4:	Tabeller, som giver oversigt over hjemmetjenestevirkningen i Bergen kommune og i studiens hoveddistrikt	524
5:	En spørgeskemaundersøgelse blandt hjemmehjælperne.....	527

6: En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte i hjemmesygeplejen	539
7a: Interviewguide - hjemmehjælperne	549
7b: Interviewguide - de ansatte i hjemmesygeplejen	550
8: Kvindeandel og fuldtidsarbejde blandt hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen (hele landet)	551
9: Tabeller, som viser resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	552
10: Tidsforbrug i det hjemmebaserede omsorgsarbejde	560

Appendix: Love og lovændringer.....	563
--	------------

Figurer baseret på den empiriske studie:

1 Problemstilling	53
2 Inter- og intrarollekonflikt for omsorgsgiveren i den hjemmebaserede omsorg	63
3 Processer i de hjemmebaserede tjenester	76
4 Strukturen før omorganiseringen	164
5 Strukturen efter omorganiseringen	165
6 En vertikal og horisontal rolleforståelse	113
7 Omorganisering af hjemmehjælpsarbejdet	184
8 Kommunikation før og efter omorganiseringen i hjemmesygeplejen	188
9 Tre typer kombination af familie og lønarbejde.....	218
10 Tidsforbrug i hjemmesygeplejearbejdet før og efter omorganiseringen	325
11 Omsorgsarbejdets bestanddele.....	327
12 Teoretisk kundskab, færdighedskundskab og varm kundskab	334
13 Tidsforbrug i hjemmehjælpsarbejdet efter omorganiseringen	345
14 Faktorer med betydning for modtagerens relation til hjemmehjælperen.....	397
15 Faktorer med betydning for modtagerens relation til den ansatte fra hjemmesygeplejen	421
16 Rollepar - hjemmehjælp.....	430
17 Rollepar - hjemmesygepleje	432
18 Autoritet og involvering.....	445

Øvrige figurer:

Antal årsværk i institutioner og åben omsorg.....	39
Antal årsværk i den åbne omsorg efter tjenesteområde	39
Kvindeandel og fuldtidsarbejde blandt hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen (hele landet).....	551

Tabeller baseret på spørgeskemaundersøgelsen:

0: Aldersfordeling efter erhverv.....	204
1: Arbejder i hvilket distrikt efter erhverv	552
2: Bosted efter erhverv	552
3: Civilstatus og børn efter erhverv	552
4: Gennemsnitlig alder på yngste barn hjemme efter erhverv	553

5: Gennemsnitlig antal år husmor før ansættelsen i den åbne omsorg efter erhverv.....	553
6: Gennemsnitlig antal år i andet lønnet arbejde før hjemmehjælpsarbejdet.....	553
7: Fuldtidsarbejde efter erhverv	553
8: Antal arbejdstimer pr. uge efter erhverv	554
9: Antal timer, som bruges i egen husholdning pr. uge/antal timer i lønnet arbejde pr. uge efter erhverv	554
10: Gør ulønnet ekstraarbejde efter erhverv	554
11: Medlemskab i fagforening efter erhverv	555
12: Gennemsnitlig antal måneder ansat hvor efter erhverv.....	555
13: Hjemmehjælpernes grunde til at vælge dette arbejde	555
14a: "Jeg gør en innsats for andre" som grund til at vælge dette arbejde efter organiseringsform. Hjemmehjælper	555
14b: Gennemsnitlig antal klienter pr. hjemmehjælper pr. dag efter organiseringsform..	556
14c: Gennemsnitlig antal minutter pr. hjemmehjælper pr. klient efter organiseringsform.....	556
15: Hjelpeplejernes og sygeplejerskernes grunde til at vælge dette arbejde.....	556
16: Hvor godt kan man lide dette arbejde efter erhverv	557
17: Erhvervstilknytning: hvor længe ønsker man at være i dette arbejde? Efter erhverv.....	557
18: Opfattelser af belastninger i arbejdet efter erhverv	557
19: Plager som følge af arbejdet efter erhverv.....	558
20: Udsældning og fysiske aggressioner fra patienter/klienter efter erhverv	558
21: Går på arbejde selvom man føler sig dårlig	558
22: Bliver hjemme selvom man ikke er direkte syg	559
23: Opgivet grund til at arbejde på trods af sygdom	559

Øvrige tabeller:

En sammenligning af resultater fra hjemmehjælpsundersøgelsen i 1989 med den fra 1979 (Wærness 1982).....	246
Procent af Bergens befolkning, som får henholdsvis hjemmehjælp og hjemmesygepleje i 1995	7
Antal ansatte sygeplejersker og hjelpeplejere (1970, 1979 og 1985, hele landet).....	37
Tablet over første arbejdsplads (og nuværende arbejdsplads) blandt hjelpeplejere uddannet i 1975/76 og 1985/86.....	264
Antal stillinger i de hjemmebaserede tjenester; Bergen kommune 1991-1994.....	524
Antal stillinger (specificeret) i de hjemmebaserede tjenester, Bergen kommune 1990-1992.....	524
Antal stillinger i de hjemmebaserede tjenester i hoveddistriktet 1992-1995.....	524
Antal modtagere af hjemmetjenester i Bergen kommune 1992-1994	525
Antal modtagere af hjemmetjenester i hoveddistriktet 1992-1995	525

"Jeg kan ikke huske om det var 73 eller om det var 74 at jeg var hjemmehjelp første gang, men antagelig så var jeg gjerne ikke psykisk sterk nok for jeg fikk et par dødsfall etter hverandre. Det var veldig tungt. Jeg tok meg veldig, jeg engasjerte meg og så gikk det sånn inn på meg at jeg følte det var ekkelt. Så kuttet jeg ut. Senere drev jeg butikk, var servitør, kelner, jeg har til og med vært på hotell Norge som stuepike, men i og med at du har en sånn bakgrunn hvor du har vært med på mye, så ser du jo veldig mye bak kulissene. Det som har opptatt meg mye det er kvinnens stilling i kvinneyrker generelt, det har opptatt meg bestandig. Jeg har alltid kjempet for å få en likeverd i det. Og ja ja kalte meg rødstrømpe, blir vist kalt for alt mellom himmel og jord, ikke sant? Men det kommer jo litt fra begynnelsen av 70-årene, og da var det jo mye av det. Og det som opptar meg i dag, det er det at de skal gå ut med et yrke her på en helt annen måte, sånn at folk synes at det er greit å komme i det. Det er jo sånn at med årene hvis man ser fremover, ikke sant, så blir det jo en mangelvare, men statusen i seg selv for å være hjemmehjelp og i yrket den må heves for at det skal være attraktivt. Og at det er et yrke, ikke bare en jobb, forstår du? Der er veldig stor forskjell på å ha en jobb og et yrke."

Fra et intervju med en hjemmehjelper.

Kapitel 1

Indledning

1.1 Introduktion

Hjemmehjælperen i det indledende citat antyder en række temaer knyttet til et offentligt omsorgsarbejde. Det gælder betydningen af, at der findes en direkte modtager af dette arbejde, at omsorgsgiveren kan bevæge sig mellem grader af nærhed og distance til modtageren, at der både findes muligheder og grænser for denne nærhed, at arbejdet regnes for et kvindearbejde, og endelig gælder det

udviklingen i arbejdet. Disse temaer udgør vigtige temaer i denne afhandling, som er skrevet på baggrund af en sociologisk studie af et offentligt hjemmebaseret omsorgsarbejde i dele af Bergen by. Temaerne har samtidig en tilknytning til vigtige samfundsmæssige ændringer igennem de sidste årtier. Det gælder udviklingen af velfærdsstaten, det gælder den store indlemmelse af kvinder på arbejdsmarkedet, særligt i den offentlige sektor, og det gælder en individualiseringsproces, som har løsnet båndene mellem det enkelte individ og dets sociale sammenhænge.

Den norske velfærdsstat med de karakteristika, som i dag kendetegner den, regnes for at starte i efterkrigstiden (Kuhnle 1983) og kan siges at afløse det, som man har kaldt for socialhjælpsstaten (Seip 1979). Det er en overgang, som handler om en ændring fra et samfund, hvor hver enkelt må tage ansvar for sig selv, til et samfund, hvor staten overtager dele af dette ansvar. Det individuelle ansvar er baseret på, at der findes familie- og slægtskabssolidaritet, mens det kollektive ansvar i princippet baserer sig på, at denne type solidaritet ikke længere har en forpligtende karakter. Velfærdsstaten forholder sig således til borgerne som enkeltindivider, og den skal på baggrund af ideologiske idéer om lighed, ligeværd, retfærdighed og rettigheder modificere det frie spil, som markeds kræfterne i samfundet har. Dette skal ske ved, at velfærdsstaten samler dem op, der bliver ofre for den usikkerhed, som dette spil for det enkelte menneske indebærer (ibid.). Det er således en vigtig historisk ændring, at vi har

fået en bevægelse fra en stat, som hjælper de fattige til en stat, som skaber et sikkerhedsnet for alle borgere. Velfærd i en velfærdsstatssammenhæng handler i den forstand altså ikke om lykke, men om at skabe en mindstestandard for alle. Sikkerhedsnettet består af to typer hjælp, økonomisk hjælp og tjenester; af disse er det kun de sidste, som skal berøres i denne afhandling.

For fordelingen af erhverv i samfundet indebærer denne udvikling en ændring mod et samfund, som efter anden verdenskrig i stigende grad domineres af tertiærerhverv, dvs. tjenesteydende erhverv (se f.eks. Martinussen 1984:220). Disse nye næringer kaldes også for velfærdsstatens erhverv¹ eller hjælpende erhverv (Ramsøy og Kjølsvold 1986), og det er særligt kvinder, og først og fremmest gifte kvinder, som kommer til at dominere disse nye typer arbejde i samfundet (Skrede 1986). I sammenligning med de andre nordiske lande, er norske kvinders integrering i det lønnede arbejde gået langsommere, selvom der sker en vis udjævning med årene (op. cit.:146). For de kvinder, som ikke længere var unge, da denne sociale proces for alvor kom i gang i løbet af 1970'erne, blev denne udvikling en anden erfaring end for de nye generationer af kvinder, som herefter er vokset op med processen. For alle kvinder har imidlertid forholdet mellem hjem og arbejde ændret karakter med denne proces.² Og helt centralt er det, at velfærdsstaten gennem indførelsen af disse nye typer tjenester for

¹ På norsk "yrker".

² Det er en (omend mindre) indikator for dette, at der f.eks. ikke længere tales om "hjemmegående" kvinder, men om "hjemmearbejdende" kvinder; se f.eks. Hatland 1994:163.

borgerne og nye typer arbejde for kvinder, har skabt et helt nyt socialt fænomen i samfundet, nemlig **omsorgsarbejde som lønarbejde**.

Udviklingen af velfærdsstaten og inddragelsen af kvinder i denne proces har medvirket til at ændre på forholdet mellem den private sfære og den offentlige sfære og til at gøre begreber som *arbejde, kvindearbejde, løn, offentlighed og privathed* til langt mere diffuse og vanskeligt afgrænsbare begreber. Det er på det nærmeste en opløsningsproces af vante og trygge opfattelser, som er sat i gang, og som for individet handler om en individualiseringsproces karakteriseret såvel ved frihed til at vælge som tvang til at vælge (Møen 1995). Individet har på en gang fået løsnet sine sociale bånd og samtidig er individet blevet mere afhængig af sine sociale fællesskaber. Såvel for arbejdsmarkedet som for velfærdsstaten er vi alle blevet individer med individuelle livsløb, men også borgere med krav og rettigheder. Individualiseringsprocessen har desuden medvirket til at skabe nye normer om uafhængighed mellem generationerne (Wærness 1992), sådan at også karakteren af den enkelte borgers ønsker i forhold til tjenester fra velfærdsstaten har ændret sig.

I denne studie vil jeg behandle én af velfærdsstatens tjenester; det gælder de hjemmebaserede tjenester, det vil sige de tjenester, som udføres hos tjenestemodtagerne i deres hjem, og jeg vil behandle disse ud fra en empirisk studie. Hjemmetjenester består af flere typer, men deres to hovedbestanddele udgøres af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, og det er disse, som jeg vil

fokuserer på. Hjemmetjenester gives i dag til flere forskellige typer modtagere, men hovedparten af modtagerne er fortsat ældre fra 67 år og over. Derfor regnes hjemmetjenesterne også fortsat som hørende til ældreomsorgen. Det er også denne modtagergruppe³, som jeg skal koncentrere mig om her.

1.2 Det voksende behov for offentlige hjemmebaserede tjenester

Der findes en lang række vigtige grunde til, at behovet for offentlige hjemmebaserede omsorgstjenester både er steget og i de kommende år forventes at stige yderligere, og jeg skal her nævne de vigtigste. Den nok mest grundlæggende er, at befolkningens alderssammensætning er i færd med at ændre sig dramatisk. Denne ændring er også en af de vigtigste grunde til, at Sosialdepartementet i 1989 nedsætter det såkaldte Gjærevolludvalg⁴, som får til opgave at udrede konsekvenserne af disse ændringer. Fra 1900 til 1990 er den mest fremtrædende ændring, at antallet af personer over 67 år er firedoblet fra 149.000 til 612.000, og denne vækst sætter for alvor ind efter 1950 (NOU

³ Jeg vil gøre opmærksom på, at jeg kommer til at bruge begrebet "gruppe" på samme måde, som det bruges i hverdags sproget og ikke som det defineres i sociologien. Her defineres en "social gruppe" (se f.eks. Martinussen 1984:kap.3) som et relativt lille antal mennesker, der indgår i ansigt-til-ansigt-relationer. En social gruppe adskilles da fra en statistisk kategori, som f.eks. kan bestå af alle aleneboende, blandt hvilke ingen ansigt-til-ansigt-relationer forudsættes. Det hverdagslige gruppe-begreb udelukker ikke, at der kan være tale om en "social gruppe" i sociologisk forstand, men det bryder med den sociologiske forståelse ved også at kunne have lighed med en statistisk kategori.

⁴ Gjærevolludvalgets udredning er publiceret i Norges Offentlige Utredninger, NOU 1992(1) *Trygghet - Verdighet - Omsorg*.

1992(1):36). En specificering viser desuden, at det er dem over 80 år og endnu mere dem over 90 år, som i størst grad bidrager til den samlede vækst for hele gruppen over 67 år. Af de aldersfremskrivninger, som anvendes i Gjærevolludvalgets udredning og de, som senere anvendes i den såkaldte Velferdsmelding (St.meld. nr.35 1994-95) fremgår det klart, at der forventes en fortsat stærk stigning i de ældste aldersgrupper ind i det 21. århundrede.

Når det gælder alderssammensætningen landets kommuner imellem er tendensen, at ældreandelen er størst i de mindste kommuner (NOU 1992(1):39). Bergen kommune har en ældreandel på linie med landsgennemsnittet.⁵ Ligesom på landsbasis forventes også i Bergen kommune en vækst i den ældre befolkning og der forventes ligeledes størst vækst i de ældste aldersgrupper.⁶

Det er også en anden vigtig grund til stigningen i behovet for hjemmebaserede omsorgstjenester, at antallet af aleneboende ældre er stigende. F.eks. henviser Gjærevolludvalget til, at antallet af aleneboende over 80 år næsten firedobles fra 1960-1980 og at den største tilvækst blandt ældre i årene fremover vil koncentreres i enlige kvinder over 85 år (op. cit.:189). Når det gælder Bergen kommune forventes også her en klar stigning i antallet af

⁵ I 1991 udgør de ældre over 66 år 14,2% af den samlede befolkning. Dette fremgår af Helse og sosialplan for Bergen kommune 1992-1995 *Velferd, omsorg og trygghet*:9. I absolutte tal er der tale om 30.508 ud af en befolkning på 214.399.

⁶ Det forventes, at aldersgruppen fra 67 år og over i årene fra 1985 til år 2000 vil stige fra 13,8% til 15,7%. Den største stigning (på 114,8%) forventes for aldersgruppen over 90 år. I absolutte tal er der tale om en øgning af Bergens ældre befolkning over 67 år fra 28.511 i 1985 til 31.895 i år 2000 svarende til ca. 3.400 flere ældre, hvoraf ca. 1000 af disse er over 90 år. Dette fremgår af: En rapport fra Bergen Kommune (1987) *Eldrepolitikk i Bergen 1988-2000*:5.

aleneboende ældre, især blandt de ældste ældre.⁷ Med hensyn til kvindeandelen peger Gjærevolludvalget også på, at kvinder er blevet en stigende andel af de høje aldersgrupper. På landsbasis forventes det, at kvindeandelen, når det gælder dem over 67 år, vil stabilisere sig på ca. 60%, mens det forventes, at kvindeandelen for dem over 80 år vil stabilisere sig på 66-67% (op. cit.:53).

Det er altså karakteristisk for den ældre befolkning i Norge, at den vokser, bliver ældre, mere kvindedomineret og desuden overvejende bor i enperson-hushold. Erfaringer tilsiger, at behovet for omsorgstjenester vokser med alderen, både generelt og også når det gælder hjemmetjenester isoleret set.⁸ Det samme gælder det at bo alene (Helse- og sosialplan for Bergen kommune 1992-1995:40). Når det gælder betydningen af det stigende antal kvinder, har dette sammenhæng med, at gifte kvinder oftere har en hjælpetrængende mand end omvendt (Lingsom 1985:53), og dette må ses i lyset af, at kvinder som regel er yngre end deres ægtefæller.

Udover de allerede nævnte grunde til, at behovet for offentlige

⁷ Se *Eldrepolitikk i Bergen 1988-2000*:8. Her indgår ikke beregninger for kvindeandelen.

⁸ *Procent af Bergens befolkning, som får henholdsvis hjemmehjælp og hjemmesygepleje i 1995:*

67-79år		80-89 år		90 år og over	
Hj.hj.	Hj.sy.pl.	Hj.hj.	Hj.sy.pl.	Hj.hj.	Hj.sy.pl.
9,5	5,8	32,2	20,0	34,6	27,6
15,3		52,2		62,2	

Kilde: Bergen Kommune, Helse- og sosialstatistikk for bydelene i Bergen 1995. I tabellen er de, som modtager både hjemmehjælp og hjemmesygepleje talt med både under hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Samme tendens, som fremgår af tabellen, gælder for tidligere år (se f.eks. *Eldrepolitikk i Bergen 1988-2000*:3 for 1986).

hjemmebaserede omsorgstjenester er voksende, findes endnu to andre typer grunde, hvoraf den ene handler om muligheden for, at den uformelle omsorgsindsats vil falde, mens den anden handler om, at ældres holdninger til brugen af offentlige omsorgstjenester er i færd med at ændre sig.

Selvom velfærdsstaten har påtaget sig en stigende andel af hjælpen til og ansvaret for ældres behov for omsorgstjenester, har denne overtagelse aldrig haft karakter af at være en erstatning for den uformelle hjælp fra familie, slægtninge og eventuelle andre (se f.eks. Wærness 1982 og Widding Isaksen 1984). Der foregår imidlertid en diskussion om hvor stor en andel, der her er tale om og det hævdes af nogen, at den uformelle omsorg sammenlignet med det offentlige indsats, når det gælder hjælpeordninger i hjemmet, er langt større (Lingsom 1985, se også NOU 1992(1):119). Det diskuteres også i hvilken grad denne uformelle omsorg er en ægtefælleomsorg eller en omsorg fra særlig døtre og svigerdøtre. Men når det forventes, at potentialet for den uformelle omsorg reduceres, er det først og fremmest på baggrund af, at gruppen af gifte yngre kvinder, altså børn eller svigerbørn til de ældre generationer, i stigende grad deltager på det lønnede arbejdsmarked og således antages at give stadig mindre uformel hjælp til de ældre i familien. Det hævdes imidlertid også, at kvinders omsorg for familiemedlemmer ikke er reduceret på trods af den øgede

erhvervsaktivitet (se Velferdsmeldingen 1994:152).⁹ I Bergen kommune forventes imidlertid en klart svækket indsats fra disse yngre kvinder som følge af både stigende giftemålsfrekvens og stigende erhvervsaktivitet.¹⁰

De nye normer om uafhængighed mellem generationerne, som er i færd med at udvikle sig og også den ændrede kønsarbejdsdeling, som er fulgt i kølvandet på ikke mindst kvinders indtog på det lønnede arbejdsmarked, har medvirket til at ændre på en ideologi, som endnu i begyndelsen af 1980'erne var stærkt rådende indenfor ældreomsorg; nemlig at den bedste omsorg er den uformelle, altså familiære og nære omsorg (Wærness 1982:88). Det er én af antagelserne i denne ideologi, som stadig findes men i en svækket form, at ældre faktisk selv foretrækker denne type hjælp frem for hjælp fra det offentlige. Forskning på dette holdningsspørgsmål hos ældre viser imidlertid, at der her er ved at ske vigtige ændringer, som netop peger på, at stadig flere ældre vil foretrække offentlig hjælp (Daatland 1989; 1990). For behovet for hjemmebaserede tjenester betyder dette, at den potentielle modtagergruppe af hjemmebaserede tjenester i

⁹ I en dansk artikel fra Politiken d.10/9-95 "Sandwich-kvinderne" advares mod en stigende socialpolitisk opfattelse af, at staten tager sig af sine borgere fra vugge til grav. I artiklen udpeges de 55-65 årige kvinder, som sandwich-kvinderne, fordi de kommer i klemme mellem krav om omsorg fra gamle forældre, egne børn, ægtemænd og børnebørn. Der peges på, at de udfører et betydeligt usynligt omsorgsarbejde, som sparer samfundet for store summer. Det er samme debat, som f.eks. Wærness (1982) og Widding Isaksen (1984) fører i norsk sammenhæng.

¹⁰ Men iøvrigt sættes det svækkede omsorgspotentiale først og fremmest i sammenhæng med, at der demografisk ikke vil findes mennesker nok til at kunne tage sig af de ældste. Forholdstal mellem dem i aldersgruppen 20-69 år og dem over 80 år for Bergen viser, at andelen fra 1985 til år 2000 falder fra 17,6% til 12,2% som følge af stabilitet i den yngre gruppe og stor stigning i den ældste. Der peges også på, at reduktionen i omsorgspotentialet vil blive større i Bergen end i landet i øvrigt (*Eldrepolitikk i Bergen 1988-2000:8*).

tillæg til dem, som ikke har mulighed for at få uformel hjælp, også må regnes dem, som har mulighed for at få uformel hjælp, men ikke ønsker udelukkende at tage imod denne hjælp. Måske har dette også været medvirkende til, at ældreomsorgsdebatten til tider har haft karakter af at være en diskussion om, hvordan ældres store og stigende afhængighed af samfundet skulle løses.¹¹ Gjærevolludvalget opererer imidlertid med en antagelse om, at også ældre selv vil komme til at stille krav. Fra et statsrådsforedrag, hvor der redegøres for baggrunden for nedsættelsen af Gjærevolludvalget, hedder det bl.a.:

"Framtidens pensionister vil ha andre forventninger til samfunnet og offentlige ytelser enn dagens pensionister. Som generasjon betraktet vil de ha mer variert yrkeserfaring og andre ønsker og krav til medvirkning, respekt og egenaktivitet. Bl.a. som følge av veksten i offentlige og private pensjonsordninger vil de også ha større private materielle og økonomiske ressurser, selv om vi fortsatt vil se store variasjoner pensjonister imellom." (NOU 1992(1):11)

Sammenlignet med andre og yngre befolkningsgrupper, har pensionister en lavere indtægt end andre (op. cit.:77), mandlige pensionister har højere indtægter end kvinder (op. cit.:80) og kvinder udgør en stigende andel af de fattige ældre, dvs. dem, som kun har mindstepension at leve af; i 1990 er andelen 80% (op. cit.:85). Gjærevolludvalget peger også på, at mange pensionister i overgangen til pensionisttilværelsen skifter fra at eje en bolig til at leje en bolig og at dette ofte

¹¹ Jf. f.eks. også det problematiske udtryk "ældrebølgen", som bruges såvel i medier som i offentlige rapporter, selvom det kan antages at være negativt ladet og selvom man f.eks. regner med, at under 10% af ældre over 67 år set under et (andelen er højere i de ældste aldersgrupper), er institutionsbeboere. Dette gælder både landet som helhed og Bergen kommune (Helse- og sosialplan for Bergen kommune 1992-1995:40).

er knyttet sammen med det at bo alene. Som tendens forventes en hævelse af boligstandarden fremover og som følge heraf en øget boligformue blandt ældre, hvilket bl.a. kan fremme ældres frihed til at vælge en bedre tilpasset bolig (Velferdsmeldingen 1994-95:149).¹² Velferdsmeldingen bygger i høj grad på Gjærevolludvalgets udredning, når det gælder de hjemmebaserede tjenester. Derfor fokuseres også her på en forventning om bedre levekår for ældre, men i tilgift lægges også vægt på en forventning om, at den enkelte pensionist vil få større muligheder for at betale for tjenester¹³, herunder også at kunne købe tjenester på et privat marked (Velferdsmeldingen 1994-95:149). Hjemmetjenesternes modtagere, når det gælder de ældre, vil altså på den ene side være karakteriseret ved i stigende grad at få flere ressourcer (hvilket ikke betyder, at gruppen som helhed ikke fortsat vil være dårligere stillet end andre aldersgrupper), og dette vil f.eks. kunne give sig udslag i muligheden for i højere grad at kunne vælge alternativer til den offentlige omsorg og ved ikke bare at modtage tjenester men også at kunne forholde sig til disse tjenester ud fra klarere

¹² Det kan her nævnes, at der fra 1950' og 1960'erne udvikles nye botilbud til ældre og funktionshæmmede; det gælder specialboliger (for funktionshæmmede), alders- og trygdeboliger (primært for ældre) og siden de såkaldte service-boliger. De tre førstnævnte har det til fælles, at der ikke knyttes kommunale tjenester til boligen. Specialboligerne er oftest baseret på lån fra Husbanken, som de funktionshæmmede derefter selv betaler afdrag og renter på. Alders- og trygdeboligerne er derimod boliger, som er opkøbt af kommunen og lejes ud til ældre. Service-boligerne er primært beregnet for dem med relativt store behov for hjælpetjenester fra kommunen. Også de lejes af beboerne, men ligesom det gælder for trygdeboligerne, er der tale om forholdsvis lave huslejer på grund af subsidier. Service-boligen betragtes som en boform mellem institution og hjem; i Danmark finder denne boform sin parallel i de beskyttede boliger.

¹³ Der findes i dag en egenbetalingsordning for både hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Se i appendix s.573-574.

ønsker, krav og viden om rettigheder. På den anden side vil gruppen blive stadig svagere på grund af højere alder og dermed potentielt flere sundhedsmæssige problemer.¹⁴ Denne proces er endnu i sin begyndelsesfase, hvilket imidlertid betyder, at den er startet, mens denne studie finder sted.

1.3 Strategier for ældreomsorgen

De nye samfundsmæssige processer, som influerer på ældreomsorgen og ældreomsorgen iøvrigt selv er en del af, har en karakter, som har gjort det nødvendigt at udforme en politik med henblik på at imødekomme ændringerne. Indholdet af denne politik kan sammenfattes i fire strategier, som har deres forankring i særligt tre reformer; disse kan siges at have ændret den hjemmebaserede offentlige omsorg op igennem 1980'erne og ind i 1990'erne (Romøren 1991). Det er kommunehelsereformen, som tager afsæt i Lov om helsetjenesten i kommunerne og indføres i 1984. Det er sygehjemsreformen¹⁵, som tager afsæt i en tilføjelse til samme lov. Og det er den såkaldte HVPU-

¹⁴ "Sundhedsmæssige problemer" er en oversættelse af det, som på norsk kaldes helsemæssige problemer. Når jeg herefter anvender ordet "sundhed" i stedet for det norske "helse", er det kun, når der ikke er tale om betegnelser eller navne (eksempelvis oversættes altså ikke *helse* i "kommunehelsereformen", "helsesektion" og "helse- og sociale tjenester") og når det ikke er uhensigtsmæssigt set i forhold til, at dette er en norsk studie.

¹⁵ Mens sygehjemspladser er forbeholdt syge ældre, forbeholdes aldershjemsplasser øvrige ældre, men i praksis vil der findes flydende overgange. Selvom disse institutionstyper kaldes noget andet på dansk, bruger jeg de norske betegnelser for at undgå muligheden for variation. I Danmark skelner man desuden ikke mellem institutionspladser for syge ældre og øvrige ældre; her hører alle til én institutionstype, nemlig plejehjem.

reform om afvikling af helseværnet for psykisk udviklingshæmmede, som i denne sammenhæng imidlertid har en mere perifer betydning.¹⁶ Reformen bør alligevel nævnes her, fordi den har en meget vigtig betydning for én af tendenserne indenfor den offentlige hjemmebaserede omsorg, nemlig at denne tilføres stadig flere og nye typer modtagergrupper, som både øger og stiller stadig nye typer af krav til disse tjenester. Lovmæssigt har den offentlige hjemmebaserede omsorg også en vigtig tilknytning til Lov om sociale tjenester, som træder i kraft i 1993. (For en nærmere gennemgang af kommunehelsesloven og socialtjenesteloven henviser jeg til appendix.)

Decentralisering er en strategi for ældreomsorgen, som kan siges at have som sit overordnede formål at gøre tjenesterne mere tilgængelige for modtagerne af tjenesterne (jf. kommunehelsesloven). Ved at flytte ansvaret ned til kommuneniveau forventes det, at det bliver lettere at realisere socialpolitiske idealer om retfærdighed og lighed i tilgangen til og tildelingen af tjenester. Bergen kommune har frem til 1984 en organisationsstruktur, som har såkaldte sektioner som administrative grundenheder. Blandt en række sektioner findes en helsesektion og en socialektion.¹⁷ Til hver af disse sektioner er knyttet politisk sammensatte udvalg. Efter 1984 bliver disse udvalg koncentreret i 7 hovedudvalg

¹⁶ Dette skyldes, at ingen af informanterne i denne studie er psykisk udviklingshæmmede.

¹⁷ I alt findes 12 sektioner; foruden helsesektionen og socialektionen findes anlægs-, brand-, bygnings-, byudviklings-, fritids-, kirke-, kultur-, renovations- og skolesektionen samt Bergen havnevæsen (Bergen kommune, årsberetning 1983).

samtidig med, at mest muligt delegeres fra bystyret (det øverste folkevalgte organ) til disse hovedudvalg. De administrative grundenheder kommer herefter til at bestå af kommunalafdelinger.¹⁸ Kommunalafdeling for helse- og sociale tjenester har sin virksomhed fordelt mellem tre underafdelinger: en socialafdeling, en pleje- og omsorgsafdeling og en helseafdeling. Der findes en vis administrativ frihed for kommunerne i forhold til denne organisering; derfor vælger ikke alle kommuner denne tredelingsmodel (NOU 1992(1):161).¹⁹ Pleje- og omsorgsafdelingen har ansvar for kommunens ældreomsorg, det gælder aldershjem, trykdeboliger²⁰, hjemmesygepleje og hjemmehjælp; hertil kommer husmorvikartjeneste²¹, den ambulante servicetjeneste og ordningen med

¹⁸ Hele den kommunale virksomhed inddeles i 7 ansvarsområder: 1) centraladministration, 2) skole, 3) helse og sociale tjenester, 4) fritid, kultur og kirke, 5) teknisk udbygning, 6) samferdsel og 7) bolig og bebyggelse. Hver af kommunalafdelingerne har en kommunaldirektør som øverste administrative leder (Bergen kommune, årsrapport 1984).

¹⁹ Der findes imidlertid en særlov om kommunalt helse- og socialstyre (træder i kraft 1.1.1988), som pålægger kommunerne at vælge et fælles helse- og socialstyre for at sikre en samordning af disse tjenester. Særloven styrker således samordningsidéen (se næste strategi) knyttet til kommunehelsetjenesteloven (NOU 1992(1):160).

²⁰ Selvom disse kaldes noget andet på dansk, bruger jeg den norske betegnelse af hensyn til muligheden for variation (se også note 12, s.11).

²¹ Husmorvikartjenesten er specielt rettet ind mod børnefamilier, hvor den, som har hovedansvaret for omsorgsarbejdet i hjemmet (tidligere betegnet "husmoderen") midlertidigt på grund af sygdom eller andet ikke kan udføre dette arbejde. I praksis kommer husmorvikarerne imidlertid også til at udføre arbejde hos dem, som egentlig er hjemmehjælpsmodtagere, altså hovedsagelig ældre. Det første uddannelsesstilbud for norske husmorvikarer organiseres som et 3 måneders kursus af Norges Husmorforbund i 1947 (Wærness 1995). Senere bliver dette en 1-årig uddannelse. Husmorvikartjenesten og hjemmehjælpstjenesten har fællesbetegnelsen "hjælpeordninger for hjemmene" (ifølge "Forskrifter for statsstøttede hjælpeordninger for hjemmene" 1974). I sammenligning med hjemmehjælpstjenesten er husmorvikartjenesten en langt mindre omfattende virksomhed (se Christensen 1989:15), og karakteristisk er det, at der ikke længere uddannes flere husmorvikarer. Hjemmehjælpstjenesten derimod udgør en stærkt voksende virksomhed helt fra starten. Når det gælder statistik, placeres husmorvikarer i gruppe med hjemmehjælperne, men nævnes ikke altid, antagelig fordi det oftest drejer sig om en relativt lille andel.

tryghedsalårmer.²² Frem til 1989 har Bergen kommune en kommunalafdeling for helse og sociale tjenester, som har en hovedadministration og tre fagafdelinger: en socialafdeling, en helseafdeling samt en pleje- og omsorgsafdeling.²³ Herefter inddeles kommunalafdelingen i 12 bydele, hvoraf 6 i alt, men særligt én indgår i denne studie. (Se bilag 1, s.515 for en oversigt over afdelingen for Pleje og Omsorgs placering i hierarkiet af folkevalgte organer og administrative enheder.)

Når det gælder hjemmehjælp og hjemmesygepleje hører disse to tjenester frem til 1984 begge ind under socialsektionen, men med hver sin administration. Da helsetjenester og sociale tjenester efter 1984 (på baggrund af kommunehelsetjenesteloven) slås sammen i en ny og fælles afdeling, flyttes administrationen af hjemmehjælp og hjemmesygepleje til afdelingen for Pleje og Omsorg; derved får disse en fælles administration. Dette er en meget vigtig ændring og den udgør et vigtigt grundlag for en mulig praktisk gennemførelse af samordningsidéen, når det gælder deltjenesterne i den hjemmebaserede omsorg.

Samordning er en anden strategi, som hovedsagelig finder sted på to niveauer. Gjærevolludvalget kalder disse to niveauer for henholdsvis *den store integration* og *den lille integration*. Den store integration handler om en

²² Servicetjenesten har med transport, tekniske reparationer og andet praktisk forefaldende arbejde at gøre. Tryghedsalårmerne skal give de ældre og andre mulighed for at tilkalde hjælp hurtigt ved behov; det kan f.eks. være som følge af et fald, hvor den ældre ikke selv kan rejse sig igen.

²³ Socialafdelingen har ansvar for økonomisk hjælp m.v., for driften af børnehaver i kommunen og har desuden indvandrerkontoret. Helseafdelingen har ansvar for lægevirksomhed udført på kommunale lægecentre og helsestationer; dertil kommer bl.a. ansvar for lægevagten.

samordning af den institutionsbaserede ældreomsorg med den hjemmebaserede omsorg, og det er sygehjemsreformen, som danner grundlag for at erstatte opsplitningen af tjenester med en sammenhængende ældreomsorg. Denne samordningsidé er også den vigtigste begrundelse for indførelsen af sygehjemsreformen (NOU 1992(1):242). Gjærevolludvalget peger på, at der er for stor afstand mellem institutionsbeboere og hjemmeboende med hensyn til hvor meget hjælp, som modtages. Mens institutionsbeboeren får meget hjælp, har det hidtil været et kendetegn for den hjemmeboende, at denne får meget mindre hjælp, fordi hjælpen ikke har været kontinuerlig. Gjærevolludvalget mener imidlertid, at der bør arbejdes frem mod at skabe langt flere mellemformer sådan, at det bliver muligt at give meget hjælp også til hjemmeboende. Denne strategi er således et brud med den tidligere praksis, hvor hjemmebaserede tjenester kun har været tildelt dem med relativt små behov for hjælp fra det offentlige. I sammenhæng med dette mener Gjærevolludvalget også, at det bliver vigtigt med en holdningsændring til den skarpe adskillelse af hjem og institution. På længere sigt ønsker udvalget at erstatte institutionerne med boliger tilpasset heldøgns-omsorgstjenester, sådan at alle omsorgstjenester stort set vil komme til at bestå af hjemmebaserede tjenester (NOU 1992(1):kap.14). I en overgangsfase vil situationen for tjenestemodtagerne være den, at de modtager hjælp fra en personalegruppe, som både er knyttet til en institution og den hjemmebaserede omsorg. Personalet ansættes da ikke længere i enten den hjemmebaserede eller

institutionsbaserede omsorg, men derimod i en enhed for ældreomsorg.²⁴ Dermed øges mulighederne for både at røke rundt med personale afhængig af, hvor behovene vurderes som størst og også at overskue muligheder for aktuelle omrokeringer mellem hjemmeboende ældre og institutionsbeboere.²⁵ Indførelse af døgtjeneste og natpatruljer (se senere) bliver et vigtigt, men tidsmæssigt tidligere led i denne samordning.

Selvom samordningsstrategien udformes på baggrund af gode intentioner om forbedring og fornyelse af ældreomsorgen, antages den også at have en økonomisk ressourcebesparende side, da der hidtil har været enighed om, at pladser på institution er væsentlig dyrere end det at modtage tjenester i eget hjem.²⁶ Ved at omdefinere institutionspladser dels til pladser i den hjemmebaserede omsorg og dels til korttidsophold på institutioner antages det således, at dette også vil kunne give en økonomisk besparelse. Det er desuden en anden vigtig side af denne strategi, at den implicerer en norm om, at det at bo hjemme

²⁴ Udvalget kalder dette for "en model for decentraliseret samordning" (NOU 1992(1):245).

²⁵ I Hurum kommune er denne model indført. For en nærmere gennemgang af denne, se Sturle Næss og Kari Wærness 1995.

²⁶ En undersøgelse viser, at kun ca. 1% af dem, som modtager hjemmebaserede tjenester, har så meget hjælp, at det koster mere end en sygehjemsplads (Hansen, Orre og Otterstad 1990:7). I forhold til den nye udvikling med voksende forskelle på hjælpebehov, kan det imidlertid være vigtigt at skelne mellem hjemmetjenestemodtagere med et relativt lille hjælpebehov i den ene ende og i den anden ende meget plejetrængende personer. Svenskerne Per Gunnar Edebalk og Björn Lindgren (1996) peger på undersøgelser, som viser, at en hjælpemodtager med et relativt lille behov koster 5.000kr. om året, mens den med et relativt stort behov kan koste op til 435.000kr. Samme gruppe på institution koster imidlertid kun mellem 161.000kr. og 289.000kr. (målt i 1990kr.). Disse tal tyder altså på, at hjemmetjenester kun er billige, når hjælpemodtagerne ikke er afhængige af alt for meget hjælp. Dette er imidlertid en type beregninger, som ikke indgår i Gjærevolludvalgets udredning.

længst muligt, er det mest ønskelige for ældre.²⁷ Presset på den uformelle omsorg kan således siges at have fået en mere indirekte karakter end den (jf. Wærness 1982) havde i begyndelsen af 1980'erne.

Når det gælder den lille integration, handler denne om samordningen af deltjenesterne i den hjemmebaserede omsorg, og det gælder først og fremmest samordningen af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, selvom der også findes andre deltjenester (jf. s.14,15). I de første forsøgsordninger med samordningen af hjemmehjælp og hjemmesygepleje skelnes mellem "en sideordnet model", hvor arbejdet i hjemmehjælpstjenesten og arbejdet i hjemmesygeplejen koordineres, selvom hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen arbejder som adskilte grupper; og en "integreret model", hvor de to deltjenester samles i grupper med ansvar for et vist antal klienter, ofte geografisk afgrænset. I den integrerede model er der altså i modsætning til den sideordnede model tale om et direkte og dagligt samarbejde mellem ansatte knyttet til hver af de to deltjenester. Denne integrerede model kan enten have en fælles eller en delt ledelse.²⁸ Gjærevolludvalget anbefaler den integrerede model, fordi denne anses for at give de største muligheder for en effektiv og fleksibel ressourceudnyttelse

²⁷ Det trækkes imidlertid sjældent med ind i diskussionen, under hvilke forhold, det er ønskeligt at bo hjemme længst muligt.

²⁸ Der findes en række projekter i kommunerne, som fokuserer på samordningen af deltjenester. For Bergen findes bl.a. Elisabeth Fosse (1986a) *Samordning av hjemmesykepleie og hjelpeordningene for hjemmene*, Bergen kommune, og af samme forfatter (1986b) *Organisering av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i distriktene - beskrivelse og vurdering*, Bergen kommune samt Britt Venner (red.) *Samordning av tilbud til hjemmeboende eldre*, Bergen kommune og Sosialdepartementet 1986.

(NOU 1992(1):242). For hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen tilfører denne ændring vigtige og relativt omfattende (omend forskellige) forandringer i deres daglige arbejde.

Endelig må det nævnes, at samordningsidéen udover den store og den lille integration, også handler om en samordning med andre typer hjælp som specielt uformel hjælp i hjemmet fra nære pårørende o.a. og hjælp fra frivillige organisationer. Med andre ord anses det for vigtigt at tage vare på, styrke og samarbejde med andre enkeltpersoner såvel som organisationer, der giver hjælp til ældre og andre hjælpetrængende. Man kan betragte dette som udtryk for en erkendelse af, at den offentlige hjælp sjældent udgør den eneste type hjælp, ældre får (NOU 1992(1):120).²⁹ Men man kan lige så vel betragte det som udtryk for, at det anses for vigtigt at udnytte alle tænkelige ressourcetyper.

Fleksibilitet er en tredje strategi, og denne lægger samordningen et grundlag for. Overordnet fås en fleksibilitet mellem hjemmebaseret omsorg og institutionsomsorg for ældre og mellem offentlig omsorg og uformel omsorg af forskellig art. I forhold til modtagere af omsorgstjenester fås (som nævnt s.16) en fleksibilitet med hensyn til, hvem der kan modtage tjenester i hjemmet og hvor meget hjælp, der kan gives. Denne fleksibilitet i forhold til modtagergrupper indebærer også en fleksibilitet i forhold til, hvornår på døgnet og hvor ofte man

²⁹ Den mest typiske kombinationsform består af offentlig hjælp og en husholdsomsorg, som er et omsorgsarbejde udført af en i husholdet.

kan få hjælp i hjemmet. Hidtil har hjælpeordningerne for hjemmet først og fremmest været dagtjenester. Og langt størstedelen af hjælpen finder stadig sted om dagen³⁰, derefter har man en mindre og mere koncentreret aftenvagttjeneste ind til midnat. Da man indfører natpatruljer, slutes kredsen altså, og man får en døgtjeneste i den hjemmebaserede omsorg.³¹ Når man således kan betjene stadig flere modtagergrupper, må dette nødvendigvis også give sig udslag i en ændret og udvidet kompetence på personalesiden. Et stikord for den fremtidige kompetence kunne derfor være "fleksibel kompetence". Det er netop et kendetegn ved den i kølvandet på hele denne omstillingsproces nyetablerede omsorgsarbejderuddannelse (se senere i kap.1.5), som gør "omsorgsarbejderen"³² fleksibel både i forhold til at arbejde på institution og i den hjemmebaserede omsorg, men også fleksibel i forhold til mulige modtagere af tjenesten. For såvel hjemmehjælperne som de ansatte i hjemmesygeplejen viser det nye krav om fleksibilitet sig også ved ændrede krav til deres kompetence. For hjemmehjælpernes vedkommende har man hidtil anset husmorerfaringer som tilstrækkelige for at kunne udføre arbejdet. Med flere gamle ældre, flere syge,

³⁰ Dagtiden regnes ind til kl.16.

³¹ Gjærevolludvalget henviser til et projekt i Steinkjer kommune ("Aktiv døgtjeneste i den hjemmebaserte omsorgen"), hvor det viser sig, at køen til sygehjemsplads bliver reduceret med 2/3, da man indfører natpatruljer (NOU 1992(1):245).

³² "Omsorgsarbejderen" er altså en betegnelse for en person, som har gennemført omsorgsarbejderuddannelsen. Før denne omsorgsarbejderuddannelse indføres, bruges betegnelsen af og til om f.eks. hjemmehjælperne og ansatte i hjemmesygeplejen, men efter indførelsen af denne nye uddannelse, kan dette ikke længere gøres uden risiko for forveksling.

flere typer modtagere og flere typer arbejdsopgaver findes der imidlertid ikke længere den samme selvfølgelighed omkring denne fokuseren på husmor-erfaringer. Dette hænger dog også sammen med rekrutteringsvanskeligheder i forhold til denne gruppe, når den bliver stadig mindre (se senere i kap.4.3). Når det gælder de ansatte i hjemmesygeplejen, viser fleksibilitetskravet sig hos dem ved, at kravene til de teknisk medicinske færdigheder bliver stadig vigtigere som følge af de mere plejetrængende modtagere. Endelig vil jeg nævne, at fleksibiliteten også viser sig i forhold til varigheden af den tildelte hjælp. Indenfor hjemmehjælpstjenesten har det hidtil været sådan, at når et ældre menneske fik tildelt hjælp, så fortsatte denne hjælp i princippet uændret livet ud. Indførelsen af omsorgskontrakter³³, dvs. kontrakter, hvor opgaverne hos den enkelte modtager konkretiseres og formaliseres, betyder imidlertid, at varigheden af den tildelte hjælp i princippet er under revidering hele tiden. Den ret til hjælp, som kontrakterne for tjenestemodtagerne symboliserer, kan således siges samtidig at blive mødt af en øget utryghed ved, hvor længe tjenesten kan beholdes.

Med til forståelsen af fleksibiliteten hører også et krav om en kombination af effektivitet og kvalitet, som har ét af sine udspring i kommunehelsetjenestelovens pålæg til kommunerne om til enhver tid at skulle have overblik over sundhedstilstanden og de faktorer, som kan virke ind på denne (Kommune-

³³ Det er blandt andet for at imødekomme muligheden for, at modtageren af tjenesten klager, at der indgås et såkaldt "vedtak" (norsk), hvilket betyder, at aftalen formelt vedtages og underskrives (se bilag 2a, s.516 og 2b, s.520 for eksempler på "vedtak" om henholdsvis hjemmehjælp og hjemmesygepleje).

helsetjenesteloven §1-4). I årsrapporterne fra Bergen kommune anføres derfor såkaldt "kvalitetssikring" som et centralt mål, fordi denne (i hvert fald på et mere generelt niveau) giver sig udslag i tilstræbelsen af metoder, som kan bruges til at skaffe overblik over ressourceforbruget; den giver sig udslag i stadige revurderinger af kontrakter med hensyn til omfang og tildeling af hjælp til ældre o.a. og revurderinger af de ansattes arbejdsindsats, arbejdsindhold m.m., heriblandt gennem medarbejdersamtaler. Der er således tale om en ny og intensiveret overvågning af hele virksomheden med henblik på at give flere muligheder for at sikre kvaliteten af tjenesterne.³⁴ Lederne på lavt niveau bliver en vigtig gruppe i forhold til dette arbejde, fordi de overtager centrale dele af det administrative arbejde, som knytter sig til kvalitetssikringen.

Hjemliggørelse³⁵ er den fjerde og sidste strategi, og med den vil jeg sammenfatte hele princippet om at gøre det at bo hjemme til norm for den ældre befolkning i videst mulig udstrækning. Fusa-sagen, den hidtil eneste retssag om hjemmehjælp og hjemmesygepleje (se i appendix, s.572) viser, at det ikke går an at tvinge en modtager af hjemmehjælp og hjemmesygepleje til at bo på institution, men at det samtidig også er begrænset, hvad man har krav på af hjælp i hjemmet. Én del af hjemliggørelsen handler om at forandre

³⁴ For en nærmere diskussion og analyse af kvalitetsmåling, se studien af Britt Slagsvold (1994), hvor det specifikt er kvalitet i sygehjem, som belyses.

³⁵ Udtrykket "hjemliggørelse" er hentet fra Bjørn Olsens artikel "Hjemliggørelse' av eldreomsorgen på 1990-tallet?" (1995).

boligmarkedet for ældre ved at bygge flere boliger, som er tilpasset ældre og andre med specielle eller potentielle behov for hjælp fra det offentlige. Gjærevolludvalget ser sygehjemmene som én vigtig forhindring for en sådan opblødning af afstanden mellem hjem og institution og lægger op til en stærk nedgang i antallet af sygehjemspladser til gengæld for en større satsning på aldershjem og ikke mindst tilpassede boliger, herunder specielt serviceboliger samt hjemmebaserede tjenester. Det viser sig imidlertid at blive en langt vanskeligere proces end antaget, både fordi behovet for institutionspladser for ældre undervurderes og fordi hjælp på en institution sammenlignet med hjemmehjælp eller hjemmesygepleje omfangsmæssigt er så forskelligt.³⁶ Derfor fremgår det af Velferdsmeldingen, som kommer efter Gjærevolludvalgets udredning, at det alligevel bliver nødvendigt at udbygge sygehjemstilbuddet i mange kommuner (Velferdsmeldingen 1994-95:19). Men samtidig lægges der vægt på, at det særligt er antallet af korttidspladser, som bør øges af hensyn til at opfylde funktioner som rehabilitering, aflastning og tidlige udskrivninger fra sygehuse. Også i Velferdsmeldingen fastholdes således en ændret holdning til institutionsophold, og denne holdning har tilknytning til en idé, som gennemstrømmer store dele af tænkningen om ældre, nemlig idéen om rehabilitering, som også udgør en vigtig del af hjemliggørelsesstrategien.

³⁶ Hurum kommune er blevet betragtet som en foregangskommune, når det gælder Gjærevolludvalgets intentioner om indskrænkning af institutionspladser til gengæld for udbygning af hjemmebaserede tjenester. En rapport bestilt af Sosial- og Helsedepartementet viser imidlertid, at gennemførelsen langt fra har været uproblematisk. Se Næss og Wærness 1995.

Det hører med til hjemliggørelsesstrategien at arbejde for at forbedre grundlaget for, at flere skal kunne bo hjemme, og dette handler først og fremmest om en medicinsk og en social rehabilitering. Jf. opgaverne, som kommunerne pålægges gennem kommunehelsesloven, er medicinsk rehabilitering³⁷ én af kommunernes lovpligtige opgaver (§1-3). Den medicinske rehabilitering er en proces, som i sin kerne handler om snarest muligt og målrettet at genvinde en tidligere bedre sundhedstilstand hos det pågældende menneske. Hvis en ældre f.eks. får et lårbensbrud, drejer rehabiliteringsarbejdet sig f.eks. om en midlertidig indlæggelse på en institution, om genoptræning her og senere i hjemmet og om at organisere med tjenester og tekniske hjælpemidler, som vedkommende har behov for som følge af bruddet. Men medicinsk rehabilitering kan også dreje sig om et aflastningsophold på en institution, fordi arbejdet for nære pårørende er blevet for belastende. Eller det kan dreje sig om et korttidsophold på en institution for at øge mulighederne for, at den pågældende person igen kan bo hjemme. At rehabilitering også kaldes "atføring" kan siges at symbolisere, at der er tale om en overførsel af idéen om det rehabiliterende arbejde, som foregår i forhold til andre (yngre) aldersgrupper, til de ældre. "Atføring" bruges således først og fremmest om arbejdet med at kunne føre erhvervsaktive tilbage til deres lønnede arbejde på arbejdsmarkedet. Når det overføres til ældre, antager man således, at det også her er muligt at genvinde en tidligere bedre sundhedstilstand.

³⁷ På norsk også "atføring".

Dele af rehabiliteringsidéen i forhold til ældre er således i nogen grad præget af at mangle en stærkere sammenknytning med aldringens betydning, jf. begrebet "resultatløs omsorg" (Wærness 1982), som netop handler om det aldersspecifikke, altså at det hos ældre ikke er muligt i generel forstand at forvente forbedringer og resultater på samme måde som hos yngre mennesker. Men måske gælder dette først og fremmest den medicinske rehabilitering. Denne glider imidlertid gradvis over i den anden type rehabilitering, nemlig den sociale rehabilitering, som også er den, der i princippet skal holde den medicinske rehabilitering på afstand gennem et forebyggende arbejde. Gjærevolludvalget bruger en meget bred definition af "rehabilitering", som indfanger også denne sociale del.

"Utvalget vil sterkt understreke at tanken om rehabilitering bør prege all virksomhet og at rehabiliteringsarbeidet derfor må være et ansvar for alle ansatte i omsorgstjenesten. Rehabilitering er en sammensatt prosess som forutsetter kompetanse fra mange faggrupper." (NOU 1992(1):247)

Selvom rehabiliteringsarbejdet således skal være en integreret del af mange faggruppers arbejde, er der imidlertid nogle, som kommer specielt i fokus, heriblandt hjemmehjælperne.³⁸ Rehabiliteringsidéen spiller en vigtig rolle for arbejdet med og for tænkningen om ældre, fordi den er et forsøg på at komme

³⁸ Se St.meld.nr.37 1992-93:74-76. Af andre grupper, som regnes for også at have særlig betydning for det forebyggende arbejde, nævner Gjærevolludvalget fysioterapeuter og ergoterapeuter (mens førstnævnte gruppe primært arbejder med fysiologisk styrkende øvelser og genoptræning, arbejder sidstnævnte gruppe snarere med forskellige typer af aktivering). Kommunehelsetjenesteloven pålægger kommunerne at have fysioterapitjeneste, mens ergoterapitjenesten derimod ikke er pålagt. I praksis findes de imidlertid ofte side om side, både på institutioner og i den hjemmebaserede omsorg.

væk fra at tænke på denne gruppe som bare hjælpeafhængige, men samtidig indebærer den også, at der stilles nye typer af krav til de ældre.³⁹

Samlet set kan de fire strategier siges at føre til ændringer i de hjemmebaserede tjenester af en omvæltende karakter.

1.4 Betegnelser knyttet til ældreomsorgen

Der findes to hovedskillelinier i betegnelser for ældreomsorg, hvoraf én går mellem offentlig og privat omsorg og en anden mellem uformel og formel omsorg. Når det gælder offentlig omsorg, er dette en omsorg, som finder sted indenfor den offentlige sfære, altså i et offentligt rum. Betegnelsen "formel omsorg" bruges ofte synonymt med offentlig omsorg, fordi den omsorg, som foregår i et offentligt rum, også er formaliseret i en eller anden grad. Måske handler forskellen mellem offentlig og formel i denne betegnelses-sammenhæng mest om, at offentlighedsaspektet knytter sig til en mere specifik velfærdsstatsproblematik, mens "formel omsorg" udgør en mere generel betegnelse for en omend lignende formalisering, således at man ved at bruge betegnelsen "offentlig omsorg" altså mere direkte fokuserer på, at det er velfærdsstaten, som disse tjenester organiseres og tildeles indenfor, end når

³⁹ Se f.eks. det midterste felt i eksemplet på en aftale om hjemmehjælp (bilag 2a, s.517). Her specificeres de opgaver, modtageren selv må udføre.

betegnelsen "formel" bruges.⁴⁰ Den mindst diffuse af betegnelserne er "uformel omsorg", som er den omsorg, som varetages af familie, slægt, venner, naboer o.a., selvom der her er i færd med at opstå diffused, når denne type omsorg lønnes af kommunen med såkaldt "omsorgsløn".⁴¹ Indførelsen af omsorgsløn udgør imidlertid omfangsmæssigt en meget lille del af den samlede ældreomsorg og er derfor kun et første moment til diffused ved betegnelsen "uformel". "Privat omsorg" er derimod den mest diffuse af alle fire betegnelser, fordi privathed både kan relatere sig til en privat sfære (familien) og til et privat marked. Derfor bruges denne f.eks. både om uformel omsorg og om omsorg, som kan købes på et marked (f.eks. hjemmehjælpstjenester, som købes). Betegnelsen bruges også i forhold til frivillige organisationer, selvom disse kan siges både at foregå i et offentligt rum og samtidig have udgangspunkt ikke i et statsligt (velfærdsstatsligt), men i et såkaldt privat initiativ. På baggrund af disse komplikationer kommer jeg først og fremmest til at bruge betegnelserne "offentlig omsorg" og "uformel omsorg", og når jeg anvender betegnelsen "privat" vil dette oftest relatere sig til en eller anden betydning af privatsfæren, siden udviklingen af aktuelle tjenester på et privat marked i norsk sammenhæng er helt i startfasen.

⁴⁰ Jeg vil her nævne, at der også findes omsorg, som må karakteriseres som formel, men uden at den er offentlig, fordi den produceres på det private marked eller af frivillige organisationer. Men dette er en kombination, som i mindre grad er relevant for norske forhold, hvilket har sammenhæng med den udhyggede velfærdsstat.

⁴¹ Omsorgsløn er en løn, som gives til pårørende med et stort omsorgsansvar. Se i appendix s.566.

Det er i de senere år blevet stadig mere populært også at anvende betegnelsen "åben omsorg" om den hjemmebaserede omsorg, fordi det åbne anses for at være et karakteristikum sammenlignet med den (lukkede) institutionsomsorg. Når jeg kommer til at anvende den betegnelse, er det fordi jeg så vil fokusere specielt på sammenligninger med institutionsomsorgen.

Hjemmehjælp og hjemmesygepleje defineres i udgangspunktet ikke som ældreomsorgstjenester, men bliver det i praksis. Siden udviklingen ændrer og differentierer modtagergruppen til også at bestå af specielt yngre funktionshæmmede og psykisk udviklingshæmmede, er betegnelsen "ældreomsorg" kun tidssvarende i den forstand, at hovedparten af dem, som modtager hjemmebaserede tjenester fortsat består af ældre (jf. tidligere). I løbet af de år, hvor jeg har udarbejdet denne studie, ændres betegnelsen for modtagerne af disse tjenester fra "klient" for hjemmehjælpsmodtagere og "patient" for hjemmesygeplejemodtagere til fællesbetegnelsen "bruger". Anvendelsen af betegnelserne "klient" og "patient" må ses i sammenhæng med, at hjemmehjælp defineres som en social tjeneste (knyttet til socialtjenesteloven), mens hjemmesygepleje derimod defineres som en helsetjeneste (knyttet til kommunehelsetjenesteloven), og det er modtagerne af disse typer tjenester, som kaldes henholdsvis "klienter" og "patienter".⁴² Det er bl.a. samordningen af hjemmehjælp og hjemmesygepleje,

⁴² Se f.eks. Cato Wadels oversigt over modtagere af forskellige typer tjenester m.v. (Wadel 1984:102).

som aktualiserer fællesbetegnelsen. Men på et mere generelt niveau har ændringen også at gøre med individualiseringsprocessen, som bl.a. fører en tankegang med sig om, at den enkelte i højere grad skal kunne vælge og handle svarende til forbrugeren på varemarkedet, uden at dette nødvendigvis behøver at være empirisk funderet i faktiske forhold. Hverken den nye brugerbetegnelse eller de gamle betegnelser er uproblematisk. Når jeg alligevel mest kommer til at bruge de gamle betegnelser, er det dels fordi disse bruges i den tid, hvor jeg udarbejder hoveddelen af denne studie, dels fordi de alligevel er mere tidssvarende i empirisk forstand end den nye brugerbetegnelse, da denne let associeres med valgfrihed i forhold til et vareudbud. En anden betegnelse, som jeg kommer til at anvende, er betegnelsen "omsørgsmottager", f.eks. når jeg vil pege på mere generelle aspekter hos mottageren eller når jeg vil tale om flere mottagertyper samtidig. Det frugtbare ved denne betegnelse (selvom heller ikke den er helt uden problemer; se senere i kap.1.7) er desuden, at den indebærer et syn på afhængighed af omsorg som et almenmenneskeligt anliggende.

Betegnelsen "hjemmehjælper" er i udgangspunktet en betegnelse for en person, som ansættes i en offentlig hjemmehjælperstilling indenfor velfærdsstatens rammer. Men det kan også være en betegnelse for en person, som på eget initiativ (og uden nødvendigvis at have erfaringer fra offentligt hjemmehjælpsarbejde) i avisen annoncerer med hjemmehjælpstjenester (se bilag 3, s.523 for nogle eksempler), siden der ikke er knyttet en formel uddannelse til stillings-

betegnelsen, sådan som det er tilfældet for hjælpeplejere⁴³ og sygeplejersker, som kun må kalde sig "offentligt godkendte", når de har baggrund i deres respektive formelle uddannelse. Det korrekte ved betegnelserne "hjemmehjælp" og "hjemmesygepleje" er, at der er tale om tjenester, som finder sted i modtagernes hjem. Men både fordi hjemmene er ved at ændre karakter og fordi en voksende (omend mindre) del af arbejdet tillige foregår udenfor hjemmene, findes der alligevel et vist utidssvarende moment også i denne centrale del af betegnelsen. Betegnelsen "hjemmehjælp" fokuserer på, at arbejdet består af hjemligt arbejde, altså husarbejde. Af forskellige grunde forveksles hjemmehjælpere da også af og til med rengøringsassistenter, hvilket har som konsekvens, at den helt centrale betydning af den direkte modtager af arbejdet sommetider overses.⁴⁴

Når det gælder betegnelsen "hjemmesygepleje" er dette et arbejde, som udføres både af sygeplejersker og hjælpeplejere, men det er kun sygeplejerskerne, som er "hjemmesygeplejersker"⁴⁵; de andre er hjælpeplejere i hjemmesygeplejen. I betegnelsen "hjemmesygepleje" findes altså en ukorrekthed i, at det indeholder både sygepleje og hjælpepleje. En anden ukorrekthed, som følger heraf, er, at

⁴³ På norsk kaldes de for "hjelpepleiere", og den tilsvarende danske betegnelse er "sygehjælper". Da dette imidlertid er en norsk studie, vil jeg bruge den norske betegnelse, men med dansk stavemåde.

⁴⁴ En overgang diskuteres det, om ikke hjemmehjælperen hellere skal kaldes "omsorgsarbejder", men dette bliver altså i stedet realiseret i forbindelse med oprettelsen af den nye omsorgsarbejderuddannelse og ikke i forhold til en specifik hjemmehjælperuddannelse. (Denne oplysning stammer fra en hjemmehjælper, som er en af studiens informanter.)

⁴⁵ På norsk er betegnelsen "hjemmesykepleier". På dansk findes muligheden for at vælge mellem betegnelsen "sygeplejer" og "sygeplejerske", men fortsat er den sidstnævnte betegnelse meget udbredt. Da informanterne i denne studie næsten udelukkende (se kap.4.2) består af kvinder, anvender jeg den sidstnævnte betegnelse.

sygepleje traditionelt associeres med behandlende (medicinske) opgaver, mens arbejdet også indeholder en god del andre typer arbejde, og i større udstrækning, når det netop også udføres af hjælpeplejere. Betegnelsen "hjemmesygeplejerske" er iøvrigt ikke en stillingsbetegnelse, men bare en betegnelse for den, som arbejder i den hjemmebaserede omsorg (Andersson 1985:29). Hjemmesygepleje er med andre ord ikke en specialuddannelse indenfor sygepleje.⁴⁶

1.5 Momenter i en erhvervshistorik om det hjemmebaserede omsorgsarbejde

Da jeg skal behandle både hjemmehjælpstjenesten og hjemmesygeplejen, bliver det altså de tre erhversgrupper: **hjemmehjælpere**, **hjelpeplejere** og **sygeplejersker**, som kommer i fokus i denne studie. Historikken for disse typer arbejde er forskellig og vigtig i forhold til ikke mindst at få indsigt i, hvad der så at sige trækkes med af karakteristika i arbejderne frem til i dag.

Hjemmehjælpsarbejdet tager form efter to typer kvindearbejde: hushjælpsarbejdet og husmorarbejdet.⁴⁷ Mens husmorarbejdet er den mest grundlæggende historiske rod for hjemmehjælpsarbejdet, fordi det er et af de ældste kvinde-

⁴⁶ Af relevante specialuddannelser kan f.eks. nævnes psykiatri og geriatri.

⁴⁷ Jeg bygger især mine oplysninger om det historiske for både hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet på Wærness (1982) og Martinsen og Wærness (1991). Når det gælder hjemmehjælpsarbejdets historik, henviser jeg til min hovedfagsopgave (Christensen 1989:16-24), hvor en mere detaljeret redegørelse findes. Se evt. også Lie 1987:124ff.

arbejder og endnu i dag øver en relativt stærk indflydelse på hjemmehjælpsarbejdet, må hushjælpsarbejdet snarere betragtes som det arbejde, der skaber en overgang til hjemmehjælpsarbejdet. Dette har sammenhæng med, at der med hushjælpsarbejdet indføres væsentlige ændringer i arbejdet. Fra at foregå i omsorgsgiverens og modtagerens fælles private hjem, kommer det til at foregå i andres private hjem. Mens husmoderens arbejde i det private hjem (ud fra en historisk tilbageskuende betragtning) er ulønnet, indføres med hushjælpsarbejdet en løn for arbejdet, omend delvis i form af kost og logi. Og mens det ikke er muligt at afgrænse husmoderens arbejdsområder, fordi de så at sige er ubegrænsede, bliver dette mere aktuelt, når en "fremmed" i huset skal udføre arbejdet i stedet for husmoderen. Dermed indføres også samtidig rutiner og regler i arbejdet. Relationen mellem en husmor og hendes omsorgsmottager (oftest et barn, manden eller ældre i familien) er almindeligvis karakteriseret ved at være følelsesmæssigt forpligtende, fordi nærheden til modtageren er stor. Hushjælperen derimod går ind i et arbejdstager-arbejdsgiverforhold til sin omsorgsmottager og bliver dermed systematisk underordnet denne. Om husmoderen er over- eller underordnet sin mottager vil være afhængig af karakteren af den specifikke relation. Det er med andre ord vanskeligere at pege på en generel karakteristik af denne relation bortset fra, at muligheden for underordning altid vil være til stede. I hjemmehjælpsarbejdet vil denne mulighed også altid findes. Men sammenlignet med husmor- og hushjælpsarbejdet, vil den i højere grad være under

kontrol (af det offentlige), når hjemmehjælperen og hjemmehjælps-modtageren formelt ligestilles for det offentlige som organisator af forholdet. Dette betyder imidlertid ikke, at relationen mellem hjemmehjælperen og hjemmehjælps-modtageren er ligestillet.

Hjemmehjælpsarbejdet kommer på et tidspunkt, hvor hushjælpstraditionen er ved at dø ud. Det er frivillige organisationer (lokalafdelinger af "Nasjonalforeningen på Folkehelsen" og "Norske Kvinners Sanitetsforening"), som i begyndelsen af 1950'erne starter den første hjemmehjælpsordning for ældre. Men først i 1969 indføres det første statstilskud til en hjemmehjælpsordning. Herefter udvides virksomheden mere og mere til efterhånden at omfatte alle landets kommuner og til i løbet af 1970'erne at få funktion som hjørnesten i den hjemmebaserede ældreomsorg. I starten baseres arbejdet udelukkende på midaldrende kvinder med husmorerfaringer fra eget hjem. Da virksomheden imidlertid for alvor begynder at udvides, fokuseres efterhånden også på mulighederne for uddannelse. Frem til slutningen af 1980'erne findes ingen formel uddannelse for hjemmehjælpere. Oplæring sker, såfremt der sker en formel oplæring, gennem et tre måneders kursus, nogen steder arrangeret af kommunen, nogen steder gennem brevskoler (Bølstad 1983). Senere etableres bl.a. i Bergen en 1-årig hjemmehjælperuddannelse på videregående skoles niveau; undervisningen finder sted om aftenen efter arbejdet på en

erhvervsskole.⁴⁸ Det er en intention med denne uddannelse, at hjemmehjælperne herigennem skal kunne opnå at få et fagbrev⁴⁹ på linie med traditioner for dette indenfor andre faglærte (håndværksmæssige) fag. Men arbejdet med dette går i stå, fordi man i stedet opretter en helt ny uddannelse, som etableres fra 1994, den såkaldte "omsorgsarbejderuddannelse". Denne uddannelse består af 2 år i videregående skole efterfulgt af 2 år som lærling, og uddannelsen afsluttes med en fagprøve.⁵⁰ Omsorgsarbejderen kaldes en overgang for "generalisten", fordi vedkommende kan arbejde indenfor hjemmebaseret omsorg, institutionsomsorg for ældre, barneværnstjenesten⁵¹, rusmiddelomsorg m.m.⁵² Når det gælder den faglige organisering af hjemmehjælperne, sker der på dette område en udvikling, som har ligheder med udviklingen i forhold til uddannelse. I starten findes stort set ingen traditioner for faglig organisering, selvom der oprettes hjemmehjælpsforeninger ind under Norsk Kommuneforbund. I tilknytning til specifikke strukturelle ændringer, som har med samordningsstrategien at gøre, udvides disse hjemmehjælpsforeninger til også at omfatte andre erhvervsgrupper, herunder ansatte fra institutioner, og bliver dermed betydelig større organisationer under

⁴⁸ På norsk "yrkesskole".

⁴⁹ På dansk "svendebrev".

⁵⁰ Disse oplysninger om omsorgsarbejder-uddannelsen er hentet fra et *Faghefte* udgivet af Norsk Sykepleierforbund i 1995: "Omsorgsarbejderen - opplæring og funksjon".

⁵¹ På dansk "børnehjemstjenesten".

⁵² Ingen af informanterne i denne studie har taget denne uddannelse, idet de første kandidater på nuværende tidspunkt først er på vej. Alligevel er kendskabet til eksistensen af denne omsorgsarbejderuddannelse vigtig i forhold til historikken i arbejdet.

Norsk Kommuneforbund.

Det, som altså er karakteristisk for hjemmehjælpsarbejdets erhvervshistorik, er dets stærke tilknytning til det, som hidtil er blevet betragtet som typiske og underordnede kvindearbejder. Denne tilknytning har desuden en tæt sammenhæng med den i hjemmehjælpsarbejdet meget langsomme bevægelse henimod at knytte også uddannelse og faglig organisering til arbejdet.

I modsætning til hjemmehjælpsarbejdet, som altså opstår som et helt nyt erhverv, har arbejdet i hjemmesygeplejen allerede en baggrund i en bestemt type erhverv på arbejdsmarkedet. Arbejdet i hjemmesygeplejen er en gren af sygeplejearbejdet, og når man skal tale om historiske rødder til hjemmesygeplejearbejdet, må man derfor først se på sygeplejearbejdet mere generelt. Rødderne til sygeplejearbejdet kan inddeles i to typer arbejde eller mere præcist to typer kriterier for at arbejde; på den ene side *arbejde som erhverv* og på den anden side *arbejde som et kald*. Historisk kan dette forklares på følgende måde. Sygeplejearbejdet skriver sig helt tilbage til 1800-tallet, hvor det varetages af de såkaldte gangkoner, som består af ældre kvinder, ofte enker fra arbejderklassen. Denne rekruttering til sygeplejearbejdet varer imidlertid ikke længe, idet der fra midten af 1800-tallet indføres såkaldte overgangskoner, som rekrutteres fra de bedrestillede lag i samfundet og som ud fra en kristen livsopfattelse i langt højere grad end gangkonerne skal være sig deres ansvarsfulde kald som sygeplejersker bevidst. Disse overgangskoner udgør et bindeled til den såkaldte

diakonissesyggepleje, som indføres fra 1860'erne. Diakonissesyggeplejen er en type sygepleje, som forener et faglært arbejde med et religiøst kald om at ofre sit liv for pleje af syge. Rekrutteringen skal ske blandt unge kvinder fra de bedrestillede lag i samfundet, hvilket ikke mindst har til hensigt at holde de gamle gangkoner på afstand af det, som skal blive egentlig sygepleje. Helt frem til slutningen af århundredeskiftet dominerer diakonissesyggeplejen, altså den religiøse sygepleje. Herefter sker der en langsom overgang til den mere verdslige sygepleje, dvs. en sygepleje, som frem for at være et kald skal være et egentligt faglært arbejde. De eksisterende diakonisseanstalter bliver således suppleret med andre typer sygeplejerskeskoler. I starten er det humanitære organisationer, som tager initiativ til dette, men senere er det også offentlige myndigheder. Det er også i forlængelse af den verdslige sygepleje, at fremvæksten af en fagorganisering opstår, og allerede i 1912 slutter sygeplejerskerne sig sammen i en landsomfattende organisation, som skal varetage sygeplejerskernes interesser som arbejdstagere. I dag er Norsk Sykepleierforbund en fremtrædende og synlig organisation, og som et af dens mål i disse år kan nævnes ønsket om at få udvidet sygeplejerskeuddannelsen, som i dag er 3-årig, til at blive 4-årig.

Hjemmesyggeplejen er lige så gammel som diakonissesyggeplejen, da det er fra diakonisseanstalterne, at de første hjælpetilbud oprettes i 1870'erne. Hjælpetilbudene eksisterer på baggrund af indsamlede midler fra humanitære og kirkelige organisationer. Det er imidlertid først i 1950'erne, at offentlige myndigheder går

ind og støtter en hjemmesygeplejeordning, enten etableret af kommuner eller på basis af et slags fællesskab med kirkelige og humanitære organisationer. Det første statstilskud kommer i 1959. Et af de vigtigste argumenter for at få indført hjemmesygepleje er fra starten aflastning af sygehusene for at imødekomme mangelen på sengepladser her (se også Nordhus, Widding Isaksen og Wærness 1986). Dette argument bruges også i dag i 1990'erne i forhold til udbygning af den hjemmebaserede omsorg frem for institutioner. Hjemmesygeplejen har altså et historisk vigtigt udgangspunkt i en funktion som aflastning for institutionsomsorgen.

Når det gælder hjælpeplejerne og deres historie, knytter denne sig til sygeplejerskernes historie, fordi hjælpeplejeruddannelsen, som oprettes efter krigen, etableres for at afhjælpe mangelen på faglærte sygeplejersker. Men samtidig er det karakteristisk for hjælpeplejerne som gruppe, at den i årene frem til midten af 1980'erne faktisk vokser sig større end sygeplejerskerne.⁵³ Det er i 1963, at de første hjælpeplejere uddannes med en uddannelsestid på 8 måneder, som senere udvides til 1 år. Der findes også hjælpeplejere før denne tid, men da

⁵³ *Antal ansatte sygeplejersker og hjælpeplejere:*

	1970	1979	1985
Sygeplejersker	15.197	26.796	35.552
Hjælpeplejere	7.378	18.387	36.896
Ialt	22.575	45.183	72.448

Kilde: Helsetatistikk 1970, NOS, og Helsepersonellstatistikk 1979, 1985, NOS. Tallene gælder altså det samlede antal ansatte i åben omsorg og institutionsomsorg. Det er specielt i sygehjemmene, at væksten i hjælpeplejergruppen er stærk.

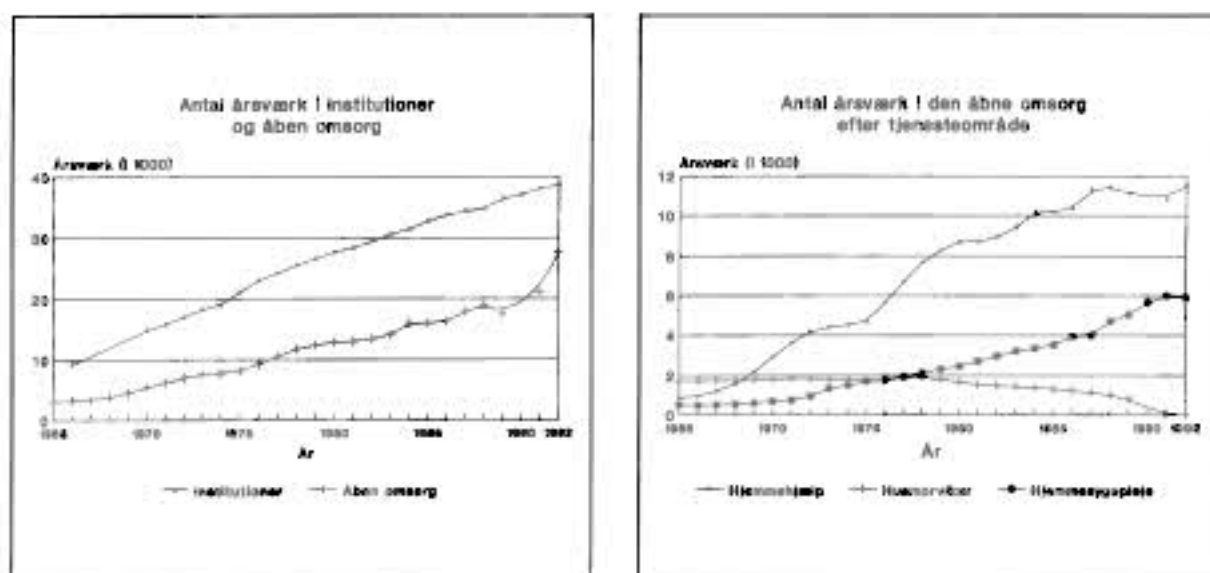
er det en betegnelse for ufaglært plejepersonale. Frem til midten af 1980'erne er hjælpeplejeruddannelsen et tilbud knyttet til voksenuddannelsen, og man anser alder og erhvervserfaring som relevant for uddannelsen. Men herefter igangsættes en 2-årig hjælpeplejeruddannelse indenfor den videregående skole samtidig med, at den 1-årige uddannelse på voksenuddannelsen opretholdes (Abrahamsen 1994). I 1994, samtidig med at "omsorgsarbejderen" oprettes som et nyt fag, ændres hjælpeplejeruddannelsen til et 3-årigt forløb i den videregående skole.⁵⁴ Ligesom hjemmehjælperne, er hjælpeplejerne i højeste grad også aktuelle for omsorgsarbejderuddannelsen, hvilket ikke mindst kan ses i lyset af, at ca. 3/4 af dagens hjælpeplejeruddannelse er inkluderet i omsorgsarbejderuddannelsen. Når det gælder den faglige organisering, er hjælpeplejerne organiseret i Norsk Hjelpepleierforbund, som også regnes for at være en fremtrædende organisation i dag. Forbundet kaldes i dag Norsk Helse- og Sosialforbund, fordi omsorgsarbejderne er blevet indlemmet i hjælpeplejernes organisation. Indlemmelsen af den nye omsorgsarbejder i hjælpeplejernes forbund er en alliance, som kan antages at få en vigtig betydning for hjælpeplejernes fremtid.⁵⁵

For hjælpeplejerne er det altså karakteristisk, at de både har en egen historie

⁵⁴ Dette fremgår af NSF Faghefte 1995 nr.2. De hjælpeplejere, som er informanter i denne studie, har den 1-årige uddannelse.

⁵⁵ Denne betydning handler f.eks konkret om, at medlemstallet i de kommende år kan antages at vokse mere end det ellers ville kunne gøre uden denne nye gruppe indlemmet. Desuden risikerer forbundet derved ikke at miste medlemmer, når en del af hjælpeplejerne sandsynligvis vil komme til at gå ind i den nye omsorgsarbejderuddannelse for at forbedre deres muligheder på arbejdsmarkedet. Og endelig kan et stærkere forbund få betydning i forhold til f.eks. kampe om arbejdspladser på sygehusene mellem hjælpeplejere og sygeplejersker.

og samtidig en historie tæt knyttet til udviklingen for sygeplejerskerne på grund af deres tidlige funktion som en gruppe, der skal afhjælpe mangelen på sygeplejersker.



De to figurer (baseret på Daatland 1994) giver et indtryk af, hvordan væksten i de hjemmebaserede tjenester i høj grad følger væksten inden for institutionsomsorgen⁵⁶ og hvordan denne vækst også viser sig i det antal årsværk, som findes indenfor henholdsvis hjemmehjælp og hjemmesygepleje.⁵⁷ Fra slutningen af 1980'erne og ind i 1990'erne er stigningen stærkere i den åbne omsorg end i institutionsomsorgen; den voldsomme stigning i antal årsværk fra 1991 til 1992 har sammenhæng med HVPU-reformen. (Når det gælder tal for

⁵⁶ Figuren gælder ældre ≥ 67 år. Som "åben omsorg" regnes her først og fremmest summen af hjemmehjælp, husmorvikartjeneste og hjemmesygepleje. Serviceboliger indgår i "åben omsorg". Daatland gør opmærksom på, at tallene er delvis beregnede (Daatland 1994:125).

⁵⁷ I figuren har jeg ikke medtaget oplysninger om antal ansatte. Derfor kan det her kort nævnes, at antal ansatte hjemmehjælpere stiger fra 3989 i 1965 til 30.629 i 1991, mens antal ansatte i hjemmesygeplejen stiger fra 597 i 1965 til 8000 i 1991 (Daatland 1994:124).

Bergen kommune samt det distrikt, hvor hovedparten af denne studie finder sted, se bilag 4, s.524-526.) Det kan her tilføjes, at når prioriteringen af den åbne omsorg ikke giver sig endnu klarere udslag i det statistiske materiale, som figurerne er baseret på, må dette også ses i sammenhæng med, at det er karakteristisk for Norge sammenlignet med de andre skandinaviske lande med en relativt stærk prioritering også af institutionsomsorgen (Daatland 1991).

1.6 Omsorgsstudier

De mange og omfattende ændringer, som har influeret på ældreomsorgen, har aktualiseret vigtigheden af også at forske i omsorgsarbejdet. Men på baggrund af de synlighedsproblemer, som knytter sig til omsorgsarbejdet, når det har sine rødder i et underordnet, uformelt og ulønnet arbejde i familien og derfor også er blevet kaldt for *et skjult arbejde* (Wadel 1984), må dette forskningsområde imidlertid endnu regnes for at være i sin vorden. Men alligevel er det muligt at pege på et karakteristisk træk ved denne type forskning, som handler om, at den befinder sig i et slags grænseområde mellem kvindeforskning, velfærdsstatsforskning og arbejdslivsforskning og således kan være åben for også tværfaglige indfaldsvinkler. Siden der findes en del lighedstræk mellem de skandinaviske lande, når det gælder såvel behovet for som prioriteringen af hjemmebaserede tjenester, findes bl.a. derfor også en begyndende skandinavisk omsorgsforskning.

I 1980'erne eksisterer både en skandinavisk og en britisk tradition for omsorgsforskning, men det er her karakteristisk, at mens den britiske særligt fokuserer på den uformelle omsorg, fokuserer den skandinaviske tradition både på den uformelle og den lønnede omsorg. Den britiske tradition kritiseres desuden for at være relativt ensidigt orienteret mod et giverperspektiv (Szebehely 1996:26), mens dette ikke er tilfældet for den skandinaviske. Sociologen Kari Wærness regnes for at være en af de vigtigste bidragydere til igangsættelsen af denne skandinaviske omsorgsforskning, og der findes grund til at antage, at den anglosaxiske tradition i 1990'erne inspireres af den skandinaviske tradition til også at begynde at fokusere på det lønnede omsorgsarbejde som et forskningsområde.

Bidragyderne til den norske omsorgsforskning, hvis vi vælger at kalde den det, er efterhånden blevet mange (se f.eks. Ellefsen 1991), og jeg skal bare nævne nogle her, heriblandt også svenske⁵⁸, fordi der i de senere år er kommet vigtige bidrag herfra, som for en stor del også forholder sig til norsk forskning på området.

Nogle studier kan siges at være mest koncentreret om at beskrive f.eks. hjemmehjælpsarbejdet (Nergård 1989, Jonassen 1990) eller hjemmesygeplejearbejdet (Andersson 1985, Iversen 1986); det er studier, som er foretaget for at få oversigt over arbejdets indhold, karakteristika ved arbejdet,

⁵⁸ De svenske bidrag er markeret med *.

arbejdets udøvere osv. Andre studier har i højere grad karakter af tillige at være analytiske; dvs. at der nok indgår beskrivende dele, men at formålet er at analysere omsorgsarbejdet med henblik på også at forstå og eventuelt forklare forhold i arbejdet.⁵⁹ Disse studier kan inddeles på mange forskellige måder, men f.eks. udgør nogle studier meget brede analyser, f.eks. af hjemmehjælpsarbejdet (Lie 1987) eller af flere typer omsorgsarbejde (Wærness 1982), mens andre særligt er koncentreret om at få udredt et væsentligt forhold ved omsorgsarbejdet, f.eks. dets organisering (Gough 1987*, Ones 1988, Szebehely 1995*) eller dens kundskabsformer (Jensen 1992). Det kan også være erfarede problemer indenfor arbejdet, som lægges til grund for det, som da mest får karakter af udredninger, f.eks. når det gælder arbejdsbelastninger og sygefravær (Abrahamsen 1986; 1991; 1994, Einarsen et al. 1991). Eller det kan være sammenlignende analyser, f.eks. af kommunale variationer (Næss og Wærness 1996). I andre studier indenfor den analytiske gruppe er det mere fremtrædende, at der fokuseres på en bestemt del af omsorgsarbejdet, f.eks. den uformelle omsorg (Lingsom 1985, Thorsen 1994) eller f.eks. på særligt en part i relationen, f.eks. hjemmehjælpsmodtagere (Widding Isaksen 1984, Thomas 1986*, Alvsvåg 1989). Men omsorgsforskningen indeholder også mere historisk teoretiske bidrag (Eliasson 1987*, Hamran 1987, Martinsen 1989; 1993, Martinsen og Wærness

⁵⁹ Der vil naturligvis findes studier, som vil være blandingsformer mellem de beskrivende og analytiske. Pointen her er imidlertid at forsøge at give en oversigt over forskellige typer af omsorgsstudier og ikke at være kategorisk med placeringer.

1991, Johansson (red.) 1995^(*), Eliasson (red.) 1996^(*)) og derudover har nogle bidrag mere karakter af indlæg i en debat om omsorgsarbejdet; særlig diskuteres udviklingslinier i sygeplejen (Alvsvåg 1985, Hamran 1992, Elstad og Hamran 1995). Nyere indenfor dette omsorgsfelt er imidlertid studier, som fokuserer på metodiske og metodologiske problemer knyttet til diskussionen om omsorgskvalitet (Slagsvold 1994).

Min studie skal bidrage til denne begyndende tradition for omsorgsforskning og skal især knytte sig til de analytiske bidrag. Dens karakteristika set i lyset af disse mange bidrag, handler dels om, at jeg inddrager flere erhvervsgrupper (hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker) og således udleder forhold, som baserer sig på et sammenlignende grundlag. Dels handler det om, at jeg i studien ikke behandler ét væsentligt forhold ved det hjemmebaserede omsorgsarbejde, men snarere forsøger at behandle en række væsentlige forhold knyttet til arbejdet ud fra det, man kunne kalde et ændrings- eller procesperspektiv.

1.7 Omsorg og arbejde som begreber

Skal man detaljeret forholde sig til begrebet "omsorgsarbejde", må man forholde sig til såvel *arbejde* som *omsorgsarbejde* som *omsorg*.

Når det gælder *arbejde*, skelner socialantropologen Cato Wadel (1977)

mellem arbejde som aktivitet og arbejde som begreb. Dette betyder, at vi udfører mange typer aktiviteter, som må betragtes som værende arbejde ud fra de generelle karakteristika, som knytter sig til det at arbejde (brugen af energi, tid osv.), men det er kun en del af disse aktiviteter, som vi betragter som *arbejde*, altså som vi regner for at høre ind under begrebet arbejde. Denne sortering knytter sig til historisk specifikke forhold.

Nutidens traditionelle folkelige forståelse af arbejde har sine historiske rødder i adskillelsen af produktion og reproduktion, og kvindehistorisk har det været centralt, at kvinder på baggrund af deres roller som mødre, har været bundet til reproduktionssfæren. Den franske filosof Simone de Beauvoir hævder, at det er den industrielle revolution, som resulterer i et første løsrivelseskridt fra denne bundethed, fordi den skaber fælles økonomiske interesser ved at give kvinden mulighed for også at deltage i produktionen (Beauvoir 1949). Men hermed skabes også et historisk nyt og potentielt dilemma, som trækkes med op igennem historien frem til i dag, nemlig et dilemma mellem omsorgsarbejde og lønarbejde, som også bliver helt centralt i denne studie. Velfærdsstaten kan siges at videreføre denne løsrivelsesproces og medvirker også til at synliggøre dele af det reproduktive arbejde, men det værdiladede skel mellem produktion og reproduktion er ligeledes videreført. I forhold til begrebet *arbejde* viser dette sig netop ved, at både det folkelige og det teoretiske begreb er tydeligt økonomisk inspireret. Arbejde er det, som efterspørges og tilbydes på et arbejdsmarked, altså

først og fremmest et lønnet arbejde (Wadel 1977). Derfor er omsorg hidtil og endnu kun til en vis grad anset for at være et *arbejde*, fordi det er relativt nyt, at dele af **dette** er blevet et lønnet arbejde. Kari Wærness er en af dem, som bidrager til at vende om på denne traditionelle forståelse af arbejde og produktion, da hun på baggrund af levevilkårsundersøgelsen viser, hvor stor en andel kvinders reproduktive arbejde udgør af bruttonationalproduktet (Wærness 1980a, se også Leira 1992 om dette). Hermed viser hun nødvendigheden af at udvide produktionsbegrebet til også at omfatte det arbejde, som foregår i reproduktionen, altså den ulønnede produktion. En lignende tankegang findes hos Ulrike Prokop (1978), en tysk sociolog, som omdefinerer Karl Marx' produktionsbegreber og overfører disse til den kvindelige livssammenhæng. Ifølge den traditionelle marxistiske definition af "produktion" omfatter denne først og fremmest vareproduktion, hvilket betyder, at det kun er den samfundsmæssige vareproduktion, som betragtes som værdiskabende og kreativ, mens reproduktion tillægges en status som uproduktiv sfære. Prokop peger imidlertid på nødvendigheden af at lade produktion omfatte såvel materiel som immateriel produktion, og dermed bliver det ikke bare muligt, men også nødvendigt at betragte også kvinders arbejde i hjemmet som produktion. Produktionsforholdene i den kvindelige livssammenhæng refererer til vilkårene i den private sfære som følge af kvindens og mandens arbejde, hjemmets økonomi, børnepasning osv.; rammer, som i sidste ende er en del af de

samfundsmæssige produktionsforhold. Kvindelig produktion omfatter såvel en materiel produktion (husarbejde, madlavning m.m.) som en immateriel produktion, som består af opdragelse, kommunikation, sociale relationer m.m., dvs. en produktion af livssammenhænge. Og det er denne immaterielle produktion, som er specielt vigtig i kvinders liv. I forhold til kvindelige produktivkræfter, fremhæver Prokop bl.a. en behovsorientering, som handler om, at kvinder i deres relationer til andre snarere er indstillet på at opfylde behov, såvel egne som andres, end på at realisere bestemte mål. Behovsorienteringen udgør noget centralt i kvindearbejdet udviklet i tilknytning til hjemmet og familien i den private sfære. Ved at omdefinere etablerede forståelsesformer i samfundet bliver det altså muligt at kaste nyt lys over ellers usynliggjorte eller skjulte sider af samfundsproduktionen. Kaster man f.eks. ikke et nyt lys over den ellers etablerede positive værdiladning af arbejdet i den lønnede sfære sammenlignet med ulønnet arbejde, vil man måtte betragte de handlinger, som knytter sig til en kvindelig livssammenhæng for irrationelle. Derfor har Wærness introduceret begrebet *omsorgsrationalitet*⁶⁰, som netop skal pege på nødvendigheden af også at se på kvinders handlinger i forhold til omsorg som rationelle (fornuftige og bevidste) handlinger (Wærness 1984). At få indsigt i kvinders omsorgsarbejde i den ulønnede produktion og i den lønnede produktion kræver

⁶⁰ Sturle Næss (1996) peger på, at begrebet omsorgsrationalitet har karakter af "smør på flæsk", hvis omsorg defineres som både fornuft og følelser. På trods af denne "dobbelthed" må begrebet imidlertid anses for at være væsentligt, når det netop ikke kan tages for givet, at fornuft almindeligvis betragtes som en del af omsorgsbegrebet.

altså et brud med den traditionelle tankegang omkring arbejde, produktion og rationelle handlinger. Dette er et udgangspunkt for denne afhandling.

Når det gælder begrebet *omsorgsarbejde* er dette et arbejde, som udføres og modtages i en personlig relation mellem to mennesker. Såvel arbejdet som relationen må således præciseres nærmere.⁶¹

Arbejdet kan karakteriseres i forhold til i hvert fald tre dimensioner: det kan befinde sig et eller andet sted mellem i den ene ende et lønnet arbejde og den anden ende et ulønnet arbejde og således f.eks. være et delvis lønnet arbejde. Et arbejde kan have status af at være lønnet, men det betyder ikke, at der ikke kan indgå dele i arbejdet, som er ulønnede. Derfor må et arbejdes status mellem lønnet og ulønnet arbejde adskilles fra dets enkeltbestanddele, som også kan placeres langs denne linie. Arbejdet kan også befinde sig et eller andet sted mellem at foregå i en privat sfære (hjemmet) eller at foregå i en offentlig sfære. Også her må der skelnes mellem en formel status som f.eks. et offentligt arbejde, altså at det foregår i en type offentligt rum og bestanddele af arbejdet, som er private og kan foregå i private rum. En tredje dimension kan dreje sig om at karakterisere arbejdets indhold. Her kan dimensionen bevæge sig mellem et diffust indhold, altså et indhold, som ikke kan afgrænses, og et specifikt indhold, som afgrænser arbejdets indhold f.eks. fra andre typer arbejde.

⁶¹ Det følgende er skrevet på baggrund af inspirationer først og fremmest fra Wærness' arbejde i forhold til dette (Wærness 1982).

Relationen kan karakteriseres ud fra i hvert fald to dimensioner: den kan bevæge sig mellem i den ene ende asymmetri og i den anden ende symmetri. Når relationen er karakteriseret ved at være symmetrisk, vil de to parter i relationen vekselvis udføre omsorgsarbejde for hinanden. Men når relationen er asymmetrisk, vil kun den ene part udføre omsorgsarbejde for den anden. At tale om en relationel handling forudsætter, at der er tale om mindst én giver og mindst én modtager, men det betyder også, at antallet af modtagere og givere kan være en dimension. Denne studie skal bidrage til at vise vigtigheden af at fastholde omsorgsarbejde som et arbejde, der udføres i en personlig relation mellem én modtager og én giver, men det udelukker ikke, at en mor f.eks. kan give omsorg til f.eks. fire børn; indholdet af denne vil imidlertid bestå af fire relationer.

Wærness (1982) har gjort det relationelle, altså det, som handler om symmetri eller asymmetri, til det afgørende for definitionen af omsorgsarbejde. Hun definerer *omsorgsarbejde* som det arbejde, omsorgsgiveren udfører for omsorgsmotageren, fordi denne i tråd med alment accepterede normer ikke er i stand til selv at udføre det. Wærness knytter således omsorgsarbejde til normer om selvhjulpenhed, men gør imidlertid det relationelle til det afgørende for typen af omsorgsarbejde. Derfor indfører hun begrebspæret *omsorgsarbejde* og *personlig service*, hvor omsorgsarbejde er det arbejde, som omsorgsgiveren gør for omsorgsmotageren, fordi denne ikke er i stand til selv at gøre det, mens *personlig service* er det arbejde, som omsorgsmotageren kunne have udført selv.

Det er altså omsorgsrelationens karakter af over- eller underordning, som bestemmer, om omsorgsmotageren udfører omsorgsarbejde eller personlig service, ikke indholdet af arbejdet. Denne definition harmonerer med en klassisk sociologisk definition af magt i bl.a. personlige relationer som muligheden for at sætte sin vilje igennem (Weber 1994), men den er en præcisering af denne relateret til forståelsen af omsorgsarbejde.

Mens Wærness gør det relationelle (om symmetri og asymmetri) til det væsentlige, tager idéhistorikeren Svante Beckman (1981) et andet udgangspunkt. Han tager udgangspunkt i disse alment accepterede normer for selvhjulpenhed i samfundet og går da ud fra en situation, hvor vi alle befinder os som samfundsindivider indenfor rækkevidden af disse normer. Når nogen falder udenfor denne cirkel, er det et omsorgsarbejde, som skal føre vedkommende tilbage til de accepterede normer. Kan en gammel kvinde ikke længere klare at udføre husarbejdet i sit hjem, træder det offentlige (i princippet) ind og hjælper hende, så hun fortsat kan bo hjemme (og dermed er hun inden for cirklen igen). Denne definition er bredere end Wærness' og - selvom den rammer noget vigtigt - kunne den også være en definition af socialpolitik. Den er med andre ord meget bred, men peger i højere grad end Wærness' på vigtigheden af normerne. Det frugtbare ved Wærness' definition er, at det systematisk underordnede omsorgsarbejde, som det f.eks. kendes fra hushjælperne, med hendes definition skilles ud fra omsorgsarbejde. Hushjælpsarbejde må ud fra den definition

betragtes som "service", når hushjælperen har været systematisk underordnet sin tjenestemodtager. Dette betyder imidlertid ikke, at der ikke findes store variationer også indenfor en asymmetrisk relation. Udgangspunktet i det hjemmebaserede omsorgsarbejde vil være, at omsorgsgiveren er overordnet omsorgsmodtageren, men også i modtagersituationen findes muligheder for magt.⁶²

At få adskilt det systematisk underordnede arbejde fra omsorgsarbejdet er vigtigt. Men måske findes det allervigtigste bidrag til en klargøring af omsorgsbegrebet fra Wærness' side i hendes skelnen mellem *omsorgsarbejde* og *omsorg*, som også denne studie kommer til at understøtte. Denne skelnen indebærer, at alt det arbejde, som f.eks. hjemmehjælperen og de ansatte i hjemmesygeplejen udfører for tjenestemodtagerne, er *omsorgsarbejde*. *Omsorg* kan da være indeholdt i omsorgsarbejdets udførelse, men det behøver ikke at være indeholdt, og der vil ikke findes nogen objektive eller standardiserede muligheder for at påstå, at det faktisk er det. Når denne skelnen er så vigtig, hænger det ikke mindst sammen med, at omsorgsbegrebet i hverdagsproget tillægges en normativ betydning, fordi det oftest anses for at handle om at gøre noget til bedste for en anden, uden at der iverigt findes nogen retningslinier for, hvad dette "bedste" er og hvem, der eventuelt skal bedømme, om det faktisk er

⁶² Det er særligt den svenske omsorgsforsker Ritva Gough (1993), som har vist dette gennem sine studier af yngre funktionshæmmede, som er såkaldte Independent Living medlemmer (se senere).

det bedste. Adskillelsen af omsorg fra omsorgsarbejde imødekommer netop dette normative problem, fordi vi da kan sige, hvornår risikoen for at det ikke er til bedste for modtageren, er størst; nemlig når omsorgsarbejdet udføres uden omsorg.⁶³

Med hensyn til vægtningen af symmetri eller asymmetri som afgørende for, om der er tale om omsorgsarbejde, kan også dette siges at have en tilknytning til en hverdagssproglig anvendelse, men her er det ikke et problem, som behøver at løses. Det gælder det forhold, at *omsorg* og *hjælp* ofte bruges synonymt og at dette særligt er tilfældet, når der er tale om at hjælpe en anden, som ikke er i stand til at gøre dette selv; hjælp giver vi ofte til dem, som ikke klarer det selv. Også her findes med andre ord en vægtning af netop relationens karakter, mens indholdet er underordnet dette.

1.8 Studiens problemstilling

Det problem, som jeg skal behandle i denne studie, drejer sig i det grundlæggende om en historisk forankret og videreført modsætning mellem lønarbejde og omsorgsarbejde. Dette modsætningsforhold har med udviklingen af velfærdsstaten forandret sig fra primært at handle om et modsætningsforhold

⁶³ For min brug af betegnelsen "omsorgsmodtager" betyder dette, at jeg med betegnelsen mere præcist mener en omsorgsarbejde-modtager. Da denne betegnelse imidlertid sprogligt bliver for tung, anvender jeg den kortere betegnelse. Betegnelser som "den hjemmebaserede omsorg", der har status svarende til et navn, falder udenfor denne problematik.

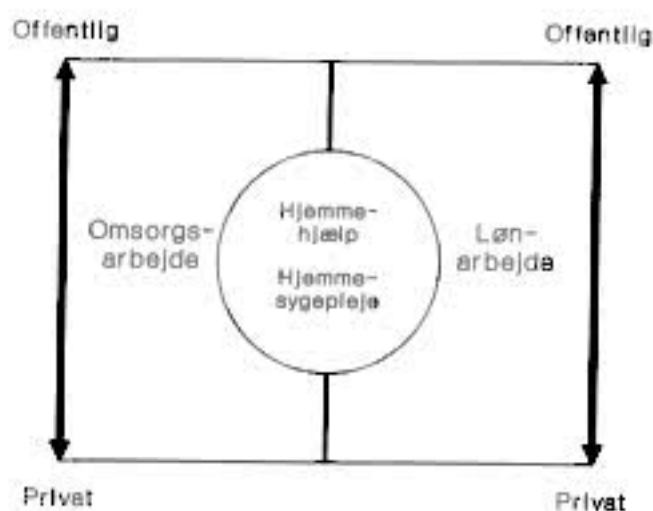
mellem omsorgsarbejde i hjemmet og lønarbejde på arbejdsmarkedet⁶⁴ til også at handle om et modsætningsforhold mellem omsorgsarbejde og lønarbejde i **samme** arbejde. Det er denne sidste problematik, som jeg skal behandle, når jeg vil fokusere på et offentligt omsorgsarbejde som det hjemmebaserede omsorgsarbejde. Men den første problematik vil samtidig være indeholdt (omend mere indirekte) i denne, fordi modsætningsforholdet bl.a. opretholdes af båndene til hjemmet og omsorgsarbejdet der. Med andre ord afløser de to typer modsætningsforhold ikke hinanden, men det andet kommer i tilgift til det første.

Modsætningen mellem omsorgsarbejde og lønarbejde findes i hjemmehjælpsarbejdet såvel som i hjemmesygeplejearbejdet. Og det er en helt central dimension ved såvel lønarbejdet som omsorgsarbejdet, at begge typer arbejde kan være både offentlige og private (forstået som knyttet til privatsfæren). Mens omsorgsarbejdet historisk kun har været knyttet til privatsfæren, findes nu også en offentlig dimension ved dette. Det samme gælder (omvendt) lønarbejdet. Jeg skal behandle denne nye type af overlapning mellem lønarbejde og omsorgsarbejde og mellem offentligt og privat både ud fra et omsorgsgiverperspektiv og et omsorgsmottagerperspektiv. Og fordi jeg har valgt at studere dette fra disse tjenesteudøveres og -mottageres eget perspektiv, bliver dette behandlet som et dilemma eller en ambivalens mellem forskellige roller indenfor denne

⁶⁴ Liv Sylteviks afhandling om alenemødre er et eksempel på behandlingen af en sådan problematik (Syltevik 1996).

virksomhed. Typen af disse rolledilemmaer har karakter af det, Robert Merton (1976) kalder "sociological ambivalence", dvs. uforenelige normative forventninger indeholdt i en og samme sociale status.⁶⁵ Det er formålet med denne afhandling at afdække hvilke dilemmaer, som findes for tjenesteudøvere og modtagere i den hjemmebaserede omsorg og at pege på hvilke sociale processer, som på forskellige niveauer kan siges at danne grundlag for etableringen eller videreførelsen af de respektive rolledilemmaer. Afhandlingen skal bidrage til både at forstå og at forklare disse respektive rolledilemmaer.

Figur 1:



Modellen udgør en variant af en model fra Wærness (1982:24), hvor hjemmehjælpsarbejdet er placeret i grænselandet mellem på den ene side privat

⁶⁵ Merton adskiller denne sociologiske ambivalens fra en psykologisk ambivalens, som derimod handler om uforenelige modsætninger i personligheden. Med begrebet "sociologisk ambivalens" rettes opmærksomheden altså i stedet mod sociale strukturer og sammenhænge, som individet indgår i. Væsentligt i forhold til denne sammenhæng er også, at selve ambivalens-begrebet således af Merton knyttes til rollekonflikter, hvilket også er karakteristisk for den måde, jeg anvender det på.

og offentligt og på den anden side lønnet og ulønnet arbejde, mens hjemmesygeplejearbejdet er placeret i feltet med kombinationen offentligt og lønnet arbejde. I figuren er det ulønnede således nedtonet, hvilket dels hænger sammen med, at det ulønnede arbejde ikke længere kan tillægges en selvstændig dimension, sådan som det derimod var tilfældet i 1970'erne⁶⁶; dels hænger sammen med, at det for denne afhandling bliver vigtigt at indkredse den problematik, som i udgangspunktet er fælles for både hjemmehjælpsarbejdet og arbejdet i hjemmesygeplejen.

Fra et giverperspektiv betyder "offentligt" først og fremmest, at arbejdet er offentligt organiseret (af kommunen) og at kommunen derfor er arbejdsgiver for omsorgsgiverne (arbejdstagerne). Derved etableres et offentligt tilsyn med arbejdet og arbejdet kontrolleres af det offentlige. "Offentlig" handler med andre ord om, at arbejdet foregår "for alles øyne" (Wærness 1982:24), hvilket også indebærer, at man kan tale om en langsom og glidende overgang mellem offentligt og privat, netop på grund af muligheden for variation i det antal af øjne, som ser. Den private dimension handler om, at arbejdstageren udfører de centrale dele af arbejdet i hjælpemodtagerens hjem, altså i en privat sfære, som imidlertid gradvis kan glide over i en offentlig sfære f.eks. gennem en ændring

⁶⁶ Denne afhandling er skrevet i forlængelse af min hovedfagsopgave fra 1989: *Professionalisering og modprofessionalisering i et omsorgsarbejde*. Hovedfagsopgaven viser en udvikling i hjemmehjælpsarbejdet, som har ført det nærmere et lønnet arbejde som f.eks. hjemmesygeplejearbejdet (Christensen 1989). Hovedfagsopgaven er senere (delvis forkortet) publiceret som SEFOS-notat (Christensen 1990).

af boligtypen.

Fra et modtagerperspektiv handler det offentlige og private om, at hjælpen modtages i eget hjem, men at den organiseres af andre udenfor hjemmet. Derved opstår på en gang en ukontrollerbarhed og en kontrollerbarhed, en mulighed for nærhed til omsorgsgiveren og en samtidig mulighed for distance, og en mulighed for indflydelse og en samtidig manglende mulighed for indflydelse på arbejdet.

Afhandlingen skal altså bidrage til at svare på følgende spørgsmål: 1) Hvilke sociale processer kan siges at karakterisere udviklingen indenfor det hjemmebaserede omsorgsarbejde og hvilken forståelse og forklaring af disse processer giver analysen af studiens empiri på disse? Og to underspørgsmål vil her være: 2) Hvilke rolledilemmaer findes på henholdsvis omsorgsgiver- og modtagersiden som følge af og som del af disse processer? Og 3) hvordan kan mødet mellem omsorgsgiver og omsorgsmodtager karakteriseres i lyset af disse sociale processer og rolledilemmaerne? Endelig skal studien også bidrage til 4) - særligt på baggrund af de komparationsmuligheder, som findes i materialet - at få indsigt i det hjemmebaserede omsorgsarbejdes bestanddele.

1.9 En oversigt over empirien

Det samlede primærmateriale består af en blanding af kvalitative og kvantitative data fra ialt 41 interview (med 37 ansatte i enten hjemme-

hjælpstjenesten eller i hjemmesygeplejen, og 9 modtagere af enten hjemmehjælp eller hjemmesygepleje,⁶⁷ 50 hele dages deltagende observation (fordelt på 35 ansatte) og en surveyundersøgelse blandt 192 omsorgsgivere bestående af hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker.

Hertil kommer empiri fra uformelle samtaler, diskussionsmøder m.m. samt forskellige dels interne dokumenter i form af personalebeskrivelser, årsrapporter, statistisk materiale fra afdeling for Pleje og Omsorg i en af Bergens bydele, dels eksterne dokumenter i form af især artikler m.v. især fra de to organisationsblade Hjelpepleieren og Sykepleieren.⁶⁸

Indholdsmæssigt deler studien sig i to: en studie af hjemmehjælpsarbejdet og en studie af hjemmesygeplejearbejdet, hvoraf sidstnævnte altså omfatter såvel hjælpeplejere som sygeplejersker. Tidsmæssigt deler studien sig ligeledes i to: en hovedstudie af hjemmehjælpsarbejdet i foråret og sommeren 1988 med en opfølgende del i foråret 1994, og en hovedstudie af hjemmesygeplejearbejdet i efteråret og vinteren 1990 med en opfølgende del i foråret 1994. Denne udstrækning i tid giver information om ændringer som følge af omorganiseringen af den hjemmebaserede omsorg, fordi denne, selvom den reformmæssigt

⁶⁷ Blandt interviewene med de ansatte indgår to gruppeinterview med hjemmehjælpere. Desuden er det ene omsorgsmottager-interview et interview med et ægtepar. Derfor er antallet af interviewede altså større end antallet af interview.

⁶⁸ Hjelpeplejernes fagblad udgives af Norsk Hjelpepleierforbund og kaldes i dag "Basis, Tidsskriftet for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere". "Sykepleieren" udgives af Norsk Sykepleierforbund. Når det gælder hjemmehjælperens fagblad ("Fagbladet") har dette mindre relevans, fordi hjemmehjælperne kun er en ud af mange erhvervsgrupper, som modtager dette blad udgivet af Norsk kommuneforbund.

igangsættes i løbet af 1980'erne, først får sine sidste praktiske gennemslag i første halvdel af 1990'erne. Der findes således to hovedkomparationsmuligheder i materialet. Dels gælder det sammenligningen af de to tjenester og dels gælder det sammenligningen af tiden før med tiden efter omorganiseringen. Og i forhold til denne dimension om ændring over tid, kommer jeg særligt til at inddrage en del konkrete sammenligninger med fund fra Wærness' tidligere studie (Wærness 1982). Specielt kommer dette til at gælde hjemmehjælpsstudien, fordi denne hos Wærness er mere empirisk omfattende end studien af hjemmesygeplejen. Men det har også sammenhæng med, at denne studie oprindeligt starter som en videreføring af Wærness' hjemmehjælpsstudie, der tidsmæssigt finder sted ca. 10 år før denne, altså i slutningen af 1970'erne og i samme distrikt, som det meste af empirien til denne studie er hentet fra.

Når det gælder de kvalitative data om hjemmehjælpsarbejdet, henter jeg i stor grad disse gennem deltagende observation, og heri indgår desuden uformelle samtaler. Men vigtige kvalitative data er tillige indhentet gennem interview. Omfanget af denne del af empirien fremgår af oversigten på næste side. Alle data om hjemmehjælpsarbejdet stammer fra samme distrikt i Bergen (det gælder også de kvantitative; se i det følgende). Når det gælder de hjemmehjælpere, jeg interviewer, etablerer jeg forinden en personlig kontakt til disse og dels følger jeg dem i deres arbejde, dels deltager jeg selv i arbejdet.

HJEMMEHJÆLPSTJENESTEN			
	Deltagende observation	Interview med hjemmehjælpere	Interview med klienter
Før omorganiseringen	21 dage	5	4
	1988 12 hjemmehjælpere	9 hjemmehjælpere	5 klienter
Efter omorganiseringen	2 dage	1 (1995)	
	1994 2 hjemmehjælpere	1 ledende hjemmehjælper	

HJEMMESYGEPLEJEN			
	Deltagende observation	Interview med ansatte	Interview med patienter
Før omorganiseringen	24 dage	24	4
	1990 8 hjælpeplejere 12 sygeplejersker	9 hjælpeplejere 14 sygeplejersker 1 gruppeleder	4 patienter
Efter omorganiseringen	3 dage	3	
	1994 1 gruppeleder 2 sygeplejersker	3 gruppeledere	

I 1990 får jeg mulighed for at udvide studien af hjemmehjælpsarbejdet med en studie af hjemmesygeplejen.⁶⁹ I hjemmesygeplejen kommer jeg til at anvende

⁶⁹ Den første del af studien er et NORAS-projekt (Norsk råd for anvendt samfunnsforskning), som har titlen "Endringer i den kommunale hjemmebaserte omsorgen" og ledes af Kari Wærness. Det næste projekt, som er en videreførelse af dette, har arbejdstitlen "Forandringer i den åbne omsorg". Dette projekt er finansieret af NFR, Norges Forskningsråd og Wærness er min vejleder. Afhandlingen er et resultat af det samlede arbejde med disse to projekter.

interviewmetoden i et større omfang end det er tilfældet i hjemmehjælpsarbejdet (se oversigten). Også disse interview (med hjælpeplejere og sygeplejersker) gennemfører jeg efter, at jeg har fulgt de ansatte i deres arbejde som minimum en hel arbejdsdag og jeg har deltaget i det arbejde, som det her er muligt for mig at deltage i.

Med hensyn til hjemmehjælpsmodtagere og modtagere af hjemmesygepleje er det hovedsagelig kun interviewmetoden, jeg anvender. Men jeg får også data her - omend i mere indirekte form - gennem min deltagende observation, når jeg følger hjemmehjælperne og ansatte i hjemmesygeplejen. Når jeg interviewer relativt få omsorgsmodtagere, er det bl.a. fordi jeg udvælger dem som repræsentanter for forskellige typer af modtagere.⁷⁰

Med til empirien hører endelig også en surveyundersøgelse, og denne deler sig i tre etaper. Jeg starter med en spørgeskemaundersøgelse blandt hjemmehjælperne i vinteren 1988. Selvom det er et formål med spørgeskemaundersøgelsen primært at få kvantitative data til nærmere at kunne beskrive hele hjemmehjælpergruppen og derved få oversigt over gruppen, viser det sig, at jeg også får vigtig information i form af kvalitative data fra svarene på specielt enkelte åbne spørgsmål.⁷¹

⁷⁰ Alle interviewene er af ca. 1/2 times varighed, maksimum en time. Denne relativt korte interviewtid har sammenhæng med mit forarbejde til interviewene, særligt gennem deltagende observation og herunder uformelle samtaler. Alle interviewene er optaget på bånd og senere udskrevet i deres fulde længde.

⁷¹ Det gælder specielt to åbne spørgsmål om henholdsvis det mest positive og det mest negative i arbejdet.

Da hjemmehjælpsstudien udvides med en studie af hjemmesygeplejen, bliver det naturligt også at inddrage denne gruppe i spørgeskemaundersøgelsen, da dette giver mulighed for sammenligninger mellem de tre erhvervsgrupper. Det er således et komparativt ønske, som ligger til grund for anden etape af spørgeskemaundersøgelsen.

Tredie etape har derimod sin forklaring i et statistisk problem, som handler om, at informantgruppen fra hjemmesygeplejen i det, som jeg herefter kommer til at kalde for studiens hoveddistrikt⁷², i kvantitativ forstand er relativt lille. Derfor udvides spørgeskemaundersøgelsen til også at omfatte 5 andre af Bergens ialt 12 bydele. Se oversigten nedenfor over de tre etaper i denne undersøgelse.

SURVEYUNDERSØGELSEN			
	Hjemmehjælps-tjenesten i hoveddistriktet 1988	Hjemmesygeplejen i hoveddistriktet 1990	Hjemmesygeplejen i 5 andre distrikter 1992
Antal informanter	101 hjemmehjælpere ⁷³	6 hjælpeplejere 12 sygeplejersker	26 hjælpeplejere 47 sygeplejersker
Svarprocent*	90	75	68
		71	

* Svarandelen i absolutte tal er for hjemmehjælperne 101/112, for de ansatte i hjemmesygeplejen i hoveddistriktet 18/24, og for de 5 øvrige distrikter 10/20, 13/21, 15/22, 19/26 og 16/19.

⁷² Navnet på dette distrikt, de 5 øvrige Bergens-distrikter, som indgår i studien, samt alle navne, som anvendes i afhandlingen, er anonymiserede efter aftale med ledelsen i hoveddistriktet.

⁷³ Enkelte af disse hjemmehjælpere er husmorvikar-uddannede, men dette er i studien ikke tillagt vægt, fordi også husmorvikarerne i distriktet arbejder hos de, som tildeles hjemmehjælp. Det egentlige husmorvikararbejde er på dette tidspunkt på vej til at blive et arbejde, som også hjemmehjælperne tager (når der ikke uddannes flere husmorvikarer) og som i fremtiden vil blive overtaget af den nye gruppe omsorgsarbejdere.

(Spørgeskemaerne er vedlagt som bilag 5, s.527-538 og bilag 6, s.539-548).

1.10 Hovedlinier i studiens fund

1.10.1 En inter- og intrarollekonflikt

Rollebegrebet er indenfor samfundsforskningen et udbredt og anvendt begreb. Og måske hænger dette ikke mindst sammen med, at det anvendes både af sociologen og af hverdagsmennesket til at tolke mønstre i social adfærd. I udgangspunktet er begrebet da heller ikke videnskabeligt, men derimod snarere folkeligt kulturelt knyttet til teaterverdenen. I sociologien bruges rolleteori indenfor vidt forskellige retninger såsom f.eks. funktionalisme og symbolsk interaktionisme. Dette betyder med andre ord, at rolleteori kan have meget forskellige teoretiske tilhørsforhold og at det kan være forskellige dele i begrebet, som vægtes (Slagsvold 1995). I en forenklet oversigt kan man skelne mellem en vægtning af forventninger i specifikke positioner på den ene side og en vægtning af individuelle fortolkninger på den anden side. Ofte vægtes kun én af siderne i brugen af rolleteori. I det følgende ønsker jeg at anvende begge, men med udgangspunkt i den, som vægter forventningerne.

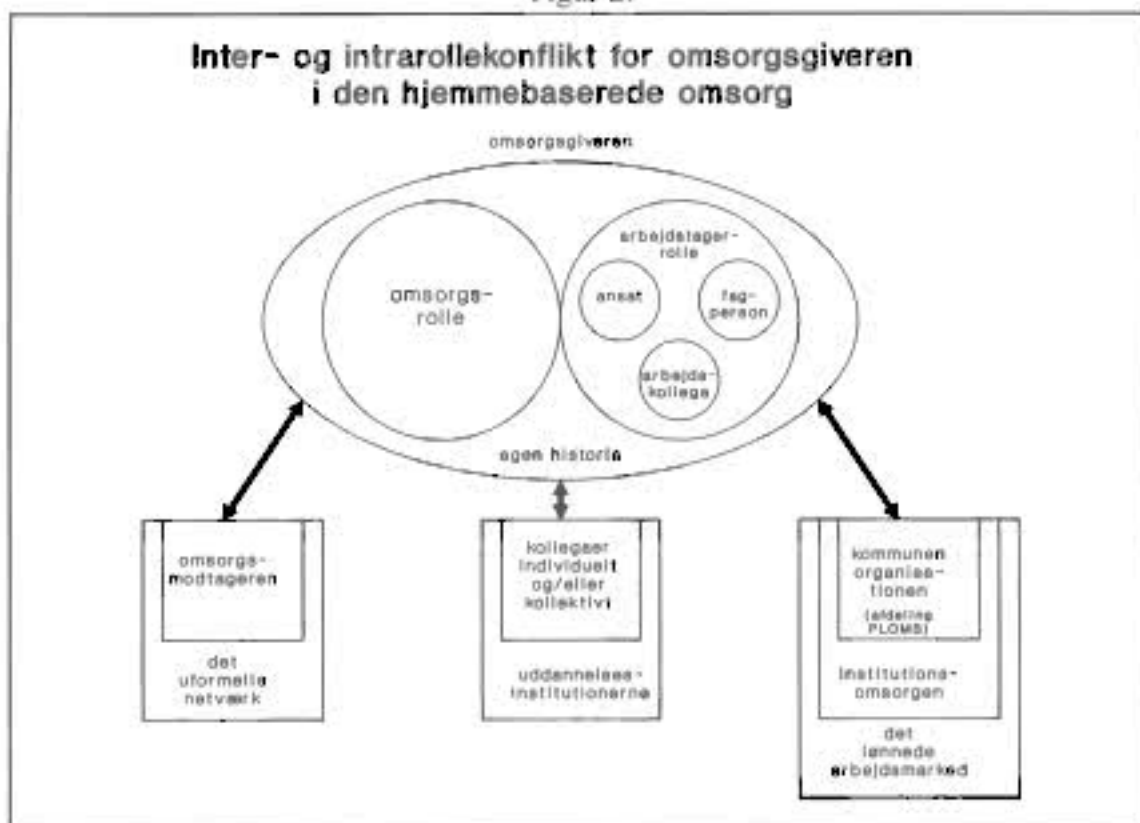
Når man i sociologien bruger begrebsparret *status* og *rolle*, er det fordi man kan tale om både en statisk og en dynamisk side ved at tilhøre en bestemt kategori (Østerberg 1984). Det statiske handler om en bestemt placering blandt

enten sideordnede eller rangordnede kategorier. Tager vi hjemmehjælperen som eksempel, kan vi betragte det at blive ansat som hjemmehjælper som at få *status* som hjemmehjælper, enten i forhold til ikke at være hjemmehjælper (ansat/ikke ansat) eller f.eks. i forhold til en placering under hjemmesygeplejen (underordnet/overordnet). Vilhelm Aubert (1964) klargører noget i begrebet *status*, når han i stedet bruger begrebet *stilling*, fordi han mener, at status i hverdags sproget i for høj grad er knyttet til en lagdelingsforståelse og dermed i for stærk grad bare associeres med denne rangordningsdimension fremfor også den sideordnede dimension, som han anser for ofte at være lige så vigtig. Når man taler om en *stilling* som hjemmehjælper, siger dette kun noget om en placering i forhold til en kategori, men ingenting om hvad det indbefatter at være hjemmehjælper, og det er denne vigtige del, som begreberne rolle og rolleadfærd handler om. En *social rolle* defineres som summen af de normer, dvs. forventninger, som knytter sig til en bestemt opgave eller stilling (status). Taler vi altså om rollen som hjemmehjælper, er det fordi vi vil fokusere på de forventninger, som knytter sig til denne stilling. For at markere, at der ofte er tale om forskellige forventninger til samme rolle, bruges tillige begrebet *rollesæt*, som altså defineres som summen af de forskellige forventninger, som knytter sig til indehaveren af en bestemt stilling. Dette behøver imidlertid ikke indebære, at rollens indehaver har en adfærd, som harmonerer med disse forventninger. Derfor bliver også begrebet *rolleadfærd* vigtigt, og det er specielt her, at det kan være

relevant at inddrage konkret empiri, som den f.eks. findes i denne studie, som kan afdække empirisk baserede rolleproblemer.

Når der findes forskellige forventninger til en stilling, findes der altid en potentiel fare for, at der opstår en *rollekonflikt* (eller -dilemma). Og her kan man skelne mellem en *intra-* og en *interrollekonflikt*. Man taler om en interrollekonflikt, når samme person skal være indehaver af flere roller samtidig og disse roller ikke harmonerer sammen. Problemet her er altså det at skulle indgå i flere forskellige roller samtidig. I intrarollekonflikten handler det derimod om, at en person er indehaver af en stilling, som der stilles forskellige og potentielt modstridende forventninger til. Her er problemet altså, at det er uklart, hvad rollen egentlig indebærer for dens indehaver (ibid.).

Figur 2:



Ofte kan det være vanskeligt at skelne mellem disse to konflikter, fordi forventningerne kan være meget sammenvævede. Men i denne sammenhæng har disse begreber vist sig at være frugtbare, fordi de kan være et redskab til at få indsigt i den komplekse rollesituation med indbyggede potentielle rollekonflikter, som omsorgsgiveren i den offentlige hjemmebaserede omsorg befinder sig i.

Jeg vil starte med at gennemgå intrarollekonflikten, fordi den kan give læseren et billede af, hvordan rollekonflikten så at sige ser ud udefra. Den giver en oversigt over, hvor de vigtigste påvirkningsfaktorer for det hjemmebaserede omsorgsarbejde kommer fra.

Når man ansættes i den hjemmebaserede omsorg som hjemmehjælper, hjælpeplejer eller sygeplejerske, findes der tre vigtige normsendere for denne stilling (se figur 2). Den første vigtige normsender er arbejdsgiveren, som i dette tilfælde er kommunen repræsenteret ved organisationen afdeling for Pleje og Omsorg (på figuren kaldt PLOMS). Når organisationen har ansat en hjemmehjælper, hjælpeplejer eller sygeplejerske, følger der med dette en række forventninger til den ansatte. Der er tale om påvirkningsfaktorer for arbejdet, som det forventes, at den ansatte følger. Disse faktorer er f.eks. konkretiseret i stillingsinstruksens angivelse af arbejdsområder, et princip om at vise respekt for hjælpemodtagerens vaner i hjemmet og et krav om tavshedspligt, men arbejdet påvirkes f.eks. også gennem den måde, det er organiseret på. Hvis en hjælpeplejer ansættes i en gruppe, forventes det eksempelvis af hende, at hun

ikke arbejder mere selvstændigt end at hun kan koordinere sit arbejde med gruppemedlemmernes. Forventninger om at følge bestemte normer indebærer samtidig forventninger om ikke at bryde dem. Et brud på f.eks. reglen om tavshedspligt kan i værste fald føre til opsigelse. Men der findes også mange typer brud på formelle regler, som accepteres og måske endda betragtes som positive, f.eks. at den ansatte i visse tilfælde arbejder ekstra uden at tage ekstra betaling. Det er derfor vigtigt at skelne mellem formelle og uformelle normer. Men ligeså vigtigt er det at betragte normerne som dynamiske størrelser, hvilket vil sige, at det også forventes, at normændringer følges. Ændres arbejdet fra et individuelt arbejde til et gruppearbejde, forventes det, at de ansatte indstiller sig på samarbejde. Begrænses tiden hos den enkelte hjælpemodtager, forventes det, at den ansatte enten arbejder hurtigere eller indstiller sig på at arbejde sådan, at den nye tid kan overholdes. Og sådan kan man nævne en lang række eksempler. Om normer og normændringer accepteres af de ansatte - hvis vi foreløbigt kun ser på relationen mellem arbejdsgiver og arbejdstager - afhænger både af magtforholdet mellem parterne og af i hvor høj grad de ansatte internaliserer normerne og dermed gør dem til deres egne. Magtforholdet er imidlertid klart karakteriseret ved, at arbejdsgiveren (kommunen) i kraft af sine stærke sanktionsmuligheder med opsigelser, forflytninger, ændring af arbejdsindhold m.v. har magt over sine ansatte, ligesom det er tilfældet i andre dele af det lønnede arbejdsmarked. Dette betyder på den anden side ikke, at der ikke findes mulig-

heder for modmagt blandt de ansatte.

Den anden normsender, som jeg opererer med, består altså af kollegaer. De kan være normsendere enten individuelt som enkeltmennesker, der påvirker rolleindehaverens arbejde i det daglige, eller det kan være kollektivt gennem f.eks. gruppesarbejde eller faglige organisationer. En erfaren kollega kan være en stærk normsender for en nyansat eller en uformel leder kan være en stærk normsender for medlemmerne af en gruppe. Kollegaer kan såvel individuelt som kollektivt udgøre en vigtig buffer i forhold til arbejdsgiverens krav til ansatte, men omvendt kan f.eks. en faglig organisation også sende normer til arbejdsgiveren, som derefter kan kanalisere disse tilbage til de ansatte. Det kan f.eks. dreje sig om etiske retningslinier for arbejdet.

Den tredje og på en måde vigtigste normsender at forholde sig til i denne sammenhæng er omsorgsmottageren. Dette må ses i lyset af, at netop eksistensen af denne omsorgsmottager repræsenterer det karakteristiske ved velfærdsstatens tjenesteydende eller hjælpende erhverv, at der ud over en arbejdstager og en arbejdsgiver findes en tredje part, altså omsorgsmottageren. Også omsorgsmottageren kan påvirke enten individuelt eller gennem omsorgsmottagerorganisationer. Men da sidstnævnte er meget lidt udbredt, i hvert fald når det gælder ældre⁷⁴, er det tilstrækkeligt at tale om omsorgsmottageren som

⁷⁴ Det er især blandt yngre funktionshæmmede, at der har vist sig at findes ressourcer til at etablere organisationer, som bl.a. har til formål at øge omsorgsmottagerens magt (se Gough 1993). Lignende forsøg, som dem, Gough viser i Sverige, findes også i Norge i tilknytning til Norsk Handicapforbund. Når det gælder ældre, findes ikke tilsvarende forsøg, selvom der findes interesseorganisationer for

en vigtig normsender i denne sammenhæng. Sammenligner vi f.eks. en hjemmehjælper med en industriarbejder, vil man også hos denne kunne definere arbejdsgiveren og kollegaerne som vigtige normsendere. Men her findes ingen tredje part med menneskelige behov, forventninger og krav, hvilket er tilfældet for hjemmehjælperens arbejde. Denne normsender - altså hjælpemodtageren - kan være så stærk, at den ansatte bryder såvel normer fra arbejdsgiveren som normer fra kollegakollektivet. Det vil bl.a. afhænge af det specifikke ved den konkrete relation, som skabes mellem hjemmehjælper og modtager, men det vil også afhænge af, hvilke normer hjemmehjælperen har internaliseret og i hvilken grad, de er internaliseret.

Som det fremgår af figuren (s.63), betragter jeg altså kommunen, kollegaerne og omsorgsmottagerne som de tre hovednormsendere for omsorgsgiverrollen. Intrarollekonflikten består derfor i, at disse tre aktører sender forskellige normer til omsorgsgiveren. Når jeg taler om hovednormsendere, er det for at pointere, at der også findes normsendere bagved eller i tilknytning til disse. I forhold til kommunen som arbejdsgiver, ansvarlig for indholdet og tilrettelæggelsen af arbejdet i den hjemmebaserede omsorg, viser denne studie, at såvel institutionsomsorgen som det lønnede arbejdsmarked er vigtige normfelter, der påvirker den hjemmebaserede omsorg. Et enkelt eksempel på sidstnævnte er *bruger*-begrebet,

ældre, f.eks. Pensjonistforeningen.

som egentlig hører til en markedstænkning knyttet til et privat marked, men ikke desto mindre overføres til den hjemmebaserede omsorg og påvirker tænkemåden om hjælpemodtagerne her. Når det gælder kollegaerne, har jeg placeret uddannelsesinstitutionerne⁷⁵ bag ved disse, fordi de har betydning i forhold til de ansattes erhvervssocialisering og dermed bl.a. den måde, de møder det hjemmebaserede omsorgsarbejde på. Det kan være gennem generelle holdninger til den hjemmebaserede omsorg eller det kan - specielt for sygeplejerskernes vedkommende - være en bestemt sygdomsopfattelse, som medbringes til det åbne omsorgsarbejde. Når det gælder omsorgsmodtageren, har jeg i tilknytning til denne placeret det uformelle netværk som en bagvedliggende normsender. Her tænker jeg først og fremmest på pårørende, da det er disse, som oftest får talerørsfunktion for hjælpemodtageren, men det kan også være andre typer uformelle hjælpere som naboer, venner m.fl.

Måske kan figuren til en vis grad give indtryk af, at omsorgsgiveren bare træder ind i en rolle (uanset det komplekse i den), som på forhånd er fastlagt gennem de forskellige forventninger, som hører til denne rolle, og dette er netop en fare, som følger af at bruge et rollebegreb, hvor kun forventningssiden er vægtet som i en typisk funktionalistisk indfaldsvinkel til roller. Den anden

⁷⁵ For hjemmehjælpernes vedkommende findes ingen formelle og fælles uddannelsesinstitutioner på samme måde, som det gælder for hjælpeplejerne og sygeplejerskerne, selvom også kursusvirksomhed og frivillig uddannelse kan have vigtig socialiseringsmæssig betydning. Etableringen af omsorgsarbejderuddannelsen, som mange hjemmehjælpere kommer til at gå ind i, ændrer imidlertid dette billede noget, men det er en ændring, som ikke hører med til denne studie, fordi den ikke indgår i denne studies empiriske materiale.

vigtige del handler som nævnt om den enkeltes fortolkninger af disse forventninger. Den ene måde, hvorpå jeg har forsøgt at inddrage dette i figuren, er ved at lade pilene gå begge veje og dermed vise, at der er tale om samspil og relationer mellem parter, som kan have forskellig magt. Hvis vi tager relationen mellem arbejdstageren og arbejdsgiveren som eksempel, er der ikke bare tale om en envejskommunikation i magtforholdet, men man kan som allerede anført, også tale om modmagt her. Det er f.eks. karakteristisk for hjælpeplejerne og sygeplejerskerne, at deres arbejde sammenlignet med et tilsvarende arbejde på f.eks. et sygehus i højere grad har karakter af at være et selvstændigt arbejde. Desuden er det åbne omsorgsarbejde for arbejdsgiveren mindre kontrollerbart, når det udføres i hjælpemodtagernes private hjem. Der findes således en vis grad af indbygget frihed i dette arbejde grundet et rum, som er unddraget arbejdsgiverens kontrol. Den traditionelle måde at tænke modmagt på, når det gælder relationen mellem arbejdstagere og deres arbejdsgivere på det lønnede arbejdsmarked, handler ellers om kollektivitet, altså om en eller anden form for kollega-sammenslutning med funktion som buffer eller modpart til arbejdsgiveren. F.eks. kan dette være de faglige organisationer for henholdsvis hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker, men det kan også være fællesskaber på et langt mere uformelt grundlag. I løbet af min analyse vil det blive klart, at modmagt i den åbne omsorg baserer sig på noget andet end kollektividéen, som der tværtimod findes meget lidt basis for, og dette gælder specielt hjemmehjælperne.

Og én af de vigtigste grunde til dette er, at den ansatte må gå ind i det, jeg har valgt at kalde en "omsorgsrolle" (se figuren s.63), dvs. at den ansatte nødvendigvis må forholde sig til det menneske, som hun giver hjælp. En anden måde, hvorpå jeg har forsøgt at lade fortolkningsdelen indgå i figuren, er ved at jeg inde i omsorgsgiver-rolle har gjort plads til en "egen historie"; det er gennem denne, at hver enkelt ansat vil give omsorgsgiverrolle sit individuelt specifikke indhold og præg på grundlag af sit unikke liv. Mennesker udfylder ikke bare i forvejen eksisterende og fastlagte positioner; de fortolker dem og giver dem hver især deres eget individuelle præg. Det er denne vigtige del, den fortolkningsmæssige side af rollebegrebet handler om. Hermed er vi kommet til den del, som man kan kalde omsorgsgiverens interrollekonflikt, og som i figuren udgøres af indholdet i omsorgsgiver-ringen. Det er et forsøg på at gå ind og forstå rollesituationen fra omsorgsgiverens synsvinkel.

Når man ansættes i den hjemmebaserede omsorg, kan man sige, at man får status som ansat, som arbejdskollega og som fagperson.⁷⁶ Man er ansat i relation til kommunen, arbejdskollega i relation til kollegaer individuelt eller kollektivt, og man er fagperson som et resultat af sin erhvervssocialisering, dvs. uddannelse og hele den kultur, som knytter sig til en uddannelse. De forventninger, som

⁷⁶ Min inspiration til denne rollespecificering er hentet fra Sverre Lysgaards studie fra 1961 *Arbejderkollektivet*. Lysgaard inddeler en arbejdstagers status i ansat, underordnet og menneske. Som ansat tilsluttes arbejdstageren det teknisk/økonomiske system, som underordnet det kollektive system og som menneske det menneskelige system. Sameksistensen af disse tre systemer udgør arbejdsorganisationen.

tilsammen rettes mod omsorgsgiveren fra disse kanaler, kalder jeg for arbejdstagerrollen. (Hvad dette mere konkret indebærer og hvorfor man kan slå disse tre status'er sammen til en rolle, kommer først til at fremgå, når jeg konkretiserer dette senere.) Hvis ikke omsorgsgivernes arbejde var karakteriseret ved, at arbejdet modtages af mennesker, som på en eller anden måde forholder sig til det, reagerer på det, tolker det osv., ville det ikke være nødvendigt at tale om flere roller udover arbejdstagerrollen. Men fordi der findes dette specielle træk, bliver det ikke bare vigtigt, men af helt central betydning også at tale om en omsorgsrolle (se igen figuren s.63), altså en rolle som skabes og udvikles først og fremmest i samspil med omsorgsmottageren. Jeg mener altså, at man kan tale om to typer roller for omsorgsgiverne i den hjemmebaserede omsorg: en omsorgsrolle, som først og fremmest relaterer sig til omsorgsmottageren, og en arbejdstagerrolle, som relaterer sig først og fremmest til kollegaer og arbejdsgiveren. Siden der er tale om to forskellige typer roller, som relaterer sig til forskellige aktører med forskellige forventninger, findes der en potentiel fare for konflikt, og dette udgør interrollekonflikten.

Hos hjemmehjælperne finder jeg en interrollekonflikt mellem det, jeg kalder en *arbejdstagerrolle* og en *husmorrolle*, mens jeg hos de ansatte i hjemmesygeplejen finder en interrollekonflikt mellem *en rolle orienteret mod opdrag* og *en rolle orienteret mod personligt individualiseret omsorgsarbejde*. Arbejdstagerrollen og den opdragsorienterede rolle er altså specificeringer af den

fælles arbejdstagerrolle, mens husmorrollen og rollen orienteret mod personligt individualiseret omsorgsarbejde er specificeringer af omsorgsrollen.⁷⁷

Disse forskellige roller på omsorgsgiversiden kan siges at afstikke rammerne for de roller, som jeg senere finder på omsorgsmottagersiden (uden at disse skal uddybes her). Det samlede sæt af roller på både giver- og mottagersiden både styrkes af og styrker selv bestemte processer i arbejdet, og disse skal jeg introducere i det følgende. Men som en begyndelse til at få et indtryk af, hvordan disse processer kommer ind i billedet, kan man forestille sig, at de forskellige cirkler og bokse i figuren bevæger sig, at de ikke nødvendigvis alle sammen er til stede hele tiden og at styrken af de forskellige påvirkningskræfter kan ændre sig. Figuren giver med andre ord bare et forenklet og statisk billede af rollesituationen, den indeholder ikke elementer af ændring. Men faktisk finder der hele tiden ændringer sted og disse ændringer fører til forskydninger i rollesituationen. På ét niveau er det netop disse forskydninger, processerne handler om.

1.10.2 Idealtypiske processer

Når der sker ændringer i status'en som fagperson, som ansat og som

⁷⁷ Måske kan det ud fra en umiddelbar betragtning virke lidt uhensigtsmæssigt, at jeg hos hjemmehjælperne bruger samme rollebegreb (arbejdstagerrollen), men dette må forstås som en følge af, at det netop handler om i det hele taget at gå ind i en type rolle som lønnet arbejdstager.

arbejdskollega, ændrer arbejdstagerrollen sig. Når denne rolleændring i hjemmehjælpsarbejdet i sin kerne handler om, at arbejdet ændrer sig fra at være uformelt og ulønnet med arbejdshistoriske rødder i husmor- og hushjælpsarbejdet til at blive offentligt og lønnet, kan denne proces idealtypisk kaldes for en *professionalisering*, fordi der grundlæggende er tale om en stigende integrering på et offentligt arbejdsmarked og dermed en langsomt voksende lighed mellem hjemmehjælpsarbejdet og traditionelle professionelle erhverv. At bruge professionaliseringsbegrebet i forhold til hjemmehjælpsarbejdet tjener med andre ord det formål at synliggøre en vigtig grundlæggende udvikling i arbejdet. Med **professionalisering** vil jeg altså indkredse den proces, som indebærer, at hjemmehjælperne som arbejdstagere og hjemmehjælpsarbejdet som en specifik type omsorgsarbejde i stigende grad integreres på et offentligt lønnet arbejdsmarked med de regler og normer, som hersker her. Denne ændring sker imidlertid ikke gnidningsfrit, både fordi en "gammel" bevidsthed kan blive hængende også hos de nye (arbejdstager-)rolleindehavere og fordi overgangen til en ny rolle kan vække modstand, når rolleindholdet fortolkes individuelt. Med andre ord indfanger professionsbegrebet ikke alle vigtige ændringer i hjemmehjælpsarbejdet. Derfor bliver det vigtigt også at tale om det, jeg har valgt at kalde *modprofessionalisering*. **Modprofessionaliseringen** handler om hjemmehjælpernes enten bevidste eller ubevidste modstand mod normer og værdier i den dominerende proces og om elementer af f.eks. organisationsmæssig

karakter, som giver mulighed for at øve modstand mod den dominerende udvikling. Siden det er kommunen (arbejdsgiveren), som for hjemmehjælpernes vedkommende må siges at være den stærkeste påvirkningsfaktor for deres rolle som omsorgsgivere, er det først og fremmest arbejdstagerrollen, som styrkes af og imødekommer professionaliseringen, mens det er omsorgsrollen, som styrkes og imødekommes af modprofessionaliseringen.

Når det gælder udviklingen i hjemmesygeplejearbejdet i et historisk perspektiv har dette flere lighedstræk med udviklingen af hjemmehjælpsarbejdet, når det gælder ændringerne fra ulønnet til lønnet arbejde. Men en vigtig forskel er, at hjemmesygeplejearbejdet ikke bliver en helt ny type arbejde i den lønnede produktion i samme forstand som hjemmehjælpsarbejdet og det oprettes som nævnt med henblik på aflastning af institutionssygeplejen. Herefter eksisterer i princippet to muligheder for udvikling. Den ene handler om, at hjemmesygeplejearbejdet udvikler sig til at blive en specifik type arbejde med specifikke normer og værdier tilknyttet, og den anden handler om, at arbejdet overtager de karakteristika, som er knyttet til institutionsomsorgen. Denne studie viser, at det er den sidstnævnte udvikling, som har domineret. Derfor kalder jeg den idealtypiske proces i hjemmesygeplejearbejdet for *institutionalisering*, en proces som i sin kerne handler om at overføre normer og værdier fra institutionsomsorgen til hjemmesygeplejen. Institutionalisering i den forstand indebærer altså, at rollen som arbejdstager, specificeret ved at være ansat,

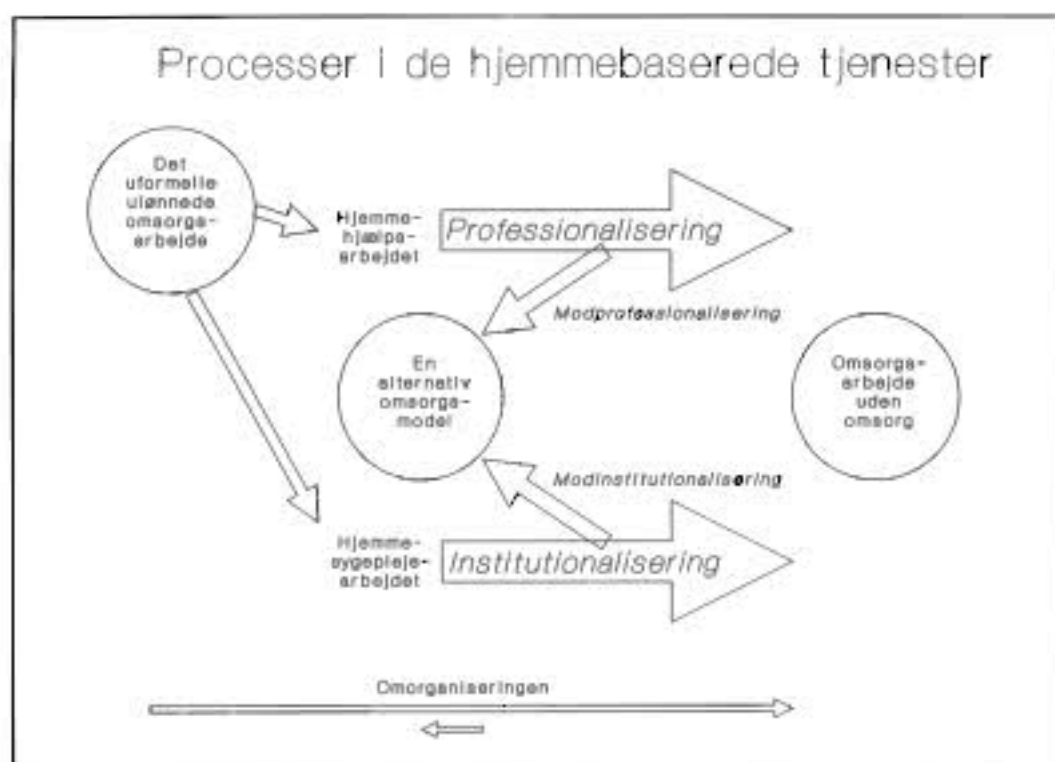
arbejdskollega og fagperson, ændrer sig hen imod en typisk rolle indenfor institutionssygepleje, oftest karakteriseret som en behandlerrolle, altså orienteret mod centrale principper som behandling (fremfor forebyggende arbejde), specialisering og resultatorientering i arbejdet. Institutionalisering af et arbejde indebærer, at arbejdet tilføres stadig flere regler, at det holder sig indenfor stadig fastere rammer, dvs. at det afgrænses i forhold til andet arbejde og at tilrettelæggelsen og organiseringen af arbejdet bliver stadig mere konkret og standardiseret (fælles). Med **institutionalisering** vil jeg altså indkredse den proces, der handler om, at de ansatte i hjemmesygeplejen som omsorgsgivere og hjemmesygeplejearbejdet som en specifik type sygeplejearbejde i stigende grad overtager og præges af normer og værdier fra institutionsomsorgen. Heller ikke her er der tale om en gnidningsfri ændringsproces, hvilket viser sig at have sammenhæng med, at der findes potentialer for at udvikle en alternativ omsorgsmodel til institutionsomsorgen i hjemmesygeplejen. For at pege på denne modkraft vil jeg også tale om en *modinstitutionalisering*. Med begrebet **modinstitutionalisering** vil jeg indkredse dels hjælpeplejernes og sygeplejerskernes bevidste eller ubevidste modstand mod normer og værdier i institutionsomsorgen, som ikke harmonerer med de specifikke forhold i den hjemmebaserede omsorg, dels f.eks. de organisationsmæssige forhold, som giver muligheder for at bryde med elementer fra institutionsomsorgen.

Det fælles for de to processer er, at de begge handler om at rykke nærmere

og nærmere hen til de normer og værdier, som findes på det lønnede arbejdsmarked. Der findes således fællestræk i de to processer, men hvor det i hjemmehjælpsarbejdet handler om de problemer, som knytter sig til at blive en del af det offentlige arbejdsmarked i det hele taget, handler det altså i hjemmesygeplejen snarere om at overtage karakteristika fra den del af arbejdsmarkedet, hvor omsorgsarbejdet varetages på institutioner på trods af, at arbejdet er "åbent", altså foregår i omsorgsmottagerens hjem.

Figuren nedenfor skal give læseren en oversigt over det, som studien viser findes af ændringer i den hjemmebaserede omsorg. I den forstand er figuren et vigtigt supplement til det øjebliksbillede, som figur 2 over intra- og interrollekonflikten giver.

Figur 3:



Når det gælder den omsorgsmodel, som professionaliseringen og institutionaliseringen bevæger sig hen mod (se figur 3), vil den empiriske analyse indkredse indholdet i denne og dermed også give en forklaring på den.

1.11 Afhandlingens disposition

Jeg skal i kapitel 2 starte med at redegøre for hvilke hovedprincipper, som kan siges at ligge til grund for gennemførelsen af denne studie og disse principper vil jeg reflektere nærmere over ved at diskutere dem i forhold til en relevant sociologisk metodologisk ramme. I lyset af denne ramme vil jeg da gå nærmere ind i forskningsprocessen for denne studie og herunder belyse de metoder, jeg har anvendt. Da analysearbejdet knyttet til denne studie for en stor del kan karakteriseres som et begrebsudviklingsarbejde, vil jeg i slutningen af dette metodekapitel også diskutere sider ved det at anvende etablerede sociologiske begreber.

I kapitel 3 vil jeg redegøre for, hvordan strategierne om decentralisering, samordning, fleksibilitet og hjemliggørelse har ført til en omorganisering af det hjemmebaserede omsorgsarbejde i hoveddistriktet og hvilke konkrete ændringer, dette fører til i forhold til det daglige arbejde for hjemmehjælpere og de ansatte i hjemmesygeplejen i distriktet.

I kapitel 4 vil jeg dernæst give et nærmere indblik i, hvem hjemmehjælperne

og de ansatte i hjemmesygeplejen i denne studie er, og det er her et vigtigt moment, at dette foregår i et komparativt lys, som i højere grad vil kaste lys over forskelle end ligheder. Siden hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen stort set kun består af kvinder, bliver det her væsentligt at vise, hvilke forskellige typer kvindelige livsløb, informanterne kan siges at repræsentere. Det bliver således netop vigtigt, at mens hjemmehjælperne i denne studie hører til den generation kvinder, som ikke var unge længere, da de store ændringer for kvinder begyndte, er dette derimod i højere grad tilfældet for de ansatte i hjemmesygeplejen. Både kapitel 3 og 4 kan betragtes som grundlag for de resterende kapitler i afhandlingen frem til afslutningen, fordi de (sammen med indledningskapitlet som den mere generelle del) tilsammen vil give en baggrundsramme for at kunne give indsigt i de konkrete rolledilemmaer, som jeg finder.

Kapitel 5 er en indkredsning af rolledilemmaer på omsorgsgiversiden. Her går jeg i dybden med at udrede indholdet i de roller, som jeg finder hos henholdsvis hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen, og på baggrund heraf vil jeg indkredse, hvorfor de opstår og hvordan de kommer til udtryk.

Kapitel 6 knytter sig til kapitel 5 i den forstand, at også dette kapitel handler om omsorgsgiversiden. Dette kapitel skal såvel videreføre resultaterne fra det empiriske arbejde som videreføre den teoretiske diskussion om omsorgsbegrebet. Det er et kapitel, som tager udgangspunkt i at indkredse det helt konkrete

indhold i henholdsvis hjemmehjælpsarbejde og hjemmesygeplejearbejde og derudfra diskuteres de mere generelle bestanddele af arbejdet og de forskellige kundskabsformer, som kan knyttes til disse forskellige bestanddele. Her bliver det komparative aspekt igen vigtigt, fordi det kan bidrage til at tydeliggøre vigtige sider ved arbejdet.

I kapitel 7 behandler jeg omsorgsmottagersiden ved at fremstille typer af modtagere, som jeg finder i hoveddistriktet. Særlig vigtigt bliver det her at fokusere på overgange i den sociale aldring, fordi denne er forskellig for kvinder og mænd. Også i dette kapitel vil jeg afslutte med at sammenfatte de mere generelle bestanddele, her af afhængigheden, som jeg anser for at være et udgangspunkt for modtagersituationen. Formålet med kapitlet er således også såvel at give indsyn i som nuancere forståelsen af at være afhængig af velfærdsstaten.

Kapitel 8 er dels et begyndende sammenfatningskapitel, men også et særskilt kapitel om omsorgsmødet. Her forsøger jeg at gå dybere ind i, hvad der sker i mødet mellem omsorgsgiver og omsorgsmottager og det er her en hovedpointe, at dette møde må betragtes som et selvstændigt og nyt socialt produkt, som både udgør noget andet og noget mere end det, som henholdsvis omsorgsgiveren og -mottageren hver især har med sig til dette møde. Også her skal jeg videreføre den teoretiske diskussion i forhold til omsorgsbegrebet.

Kapitel 9 er det afsluttende kapitel og har to hovedformål. Dels bliver det

vigtigt at redegøre for, hvordan denne studie kan bidrage til at forstå udviklingen indenfor den offentlige hjemmebaserede omsorg. Dels bliver det vigtigt at redegøre for de teoretiske implikationer, den empiriske analyse har; det vil sige på hvilken måde denne empiriske studie kan siges at tilføre den teoretiske diskussion om omsorgsarbejde flere momenter. Studien er en videreføring af et arbejde, som har været igangsættende for en sådan diskussion (Wærness 1982); derfor bliver det vigtigt at få videreført den både ud fra de mere specifikke historiske ændringer, som er sket, og ud fra de nye indsigter, som nye empiriske studier potentielt kan give.

Kapitel 2

Metodiske, metodologiske og teoretiske refleksioner - om begrebsudvikling

2.1 Indledning

Da jeg startede denne studie, havde jeg et ønske om at foretage en kvalitativ eksplorerende analyse af det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde. Jeg havde ingen konkrete idéer om studiens mål, jeg havde få idéer om vejen til målet og var desuden usikker på, om der fandtes et mål. Men én ting har jeg følt mig sikker på hele tiden, nemlig måden at bevæge mig på denne lange vej på. Og denne *måde* handler om, at jeg igennem hele forskningsprocessen har tilstræbt, så langt det var muligt, at lade aktørerne give mig indsigt i deres subjektive fortolkninger af det at give eller modtage hjemmehjælp eller hjemmesygepleje og det at give eller modtage omsorg indenfor disse tjenester. Forskningsprocessen har derfor i ringe grad været forhåndsplanlagt, men er et resultat af den lange række valg knyttet til at tilstræbe størst mulig respekt for empirien. Det er i forlængelse af dette ønske om at tilstræbe respekt for empirien, at det viser sig, at analysearbejdet ikke kan gøres til nogen selvstændig del af forskningsprocessen, men tværtimod kun fungerer, når jeg knytter den tæt sammen med empirien og indhentningen af empiri. Det viser sig, at forsknings-

processen ikke kan opstykkes i dele eller adskilte faser, men bliver én lang sammenhængende enhed¹ med analysearbejdet som fremdriftsmiddel. Det betyder også, at analysearbejdet bliver et kreativt arbejde og får karakter af at være en proces, som begynder, da studien begynder og i princippet (selvom den skal slutte formelt) aldrig vil slutte. Respekten for empirien implicerer en empirinærhed, og det er denne empirinærhed, som kommer til at betyde, at analysearbejdet i denne studie får karakter af et begrebsudviklingsarbejde, dvs. et arbejde med at analysere mig frem til begreber og en anvendelse af disse begreber i forhold til den videre analyse. Begrebsliggørelsen får således på én gang til formål at fastholde og at videreudvikle empirien.

To hovedmomenter i forskningsprocessen knyttet til denne studie er således ønsket om at tilstræbe empirinærhed og begrebsudvikling. Jeg vil starte med at udrede og reflektere over et grundlag for at knytte disse hovedmomenter sammen til en metodologisk ramme, hvorefter jeg vil give indsigt i den praksis, som disse refleksioner er baseret på. Kapitlet som helhed må betragtes som en efterrationalisering af et udført forskningsarbejde og er således ikke en afspejling af opdagelsesprocessen, som også vanskeligt kan videreformidles. Kapitlets sidste del vil være koncentreret om de hovedbegreber, som udvikles i denne studie, og

¹ Det er i sociologi-uddannelsen let at få det indtryk, at forskningsprocessen er en lineær proces med adskilte faser, som handler om udformning af problemstilling, fremstilling af hypoteser, indsamling af empiri, analysearbejde og endelig en hypotesediskussion. Og selvom dette er en fremstilling, som oftest knytter sig til indlæring af den kvantitative analyse, har den let ved at overføres også til den kvalitative analyse, og måske specielt, når denne ikke får tildelt samme status.

i forlængelse heraf nogle refleksioner over brugen af sociologiske begreber i forhold til at arbejde empirinært og eksplorerende.

2.2 Det empirinære forskningsarbejde

På baggrund af de erfaringer, som knytter sig til gennemførelsen af denne studie, finder jeg, at mindst tre momenter er af væsentlig betydning for forskerens mulighed for at arbejde empirinært. Det drejer sig om momenter knyttet til forskeren, til feltet og til et perspektivvalg. I forlængelse af en gennemgang af disse skal jeg forsøge at komme i dybden med indholdet i denne empirinærhed.

Når man som forsker møder det felt, man har valgt at bevæge sig ind i, møder man det med en kundskab. Denne kan f.eks. bestå af sociologisk teoretisk kundskab² og måske består den også af færdighedskundskab, hvis forskeren har forskningserfaringer fra tidligere. Men selvom feltet f.eks. skulle være kendt fra før, må der nødvendigvis altid udvikles nogen ny kundskab, herunder også færdighedskundskab. Den (nye) kundskabsproduktion, som finder sted i løbet af forskningsprocessen, vil med andre ord altid være en videreførelse af en allerede eksisterende kundskab. Dette betyder ikke, at der ikke kan afdækkes nye ting

² Og fordi forskeren, ligesom alle andre samfundsmedlemmer, deltager i hverdagskulturer, vil den altid også bestå af hverdagskundskab.

gennem forskning (tværtimod), men det betyder, at forskeren altid i en eller anden grad vil være teoriladet i sin tilgang til et felt. Der er ingen grund til at gøre teoriladetheden til et problem, da den kan være et fortrin for analysearbejdets fremdrift, og måske specielt hvis den af forskeren angribes som en "forudsætningsbevidsthed", jf. en fænomenologisk tradition (Kvale 1978). Hvis der derimod bliver tale om teoristyring, findes der større grund til at problematisere dette, i hvert fald hvis det er et ønske at arbejde empirinært. At være bevidst om teoriladethed og mulighederne for teoristyring anser jeg altså for at være ét vigtigt moment knyttet til forskeren, når arbejdet tilstræbes at være empirinært.

Et andet moment er knyttet til det felt, som forskeren går ind i, idet feltet kan signalisere behov for større eller mindre grad af eksplorerende analyser. Valg af analyseform forklares ofte på baggrund af karakteristika ved feltet eller mere specifikt det sociale fænomen, som skal studeres. Det har været hævdet, at den kvalitative analyse bliver særlig vigtig, når der fra før findes meget lidt systematisk kundskab om fænomenet (Holter 1982, Starrin 1994) og når det er vigtigt at få indsigt i fortolkende processer, altså fænomener som man kan få indsigt i gennem at studere menneskers erfaringer med et fænomen (Blumer 1986 [1956], Kvale 1978). Sidstnævnte implicerer også, at der er tale om et fænomen, som er relativt vanskeligt at gribe fat i. Den offentlige hjemmebaserede omsorg som et socialt fænomen opfylder både denne implikation og kundskabskriteriet

(en grad af uudforskethed). Man kan ikke uden videre bare gå ud og måle f.eks. kvaliteten af et omsorgsarbejde (Slagsvold 1994). Og selvom der er i færd med at vokse en tradition frem for omsorgsforskning (jf. kap.1.6), har det kvindelige omsorgsarbejde generelt betragtet en historik, hvor usynliggøring og underordnet er kerneelementer, som gør det vanskeligt at argumentere for, at der ikke findes behov for mere og systematisk kundskab om dette felt. Det har også været hævdet, at den kvalitative analyse er frugtbar, når sociale fænomener er ustabile (Blumer 1986 [1956]:139, Starrin 1994:31). Lad os se lidt nærmere på denne påstand, da den også kan lede ind på det tredje vigtige moment for muligheden for empirinærhed, nemlig perspektivvalget. Det er en implikation i dette, at kvalitative analyser ikke er nødvendige, når sociale fænomener er stabile. Et umiddelbart problem, som her melder sig, er, hvilke kriterier man skal anvende for at afgøre, om der findes stabilitet. Desuden kan et perspektivvalg have en sådan karakter, at fænomenet fremstår som stabilt, men slet ikke er det fra et andet perspektiv. Tager vi den offentlige ældreomsorg som eksempel og ser på denne fra et globalt perspektiv, har Norge en af de mest velregulerede ældreomsorgsordninger i verden, fordi velfærdsstaten er etableret og fungerer som et sikkerhedsnet for alle med risiko for på et eller andet tidspunkt at få behov for offentlig hjælp, når man når til pensionistfasen (jf. også indledningskapitlet). Politisk har velfærdsstaten først og fremmest sin tilknytning til en socialdemokratisk bevægelse, som mere end nogen anden har haft funktion

som udvikler, opretholder og videreudvikler af velfærdsstaten og dens idéer (Hatland 1992), og som siden anden verdenskrig har haft en stærk forankring i de skandinaviske lande. Fra dette makroperspektiv er det svært at se nogen betydningsfulde ændringer indenfor den offentlige omsorg. Tværtimod giver den indtryk af stabilitet og orden. Går vi lidt tættere på og indtager et nationalt perspektiv, begynder fænomenet at blive noget mere ustabil, hvilket reformerne og lovændringerne er tydelige tegn på (jf. kap.1.3 og appendix). Men mest tydelig bliver denne ændringsproces, når vi indtager et mikroperspektiv og går tæt på et konkret empirisk felt, f.eks. den offentlige hjemmebaserede omsorg i et konkret distrikt. Da ændres billedet hurtigt til et socialt fænomen i omfattende og intensiv ændring. I denne studie er intensiteten af disse ændringer specielt knyttet til en omfattende omorganisering af hele den hjemmebaserede omsorg, og derfor kunne man måske sige, at ændringerne ikke havde været så stærke uden omorganiseringen. Men det betyder langt fra, at den offentlige hjemmebaserede omsorg havde været stabil uden denne omorganisering. Man kan sige, at omorganiseringen på en måde blot forstærker nogle mere grundlæggende processer i arbejdet og dermed også gør disse mere tydelige. Eller man kan sige, at der findes visse stabiliserende elementer i den offentlige ældreomsorg, men at disse elementer ikke alene kan give et (tilstræbt) adækvat billede af dette felt, når der også findes ikke-stabiliserende elementer. Stabilitetskriteriet må således siges at være noget problematisk, hvis der heri findes en implikation om, at det er

muligt at gøre objektive vurderinger af dette og at kvalitative analyser til tider ikke vil være nødvendige.

Også perspektivvalget har været hævdet at være centralt for valg af en kvalitativ analyse. Men hvad skal man egentlig forstå ved et mikroperspektiv eller et nedefraperspektiv, som det ofte også kaldes. Den svenske omsorgsforsker Rosmari Eliasson (1987) diskuterer spørgsmålet om perspektivvalg og peger på nødvendigheden af at bruge flere perspektiver. Og det, som for denne sammenhæng er vigtigt i forhold til dette, er, at hun peger på, at et perspektivvalg ikke kun handler om at se et fænomen fra én parts side, men også om kvaliteten i denne relation. Denne kvalitet kan f.eks. handle om respekt og solidaritet eller den kan omvendt handle om formynderi. Dette betyder, at perspektivvalg i sidste ende er et udtryk for forskerens mere grundlæggende syn.

"Perspektivvalet handlar därmed också om forskarens grundsyn på människan i samhället, på sin egen roll och uppgift som forskare och på förhållandet vetenskap-praktik." (Eliasson 1987:21).

Perspektivvalg handler om at vælge distance eller nærhed til et socialt fænomen ud fra mere grundlæggende syn, som indgår i forskerens baggrund. Egon G. Guba (1990) indkredser den baggrund og de valg, som ligger til grund for forskerens arbejde, gennem paradigme-begrebet³, som handler om en stillingtagen til et ontologisk, et epistemologisk og et metodologisk spørgsmål.

³ Paradigmebegrebet er udviklet af Thomas Kuhn, men er jf. Guba (1990) brugt af Kuhn på mange forskellige måder.

Knyttets perspektivvalget til en sådan paradigme forståelse, handler det således om, at forskeren udfører sit arbejde på baggrund af en stillingtagen til grundlæggende (filosofiske) spørgsmål om forståelse af verden og mulighederne for at få tilgang til kundskab om denne verden. Der findes en tendens til at knytte metoder, her forstået som de teknikker, der anvendes i en studie (som f.eks. en survey eller ustrukturerede interview), sammen med bestemte epistemologiske forståelser, og dette kan iøvrigt anses for at være en vigtig grund til den til tider noget diffuse debat om kvalitative versus kvantitative metoder (Bryman 1984, Finch 1986). Hovedskellet i det epistemologiske spørgsmål kan regnes for at bevæge sig mellem en positivistisk⁴ og en fænomenologisk tilgang, hvor førstnævnte handler om en objektiv ikke-interagerende relation til de udforskede, mens sidstnævnte derimod handler om at indgå i en dialog, sådan at både forskeren og informanterne bliver subjekter i forskningsprocessen. Mens data i den førstnævnte tilgang betragtes som facts, betragtes de derimod i den fænomenologiske tilgang som (ikke neutrale) meningsfortolkninger, dvs. at de i en eller anden grad i deres yderste konsekvens kan antages at være politiske (Finch 1986). Verden er således i den fænomenologiske forståelse ikke uden videre tilgængelig, den både er fortolket og må fortolkes. I forhold til at gennemføre et forskningsarbejde kan en stillingtagen til det epistemologiske spørgsmål således betragtes som afgørende; svaret på det ontologiske vil ligge

⁴ Det forudsættes her, at denne retning har naturvidenskaben som ideal.

implicit i dette, og det metodologiske kan siges at udgøre en følge af det epistemologiske svar. Spørgsmålet om hvilken konkret metode forskeren da anvender, vil ikke være direkte afledt af, men snarere adskilt fra disse grundlæggende betragtninger.

Når det gælder mit perspektivvalg, vil jeg kalde dette for et sociologisk indefraperspektiv, fordi der er tale om at forsøge at få indsigt i omsorgsarbejdet ud fra de fortolkninger, som henholdvis forskellige omsorgsgivere og omsorgsmodtagere giver⁵. Studien kan således betragtes som kvalitativ og eksplorerende på baggrund af dette epistemologiske ståsted, og dette må samtidig ses uafhængigt af, at jeg bruger forskellige metoder og har et empirisk materiale, som består af både kvalitative og kvantitative data. Jeg skal i det følgende forsøge at inddrage dele af en sociologisk tradition, som kan danne grundlag for et sådant ståsted med konsekvenser altså for metodologien.

Aktørperspektivet⁶ indenfor sociologi indeholder forskellige retninger, men det er særligt den symbolske interaktionisme, som viser sig at være frugtbar for

⁵ Jeg har valgt at kalde det for et "indefraperspektiv" til forskel fra det ofte brugte "nedefraperspektiv", fordi mine informanter, når det gælder giversiden hierarkisk er placeret forskellige steder. Når det gælder det "sociologiske" bruger jeg denne betegnelse for at holde det adskilt fra et psykologisk (indefra)perspektiv.

⁶ Det er en klassisk, men ikke altid frugtbar, todeling i sociologien at skelne mellem et aktørperspektiv, også kaldet "the actor's point of view" (typisk repræsenteret af Max Weber, George Herbert Mead, Herbert Blumer m.fl.) og et strukturperspektiv (typisk repræsenteret af Emil Durkheim, Talcott Parsons, Robert Merton m.fl.). Indenfor aktørperspektivet findes, foruden symbolsk interaktionisme, også fænomenologi og etnometodologi (se f.eks. Wallace og Wolf 1980).

denne sammenhæng. Herbert Blumer⁷ sammenfatter den symbolske interaktionismes grundidéer i tre punkter, som han kalder "root-images" (Blumer 1986b). Mennesket handler i forhold til objekter i sin omverden på basis af den mening, som disse objekter har for mennesket, og objekter kan bestå af alt fra andre mennesker til konkrete fysiske genstande. Meningen dannes på grundlag af social interaktion med andre; den er et socialt produkt i den forstand, at den skabes i interaktionsprocessen. Og endelig formes og omformes denne mening gennem en fortolkende proces. Det er et centralt element i denne teori, at mennesket opfattes som et socialt væsen helt ind til det inderste samtidig med, at det også opfattes som unikt. Det unikke er knyttet til, at mennesket har et *selv*, fordi selvet er grundlaget for fortolkningsprocessen, som det enkelte individ bruger, når det forholder sig til et objekt. Det sociale er knyttet til den stadige interaktion med andre. Der findes nogen handlinger, som næsten bliver mekaniske, f.eks. fordi de bliver en stærkt indarbejdet del af hverdagens gøremål. Men langt det meste af menneskets adfærd er i en eller anden grad uforudsigelig, fordi den bestemmes af denne selvinteraktion, denne fortolkningsproces. Menneskelig handling antages således langt på vej at basere sig på valg. Det enkelte menneske ses som et aktivt handlende væsen i forhold til den virkelighed, som det konfronteres med, og dette betyder ikke, at virkeligheden

⁷ I sociologien betragtes George Herbert Mead (1863-1931) fremfor nogen som den symbolske interaktionismes grundlægger, men for denne sammenhæng er det hans student Herbert Blumer, som bliver central, fordi han forsøger at knytte nogle metodologiske konsekvenser til et menneske- og verdenssyn indenfor den symbolske interaktionisme.

ikke har indflydelse på handlingen, den sætter rammer og betingelser for denne, men den styrer ikke kun handlingen.

Dette grundlæggende syn er udgangspunktet for den metodologiske position, som Blumer indkredser. Indkredsningen tager afsæt i en forståelse af symbolsk interaktionisme som en konkretisering af en retning indenfor empirisk socialvidenskab og dermed en forudsætning om, at der eksisterer en empirisk verden.

"Such an empirical world exists as something available for observation, study, and analysis. It *stands over against* the scientific observer, with a character that has to be dug out and established through observation, study and analysis. This empirical world must forever be the central point of concern. ... "Reality" for empirical science exists only in the empirical world, can be sought only there, and can be verified only there." (Blumer 1986b:21,22)

Symbolsk interaktionisme som empirisk videnskab har altså den empiriske verden som sit objekt. Et næste skridt handler om at gå ind på denne empiriske verdens karakter og respektere den.

"...the empirical world can "talk back" to our pictures of it or assertions about it - talk back in the sense of challenging and resisting, or not bending to, our images or conceptions of it. This resistance gives the empirical world an obdurate character that is the mark of reality. ...
...One has to respect the obdurate character of *that* empirical world - this is indeed the cardinal principle of empirical science." (Blumer 1986b:22,23)

Denne genstridige karakter er af andre forklaret som "en dobbelt hermeneutik" (Giddens 1993), hvilket netop handler om, at verden allerede er fortolket, når forskeren kommer for at hente data om den. Som sociologer arbejder vi således

med en dobbelt fortolket virkelighed; og Anthony Giddens peger på dette som et særligt kendetegn for samfundsvidenskaben. Det genstridige kan ud fra dette siges at ligge i disse fortolkningsprocesser, som indgår i tilgangen til og analysen af den empiriske verden. Et tredje skridt handler da om at komme tæt på denne verden, da den altså har en karakter, som gør, at man ikke uden videre kan opnå nærhed til den.

"The metaphor that I like is that of lifting the veils that obscure or hide what is going on. The task of scientific study is to lift the veils that cover the area of group life that one proposes to study. The veils are not lifted by substituting, in whatever degree, preformed images for firsthand knowledge. **The veils are lifted by getting close to the area and by digging deep into it through careful study** (min fremhævelse). Schemes of methodology that do not encourage or allow this betray the cardinal principle of respecting the nature of one's empirical world." (Blumer 1986b:39)

Disse tre skridt kan siges at udgøre grundlaget for den metodologiske position, som Blumer indtager. Og præciseringen af denne position handler således om at udvikle arbejdsredskaber, som kan føre forskeren tæt på denne empiriske verden, fordi det er ved at komme tæt på den, at vi anerkender dens eksistens og viser respekt for den. I sin berømte artikel "What is wrong with social theory?" (Blumer 1986 [1954]) kritiserer Blumer social teori - det gælder den del af social teori, som postulerer at være empirisk socialvidenskab⁸ - for at

⁸ Blumer koncentrerer sig i artiklen om social teori som et bidrag til empirisk socialvidenskab, men peger på, at social teori også kan være koncentreret om at være en praktisk anvendbar kundskab for informanter eller en politisk handlingsorienteret kundskab (Blumer 1986 [1954]:140).

have fjernet sig fra den empiriske verden⁹. Blumer knytter dette gab mellem teori og empiri til en svaghed ved de begreber, som anvendes; en svaghed, som handler om, at de er alt for diffuse og upræcise eller måske rettere, at sociologer ikke i tilstrækkelig grad er bevidste om deres karakter. Denne fokus på begreber har sammenhæng med, at Blumer ser på teoriudvikling som en begrebsudvikling. Blumer introducerer derfor to typer begreber, *sensitive begreber* ("sensitizing concepts") og *definitive begreber* ("definitive concepts"). De definitive begreber er de mest konkrete, fordi de refererer til klare og identificerbare fænomener i den empiriske verden, mens de sensitive begreber kun antyder en retning at se i. Udviklingen af disse to begrebstyper må hos Blumer sættes i sammenhæng med udviklingen af to fundamentale dele af den naturalistiske forskning¹⁰: *udforskning* ("exploration") og *inspektion* ("inspection"). Udforskningen består af den proces, hvor en forsker nærmer sig en del af den empiriske verden og tilstræber mest mulig sensitivitet i forhold til denne. Denne proces er først og fremmest en meget fleksibel og uforudsigelig proces, hvor forskeren bevæger sig i forskellige retninger, efterhånden som data samles ind, og arbejdet bliver mere målrettet, efterhånden som forskeren finder flere og flere retningslinier i

⁹ Det er en lignende diskussion C. Wright Mills fører i *The Sociological Imagination* fra 1959, når han argumenterer imod abstrakte teoretiske studier og vil lade det være en sociologisk vision at forene det biografiske med det historiske.

¹⁰ Med "naturalistisk" menes her en type forskning, som er rettet ind mod den empiriske verdens egen natur i modsætning til f.eks. en eksperimentel, hypotetisk eller abstraheret forskning (Blumer 1986b:46).

materialet. Processen har ingen begrænsninger i forhold til indsamlingsmetoder og datatype.¹¹

"Exploratory study of human group life is the means of achieving simultaneously two complementary and interknit objectives. On the one hand, it is the way by which a research scholar can form a close and comprehensive acquaintance with a sphere of social life that is unfamiliar and hence unknown to him. On the other hand, it is the means of developing and sharpening his inquiry so that his problem, his directions of inquiry, data, analytical relations, and interpretations **arise out of, and remain grounded in, the empirical life under study** (min fremhævelse)." (Blumer 1986b:40)

Den anden del af forskningsprocessen, som Blumer kalder inspektion, har mange lighedstræk med udforskningen; også den er en fleksibel og kreativ proces. Der refereres ofte til denne proces som den analytiske proces i modsætning til udforskningen som den beskrivende del af studien, måske ikke mindst fordi Blumer selv antyder dette¹², men på en måde er dette lidt misvisende, fordi også udforskningen indeholder analytiske elementer. Det er netop dem, der fører arbejdet i forskellige retninger, viser behov for at indsamle nye data fra en specifik del af den studerede virkelighed m.m. Men det, som adskiller denne del af den naturalistiske forskning fra udforskningen, er den meget stærkere, målrettede og intensive analyse af de elementer, som udforsk-

¹¹ Måske kan betegnelsen "data" for nogen give associationer til specielt kvantitative data, og dette kunne være et argument for at bruge en anden betegnelse i denne sammenhæng. Jeg har imidlertid valgt at fastholde "data"-betegnelsen, både fordi den kan være en fællesbetegnelse for mange forskellige typer data mellem i den ene ende kvantitative og den anden ende kvalitative; men også fordi data kan betragtes som bestanddelene af et empirisk materiale og dermed for nogen sammenhænge gøre den konkrete type af data mindre afgørende.

¹² "Exploration and inspection, representing respectively depiction and analysis, constitute the necessary procedure in direct examination of the empirical social world" (Blumer 1986b:46).

ningen har udpeget som relevante.

"By 'inspection' I mean an intensive focused examination of the empirical content of whatever analytical elements are used for purposes of analysis, and this same kind of examination of the empirical nature of the relations between such elements." (Blumer 1986b:43)

Såvel udforsknings- som inspektionsfasen handler i deres kerne om at møde den empiriske verden på deres egne præmisser. Derfor bliver det specielt de sensitive begreber, som bliver vigtige at fokusere på, fordi disse - i modsætning til de definitive - er åbne for at indholdsbestemmes nærmere gennem en konkret empirisk analyse. Og fordi den mest intensive del af analysearbejdet af Blumer knyttes til inspektionsfasen, er det specielt i denne fase, at de sensitive begreber bliver frugtbare. Mange af vore sociologiske begreber som social klasse, integration, mobilitet m.fl. er af en sådan karakter. Ved at være bevidst om disse begreber som såkaldt "sensitive", kan dette blive et middel til at knytte teori nærmere til empiri. I forhold til denne studie har Wærness' begreb *omsorgsrationalitet* (se s.46) funktion som et sensitivt begreb i Blumersk forstand. Det peger på en retning at se i og bliver et redskab til at synliggøre vigtige sider af omsorgsarbejdets virkelighed gennem den empiriske studie.¹³

Blumer udvikler altså en metodologisk position, som imødekommer de grundlæggende syn i den symbolske interaktionisme, men han kommer kun et stykke på vej med hensyn til at konkretisere denne position. Dette er imidlertid

¹³ Wærness peger selv på, at dette begreb kan betragtes som et sensitivt begreb (se Wærness 1996).

et arbejde, som de to amerikanske sociologer Barney Glaser og Anselm Strauss viderefører gennem deres udvikling af idéen om Grounded Theory (1967).¹⁴ Fordi jeg finder lighedstræk (på trods af visse uligheder, se senere) mellem vigtige momenter i mit forskningsarbejde og denne metodologi, vil jeg i det følgende gennemgå de vigtigste dele herfra.¹⁵

2.3 Grounded Theory

Grounded Theory er en teori om, hvordan man kan udvikle sociologisk teori ved hjælp af en metode, som giver mulighed for på systematisk vis at udvikle teori ud fra data. Grounded Theory er med andre ord en teori om en metode, dvs. en metodologi.¹⁶ Denne metodologi udvikles i 1960'erne bl.a. som en reaktion på

¹⁴ Jeg vil her nævne 6 værker om Grounded Theory. Den første *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research* er fra 1967, *Theoretical Sensitivity* af Glaser kommer i 1978 og er en teoretisk udbygning af den første bog. I 1987 udkommer Strauss med *Qualitative Analysis for Social Scientists*, hvor han går i dybden med den konkrete kvalitative analyse. Derefter skriver Strauss sammen med Juliet Corbin *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, som kommer i 1990 og som sammenlignet med Strauss' lærebog i højere grad har karakter af at være en brugervenlig håndbog. Denne bog kritiseres senere af Glaser i *Basics of Grounded Theory Analysis* (1992). Og den uenighed, som med Glasers bog fra 1992 bliver klar, bekræftes (indirekte) af de typer af studier, som fremstilles som *grounded* i det, som blev den sidste bog af Strauss og Corbin (ed.) *Grounded Theory in Practice* (1997).

¹⁵ Jeg henviser iøvrigt til mit videnskabsteoretiske indlæg ved det samfundsvidenskabelige fakultet, Universitetet i Bergen, d.18.juli 1993. Indlægget blev senere forkortet og publiceret i *Sociologisk Tidsskrift* 1994/4, "Hvad indebærer det at udvikle empiristyret sociologisk teori?".

¹⁶ Fejlagtigt placeres Grounded Theory af og til under metoder i sociologien, selvom der faktisk ikke findes anvisninger på, hvordan man f.eks. skal interviewe eller gøre deltagende observation (Ekerwald og Johansson 1989). Anvisningerne handler først og fremmest om, hvordan et datamateriale kan analyseres indenfor denne tradition.

en fase i amerikansk sociologi på det tidspunkt, hvor det først og fremmest er dem, som Glaser og Strauss betegner "teoretiske kapitalister", der ud fra en logisk deduktiv metode definerer teorier indenfor faget, mens de lader "proletariatet", dvs. de menige sociologer, nøjes med at verificere teorierne (Glaser og Strauss 1967:10,11). Den eksisterende sociologiske teori anses med andre ord i en periode for at være så tilstrækkelig, at det betragtes som unødvendigt at udvikle mere teori andet end deduktioner af eksisterende klassisk sociologisk teori. Grounded Theory-metodologien kan således betragtes som et opgør med dominansen af den logisk deduktive tradition (ikke eksistens), altså at den er utilstrækkelig som analyseform, når den er enerådende. Dette er en debat, som også Blumer bidrager til på et tidligere tidspunkt.¹⁷

At dette opgør er nødvendigt for at nå frem til en særegen udvikling af en type kvalitativ analyse, er imidlertid ikke uden konsekvenser for Grounded Theory-metodologien, og dette er måske netop en vigtig grund til, at den totale løsrivelse fra de positivistiske idéer faktisk bliver vanskelig (Christensen 1994). Symptomatisk er det da også, at Glaser er socialiseret på Columbia-universitetet, hvor den kvantitative forskning og Robert Mertons "middle-range theory" står

kan analyseres indenfor denne tradition.

¹⁷ Se særligt artiklen "Sociological Analysis and the "Variable"" (1986 [1956]). En stærkere orientering også mod teori (potentielt løsrevet fra empiri) kan betragtes som en anden del af denne debat, da dette kan være en konsekvens af dette dominansforhold og Grounded Theory-idéen også er en reaktion på en sådan løsrivelse. Se artiklerne "What is wrong with Social Theory?"(1986 [1954]) og "Science Without Concepts"(1986 [1930]). En sådan debat kan også findes på et langt senere tidspunkt; se Arthur Stinchcombe (1984), som beskriver, hvordan arbejdet med metode og teori i sociologien har fået en højere status end arbejdet med empiri.

i fokus, mens Strauss kommer fra Chicagoskolen, hvor man tværtimod lægger vægt på den kvalitative forskning og et nedefra-perspektiv. Foruden Blumer er altså også Merton en vigtig inspirator for Glaser og Strauss' arbejde, selvom inspirationen herfra er meget mere afgrænset, nemlig i forhold til spørgsmålet om generaliseringsniveauet for Grounded Theory (se senere).

Selvom *Grounded Theory* anses for at være ét af nøgleværkerne indenfor en bestemt fase¹⁸ af den amerikanske kvalitative forsknings historie (Denzin og Lincoln 1994) er traditionen også blevet kritiseret stærkt, heriblandt af kvalitative forskere. Og to hovedkritikpunkter drejer sig om umuligheden af forudsætningsløshed i starten af et forskningsarbejde samt umuligheden af at erstatte (den ensidige) deduktion med induktion (Loubser 1968, Ekerwald og Johansson 1989). Det er to kritikpunkter, som handler om, hvorvidt det er muligt at bevæge sig fra empiri til teori, hvilket er en implikation i Grounded Theory-idéen. Denne implikation kan imidlertid fortolkes strengt og svagt, og kritikerne har nok især forholdt sig til den strenge fortolkning (Christensen 1994). Senere kommer også en kritik af, at den oprindelige version af Grounded Theory er forladt og erstattet af en fokuseren på procedurer frem for data (Glaser 1992, Robrecht 1995).

¹⁸ Fasen karakteriseres som modernistisk og er bl.a. karakteriseret ved, at flere forsøger at formalisere brugen af kvalitative metoder. Foruden Glaser og Strauss, har Lofland (1971) medvirket til dette. Men det er en vigtig forskel mellem disse, at Lofland har skrevet en metodebog, mens Glaser og Strauss har forsøgt at udvikle en metodologisk position.

En første konsekvens af idéen om empirinærhed¹⁹ afspejler sig i at begynde arbejdet uden en sociologisk teori (f.eks. indarbejdet i konkrete hypoteser), som kan forklare det fænomen, man studerer. Dette betyder også, at man ikke har en konkret problemstilling i starten af forskningsarbejdet. Denne skal tværtimod udledes af det analytiske arbejde med de empiriske data.

En næste konsekvens af idéen om empirinærhed kan findes i analysearbejdet, når dette har teoriudvikling som sit formål. Dette teoriudviklingsaspekt er meget centralt i hele idéen om Grounded Theory. Teori består ifølge Glaser og Strauss af sammenhænge mellem begreber, kategorier, deres egenskaber og dimensioner (Glaser og Strauss 1967:35). Teori bygges altså op af et analytisk arbejde med begreber (kategorier kan betragtes som begreber med et lavt abstraktionsniveau), og dette analytiske arbejde er karakteriseret ved at foregå samtidig med dataindsamling og teoriudvikling. Dataindsamling, analysearbejde og teoriudvikling foregår altså samtidig og ikke adskilt (Glaser og Strauss 1967:71). Glaser og Strauss beskriver analyseprocessen som bestående af to faser, som de med inspiration fra Blumers skelnen mellem udforskning og inspektion (jf. s.93) kalder for henholdsvis *åben og selektiv kodning*.²⁰ I den åbne kodning kan

¹⁹ I mit videnskabsteoretiske indlæg har jeg kaldt dette for "empiristyring". Jeg finder imidlertid, at "empirinærhed" som en blødere betegnelse bedre kan indfange den dialog frem for styring (mellem forsker og informanter og mellem forsker og det empiriske materiale), som forskningsprocessen drives frem af.

²⁰ Jeg finder betegnelsen "kodning" lidt misvisende, fordi den kan give associationer til et mindre reflekteret (analytisk) arbejde end det, der her er tale om. Det er imidlertid først i det sidste værk af Strauss og Corbin (1990), at denne betegnelse bliver særlig fremtrædende.

forskeren lade analysen bevæge sig i alle tænkelige retninger, men i den selektive kodning forfølges derimod et fænomen, som på en eller anden måde har vist sig at være væsentligt. Dette kodningsarbejde handler altså i sin kerne om at begrebsliggøre fænomener. Kodningsarbejdet skal skabe nærhed mellem empiri og teori ved at forskeren derigennem altid skal kunne blive i stand til at finde vejen tilbage til hvilke konkrete data, som har ført frem til hvilke dele af teorien. Med andre ord er det altså begreberne, som skal knytte empiri og teori sammen. Denne vægtning af begreberne henter sin inspiration fra Blumers skelnen mellem definitive og sensitive begreber (jf. tidligere), og det bliver altså på grundlag af de sensitive begreber, at udviklingen af Grounded Theory skal ske. Selv skelner Glaser og Strauss mellem sociologiske og empiriske begreber²¹, hvor sidstnævnte er begreber, som bruges af aktørerne selv. Det er altså med andre ord ikke noget formål at overtage aktørernes begreber, men derimod at bruge disse i udviklingen af sociologiske (empiribaserede) begreber. Når det gælder forskerens baggrund og redskaber til at tilstræbe dette, findes dette samlet i begrebet *teoretisk sensitivitet*, som i grundbogen²² indholdsbestemmes til at handle om sociologens evne til at begrebsliggøre og formulere en teori, efterhånden som den udvikler

²¹ Denne skelnen kan på et mere generelt niveau knyttes til en skelnen mellem hverdagskundskab og videnskabelig kundskab. Se Else Jerdals videnskabsteoretiske indlæg (1992) for en diskussion af forholdet mellem disse to kundskabsformer. Jerdal knytter denne diskussion til Pierre Bourdieus arbejder.

²² Det er det første af værkerne om Grounded Theory (se note 14, s.96), som kan betragtes som grundbogen.

sig fra dataerne, sociologens personlighed og temperament, og endelig sociologens evne til at drage nytte af sin teoretiske viden om forskningsfeltet i udviklingen af teori (Glaser og Strauss 1967:46). Teoretisk sensitivitet kan således siges at bestå af en kombination af sociologen som forsker og som empiriker, altså som både teoretiker og praktiker.

Det teorigenererende i Grounded Theory-idéen fremhæves også gennem flere andre af nøglebegreberne i traditionen. Når den *teoretisk sensitive* forsker udvælger informanter, sker dette via en *teoretisk udvælgelse*. Dette understreger, at det ikke kun handler om at få mest mulig indsigt i et fænomen, men derimod om hele tiden at styre denne indsigt og indsamling ved så at sige at lade empirien vise, hvilke (teoretiske) kriterier, som er relevante at bruge for en udvælgelse. Når det gælder den såkaldte kodningsproces, altså begrebsudviklingsarbejdet, understreger Glaser og Strauss teorigenereringen ved at pege på vigtigheden af en begrebsmæssig tæthed ("*density*"), som adskiller sig fra begrebet "tykke beskrivelser" (Geertz 1991) ved i langt højere grad at fokusere på netop begrebsliggørelse frem for beskrivelse (Strauss og Corbin 1994:274). Og endelig handler spørgsmålet om, hvornår forskeren skal slutte sin empiriindsamling, om *teoretisk mæthed* ("theoretical saturation"), dvs. når nye data ikke længere tilfører analysen noget nyt (Glaser og Strauss 1967:61).

I forhold til begrebsudviklingsarbejdet lægger Glaser og Strauss vægt på betydningen af systematik. Denne mener de, at forskeren kan opnå gennem en

komparativ analyseteknik, hvor forskeren hele tiden relaterer kategorier, fænomener osv. til hinanden med henblik på at tvinge nuancer frem i lyset.²³ Det er ligeledes en måde, hvorpå forskeren kan tilstræbe at få indblik i spændvidden i det empiriske felt. Glaser og Strauss er her inde på en "next question"-teknik, som skal sikre at hvert næste skridt i forskningsprocessen tager udgangspunkt i spørgsmål, som den foreliggende empiri peger på, hvilket altså handler om at forsøge at skabe en dialektik mellem data og teori (Ekerwald og Johansson 1989). Den komparative analyseteknik har også til formål at sikre en fremadskriden i analysen, og når en teori er udviklet, kan den bruges til at øge generaliseringsniveauet gennem sammenligning med andre studier på samme felt. Glaser og Strauss skelner mellem et lavt og et højt abstraktionsniveau for Grounded Theory gennem begreberne *substantiv teori* og *formel teori*. En substantiv teori er en teori om et substantielt område, f.eks. ældreomsorg. Skal en formel teori udvikles, må en række substantive teorier analyseres i en helhed og knytte sig til ét eller flere dele af sociologisk teori. En teori om den offentlige hjemmebaserede ældreomsorg i en bydel i Bergen kunne altså f.eks. analyseres i sammenhæng med flere substantive teorier om henholdsvis ældreomsorg i byen og på landet, i familien og på institutioner, og udvikles til en teori om ældreomsorg generelt. I denne studie udvikles dels en substantiv teori om

²³ Dette indebærer f.eks. også, at man tilstræber at foretage "sammenligninger" mellem f.eks. informanter, som har en bestemt karakteristisk, med informanter, som er karakteriseret ved det modsatte.

ældreomsorgen særligt i hoveddistriktet²⁴, dels bruges denne teori til at videreføre udviklingen af en formel teori om omsorg; det er en teori, som knytter sig til den dimension ved sociologisk teori, som handler om bytterelationer. Den formelle teori har således et langt højere generaliseringsniveau end den substantive teori, men den overskrider ikke niveauet til Mertons middle-range-theories. Derfor er der også tale om "Grounded Theory" og ikke "Grand Theory"²⁵, fordi sidstnævnte bryder med idéen om den sociologiske teori som empirisk baseret.

Endelig hører det med til ønsket om empirinærhed, at der til udviklingen af Grounded Theory må knyttes et anvendelighedsaspekt. Glaser og Strauss definerer formålet med Grounded theory som dobbelt; det skal kunne have en videnskabelig anvendelse, og samtidig kunne bruges af "laymen" (lægmænd). Videnskabeligheden skal altså kunne kombineres med praksis. Sociologen gives dermed ikke kun en forpligtelse i forhold til en videnskabelig verden, men også i forhold til en empirisk verden, altså i forhold til f.eks. studiens aktører. Her findes således en vis lighed med aktionsforskningstraditionen indenfor sociologi (Gustavsen og Sørensen 1982). Men man må samtidig være opmærksom på, at forskningens anvendelse i det empiriske felt ikke er et hovedmål, men derimod

²⁴ De studier, som jeg kommer til at føre sammenligninger m.m. med undervejs, anvender jeg i højere grad til at styrke de empiriske fund i denne studie end jeg i første omgang anvender dem til at øge generaliseringsniveauet. Men den måde, jeg også anvender dem til generalisering på, handler om, at jeg senere bruger min substantive teori til at bidrage til videreførelsen af en (formel) teori om omsorg.

²⁵ Parsons mønstervariabler (se f.eks. Wallace og Wolf 1980:27ff.) er et eksempel på en "grand theory". Den harmonerer med en overbevisning om, at man kan opstille universelle love, hvor man kan tale om menneskelig handling på et abstrakt niveau uafhængig af klasse, køn, tid m.m.

et delmål som følge af grundidéen om respekten for den empiriske verden.

Når det gælder betydningen af denne metodologi i forhold til forskningsprocessen knyttet til denne studie, må jeg nævne, at jeg først får et nærmere kendskab til den, da jeg er kommet et godt stykke på vej i forskningsprocessen. Langt det meste af empirien er samlet ind og hovedlinierne i analysearbejdet foreligger på det tidspunkt. Jeg mangler imidlertid den mere detaljerede del af analysearbejdet i forhold til min deltagende observation i hjemmesygeplejen og jeg mangler også en nærmere analyse af den sidste korte opfølgning af begge delstudier. I dette sidste konkrete analysearbejde bruger jeg bevidst redskaber fra Grounded Theory-idéen, men det viser sig her, at dette er mindre frugtbart end da jeg bruger dem uden at vide det.²⁶ Grounded Theory-metodologien bliver således i mindre grad en generel inspirationskilde for mit arbejde end en teoretisk redegørelse for principper og metoder, som har ligheder med praksis knyttet til forskningsprocessen i denne studie. Men jeg finder også (som allerede antydnet) uligheder mellem mit forskningsarbejde og idéer i denne tradition, og disse skal jeg nævne undervejs i den følgende gennemgang af min praksis i forskningsprocessen. På et mere generelt niveau finder jeg imidlertid i Grounded Theory-idéen en metodologisk helhedstænkning, som samler nogle af mine egne

²⁶ Jeg antager, at dette hænger sammen med, at det faktisk er vanskeligt at arbejde "grounded" ved at følge f.eks. de procedurer, som Strauss og Corbin (1990) angiver, da det ikke er procedurene, som kan gøre arbejdet "grounded", men netop de refleksioner, som udspringer af det direkte arbejde med empirien. Dette er også mere i overensstemmelse med idéerne i grundbogen om Grounded Theory af Glaser og Strauss (1967); jf. også Robrecht (1995) og Glaser (1992).

mere spredte refleksioner i forhold til forskningsarbejdet; en helhedstænkning, som handler om at forene praktiske konkrete principper for forskningsarbejdet med et syn på sociologens opgave og et formål med sociologisk forskning.

Inden jeg skal give indblik i denne praksis i forskningsprocessen, må spørgsmålet om gyldighed rejses i forhold til den kvalitative analyseform.

2.4 Gyldighedsspørgsmålet

Indenfor forskning, som bygger på kvantitative data, betragtes reliabilitet og validitet som væsentlige videnskabelighedskriterier (Hellevik 1977). I forhold til en kvalitativ analyse som denne, hvor data-mængden for en stor del består af kvalitative data fra interview og deltagende observation og hvor Grounded Theory-principper er anvendt, er disse kriterier delvis meningsløse.²⁷ Men det betyder ikke, at det ikke også er væsentligt at reflektere over dem i denne sammenhæng, men her som et spørgsmål om gyldighed.

Spørgsmålet om validitet er i højere grad end spørgsmålet om reliabilitet et filosofisk spørgsmål, fordi det i sin kerne handler om, hvorvidt et forskningsarbejde afspejler en sandhed. Steinar Kvale (1989) fører på baggrund

²⁷ Når det gælder relevansen af data i forhold til en problemstilling (validitet), kan dette siges at være et irrelevant spørgsmål, når problemstillingen udledes som et resultat af et analysearbejde med data. Når det gælder nøjagtigheden af resultaterne (reliabilitet), er dette irrelevant i den forstand, at der ikke finder målinger sted, som kan siges at indebære risiko for fejl i samme forstand som i arbejdet med kvantitative data.

af dette gyldighedsspørgsmålet tilbage til tre grundlæggende sandhedsspørgsmål. I forlængelse af filosofiske traditioner om eksistensen af tre typer sandheder, er det muligt at opstille tre typer validitet. Den kommunikative validitet handler om at teste validiteten gennem en dialog. En valid kundskab er ikke "kun" et spørgsmål om at komme tæt på en social virkelighed, men også om at føre en dialog om denne sociale virkelighed (jf. også fortolkningsaspektet nævnt tidligere). Kommunikativ validitet tilstræbes således ved at overbevise læseren. Den anden type validitet betegner Kvale en pragmatisk validitet. Sandheden forbindes her med muligheder for handling, dvs. at kundskab er handling snarere end observation. Sandhedsspørgsmålet er med andre ord ikke teoretisk men praktisk. Omend forenklet betyder dette, at afspejler forskningen en sandhed, da vil dette kunne give sig udslag i, at den er anvendelig praktisk. Endelig handler den tredje type sandhedskriterium, korrespondance-validitet om at checke de påstande, udredninger m.v., som analysearbejdet resulterer i. Det er det, som indenfor forskning, der bygger på kvantitative data, traditionelt kaldes at *verificere*. I den kvalitative analyse indebærer dette et grundlæggende princip om at stille spørgsmål under hele analyseprocessen (hvad, hvorfor og hvordan) og at teoretisere. Mens dette sidste kriterium anses for at være traditionelt videnskabeligt, er dette ikke tilfældet for den pragmatiske og kommunikative validitet, som også kan betragtes som henholdsvis en æstetisk og etisk dimension ved forskningen (ibid.).

Grounded Theory-metodologien indeholder relativt klare tilstræbelser af både korrespondance- og pragmatisk validitet. I modsætning til den traditionelle verifikation, som udføres på et forskningsresultat som et slutprodukt, er verifikationen i Grounded Theory-traditionen indbygget i hele forskningsprocessen; den er indbygget i hele idéen om teoriudvikling gennem next-question-teknikken, verifikationen undervejs og det systematiske komparative arbejde. Det er hele kernen i det empirinære arbejde, at det med andre ord skal give forskningen høj validitet. Dette fremgår desuden af, at Glaser og Strauss ikke mener, at en Grounded Theory kan forkastes; den kan kun modificeres, fordi den jo er bevist hele vejen igennem forskningsprocessen. Når det gælder den pragmatiske validitet, er denne behandlet gennem tilstræbelsen af, udover at gøre forskningen til et stykke videnskabeligt arbejde, også at gøre det anvendeligt i en praksis. Den kommunikative validitet adskiller sig lidt mere fra disse andre typer, fordi den så at sige ikke på samme måde handler om enten det videnskabelige arbejde i sig selv eller om det, man kunne kalde indblandede parter, som enten har bidraget til produktionen af dette eller er berørt af forskningen, men derimod om en "udenforstående" part, dvs. læseren. Også her er det empirinærheden, som skal overbevise netop ved at overbevise om nærheden.

At arbejde empirinært er altså med andre ord en tilstræbelse netop af høj validitet, og da empirinærhed kan siges at være det metodologiske hovedprincip

for arbejdet med denne studie, vil dette fremgå af alt i det følgende om forskningsprocessen, som handler om at tilstræbe nærhed til informanterne. Når det gælder reliabiliteten, er dette som nævnt et lidt andet spørgsmål, fordi det i mindre grad handler om sandhed og relevans, men om nøjagtighed. Denne nøjagtighed handler hovedsagelig om muligheden for, at en anden forsker gentager processen og kommer frem til de samme fund, og muligheden for, at informanterne giver fortolkninger, som ikke er deres subjektive fortolkninger, men som f.eks. kan have karakter af at være en type "usandheder" eller skjulte sandheder. Kravet om grundighed og systematik i kodningsarbejdet kan siges at være et reliabilitetskrav, men fordi den konkrete bestanddel af dette arbejde vil variere fra forsker til forsker (med hver sin specifikke type teoretiske sensitivitet), vil der ikke findes nogen garanti for, at en anden forsker når frem til de samme resultater (Glaser og Strauss 1967:103). Kravet om systematik i udviklingen af Grounded Theory er da heller ikke hverken et objektivitetskrav eller et reliabilitetskrav, altså ikke et krav om, at processen skal kunne gentages, men derimod et krav, der skal øge muligheden for empirinærhed og lade den enkelte forsker udnytte sin sensitivitet i forhold til et felt. Målingsnøjagtigheden erstattes med andre ord af empirinærhed gennem en stærk sensitivitet. Når det gælder det andet spørgsmål med hensyn til svarene fra informanterne, vil det af det følgende fremgå på hvilken måde, jeg har forsøgt at få indsigt i informanternes subjektive fortolkninger. Jeg vil imidlertid nævne, at nøgleordet

for dette er tillid, altså at det er ved at skabe tillid, at reliabiliteten for svarene i denne studie er øget. Det er tilliden, som skal øge muligheden for at såkaldte "public accounts", dvs. beretninger, som har karakter af at være formelle (officielle) og overfladiske og kan gives til hvem som helst, i stedet bliver til såkaldte "private accounts"²⁸, dvs. subjektive fremstillinger, som man kun giver til dem, man har tillid til. Samlet set skal empirinærheden altså både give mulighed for at tilstræbe høj validitet og høj reliabilitet i forskningen.

2.5 Forskningsprocessens begyndelse

Som indledning til at give indsigt i forskningsprocessen knyttet til denne studie vil jeg forsøge at give et indtryk af, hvad jeg ud fra en efterrationalisering finder i starten af arbejdet var medvirkende til, at det blev et arbejde med empirinærhed som hovedprincip.

Da jeg starter på denne studie, er jeg endnu ikke færdiguddannet sociolog²⁹, og dette betyder, at mine forskningserfaringer og dermed en færdighedsbaseret sociologisk kundskab befinder sig på et begyndelsestrin. Med hensyn til det

²⁸ Begreberne "public accounts" og "private accounts" er hentet fra Jocelyn Cornwell (1984) *Hard Earned Lives*.

²⁹ Jeg bliver færdiguddannet i efteråret 1989 og har på det tidspunkt været ansat som forskningsassistent hos Kari Wærness siden efteråret 1987. Jeg starter således på hjemmehjælpsstudien umiddelbart efter færdiggørelsen af mellemfaget i sociologi.

empiriske felt, jeg skal studere, er det karakteristisk, at jeg har begrænset teoretisk sociologisk kundskab om netop dette felt, mens jeg har en del erfaringskundskab om husligt arbejde i eget hjem og om lønnet omsorgsarbejde på institution.³⁰ I eftertiden vil jeg derfor sige, at jeg på en måde har mere erfaringsbaseret kundskab om omsorgsarbejde end jeg har teoretisk sociologisk kundskab om dette. Jeg anser dette for at være én grund til, at det slet og ret føles naturligt at respektere mine informanter som guider for arbejdet. En anden grund anser jeg er, at jeg starter forskningsprocessen med at indsamle empiri som det aller første i stedet for f.eks. at fordybe mig i teoretisk og metodisk litteratur; dette skridt tager jeg først efter, at jeg gennem det empiriske materiale finder anvisninger på, hvad jeg skal fordybe mig i.

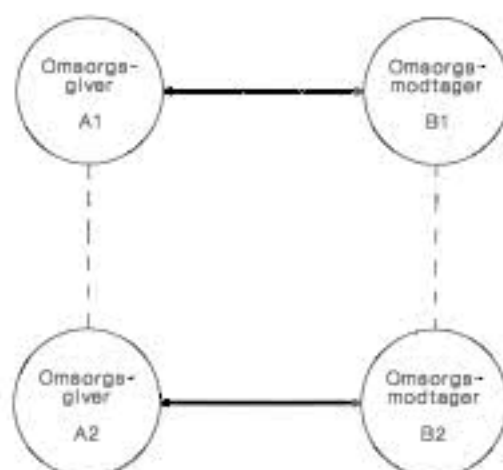
Det empirinære arbejde bliver imidlertid også styrket på anden måde, da studien begynder. Her vil jeg fremhæve min tilknytning til Kari Wærness' arbejde på området, for det første fordi hele hjemmehjælpsstudien (bortset fra den senere opfølgende del) som nævnt tager sit udgangspunkt i Wærness' hjemmehjælpsstudie ca. 10 år tidligere, og for det andet fordi jeg igennem denne projekttilknytning knyttes til et (omend begyndende) forskningsområde. I eftertiden kan det se ud, som om denne projekttilknytning har haft en stærkere

³⁰ Da jeg bor i København, arbejder jeg som det, man i Danmark kalder "ufaglært sygehjælper" (her plejeassistent) på dels et stort sygehus og dels et plejehjem, men langt det meste af tiden på et lille "ventehospital", et lille sygehus kun med tre afdelinger og kun for ældre, der skal videre til institutioner. Jeg arbejder på deltid ved siden af at studere (dansk) på universitetet i København, og dette arbejde strækker sig over en periode på 5 1/2 år.

betydning, end den faktisk havde. Når jeg skal beskrive dette i dag, var det måske snarere sådan, at jeg stod vældig frit og selvstændigt med hensyn til, hvordan jeg ville gribe forskningsarbejdet an og på hvilken måde, jeg skulle foretage valg undervejs i processen. Men efterhånden som forskningsarbejdet udviklede sig, kom jeg til at arbejde mig tættere og tættere ind på Wærness' arbejde. Som et eksempel har jeg her lyst til at nævne min fokusering på relationen mellem omsorgsgiver og -modtager som en (magt)relation. Som det kommer til at fremgå af min senere empiriske analyse, bliver en sådan indfaldsvinkel central i mine fund med hensyn til omsorgsrelationen i henholdsvis hjemmehjælpstjenesten og hjemmesygeplejen. Samtidig harmonerer denne forståelse med en af de vigtige implikationer i den definition af *omsorgsarbejde*, som Wærness lægger frem i 1970'erne (se s.48-49) og som jeg også anvender i denne studie. Det kan derfor se ud, som om det er denne definition, der får analysen til at gå i den retning. Men faktisk er det analysearbejdet med det empiriske materiale, som sætter mig på sporet af dette, bl.a. fordi den proces, som karakteriserer den dominerende udvikling i hjemmehjælpsarbejdet (professionaliseringen) indebærer en tendentielt øget magt i rollen som omsorgsgiver overfor omsorgsmotageren. Det er en proces, som både aktualiserer og ændrer omsorgsrelationen som en magtrelation. Derfor bliver koblingen til Wærness' omsorgsdefinition frugtbar. Samtidig kommer denne proces også til at synliggøre, at flere sider end magtaspektet må inddrages i den

teoretiske forståelse af omsorgsarbejde.

Af andre forhold relevant for denne sammenhæng vil jeg nævne, at jeg længe arbejder ud fra et omsorgsgiverperspektiv. Dette perspektiv er ligeledes afledt af, at jeg arbejder i forlængelse af det, som Wærness empirisk har gjort på området, og længe oplever jeg dette som frugtbart. Da jeg er nået et stykke på vej med empiriindsamlingen, oplever jeg det imidlertid som nødvendigt også at indsamle i hvert fald noget systematisk empiri om modtagerne. Og da jeg først har interviewet repræsentanter for forskellige modtagertyper i hjemmehjælpstjenesten, følger jeg samme oplæg i studien af hjemmesygeplejen af hensyn til det komparative aspekt. Det er således ikke planlagt på forhånd at indsamle selvstændig empiri også om modtagerne, men det afledes af, at jeg efterhånden bliver overbevist om, at jeg ikke kan opnå at tilstræbe en sociologisk helhedsforståelse af omsorgsgiversiden uden også at have noget systematisk empiri om modtagersiden. Mit giverperspektiv betyder imidlertid, at det varer længe, på trods af at jeg har indsamlet materiale om modtagerne, før jeg begynder at analysere dette materiale som en selvstændig del. Men da jeg først har gjort det, bliver det åbenbart, at denne analysedel kan tilføre analysen af giverne vigtige elementer om indholdet i relationen mellem giver og modtager. Det viser sig da, at jeg kan relatere de rollemodsætninger, som jeg finder på giversiden med rollemodsætninger også på modtagersiden og dermed altså udvide en horisontal rolleforståelse med en vertikal rolleforståelse.



Dermed får jeg også løst et problem, som længe plager mig, nemlig at jeg (teoretisk) bruger en definition af *omsorgsarbejde* som en relationel handling, men empirisk fokuserer på giver-siden. Den teoretiske definition har sit udgangspunkt i en empiri; derfor kan man sige, at der findes vigtige grunde til i en empirisk analyse at inddrage begge sider. Samlet for mit arbejde har jeg således brugt et dobbeltperspektiv, både et giver- og et modtagerperspektiv, selvom det empiriske materiale om giver-siden er mere omfattende end det om modtager-siden

Fra min tilknytning til Wærness' arbejde medtager jeg også et andet perspektiv, nemlig et nedefraperspektiv, som jeg altså i denne studie finder mere hensigtsmæssigt at betegne et indefraperspektiv (jf. s.89). De mere grundlæggende dele indeholdt i dette perspektiv har jeg allerede berørt. I den praktiske forskningsproces handler dette perspektiv i denne studie egentlig for en stor del om at inddrage et kvindeperspektiv, altså at tage særligt hensyn til, at det

fænomen, som skal studeres, er præget af en kvindedominans på både giver- og modtagersiden. Nedefraperspektivet (og det heri for denne studie indbyggede kvindeperspektiv) kan både ses i modsætning til et ledelses- og myndighedsperspektiv og i modsætning til et strukturperspektiv. Nedefraperspektivet indebærer imidlertid ikke, at ikke analysen kan bevæge sig opover til et meso- og makroniveau. F.eks. finder jeg studiens idealtypiske processer (se senere i kapitlet) på mikroniveau, bl.a. gennem en ændringsproces i hjemmehjælpernes bevidsthed. Senere finder jeg da f.eks. organisatoriske forhold, som styrker denne proces. Og endelig finder jeg ideologiske og reformpolitiske ændringer, som også styrker denne proces. At tage udgangspunkt i et aktørperspektiv betyder altså ikke, at ikke strukturelle forhold bliver vigtige i analysen.³¹ Når det gælder nedefraperspektivet som en modsætning til et ledelsesperspektiv, finder jeg, at jeg under empiriindsamlingen tilstræber dette ved i meget lille udstrækning at inddrage ledelsen som informanter.³² Dette har først og fremmest sammenhæng med, at min interesse er rettet mod konkrete og praktiske erfaringer i forhold til omsorgsarbejde og omsorgsrelationen. I eftertiden ser jeg, at dette er én vigtig grund til, at jeg faktisk kommer til at

³¹ Strauss og Corbin omtaler muligheden for en sådan niveauforflytning i analysen i deres gennemgang af "the conditional matrix" (Strauss og Corbin 1990:158ff.).

³² Jeg kritiseres af ledelsen for ikke at inddrage dem. Studien kommer imidlertid ikke til at indeholde f.eks. interview med den øverste ledelse i afdelingen for Pleje og Omsorg. Senere i den opfølgende studie, interviewer jeg gruppeledere, og det har sammenhæng med, at indførelsen af gruppeledere bliver en vigtig organisatorisk del af ændringer i hjemmesygeplejen. Dette adskiller sig imidlertid fra et ledelsesperspektiv.

opleve en relativt ukompliceret feltarbejdstid med mange interesserede og nysgerrige aktører, fordi jeg således ikke knyttes til ledelsen, men snarere fremstår som uafhængig eller i hvert fald tilnærmelsesvis uafhængig.³³ I slutfasen af studien kommer jeg imidlertid til at udvikle en anden vigtig og frugtbar type nærhed også til ledelsen (se senere).

2.6 Studiens informanter³⁴, nøgleinformanter og formidlingspersoner

Min allerførste kontaktperson til feltet er ikke selvvalgt, men er en kontakt, som Kari Wærness har bevaret igennem den tid, der går mellem hendes studie og begyndelsen af denne studie. Denne første kontaktperson er på det tidspunkt hjemmehjælpernes chef.³⁵ Hun giver mig tilgang til personalebeskrivelser, hvor

³³ Pål Repstad peger på vigtigheden af dette (se Repstad 1993:30).

³⁴ Jeg bruger betegnelsen "informanter" for de personer, som deltager i studien, selvom betegnelsen ikke altid er dækkende for den rolle, som særligt de, jeg får kontakt med gennem deltagende observation og interview, faktisk indgår i. Det er et lignende problem, som også findes i betegnelsen "udforskede". Begge betegnelser (dog mest sidstnævnte) indskrænker aktørernes rolle i forhold til forskningen. Alligevel bruger jeg igennem afhandlingen først og fremmest betegnelsen "informant", men alternativt også "deltagere". Informant-betegnelsen vil altid være korrekt, fordi mødet med aktørerne (via interview, spørgeskemaundersøgelse m.v.) i første række er et møde med informanter, men den vil ikke altid være tilstrækkelig. Efter at mødet er kommet i stand, findes der mulighed for, at såvel forskeren som informanterne selv kan medvirke til at udvide informant-rolle hen imod en deltager-rolle. Når jeg i størst grad bruger informant-betegnelsen er det altså også for at pointere, at deltager-rolle ikke kan tages for givet, men må etableres, fremmes og udvikles.

³⁵ I tilknytning til omorganiseringen forsvinder hendes stilling, og hun bliver i stedet ledende hjemmehjælper for én af distriktets fire hjemmehjælpsgrupper. Se senere i kap.3.

jeg finder information om alle i hjemmehjælpstjenesten.³⁶ Da jeg har færdiggjort dette arbejde i løbet af en arbejdsuge, oplever jeg det som et klart behov at komme ud til hjemmehjælperne for at få indsigt i hjemmehjælpsarbejdet. Da jeg imidlertid ikke uden videre kan komme i kontakt med hjemmehjælperne, bliver det relevant at finde en formidler. Men da hjemmehjælpschefen hierarkisk er placeret et godt stykke fra hjemmehjælperne, bliver det vigtigt at finde en mellemperson, som befinder sig nærmere hjemmehjælperne. Dette finder jeg i en af de to ledende hjemmehjælpere, som har med det daglige praktiske organisatoriske arbejde at gøre og må sørge for, at alle klienter får den hjælp, de er blevet tildelt. Denne ledende hjemmehjælper er bevidsthedsmæssigt meget tættere på hjemmehjælperne, og hun tager mig med ud til en gruppe i distriktet. Det er først, da jeg begynder min deltagende observation i denne gruppe, at jeg opdager, at der findes tre organiseringsformer i distriktet (gennemgås i kap.3). Denne opdagelse betyder, at jeg som første udvælgelsesprincip bruger organiseringsmåden; jeg udvælger repræsentanter for tre typer organiseringsformer.³⁷ Efter at have samlet data gennem deltagende observation finder jeg, at betydningen af alder kombineret med erfaring er vigtig; derfor bruger jeg dette som et andet udvælgelsesprincip, sådan at jeg får en spredning på unge uerfarne og ældre

³⁶ Jeg får information om alder, køn, sivilstand, ansættelsestid, tidligere lønnet arbejde for ansættelsen som hjemmehjælper, skift i deltidsprocent samt uddannelsesbaggrund og kursusdeltagelse.

³⁷ Når det gælder udvælgelsen af de tre individuelt arbejdende hjemmehjælpere, bruger jeg dels hjemmehjælpernes chef på dette tidspunkt, dels bruger jeg den ene gang sneboldmetoden ved at bede en hjemmehjælper om at formidle kontakt til en anden hjemmehjælper.

erfarne hjemmehjælpere. Såvel mine formidlingspersoner som mine informanter udvælger jeg således på baggrund af forhold, som empirisk viser sig at være vigtige.

I hjemmesygeplejen vælger jeg at følge alle fast ansatte. Dette har sammenhæng med, at denne gruppe ialt består af 24 mennesker, hvilket ikke er større end at jeg så at sige kan håndtere det kvalitativt. Min kontaktperson ind i denne gruppe bliver naturligt afdelingens chef (pleje- og omsorgschef). Dette bliver første gang, jeg kommer i direkte kontakt med ledelsen på afdelingen, da dette ikke er nødvendigt i hjemmehjælpsstudien, når jeg her kan nøjes med at forholde mig til hjemmehjælpergruppens chef (jf. ovenfor).

Når det gælder spørgeskemaundersøgelsen, bliver det i denne - i modsætning til i den øvrige del af empiriindsamlingen - ikke nødvendigt at gennemgå en udvælgelsesproces. Alle hjemmehjælpere, som i november 1988 er ansat i hoveddisktriktet (ialt 112), får tilsendt et spørgeskema, og svarprocenten på 90 (jf. s.60) må betragtes som meget høj. Når det gælder surveyen med hjemmesygeplejeansatte, indgår ikke vikarer i dette materiale, dvs. dem, som ikke er fast ansat.³⁸ Dette har sin begrundelse i, at vikarerne oftest kun er ansat for få måneder ad gangen, de har ikke nogen fast tilknytning til en gruppe og de indkaldes kun ved behov. Derfor får de ofte ikke indsigt i alle dele af arbejdet,

³⁸ I hjemmehjælpsstudien er fastansættelse ikke en selvfølge på samme måde som i hjemmesygeplejen, fordi en meget lav grad af deltid er udbredt her sammenlignet med den i hjemmesygeplejen. Derfor indgår alle hjemmehjælpere i hjemmehjælps-surveyen, selvom en del ikke er fast ansat, mens kun de fast ansatte indgår i hjemmesygepleje-surveyen.

men kun i det direkte patientarbejde. De får f.eks. almindeligvis ikke indsigt i det administrative arbejde, diverse personalemøder o.a. Derfor medtages de ikke som informanter i denne studie, da besvarelsen af spørgeskemaet forudsætter, at informanten har kendskab til hele hjemmesygeplejearbejdet. Spørgeskemaet gives til de 24, som er fast ansatte i hoveddistriktet i december 1990, og vi får (jf. også s.60) en svarprocent på 75. I den supplerende del af denne spørgeskemaundersøgelse, hvor 5 andre Bergens-distrikter inddrages, bliver svarprocenten samlet 68. Jeg skal her knytte nogle kommentarer til disse svarprocenter, dels fordi de har en ikke uvæsentlig metodisk forhistorie, dels fordi de i sig selv giver data om informanterne.³⁹

Som jeg ser det i eftertiden gør jeg i hjemmehjælpsstudien et grundigt forarbejde, før spørgeskemaerne sendes ud.⁴⁰ Jeg er færdig med min deltagende observation og jeg er færdig med interview-runden, og ikke mindst har jeg været synlig i store dele af feltet gennem observationer, deltagelse i møder m.m. I den ene af de to grupper, jeg deltager i, holder vi et diskussionsmøde om nogle af mine på det tidspunkt foreløbige fund. Og endelig er det af betydning, at jeg knytter en stærk kontakt til en tillidskvinde i distriktet. Denne tillidskvinde

³⁹ "Vi lærer ikke bare av hva vi ser og hører andre gjør alene eller overfor hverandre. Kanskje lærer vi enda mer av hva de andre deltakerne gjør overfor oss og hva vi gjør overfor dem, om vi klarer å se det." (Solberg 1982:123)

⁴⁰ Hele forarbejdet før spørgeskemaerne sendes ud kan siges at øge reliabiliteten ved at jeg herigennem øger muligheden for, at spørgsmålene kan forstås og er relevante for informanterne.

forbliver en vigtig kontakt igennem hele projektiden helt frem til i dag.⁴¹ Hendes accept og ikke mindst hendes store nysgerrighed i forhold til mine fund bliver en ikke uvæsentlig inspiration for mit arbejde, og denne accept har desuden en positiv afsmitningseffekt på mange andre hjemmehjælpere i distriktet og deres opfattelse af mit arbejde. Med andre ord bliver hun en nøgleinformant i hjemmehjælpsstudien. I forhold til spørgeskemaundersøgelsen får hun også en anden vigtig funktion, nemlig at gå spørgeskemaet igennem, før det sendes ud til alle i distriktet. Ved at besvare spørgeskemaet selv, kan hun give mig anvisninger på både praktiske (f.eks. forståelsesmæssige) men også mere faglige indholdsmæssige rettelser, som kan øge muligheden for at få spørgeskemaet besvaret af hendes arbejdskammerater.

Et andet vigtigt moment i forhold til svarprocenten ved siden af dette forarbejde i feltet er, at hjemmehjælperne på dette tidspunkt befinder sig i en overgangsfase, hvor de ved, at deres arbejde er i færd med at blive omorganiseret. Dette betyder, at de bevidsthedsmæssigt er indstillet på ændringer i arbejdet, og dette er noget, de er optaget af. Den store svarprocent kan derfor betragtes som data om den lyst og interesse for at diskutere egen arbejdssituation, som findes blandt hjemmehjælperne på dette tidspunkt.

Også i hjemmesygeplejestudien gør jeg et grundigt forarbejde og får også her hjælp af en sygeplejerske til at rette på uklarheder i spørgeskemaet. Desuden har

⁴¹ Jeg har fortsat kontakt med denne tillidskvinde.

jeg her personlig kontakt med alle de 24, som modtager spørgeskemaet, fordi jeg vælger at gøre deltagende observation hos og interviewe alle i kraft af gruppens relativt lille størrelse. Også her finder jeg en nøgleinformant, en sygeplejerske, som er særlig åben for og interesseret i mit arbejde.⁴² Min kontakt til informanterne fra de 5 andre distrikter går kun via administrative ledere i de respektive distrikter. Til disse informanter får jeg derfor aldrig nærhed, hvilket forstærkes af, at jeg heller ikke kommer til at holde diskussionsmøder med dem, selvom jeg tilbyder det. Disse informanter har derfor i den samlede studie først og fremmest funktion som en gruppe, der udvider og bekræfter materialet om hjemmesygeplejen fra mit hoveddistrikt, hvilket også var formålet med at inddrage dem. En vigtig grund til den lavere svarprocent (end hjemme-hjælpernes) fra både disse 5, men også hoveddistriktet, er sandsynligvis, at feltet på det tidspunkt så at sige er mættet i forhold til spørgeskemaundersøgelser.⁴³ Dette er da også den vigtigste begrundelse for, at jeg får afslag om at gennemføre undersøgelsen i de resterende 6 af Bergens ialt 12 distrikter.⁴⁴ For undersøgelsen som helhed har dette imidlertid en mindre betydning. I forhold til mine informanter fra hoveddistriktet er jeg nok forundret over, at kun ca.3/4 besvarer skemaet, når jeg ud over den personlige kontakt med alle også - da jeg

⁴² Jeg bevarer længe kontakten til hende.

⁴³ Det er FAHS (Forskningscenter for arbejdsmiljø helse og sikkerhet), som netop havde gennemført sin spørgeskemaundersøgelse under temaet "Arbejdsmiljø og sykefravær" i alle Bergens distrikter. Undersøgelsen (af Einarsen et al. 1991) omfatter alle ansatte i den hjemmebaserede omsorg.

⁴⁴ Dette fremgår af breve fra bydelene.

ser, at det går langsomt med at få spørgeskemaerne retur - også rykker⁴⁵ for svar i flere omgange, dels gennem en kontaktperson på afdelingen, dels gennem et brev. På den anden side mener jeg, at dette giver data om dels omfanget af administrativt arbejde i hjemmesygeplejen sammenlignet med hjemmehjælperne og dels om et langt mindre udækket behov for at fokusere på og diskutere egen arbejdssituation blandt de ansatte i hjemmesygeplejen end blandt hjemmehjælperne.⁴⁶

Når det gælder (den teoretiske) udvælgelse af mine hjemmehjælpsmodtagerinformanter, sker dette på følgende måde. Det starter med, at jeg ser betydningen af omsorgsmodtagerens helse⁴⁷ for relationen til omsorgsgiveren, altså at typen af relation til hjemmehjælperen har klientens helse som en af sine forklaringer. Mit første udvælgelseskriterium er derfor, at jeg ønsker en informant med relativt god helse og en informant med dårlig helse. Jeg diskuterer samtidig dette udvælgelseskriterium med en central administrativ leder for hjemmehjælperne, og hun råder mig til også at fokusere på klasses tilhørighed, hvilket egenbetalingsordningen i hjemmehjælpstjenesten (se i appendix s.573-574) er en indikator for. Interviewet med denne informanttype giver mig imidlertid en

⁴⁵ På norsk "purrer".

⁴⁶ Måske har det haft en betydning, at jeg var færdig med min deltagende observation og interviewrunden, da spørgeskemaet blev delt ud, således at både fordelingen af disse og den senere "purring" (norsk) måtte ske via andre.

⁴⁷ På dansk: den sundhedsmæssige tilstand, evt. helbred. Her finder jeg det u hensigtsmæssigt at bruge en dansk oversættelse, som kan blive meningsforstyrende for en norsk studie. Jf. også note 14, s.12.

opfattelse af, at jeg heller ikke med dette supplerende kriterium kan nærme mig en forståelse af hvilke forskellige forhold, som kan være afgørende for omsorgsmottagerens relation til omsorgsgiveren. Jeg tager derfor kontakt med endnu en informant, som selv betaler for hjemmehjælpen og oplever på den måde at få udfyldt en mangel i forhold til at tilstræbe en mere adækvat forståelse. De fire informanttyper, som jeg på den måde når frem til, er da følgende: En senil klient som repræsentant for klienter med relativt dårlig helse. En rask⁴⁸ klient som repræsentant for klienter med relativt god helse. En klient, som selv betaler for hjemmehjælpen, og således repræsenterer dem med relativt god økonomi. Og endelig en klient, som er meget optaget af husarbejdet og dermed er repræsentant for dem, som er optaget af måden, hjemmehjælpsarbejdet gøres på.⁴⁹

Når det gælder mine informanter blandt hjemmesygepleje-mottagere, tager den teoretiske udvælgelse her mere direkte udgangspunkt i den måde, jeg indsamler information om arbejdet for de ansatte i hjemmesygeplejen på. Da jeg her går fra gruppe til gruppe og efterhånden får kendskab til, at der findes en tendens til forskellige patienttyper afhængig af zone-tilknytning, vælger jeg tilhørighed til zone som udvælgelseskriterium denne gang.

⁴⁸ På norsk "frisk".

⁴⁹ Det betyder selvfølgelig ikke, at der er tale om rene repræsentanter for de fire typer mottagere. I praksis er de sammenkoblede sådan, at f.eks. en relativt god helse kan være kombineret med bl.a. dårlig økonomi og en optagethed af, hvordan hjemmehjælpsarbejdet gøres. Men det betyder, at jeg hos hver af de fire repræsentanter specielt fokuserer på betydningen af den ene af dimensionerne.

Distriktet er delt i fire grupper efter geografiske zoner (A, B, C og D). Disse zoner har eksisteret meget længe og har derfor medført, at der eksisterer karakteristiske forskelle mellem indbyggerne tilhørende de fire zoner. Blandt de ansatte i hjemmesygeplejen findes således en kundskab om forskellige typer omsorgsmodtagere i de fire grupper, og det er denne kundskab, som jeg bruger som et princip for, hvordan jeg skal udvælge informanter blandt hjemmesygeplejemodtagere.

A-zonen udgør det mest landlige område med store afstande mellem omsorgsmodtagerne. Nogle af omsorgsmodtagerne kan faktisk kun nås via et fjeld og området byder derfor også på naturoplevelser under køreturene mellem patienterne. Den gruppe af modtagere, som bor i dette område, er typisk **gårdbrugere** med solide og stærke slægter. Det er ressourcestærke mennesker, som nu er blevet gamle. Mange bor mere eller mindre isoleret og er meget **taknemmelige** for at kunne få hjælp fra hjemmesygeplejen. Men en del af dem bor mindre landligt til i lidt tættere beboede områder, hvor ejendommene er kommunale og giver indtryk af fattigdom. Det er indflyttere, som bor i sociale boliger. Endelig findes der også omsorgsmodtagere, som bor mere middelklassepræget i egne eneboliger. Den modtager, som jeg har interviewet fra denne gruppe, hører til mellemkategorien, nemlig en indflytter i social bolig. Han er således udvalgt som repræsentant for en af de typiske patienter fra denne zone og det er mit eget ønske at interviewe netop ham, fordi jeg under min deltagende

observation får indtryk af, at han har lyst til at fortælle, hvilket også viser sig at være korrekt.

Zone B er det område, som er mest kendt for at være et **rigmandskvarter**. Alligevel er B-zonens modtagere også blandet med mindre rige folk. Desuden er det karakteristisk, at en del af modtagerne har været velstående i deres unge dage, men i deres alderdom dels har fået behov for hjælp til husarbejde og personpleje fra det offentlige, og dels er blevet noget mindre velstående. Alligevel må det endnu betragtes som et karakteristikum for en del af plejemodtagerne fra denne zone, at de fra tidligere er **vant til hushjælpere** og derfor har en tendens til at overføre hushjælpskravene til de ansatte fra hjemmesygeplejen, men ikke mindst også til hjemmehjælpere. For nogle af plejemodtagerne er det derfor et problem i det hele taget at modtage hjælp fra det offentlige, fordi det harmonerer dårligt med deres selvbillede om at kunne klare alt selv. Den plejemodtager, som jeg i første omgang ønsker at interviewe fra zone B, er en kvindelig mangemillionær. Da jeg imidlertid får at vide, at hun er meget senil, vælger jeg i stedet på opfordring fra gruppen knyttet til denne zone at gå til en anden velstående dame. Imidlertid falder denne dame og indlægges på det tidspunkt, da jeg vil interviewe hende. Derfor ender det med, at jeg kommer til at interviewe en akademiker, på opfordring fra zonegruppen, og det er ikke mindst interviewet med denne akademiker, som bliver afgørende for, at jeg i løbet af studien, i højere grad end jeg oprindeligt regner med, også

kommer til at fokusere på omsorgsmottager-siden.

I zone C findes en blandet patientgruppe. Men skal man udpege en patientgruppe, som adskiller sig fra de andre gruppers typiske patienter, så findes der her en vis koncentration af **psykiatriske patienter**, og disse patienter er krævende i den forstand, at de må mødes med **tålmodighed og forståelse**. Den plejemottager, som jeg kommer til at interviewe (på anbefaling fra en af zonegruppens sygeplejersker), er ikke egentlig psykiatrisk, men det, som de ansatte kalder et "grænsetilfælde". Hun bor i en ældrebolig sammen med sin mand, som er noget mere rask, end hun selv er og derfor har overtaget mange af de daglige gøremål.

Hvis man skal pege på et karakteristisk træk for D-zonens omsorgsmottagere, må det være, at de har mange **ældre patienter**, selvom de psykiatriske mottagere faktisk statistisk set er stærkere repræsenteret.⁵⁰ Det statistisk mest udbredte er således ikke nødvendigvis det samme som det, der af de ansatte opleves som mest udbredt. I en kvalitativ analyse er det imidlertid det sidste, som må tillægges størst vægt. Da de ældres hjælpebehov ofte er større end det, som kan opfyldes af det offentlige, får de også ofte hjælp af familie. Derfor findes der en del samarbejde ansatte og pårørende imellem i tilknytning til denne gruppe. Mottagergruppen i denne zone er - både på grund af høj alder og den

⁵⁰ Dette er et eksempel på, hvordan en teoretisk udvælgelse adskiller sig fra en statistisk udvælgelse.

ofte dertil knyttede senilitet - imidlertid tendentielt **meget lidt kravstillende**. Den modtager, som jeg på opfordring fra en sygeplejerske kommer til at interviewe, er en meget gammel dame, som er så alderdomssvækket, at hun får hjælp til det meste. Hun virker så træt, at jeg knap føler, jeg kan interviewe hende, og efter interviewet har hun behov for at hvile.

Det er således en generel linie i forhold til min teoretiske udvælgelse af informanter på såvel giver- som modtagersiden igennem studien, at jeg altså anvender empirisk begrundede kriterier i forhold til udvælgelsen. Når det gælder det tidspunkt, hvor det ikke længere er nødvendigt at holde kontakt til informanterne med henblik på at få flere data, kan dette "tidspunkt" indkredses gennem begrebet *teoretisk mæthed*.⁵¹ At forskningsarbejdet er en proces betyder (som nævnt indledningsvis s.82), at empiriindsamlingen ikke foregår som en adskilt fase, men det betyder ikke, at ikke f.eks. en fase med intensivt feltarbejde på et tidspunkt standses og afløses af en fase f.eks. koncentreret om analysearbejde med det empiriske materiale. For så vidt behøver man ikke at være nået så vældig langt med analysearbejdet, før man kan vælge at stoppe empiritilgangen, og omvendt kan man være nået langt med analysearbejdet, selvom man endnu ikke har afsluttet empiriindsamlingen. Mens det første er tilfældet i hjemmehjælpsstudien, er det andet tilfældet i hjemmesygeplejestudien.

⁵¹ I princippet indtræffer dette tidspunkt ikke, og i denne studie måske specielt ikke, fordi jeg bevarer kontakten til distriktet.

I hjemmehjælpsstudien stopper jeg den deltagende observation og mine interview efter at have fået repræsentanter for alle tre organiseringsformer samt fået en blanding af uerfarne unge og erfarne ældre. Men jeg vender tilbage til informanterne med mine fortolkninger, og ikke mindst fordi disse fortolkninger af informanterne opleves som relevante, foretager jeg ingen yderligere empiriindsamling. Den teoretiske mæthed bliver derfor så at sige "testet" gennem min tilbagevenden til feltet. I hjemmesygeplejestudien stopper jeg ikke min deltagende observation og interviewrunden, før jeg har været hos alle fast ansatte. I eftertiden ser jeg, at den teoretiske mæthed faktisk er nået, før jeg er færdig. Men fordi jeg på forhånd har valgt at følge og interviewe alle fast ansatte, når gruppen er relativt lille, fortsætter empiriindsamlingen altså også en tid efter mæthedspunktet. På én måde kan dette ses som et brud med idéen om teoretisk mæthed. På den anden side kan man også se dette som en vis sikkerhed for, at ikke den teoretiske mæthed faktisk er kommet for tidlig.⁵²

⁵² Ekerwald og Johansson peger på faren ved at afslutte empiriindsamlingen for tidlig og således risikere at erstatte den videnskabelige baggrund med en commonsense-baggrund, dvs. en baggrund, som almindeligvis i langt højere grad end den videnskabelige anses for at være præget af fordomme (Ekerwald og Johansson 1989). Jeg vil nævne, at når jeg fortsætter efter den teoretiske mæthed, er det også en vigtig begrundelse, at jeg ønsker at analysere interviewene både horisontalt og vertikalt, dvs. både som et samlet materiale i forhold til en række temaer, og som en række enkeltanalyser, hvor jeg finder sammenhænge indenfor hvert af interviewene. Når det gælder den sidste korte opfølgende studie, er det ikke relevant at tale om teoretisk mæthed her, når der ikke er tale om en selvstændig studie, men snarere et supplement til hovedstudien.

2.7 Forskerrollen - mellem nærhed og distance

At tilstræbe en såkaldt "objektiv" forskerrolle er hverken muligt eller hensigtsmæssigt for en kvalitativ analyseproces.⁵³ Mere frugtbart er det at tage udgangspunkt i, at forskerrollen bliver til som en kombination af den rolle, man som forsker selv tilstræber (ikke nødvendigvis bevidst) og den rolle, som informanterne giver en. Den faktiske forskerrolle bliver dermed en tredje, og denne tredje rolle svinger mellem nærhed og distance. Når den indebærer, at forskeren kommer så nært feltet, at modsætningen mellem forskeren og informanterne ophæves, modsætningen mellem to kulturer, to parter, da mener den danske antropolog Kirsten Hastrup, at man kan tale om *en tredje person* (Hastrup 1988). Hastrup fokuserer på betydningen af, at feltarbejde ikke blot handler om en dialog mellem to parter og to kulturer, men også *en tredje kultur*, som skabes af forskerens møde med informanterne. Hastrup mener, at det specielt er i disse øjeblikke af nærhed til feltet, at forskeren bliver kreativ. I den anden ende af denne rolle som "tredie person" findes således en rolle, hvor der i højere grad er tale om et modsætningsforhold mellem to forskellige kulturer repræsenteret af henholdsvis forsker og informanterne.

Da jeg starter mit første feltarbejde i en hjemmehjælpsgruppe, der kun består

⁵³ Ann Oakley (1981) har i sin artikel "Interviewing women: a contradiction in terms" reflekteret over det problematiske ved den "objektive" forskerrolle, bl.a. på baggrund af erfaringer med at interviewe mødre, som ønskede at være meget mere end "kun" informanter. Det er én af implikationerne i den objektive forskerrolle, at også informanterne faktisk accepterer informantrollens begrænsninger, men dette kan altså slet ikke tages for givet.

af hjemmehjælpere (uden en leder), har jeg ikke på forhånd lagt mig fast på en bestemt strategi. Men i eftertiden ser jeg, at jeg faktisk forsøger at være usynlig i gruppen, dels fordi jeg føler mig som en fremmed, dels fordi jeg oplever, at hjemmehjælperne opfatter mig som en fremmed, hvilket jeg også er (som akademiker og udlænding). Men dette kultursammenstød er en startfase. Ændringen og den efterhånden gradvise ophævelse af modsætningen kommer i stand, først og fremmest fordi jeg deltager i det praktiske hjemmehjælpsarbejde rundt omkring i hjemmene. Hjemmehjælperne er forundrede over, at jeg som akademiker går ud og vasker gulv og tørrer støv af og en af dem spørger mig, om jeg gør det frivilligt. Min praktiske deltagelse betyder også, at jeg kan få kontakt med hver enkelt af hjemmehjælperne, hvilket er af stor betydning for, at dette kultursammenstød "ophæves" og hver enkelt kan føle sig tryk ved, hvem jeg er og hvad jeg gør der. Fra rollen som usynlig går jeg derefter over i en rolle som ekstrahjælp; fordi jeg arbejder flittigt, bliver min hjælp hurtigt populær. Efter kort tid kommer jeg derfor først og fremmest med ud til dem, hvor der er mest at gøre. Og så bliver jeg spurgt, om jeg ikke kan gå alene til klienter.⁵⁴ Her sætter jeg selv grænsen for min rolle som ekstrahjælp ud fra den begrundelse, at jeg ønsker at studere deres erfaringer med arbejdet, ikke mine egne. I eftertiden kan dette også forklares med begrebet *teoretisk sensitivitet* (jf. s.100), da dette netop handler om blandingen af at have øjne og øre åbne for alt (at være

⁵⁴ Se også Solberg 1982:125 for en diskussion af dette.

sensitiv) og samtidig at sortere det væsentlige fra det mindre væsentlige (at være teoretisk). Går jeg ind i rollen som hjemmehjælper, mindsker måske specielt mine muligheder for at være teoretisk, fordi arbejdet dermed i sig selv risikerer at blive det vigtigste. Og chancen for det, som socialantropologerne kalder *to go native*⁵⁵ dvs. at man får et stærkt personligt engagement i arbejdet (mere end i forskningsarbejdet), antager jeg da er større.⁵⁶ "To go native" er altså noget andet end at blive "en tredje person", fordi sidstnævnte handler om de øjeblikke, hvor man som forsker sanser det, man studerer hos informanterne, mens *going native* mere betyder, at det bliver svært at vende tilbage til blandingen af at være sensitiv og teoretisk. Som eksempel på at blive "en tredje person" under mit feltarbejde hos hjemmehjælperne kan jeg nævne, at jeg på grund af min praktiske deltagelse i det huslige arbejde, flere gange oplever at sanse f.eks. det, som jeg i eftertiden anser for at handle om den potentielle mulighed for undertrykkelse i dette arbejde: jeg oplever flere gange at blive sat til at udføre arbejde, som forekommer mig unødvendigt, f.eks. at skulle pudse absolut rene vinduer. Gennem min praktiske deltagelse får jeg således en række egne oplevelser af det, som er erfaringer hos hjemmehjælpere; jeg får med andre ord mulighed for en vis rolleindlevelse.

Mens min rolle altså i starten er rimelig ureflekteret, imødekommer jeg senere

⁵⁵ Se f.eks. Repstad 1993:25.

⁵⁶ På trods af disse argumenter udelukker jeg alligevel ikke, at også en (midlertidig) ansættelse som hjemmehjælper kunne have været frugtbar.

rollen som ekstrahjælp, fordi jeg erfarer, hvordan trygheden og oplevelsen af tillid hos de enkelte i gruppen øger, når jeg gør det samme arbejde, deltager i de sociale samtaler i gruppen på lige fod med de andre, også selv fortæller små historier fra hverdagen osv. Jeg oplever imidlertid også brud med denne rolle, f.eks. da jeg sidder sammen med hjemmehjælpsgruppen og spiser frokost⁵⁷ og den ledende hjemmehjælper, som er min formidler ud til denne gruppe, pludselig kommer ind i grupperummet og spørger, om jeg får noteret noget. Jeg fører bevidst ikke dagbogsnotater, mens hjemmehjælperne er til stede, netop for at imødekomme ekstrahjælpsrollen. Men hendes fokusering på denne aktivitet drejer således igen for en tid hjemmehjælpernes opmærksomhed mod min rolle som akademiker.

Med hensyn til interviewet bliver det første af disse et gruppeinterview, fordi den hjemmehjælper, som jeg spørger først, ikke ønsker at blive interviewet alene. Gruppeinterviewet er derfor et resultat af hjemmehjælpernes behov for tryghed i interview-situationen. Det samme sker i den anden gruppe (en integreret gruppe med både hjemmehjælpere og ansatte fra hjemmesygeplejen, se senere i kap.3), hvor jeg gør deltagende observation. For de tre individuelt arbejdende hjemmehjælpere, som jeg senere interviewer, findes denne mulighed ikke; dem

⁵⁷ På norsk er frokost "lunch".

interviewer jeg derfor hver for sig.⁵⁸ Den deltagende observation er et metodisk redskab til at få indsigt i hjemmehjælpsarbejdet, men jeg bruger den også som underlag for at kunne gennemføre interviewene.⁵⁹ For hjemmehjælperne er interviewet en ukendt type interaktion, og interviewene havde næppe kunnet realiseres uden det forarbejde, som min deltagende observation udgør. I interviewene bruger jeg en interviewguide med temaer (se bilag 7a, s.549 og 7b, s.550). Jeg tilstræber at stille åbne og brede spørgsmål, men opdager snart, at hjemmehjælperne tværtimod ønsker at få konkrete og præcise spørgsmål. At give magt til informanterne er altså ikke nødvendigvis noget, som harmonerer med deres egne ønsker og det er heller ikke noget, som forskeren bare selv kan beslutte sig for.⁶⁰

For hjemmehjælpsstudien bliver min deltagende observation den vigtigste kilde til at få indsigt i arbejdet, selvom også interviewene er vigtige. I hjemmesygeplejestudien er det derimod interviewene⁶¹, som bliver en lidt

⁵⁸ De to gruppeinterview finder sted i et grupperum, mens de tre senere interview finder sted i klienters hjem, fordi disse 3 hjemmehjælpere ikke ligesom gruppemedlemmerne, har et tilhørsforhold til et kontor på dette tidspunkt. Se kap.3 om dette senere.

⁵⁹ Dette er med andre ord en måde at forsøge at øge reliabiliteten på. En anden måde kunne være at interviewe to gange, hvilket f.eks. Torunn Ones har gjort i forhold til sine interview med hjemmehjælpsmodtagere (se Ones 1988 s.60 ff.). I denne studie - i forhold til omsorgsgiverne - har jeg imidlertid fundet netop kombinationen af først deltagende observation og derefter interview, som specielt frugtbar.

⁶⁰ Desuden må magt i samhandlingssituationen adskilles fra den magt, som forskeren har til bagefter at bestemme, hvad der skal skrives om.

⁶¹ Interviewene med ansatte fra hjemmesygeplejen finder hovedsagelig sted på et tomt loftsrum i den bygning, hvor afdelingen for Pleje og Omsorg i hoveddistriktet findes. Det er en sygeplejerske, som foreslår dette, fordi dette er et fredeligt og uforstyrret sted og samtidig på en måde hører til arbejdspladsen.

vigtigere kilde til information end min deltagende observation. Dette har dels sammenhæng med kulturelle forskelle mellem de ansatte i hjemmesygeplejen og hjemmehjælperne, dels har det sammenhæng med en indholdsmæssig forskel mellem hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet med betydning for min forskerrolle. Den første grund handler om, at de ansatte i hjemmesygeplejen i kraft af uddannelse har erfaringer i at verbalisere forhold, som vedrører arbejdet; derfor harmonerer interviewet, som faktisk implicerer en sådan mulighed for verbalisering, bedre med kulturen i hjemmesygeplejen end i hjemmehjælpstjenesten. Skulle jeg gentage studien i dag, ville jeg imidlertid bruge både deltagende observation og interview igen, men være mere reflekteret i forhold til de større krav, det stiller til forskeren at interviewe en gruppe som hjemmehjælperne. Når det gælder den anden grund, handler den om, at jeg i hjemmesygeplejen ikke kan deltage i alt det praktiske arbejde, når jeg ikke selv er uddannet til det, mens jeg derimod kan deltage i alt hjemmehjælpsarbejde. Derfor tvinges jeg til for en stor del at være observatør og mere sporadisk at være også deltager i hjemmesygeplejearbejdet. Her findes således en lille barriere, som delvis forhindrer mig i at opnå helt samme nærhed som til hjemmehjælperne og deres arbejde. Men store dele af arbejdet kan jeg deltage i, og også her oplever jeg situationer, hvor jeg bliver "en tredje person". F.eks. da jeg af en hjemmesygeplejerske under min deltagende observation sættes til at vaske en patient (se senere i kap.6.2.0). Her konfronteres jeg pludselig med den

kropsnære kontakt til omsorgsmottagerne, da jeg må vaske en ældre mand alene, og dette medvirker til at give indblik i betydningen af det kropsnære arbejde i hjemmesygeplejen.

Min deltagende observation i hjemmehjælps- og hjemmesygeplejearbejdet har (naturligvis) det formål at indsamle data om arbejdet, men data findes f.eks. også i den måde, deltagerne agerer i forhold til forskeren (se note 39, s.118). Og det er fordi jeg gør deltagende observation både hos hjemmehjælperne og hos de ansatte i hjemmesygeplejen, og jeg begge steder ønsker at deltage aktivt i arbejdet, at jeg opdager, at hjemmehjælperne nærmest føler ubehag ved at sætte mig i arbejde, mens de ansatte i hjemmesygeplejen oplever dette som naturligt.⁶² Med andre ord tydeliggør deltagernes reaktion på at skulle sætte mig i arbejde, at det er lettere for de ansatte i hjemmesygeplejen end for hjemmehjælperne at fungere som instruktører eller ledere.

I forhold til deltagende observation, kan man skelne mellem skjult og åben observation (Repstad 1993:27). Denne dimension kan belyse min forskerrolle i forhold til omsorgsmottagerne af dels hjemmehjælp og dels hjemmesygepleje, specielt hvis den suppleres med en dimension, som handler om, hvorvidt det skjulte eller åbne er selvvalgt eller er et resultat af deltagernes opfattelse af forskeren. Min rolle i forhold til omsorgsmottagerne er kun i begrænset omfang

⁶² Disse forskelle bekræfter det, jeg kommer til at beskrive dels i kap. 4: "Hvem er disse kvinder?", dels i kap.5.3.2 "Autoritet versus mottagerstyring".

selvvalgt. Den afhænger dels af, hvordan og om den jeg følger, præsenterer mig for omsorgsmottageren, dels af, om omsorgsmottageren har et helbred, som overhovedet giver vedkommende mulighed for at interessere sig for, hvem jeg er, og dels af, om omsorgsmottageren har en baggrund, som giver mulighed for at forstå, hvad en forskers arbejde består af. Af hjemmehjælperne præsenteres jeg oftest ikke og bliver dermed af de omsorgsmottagere, som er i stand til det, opfattet som ekstrahjælp. Når jeg præsenteres (oftest som en fra universitetet), spørger størsteparten ikke om mere. Derfor foregår en stor del af min deltagende observation hos omsorgsmottagerne reelt skjult, selvom dette ikke er selvvalgt. I hjemmesygeplejen præsenteres jeg oftest som "én, der skal se, hvad vi gør", og da jeg her oftere må instrueres i arbejdet (jf. ovenfor), får jeg i højere grad en elevrolle, som altså betyder, at mange af hjemmesygeplejemottagerne tror, jeg skal uddanne mig til hjælpeplejer eller sygeplejerske. Også i hjemmesygeplejen foretager jeg altså en del ikke selvvalgt skjult observation, fordi omsorgsmottagerne får opfattelse af, at jeg er elev. Det frugtbare ved denne rolletildeling af både hjemmehjælps- og hjemmesygeplejemottagerne er, at det giver mig mulighed for oftere at opleve rollen som "tredie person" og dermed sanser noget af det, som de, jeg følger, sanser. Dette er noget, jeg bliver opmærksom på, fordi jeg de gange, hvor omsorgsmottageren bliver bevidst om min rolle som forsker, oplever at blive behandlet med en respekt, som ikke er frugtbart for den nærhed, som jeg tilstræber i forhold til den hjemmehjælper eller ansatte fra hjemme-

sygeplejen, jeg følger.

Samlet peger disse refleksioner over forskerrollen samt mødet med feltet og informanterne således på, at det empiriske materiale (inkluderet forarbejdet til spørgeskemaundersøgelsen, men ikke dataerne fra denne), indeholder en lang række sociale hændelser.⁶³ Med andre ord kan mødet mellem forsker og deltagere betragtes som en social interaktion, der vil indeholde uforudsigelige dele, og det er disse uforudsigelige dele, som bliver særlig frugtbare for arbejdet med at tilstræbe nærhed.

2.8 Inddragelsen af informanter

Indenfor et aktørperspektiv kan man operere med et kontinuum, hvor man i den ene ende har en situation, hvor aktørens perspektiv overskrider forskerens, og i den anden ende har en situation, hvor forskerens perspektiv overskrider aktørens (Syltevik 1992). Skal man placere Grounded Theory-metodologien langs et sådant kontinuum, vil den befinde sig på den halvside, hvor aktørerne overskrider forskerens fortolkninger, men hvor forskeren samtidig må tilstræbe at komme mod midten af kontinuet, fordi det ikke er noget mål at lade aktørernes fortolkninger overskride forskerens (jf. tidligere om begrebet *teoretisk*

⁶³ Se Per Solvangs videnskabssteoretiske indlæg for en diskussion af interviewet som en social hændelse (Solvang 1992).

sensitivitet og adskillelsen af empiriske fra sociologiske begreber, se s.100). Jeg skal her nævne nogle eksempler på, hvordan jeg i lighed med dette i mit arbejde forsøger at skabe en vekselvirkning mellem at lade aktørerne være vejvisere, og selv at være teoretiker (analytiker) i forhold til aktørernes fortolkninger.

Helt fra starten af mit feltarbejde oplever jeg det som både vigtigt og naturligt, at jeg aldrig udtaler mig sikkert om noget i arbejdet, men stiller spørgsmål, forsøger at sætte diskussioner i gang osv. Da jeg er færdig med min deltagende observation og mine interview i hjemmehjælpsarbejdet, trækker jeg mig en tid tilbage fra feltet for at bearbejde mine første data, men derefter vender jeg tilbage igen og diskuterer mine første antagelser. I alt holder jeg fire diskussionsmøder med hjemmehjælpere i distriktet, og derudover inviteres jeg til at holde foredrag på to fagforeningsmøder.⁶⁴ Ud fra den respons jeg får, arbejder jeg da videre med dataerne og udformer en endelig rapport. Før denne i julen 1990 bliver sendt ud til alle hjemmehjælpere i distriktet⁶⁵, lader jeg imidlertid to hjemmehjælpere læse den igennem og kommentere den. Således arbejder jeg bevidst med at give aktørerne mulighed for at blande sig i mine fortolkninger.

⁶⁴ Det er min nøgleinformant blandt hjemmehjælperne, altså tillidskvinden, som inviterer mig til at holde foredrag på fagforeningsmøder (to gange i 1989). Første gang holder jeg et foredrag om kundskaber knyttet til hjemmehjælpsarbejdet og anden gang sætter jeg dette tema om kundskab ind i en bredere sammenhæng, hvor temaet kun bliver ét ud af flere knyttet til professionaliseringen som den idealtypiske proces i arbejdet.

⁶⁵ Rapporten "Professionalisering og modprofessionalisering i hjemmehjælpsarbejdet" sendes også til Fagbladet, som udgives af Norsk Kommuneforbund; det forbund, som hjemmehjælperne er knyttet til (jf tidligere). Redationen oversætter rapporten til norsk og forkorter den. Den kommer i Fagbladet nr.18 og 19/90-91.

Responserne handler dels om en glæde over, at nogen interesserer sig for hjemmehjælpsarbejdet, men dels også om genkendelighed i forhold til mine tolkninger og en stor grad af enighed i analysen.

I hjemmesygeplejen forsøger jeg på samme måde at holde diskussionsmøder, men af praktiske grunde bliver dette aldrig realiseret. På baggrund af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen holder jeg imidlertid et foredrag på et fællesmøde. Også de ansatte i hjemmesygeplejen får en rapport og en artikel sendes til Fag-Sykepleien.⁶⁶ Ligesom hjemmehjælperne får altså også de ansatte i hjemmesygeplejen mulighed for at påvirke fortolkningerne, men det er en forskel, at hjemmehjælperne på en måde mere indgår i diskussioner efter mit feltarbejde, mens de ansatte i hjemmesygeplejen i langt højere grad er diskuterende under feltarbejdet. Derfor anser jeg det heller ikke for tungtvejende, at jeg ikke får diskussionsrunder med de ansatte i hjemmesygeplejen i mindre fora, som det er tilfældet i forhold til hjemmehjælperne.

Da jeg har færdiggjort den sidste opfølgende del af studien, etablerer jeg fra efteråret 1995 en tæt kontakt til afdelingen for Pleje og Omsorgs øverste ledelse. Denne kontakt kommer i stand dels fordi jeg ønsker at diskutere mit nu mere samlede arbejde med aktører fra feltet, dels fordi ledelsen savner et uformelt forum med mulighed for at diskutere og problematisere forhold knyttet til at

⁶⁶ Hjemmesygeplejeadministrationen får i foråret 1991 rapporten "Institutionalisering og mod-institutionalisering i hjemmesygeplejen". Senere skriver jeg på baggrund af denne en artikel til (fagtidsskriftet) Fag-Sykepleien, udgivet af Norsk Sykepleierforbund. Den offentliggøres oversat men uforkortet i nr.2/93.

forstå og arbejde indenfor den hjemmebaserede omsorg. Udover min fortsatte kontakt med hjemmehjælpernes tillidskvinde, udgør denne kontakt til ledelsen en sidste rest af kontakt til feltet.⁶⁷ Dette betyder, at informanterne er blevet inddraget i fortolkningsarbejdet helt til det sidste og det betyder ikke mindst også, at fund fra studien bliver anvendt i distriktet.⁶⁸

2.9 Indkredsningen af to idealtyper

Det er en central del af begrebsudviklingsarbejdet i denne studie, at jeg finder det, jeg vil kalde to idealtypiske processer, én knyttet til hjemmehjælpstjenesten og en anden knyttet til hjemmesygeplejen, og jeg skal her forsøge at give et indblik i, hvordan jeg kommer frem til disse processer.

Hjemmehjælpsstudien kommer som nævnt tidsmæssigt før hjemmesygeplejestudien, og dette har en betydning i forhold til på hvilket tidspunkt i analyseprocessen, jeg når frem til disse idealtypiske begreber om ændring.

⁶⁷ Kontakten til ledelsen (det drejer sig om to ledere, begge sygeplejersker) består af månedlige møder, hvor vi dels diskuterer aktuelle problemer knyttet til afdelingen, dels diskuterer dele af mit afhandlingsarbejde. Det er pleje- og omsorgschefen, som får idéen til en sådan moderække, som af hensyn til deres ønske om en synliggørelse af dette arbejde, kaldes "sociologisk vejledning". Jeg har fortsat kontakt med denne ledelse. Møderne starter sommeren 1995.

⁶⁸ F.eks. kan jeg nævne, at jeg i den opfølgende studie finder, at en gruppelederstilling (se senere i kap.3) forhindrer en tilstræbelse af helhedsorientering i gruppemedlemmernes arbejde. Dette fører til igangsættelsen af et arbejde med at specificere gruppelederstillingen nærmere. Jeg kan også nævne, at f.eks. rapporten om hjemmehjælpsarbejdet er blevet brugt i såkaldte temagruppemøder hos hjemmehjælperne, hvor den har haft funktion som udgangspunkt for diskussioner. Og endelig vil jeg nævne, at de to ledere (se note 67 ovenfor) selv har peget på, at de gennem læsningen af kapitler til afhandlingen har fået flere "aha-oplevelser".

Betydningen ligger i, at jeg - da jeg begynder hjemmehjælpsstudien har begrænset med feltkundskab - mens jeg derimod har relativt god feltkundskab, da jeg starter hjemmesygeplejestudien. Derfor er det første begreb et resultat af en lang analyseproces, mens det andet begreb fremkommer allerede under empiriindsamlingen og dermed altså i en langt tidligere fase af analyseprocessen, end det er tilfældet i hjemmehjælpsstudien.

Det første differentieringsmoment, som jeg støder ind i under feltarbejdet i hjemmehjælpsstudien, handler om arbejdets organisering. Mine første idéer om en problemstilling for arbejdet drejer sig derfor om at problematisere konsekvenserne af forskellige typer organisering af arbejdet.⁶⁹ Da jeg senere begynder at diskutere nogle af mine første fund med hjemmehjælpere, opdager jeg, at det, som på dette tidspunkt er mest aktuelt for dem, drejer sig om en kundskabsforandring i arbejdet.⁷⁰ Der er mange faktorer, som spiller ind her, men en af de vigtigste for de informanter, jeg har kontakt med, er opstarten af en ny 1-årig hjemmehjælperuddannelse, fordi den bliver igangsættende for en diskussion om, hvad man faktisk har brug for af kundskab for at kunne være hjemmehjælper. I det daglige oplever hjemmehjælperne, at de har tilstrækkelig med kundskab for at kunne udføre arbejdet tilfredsstillende, fordi de fleste kan trække på erfaringer

⁶⁹ Med begreber fra Grounded Theory-traditionen foregår her altså en overgang fra såkaldt "åben" til "selektiv kodning". Der er tale om det, man kunne kalde hovedkodninger, som altså indebærer en mængde detaljerede "kodninger" undervejs.

⁷⁰ Her er (hoved)kodningen åbnet igen og bliver derefter selektiv.

fra lignende arbejde i eget hjem som husmødre. Men på den anden side ser de, at arbejdet nu er ved at forandre sig i en retning, som nok kan føre til, at denne kompetence kan komme til at føles og måske konkret blive utilstrækkelig. Har husmoderen f.eks. kompetence i forhold til at kunne arbejde tværfagligt? - for at nævne et enkelt eksempel. Og hvad skal man i det hele taget forstå ved "kompetence" i forhold til hjemmehjælpsarbejdet? Det er tydeligt, at der her findes et problemområde, som altså f.eks. kunne dreje sig om at diskutere kundskaber i forhold til et såkaldt "ufaglært arbejde". Men også dette problem går jeg væk fra igen⁷¹, da jeg begynder at se nærmere på, hvad jeg egentlig bruger som kriterier for at vælge en bestemt problemstilling. Hvor kriteriet for det første problem er, at jeg ønsker at finde den faktor, som har størst betydning i forhold til den totale omorganisering af arbejdet, er kriteriet for det andet problem derimod aktualitet, altså det som er et aktuelt problem for hjemmehjælperne lige på det tidspunkt, da jeg gør feltarbejdet. I forhold til at definere en sociologisk problemstilling, findes der flere problemer her. Med hensyn til det første kriterium er det største problem, at jeg forudsætter, at man kan pege på én faktor som den vigtigste i forhold til omorganiseringen, hvilket er vanskeligt. Det betyder selvfølgelig ikke, at det ikke kunne være vigtigt at se på organiseringens betydning, men det betyder, at jeg måske ikke får set på andre faktorer af måske lige så stor betydning. Med hensyn til det andet kriterium er problemet her, at

⁷¹ (Hoved)kodningen åbnes igen.

det "fælles" aktuelle problem altid defineres af nogen, og i dette tilfælde er det et kendetegn for disse, at de er mødedeltagere på et fagforeningsmøde; som fagforeningsaktive er disse hjemmehjælpere derfor ikke repræsentative for resten af hjemmehjælpergruppen i distriktet. For så vidt behøver ikke dette være et problem i en kvalitativ analyse, men igen oplever jeg dette som utilstrækkeligt i forhold til at indkredse en problemstilling. Jeg bliver klar over utilstrækkeligheden i begge kriterier i forbindelse med den videre bearbejdning af empirien, idet jeg finder, at ændringer i organiseringsformen og ændringer i kundskabsformerne kan betragtes som delmomenter af en samlet proces i hjemmehjælpsarbejdet, som grundlæggende handler om, at dette arbejde er kommet ind på en vej, som fører hen mod at blive en profession.⁷² Og den proces kaldes indenfor sociologien for *professionalisering*. Det frugtbare ved at anvende dette begreb viser sig at bestå af flere ting, hvoraf jeg kun skal nævne to her: for det første kan jeg dermed indfange ikke kun den nutidige proces i arbejdet, men hele den historiske udvikling for arbejdet fra dets tidligste rødder i husmor- og hushjælpsarbejde til det fremtidige professionelle arbejde integreret i et offentligt lønnet arbejdsmarked. For det andet viser dette sig at være frugtbart også i forhold til den empiribaserede teoretisering på området, som Wærness har arbejdet med tidligere.⁷³

⁷² Herefter bliver analysearbejdet for alvor selektivt.

⁷³ Jeg vil her også nævne, at begrebet har vist sig at være anvendeligt også i anden omsorgsforskning (se Johansson 1991).

I modsætning til den lange analysevej, som leder frem til professionaliseringsbegrebet, ledes jeg, som allerede antydte, meget tidligt ind på det begreb, som jeg kommer til at knytte til hjemmesygeplejen. Denne forskel i, hvornår et såkaldt gennembrud (Solberg 1984) i analysen kommer⁷⁴, har altså for denne studie sammenhæng med graden af feltkundskab. I hjemmesygeplejestudien kommer dette gennembrud på et tidspunkt, da jeg har været deltagende observatør i hjemmesygeplejen en tid og jeg en dag følger en psykiatrisk sygeplejerske.

Den dag, jeg kommer til at følge denne psykiatriske sygeplejerske, er det hendes vigtigste opgave at få flest mulige af de psykiatriske patienter, hun har ansvar for, ud på et dagcenter, som er beregnet for psykiatriske patienter. Første del af arbejdet består derfor i at motivere patienterne til at komme ud på dette dagcenter. En servicemand kører da de forskellige patienter ud til dagcenteret. Selv skal sygeplejersken hente en ældre dame og køre hende derud, fordi hun ikke har været der tidligere. Denne ældre dame, som har været indlagt flere gange for depressioner, fungerer for tiden godt og derfor er det vigtigt, at hun netop på dette tidspunkt kommer i gang med at deltage i dagcenterets aktiviteter.

Den psykiatriske sygeplejerske ringer til dagcenteret for at meddele, at hun vil komme med en ny patient, men får at vide, at det passer dårligt, fordi personalet holder temamøde den dag. Hun er imidlertid en sygeplejerske med mange års erfaringer og argumenterer derfor for, at temamødet ikke kan betyde,

⁷⁴ Gennembruddet kommer med andre på det tidspunkt, hvor det selektive analysearbejde for alvor starter.

at de ikke kan tage imod nye patienter og at det desuden er væsentligt, at denne patient kan begynde i dagcenteret netop på dette tidspunkt. Og sådan bliver det.

Vi kommer i sygeplejerskens bil til dagcenteret, som udefra ligner en gammel hyggelig villa. Patienten, den ældre dame, hilses velkommen af en ergoterapeut fra centeret og føres ud i køkkenet, hvor hun får lov at vælge mellem op mod 20 forskellige retter mad. Da hun har valgt, tager ergoterapeuten en færdig frossen ret op fra en stor kumrefryser og placerer den i mikroovnen.

Det lange bord i køkkenet er dækket med bakker til alle, som er kommet. Nu tager ergoterapeuten en bakke til frem og sætter den på bordet.

*Før patienterne spiser, stiller de op i kø ude i køkkenet og betaler for maden.
(Notater fra min deltagende observation i 1990.)*

Denne lille hverdagsscene illustrerer et sociologisk fænomen, som i sin kerne handler om forholdet mellem hjem og institution. Dagcenteret er en institution for psykiatriske patienter, men boligen er en gammel villa indrettet som et traditionelt hjem med indgang, stue, køkken osv. Der findes et køkken med alle de muligheder, som almindeligvis findes i et køkken for at lave maden selv, men i stedet tages maden op fra fryseren og placeres i mikroovnen. På bordet plejer man at dække med tallerkener, bestik osv., men her findes i stedet en bakke til hver patient som på en café, hvor man skal bruge bakken for at kunne bære det hele hen til en siddeplads. Men hvilken funktion har de her? Og endelig står patienterne i kø for at betale, som var de kunder. På trods af, at alle de fysiske rammer her er til stede for at gøre dette til et hyggeligt andet hjem for patienterne, udnyttes de ikke i det hele taget. Maden kunne f.eks. være lavet af patienterne, hvilket samtidig havde styrket fællesskab og selvhjulpethed, bakkerne kunne have været undladt og pengene kunne modtages på en almindelig diskret måde. Men hvorfor afindividualiseres patienterne i en

situation, hvor alle muligheder er til stede for at gøre det modsatte, og hvorfor kaldes de iøvrigt "patienter", når denne institution ikke har direkte at gøre med deres medicinske behandlingsoplæg? Det er disse modsætningsforhold, som blandet med andre lignende observationer fra det øvrige feltarbejde i hjemmesygeplejen, leder mig ind på begrebet *institutionalisering* (også betegnet *instituering*)⁷⁵, som altså er den sociologiske betegnelse for en proces, som regulerer sociale relationer efter stadig fastere former. Man kan sige, at jeg bruger begrebet i en dobbelt betydning, dels om den grundlæggende proces, som indebærer stadig flere regler for arbejdet, dels om en proces, som handler om at hente disse regler fra et bestemt sted, nemlig den øvrige sygepleje, altså den, som foregår på institutioner. Ligesom det er tilfældet med professionaliseringsbegrebet, gælder det også her, at dette begreb indfanger de historiske rødder, som her handler om hjemmesygeplejens tidlige funktion som aflastning for sygehusene (jf. s.37) samtidig med, at begrebet også rummer den nutidige aktuelle proces frem mod en stadig stærkere tilknytning til institutionsomsorgen og dermed overtagelse af regler, som ikke tager udgangspunkt i, at omsorgsarbejdet skal udføres i et hjem.

De to begreber giver altså både en samlet forklaring på, hvad der foregår i de to dele af den offentlige hjemmebaserede omsorg, og samtidig forudsiger de udviklingen i den forstand, at processerne karakteriserer de træk, som ændrer

⁷⁵ Se f.eks. Østerberg 1984.

dette omsorgsarbejde.⁷⁶

Indenfor Grounded Theory-traditionen har disse processer en vis type lighed med det, som kaldes "basic social processes" (Glaser 1978:93ff.). En "basic social proces" er en nøglekategori, som sammenfatter momenter i de empiriske data, som peger i en bestemt retning og repræsenterer en ændringsproces.⁷⁷ Indenfor den klassiske sociologi er det først og fremmest Max Weber, som har arbejdet med udviklingen af en sådan type processer gennem begrebet *idealtyper*.⁷⁸ Men Glaser adskiller "basic social processes" fra Webers idealtyper, fordi sidstnævnte ikke udelukker en mindre løsrivelse fra de helt konkrete detaljer i empirien. Det er karakteristisk for *idealtyper*, at de baseres på et empirisk materiale, hvor forskeren finder særtræk, som derefter trækkes ud i deres yderlighed. Der er ikke tale om at samle det typiske, men derimod det særtypiske. Og der er heller ikke tale om at søge et ideal for det typiske, men altså et ideal for det særtypiske. Dette er netop den måde, hvorpå mine begreber, som sammenfatter processer i arbejdet, analytisk er blevet til på (jf. ovenfor), og de indeholder derfor en nuanceforskel i forhold til "basic social processes", som

⁷⁶ Der er ikke tale om prædiktion i traditionel forstand, hvor der prædikeres på baggrund af et årsag-virkningsforhold. Til forskel fra at sige noget om, hvad verden bliver til, er der i denne sammenhæng snarere tale om at sige noget om, hvordan den bliver til.

⁷⁷ Glaser skelner mellem de basisprocesser, som repræsenterer en socialpsykologisk udvikling og de basisprocesser, som repræsenterer en socialstrukturel udvikling (Glaser 1978:102). Denne todeling kan imidlertid hurtigt blive for grov, fordi en sådan type processer for så vidt kunne indeholde begge niveauer eller en sammenblanding af disse niveauer.

⁷⁸ Se f.eks. Weber 1994:199ff.

afdækker en af de indvendinger, jeg på grundlag af mine erfaringer har mod Grounded Theory-idéen, nemlig som et systematisk empiribundet arbejde med for lidt rum for helhedstænkning i det analytiske arbejde. Kravet om empirinærhed må ikke blive så strengt, at det lukker af for en måske frugtbar vekselvirkning i analysearbejdet mellem delene og helheden, altså det at kunne relatere enkeltdele i analysen til en helhed; det, som man indenfor en hermeneutisk tradition beskriver som en hermeneutisk cirkel (Kvale 1978). En anden del af denne indvending handler om, at der indenfor traditionen findes en for streng fortolkning af både empiriske data og også spørgsmålet om induktion. Der findes en tendens til at stille meget stærke krav om præcision af de data, som kategorier og begreber er udledt fra.⁷⁹ Dette begrænser imidlertid muligheden for også at trække det, man kunne kalde *tavs empiri* ind, dvs. sanseindtryk, oplevelser af stemninger osv., som netop ofte er væsentlige i en kvalitativ analyse. Glaser og Strauss' argument imod en sådan type tænkning er, at dette vil åbne op for spekulationer og dermed øge risikoen for en potentiel løsrivelse fra de empiriske data; derfor tager de afstand fra begrebet *idealtyper*. Min erfaring er derimod, at både de relativt let synligt observerbare data og de tavse data, altså de mindre eller ikke synlige data, kan bidrage til en teorigenerering. Det er netop denne tavse empiri, som sætter mig på sporet af modprocesserne til de to dominerende processer, jeg finder. Professionaliserings-

⁷⁹ Men i særlig grad gælder dette Strauss og Corbins arbejde indenfor traditionen.

processen f.eks. er relativt let synlig, fordi jeg kan trække data fra spørgeskemaundersøgelsen frem, som klart synliggør processen, men modprocessen derimod når jeg frem til, fordi jeg har en følelse af, at hovedprocessen ikke er adækvat i forhold til det, jeg har set, hørt og sanset i feltet. Derfor går jeg tilbage til empirien med denne følelse og leder efter det, som mangler i hovedprocessen, og finder da en type bevidsthed (jeg kalder den en andreorientering, se senere i kap.5.2.1) hos hjemmehjælperne, som kan siges at danne grundlag for modprofessionaliseringen. Den tavse empiri kan altså medvirke til at stimulere helhedstænkning i analysen. Jeg mener således, at det kritiske punkt først må findes der, hvor forskeren ikke kan finde empiriske data, som kan verificere et begreb, en hypotese eller andre elementer i teoretiseringen. Og det betyder altså ikke, at forskeren ikke undervejs i processen kan løsrive sig fra konkrete, specielt let synlige og observerbare data og spekulere med baggrund i empirien. Det er det samme problem, som findes i fastholdelsen af induktion indenfor traditionen (jf. kritikken, nævnt s.98). "Induktion" er da også en utilstrækkeligt dækkende betegnelse for det systematiske teoriudviklingsarbejde, som netop handler om en vekselvirkning mellem hypotesedannelser og verifikationer af disse gennem en stadig tilbagevenden til de empiriske data. I praksis foregår egentlig snarere det, som man kalder for "abduktion", dvs. en vekselvirkning mellem induktion og deduktion, "mellem observationer og idéer og mellem dele og en 'fremvoksende' helhed" (Starrin 1994:26, min oversættelse).

2.10 Professionalisering og institutionalisering som teoretiske begreber

Når det gælder begreberne "professionalisering" og "institutionalisering", er dette to meget anvendte sociologiske begreber. Professionaliseringen er en proces, som fører til professionalisme og til dannelsen af såkaldte professioner, mens institutionaliseringen fører til dannelsen af og videreudviklingen af institutioner. Såvel begrebet "institution" som begrebet "profession" bruges indenfor et hverdagsprog, men med den forskel, at mens det sociologiske institutionsbegreb mest adskiller sig fra det tilsvarende commonsense-begreb ved at være bredere⁸⁰, findes der en mere klar indholdsmæssig forskel, når det gælder professions-begrebet. Dette er et langt mere diffust begreb, det indholdsbestemmes på forskellige måder og det har også i højere grad end institutionsbegrebet en værdiladet (normativ) karakter, selvom også institutionsbegrebet må siges til en vis grad at bruges som et værdiladet begreb.⁸¹ En sammenligning af tre typer definitioner af begrebet, kan tydeliggøre disse karakteristika. I en commonsense-forståelse handler det "at være professionel" om at være kompetent i en specifik type arbejde på grundlag af uddannelse. Kritiseres nogen for ikke at være professionelle, opfattes det som en (negativ) kritik; at være professionel

⁸⁰ En forskel kan måske være, at man ikke indenfor en commonsense-forståelse taler om f.eks. ægteskabet og familien som institutioner. Den sociologiske definition er således nok bredere, selvom den ikke indholdsmæssig er forskellig.

⁸¹ Jones og Fowles (1984:206, 207) peger på, at "institution" ofte ikke bruges for at beskrive bestemte forhold, men for at kritisere dem. Indenfor sociologi kan det Goffmanske begreb "totale institutioner" (Goffman 1961) på én måde siges at understøtte dette.

opfattes altså som noget positivt. Ifølge en rigsmålsdefinition betyder "profession" imidlertid blot en officiel angivelse af hvilket erhverv, man har, f.eks. snedker.⁸² Og går vi videre til en traditionel professionssociologisk definition af begrebet (udddybes nedenfor), defineres professionelle som teoretisk uddannede, normalt højt lønnede med høj social status og autonomi i deres arbejde; de siges ofte at udføre arbejde med en servicekarakter. Ifølge en sociologisk forståelse kan snedker-erhvervet altså ikke betragtes som en profession, når det ikke primært er baseret på teoretisk uddannelse. Samtidig findes der altså en lighed mellem den sociologiske definition og commonsenseforståelsen i deres fokus på uddannelse. Jeg skal redegøre lidt mere for det diffuse ved begrebet "profession" også indenfor sociologien, men forinden nævne en anden forskel mellem begreberne professionalisering og institutionalisering.

Institutionalisering er en proces, som kan knyttes til et grundlæggende træk i en samfundsudvikling, noget som handler om at definere, afgrænse og organisere sociale fænomener stadig klarere. Gennem institutionaliseringen dannes og udvikles samfundets institutioner, og disse betragtes indenfor sociologien ofte som en "generaliseret social respons" (min oversættelse) på en mere eller mindre specifik situation (Jones og Fowles 1984:106). På det lønnede arbejdsmarked er institutionaliseringen ikke mindst knyttet sammen med

⁸² Ifølge Riksmålsordboken (1982). "Yrke: han er snekker av profesjon [latinsk 'erklæring, offisiell angivelse av erverv']."

arbejdsdeling og bureaukratisering.⁸³ Med arbejdsdelingen følger tendentielt udviklingen af f.eks. hierarkier, men også f.eks. nødvendigheden af at definere og afgrænse arbejder fra hinanden; dermed øges potentielt en bureaukratisering. Institutionaliseringsen bliver med andre ord en respons på nævnte udvikling. Hvis vi knytter en sådan arbejdsdelings-udvikling til forskellige typer arbejde i samfundet og vi specielt koncentrerer os om dem, som traditionelt har haft en samfundshierarkisk høj placering, da kaldes denne type institutionalisering gerne for en professionalisering. Med andre ord kan man sociologisk forstå institutionalisering som en mere grundlæggende proces end professionaliseringen (Østerberg 1984:88); professionaliseringen bliver da en specificering af en type institutionalisering.

Ligesom professionalisering i princippet handler om at udvikle professioner, handler institutionalisering i princippet om at udvikle institutioner, men netop ved at fokusere på henholdsvis professionalisering og institutionalisering flyttes fokuseringen fra en slags tilstand til en bevægelse, en proces. Og dermed åbnes op for ikke "kun" at se på træk, som karakteriserer en tilstand, men også på hvor disse træk kommer fra og hvor de ser ud til at føre hen. I forhold til området for den offentlige omsorg ses begrebet "institutionalisering" sommetider brugt f.eks. om det at anbringe ældre på institutioner (se f.eks. Ellefsen 1991). Dette er imidlertid en meget konkret brug af begrebet, som ikke er relevant i denne

⁸³ Se f.eks. Weber 1994:107ff.

sammenhæng, hvor jeg tværtimod altså ønsker at bruge begrebet i en slags videste forstand.

Som allerede antydnet bruges begrebet "professionalisering" indenfor sociologi på mange forskellige måder. Det bruges f.eks. om ændringer i erhvervsstrukturen, om udbredelse af faglige organisationer, om en specifik udvikling indenfor et erhverv og mere generelt om en proces med specifikke udviklingstrin (Johnson 1979). Men det ses også brugt om konkrete enkeltkarakteristika som f.eks. tendensen til mere heltidsarbejde (se f.eks. Daatland og Sundström 1985). Hovedstrømmen indenfor arbejdet med professioner, handler om at forsøge at indkredse nøglekarakteristika for professionelle erhverv. Der findes store forskelle på, hvor mange som opstilles, men de 6 mest hyppige er 1) færdighed baseret på teoretisk kundskab, 2) træning og uddannelse i denne færdighed, 3) kompetencesikring gennem eksamener, 4) brug af ledelse til at sikre professionel integritet, 5) oprettelse af en faglig organisation og 6) altruistisk service (for det fælles bedste) (ibid.). De, som typisk regnes for at være professionelle, er læger, jurister, præster, officerer, arkitekter, ingeniører, psykologer, lærere og administratorer (Brante 1988).⁸⁴ Af de 6 karakteristika har specielt det sidste om altruistisk service været omdiskuteret, bl.a. fordi det ikke har været klart, om der skal være tale om at betragte selve erhvervet som en altruistisk service eller om det er den enkelte professionsudøver, som skal antages at være altruistisk.

⁸⁴ Der indgår således flere meget gamle erhverv som f.eks. præster og officerer.

Sidstnævnte er nemlig et langt strengere krav end førstnævnte, hvilket derfor tendentielt gør det uegnet som et (fælles) nøglekarakteristikum. Samtidig afdækker dette også et mere generelt problem i tilknytning til studier af professioner, nemlig hvorvidt professionaliseringen skal knyttes til et individniveau eller et organisationsniveau. Hos Talcott Parsons, professions-sociologiens "fader"⁸⁵, har professionerne funktion som bærere og formidlere af samfundsnyttige værdier som rationel tænkning og teknologisk kundskab, som skal drive den moderne samfundsudvikling videre (ibid.). Når Parsons karakteriserer de professionelle, bruger han sine mønstervariabler. Den Parsonske professionelle er således affektiv neutral, dvs. ikke emotionelt engageret i modtageren af tjenesten, universalistisk, dvs. at den professionelle behandler alle lige, kollektivistisk, dvs. at den professionelle arbejder for et kollektivt gode, funktionelt specifikt, dvs. at den professionelle koncentrerer sig om det relevante fagspecifikke og ikke noget mere, og endelig er den professionelle kompetence erhvervet modsat tilskrevet, den er erhvervet gennem uddannelse. Det problematiske ved denne definitionsjagt er først og fremmest dens ideologiske karakter, hvilket viser sig i empiriske studier, som har afdækket en række afvigelser fra disse Parsonske karakteristika. Ofte har de professionelle snarere karakteristika, som kan samle sig om mønstervariablenes modsatte side, nemlig

⁸⁵ Betegnelsen "fader" skyldes ikke, at der ikke har været andre før ham, der også har skrevet om professionalisering, men at hans arbejder om professioner kommer til at dominere store dele af professionssociologien (Brante 1988).

affektivitet, partikularisme, selvorientering, tilskrevne egenskaber og diffuse arbejdsopgaver (ibid.). En anden type problem med definitionsjagten, som Brante peger på, er, at indkredsningen af nøglekarakteristika for professionelle nødvendigvis må indebære, at det burde være muligt at skelne mellem professionelle og ikke-professionelle. Empiriske studier viser imidlertid, at der snarere findes flydende grænser, hvorfor man også taler om såkaldte semi-professioner (sygeplejersker er en gruppe, som typisk betragtes som hørende til en semiprofession). Og endnu en type problem drejer sig om, at hvis man kan finde nøglekarakteristika, må man også kunne finde fællestræk i en udvikling frem mod at blive en profession. Nogen professionssociologer taler derfor om en såkaldt "natural history", som kan handle om 1) udviklingen af fuldtidsarbejde, 2) etableringen af et uddannelsessted, 3) etableringen af en organisation, 4) politisk agitation for at beskytte organisationen ved lov og 5) tilegnelsen af en formel kode (Johnson 1979).⁸⁶ Men også her viser empiriske studier, at en sådan rekonstruktion kan være meget forskellig fra erhverv til erhverv. Den traditionelle professionssociologi med sine rødder i den Parsonske model savner altså en empirisk realistisk forankring (Brante 1988). Afdækningen af disse afvigelser fra den klassiske professionsindkredsning har nok medvirket til, at professions-

⁸⁶ Elementerne i "natural history" er af Johnson hentet fra Caplow og Wilensky (1964) *The Sociology of Work*.

begrebet bliver stadig bredere.⁸⁷

Et andet vigtigt problem, som knytter sig til det traditionelle professionsbegrebs manglende empiriske forankring og som jeg allerede kort har antydnet, handler om begrebets potentielle værdiladethed. Ifølge den Parsonske model antages professionelle at udvikle såkaldt sikker videnskabelig kundskab, hvilket er et grundlag for, at de kan optræde funktionelt specifikke og universelle. Nyere forskning viser imidlertid, at det er vanskeligt at tale om objektiv kundskab hos professionelle, og en teoretisering af denne opdagelse findes således f.eks. i begrebet "tavs kundskab", som netop handler om at vide mere end man kan fortælle (Polanyi 1967, Brante 1988). Men også andre har vist, at det er muligt at tale om en alternativ form for ekspertise knyttet til praksiskundskab, f.eks. brødrene Dreyfus, som har foretaget intensive studier af, hvordan en færdighed tilegnes og på baggrund af dette opstillet 5 udviklingstrin i denne praktiske læreproces (Dreyfus & Dreyfus 1986).⁸⁸ Det bliver altså vigtigt ikke at betragte

⁸⁷ I norsk sammenhæng er det specielt Ulf Torgersen, som har præget professionssociologi (Torgersen 1972). Han bruger en definition af profession som en relation mellem erhverv og en speciel uddannelse. Vi har altså ifølge Torgersen en profession, når alle, som rekrutteres til et bestemt erhverv, er rekrutteret fra den specialiserede uddannelse, som er grundlaget for dette erhverv. I starten handler "uddannelse" om højere uddannelse og teoretisk uddannelse, senere bliver dette mere udvandet, fordi der sker en vækst af stadig kortere uddannelsesveje i samfundet. Den samfundsmæssige udvikling har således en vigtig betydning for, at det bliver stadig vanskeligere at adskille professionelle erhverv fra andre typer erhverv.

⁸⁸ Patricia Benner har i sin bog "From novice to expert" (1984) anvendt denne 5 trins-model på sygeplejepraksis for at pege på de praktiske erfaringers betydning for ekspertise-udvikling. I min hovedopgave "Professionalisering og modprofessionalisering i et omsorgsarbejde" (1989) har jeg anvendt modellen på hjemmehjælpsarbejdet for at vise, at man også her kan tale om ekspertise, hvis man i stedet for at fokusere på teoretisk kundskab, fokuserer på dét, som ekspertise også kan udvikles gennem, altså praksiskundskab.

de af den traditionelle professions sociologi definerede professioner med deres karakteristika som idealer for andre erhverv, hvilket også den positive commonsense-forståelse af "professionelle" kan bidrage til.

"Professionsbegreppet har bidragit till att sprida glans över ett yrke, och det är inte förutan att denna prestige har lockat många yrken att kopiera strategier och egenskaper som hör professioner till. Förebilderne är gamla. Dessa yrken bildades när det fortfarande fanns utrymme för fler yrken på marknaden. Situationen de befann sig i när de utvecklades till professioner är inte densamma som den som yrken idag har att hantera. Man kan likna det vid att köra bil på landsvägarna på 1920-talet då det fortfarande fanns mycket plats och det inte behövdes så många regler. Idag, när alla kämpar om en plats på professionsarenaen, är det som att köra bil i storstad med regler och rödljus som signalerar begränsningar i rörelseutrymmet för att alla ska beredas plats och garanteras säkerhet." (Johansson 1995:30)

Det, som Stina Johansson peger på i dette citat handler i det grundlæggende om at forstå professionsbegrebet som et historisk fænomen, altså et fænomen i stadig ændring; noget, som har fået meget lidt opmærksomhed inden for den traditionelle professions sociologi, måske ikke mindst på grund af den manglende empiriske forankring. En anden vigtig forståelse, som også har fået meget lidt opmærksomhed, drejer sig om et kønsaspekt ved fænomenet. Rekrutteringen til de traditionelle professioner er nemlig fortrinsvis sket blandt mænd, selvom der har fundet visse ændringer sted set i et historisk perspektiv. Dette gør imidlertid værdiladetheden knyttet til professionerne specielt problematisk, fordi professionerne da fortrinsvis udfyldes af mænd, mens halvprofessionerne og ikke-professionerne fortrinsvis udfyldes af kvinder. Det er således også en væsentlig kritik, som kan rettes mod den traditionelle professions sociologi, at den ikke

fokuserer på køn (Hearn 1982).

I den traditionelle professionssociologi er det ofte en underliggende antagelse, at professionaliseringen som en proces kun er stigende, altså kun bevæger sig i én retning. Flere har imidlertid peget på, at man også kan finde en udviklingsretning modsatte vej. Svante Beckman (1981) f.eks. skelner mellem professionalisering og amatørisering, hvor førstnævnte handler om, at et arbejde trækkes ud på arbejdsmarkedet med en deraf følgende præcisering af arbejdsprocedurer, monopolisering af arbejdsopgaver, adskillelse af arbejde fra fritid, styrket faglig organisering m.m., mens sidstnævnte handler om en udvikling, som bevæger sig i modsat retning, nemlig væk fra arbejdsmarkedet med en deraf følgende vægt på almenkompetence, afvikling af ekspertstatus, sammenslåing af erhverv, diffuse arbejdsprocedurer og en diffus adskillelse af arbejde fra fritid. Også Ulf Torgersen (1972) peger på muligheden for to udviklingsretninger, som han kalder "professionalisering" og "afprofessionalisering", hvilket har sammenhæng med hans definition af professioner som en relation mellem et erhverv og en speciel uddannelse (se note 87, s.155). Denne definition indebærer nemlig, at man kan tale om forskellige grader af professionalisering og dermed også afprofessionalisering. Man har da en svag profession, når færdiguddannede fra en bestemt uddannelsesinstitution rekrutteres til flere forskellige erhverv, og man har en fjern profession, når rekrutteringen til et bestemt erhverv sker fra forskellige uddannelser. Selvom også Torgersen

således betragter professioner som sociale fænomener i ændring, indebærer "afprofessionalisering" imidlertid noget andet end Beckmans amatøriseringsbegreb. Mit modprofessionaliseringsbegreb har lighed med amatøriseringsbegrebet, men da jeg finder denne proces i sammenhæng med en modstand mod professionaliseringen som en dominerende udvikling, bliver det oplagt at kalde den "modprofessionalisering"; desuden fjerner dette begreb sig mere end amatøriseringsbegrebet fra det problematiske normative, som er knyttet til professionaliseringsbegrebet. Og vigtigt er også, at der ikke er tale om en udvikling, som entydigt går tilbage, sådan som afprofessionaliseringsbegrebet antyder. Modprofessionalisering betyder således ikke, at arbejdet udvikler sig i retning af dets historiske oprindelse (det ulønnede uformelle omsorgsarbejde), men at det med elementer fra disse rødder peger på en alternativ omsorgsmodel (se figur 3, s.76).⁸⁹

Jeg har i det ovenstående specielt koncentreret mig om de problematiske sider ved professionsbegrebet. Det betyder imidlertid ikke, at begrebet ikke kan være frugtbart i tilknytning til en konkret empirisk analyse, når der bare tages hensyn til, at begrebet kun kan indfange det, som knytter sig til en (traditionel) dominerende udvikling på arbejdsmarkedet. Det kan f.eks. ikke forventes at indfange specifikke træk ved typisk kvindearbejde, og det kan heller ikke

⁸⁹ Derfor har jeg også i min hovedfagsopgave (Christensen 1989) anvendt det tredje begreb "alternativ professionalisering" for at have et begreb, som selvstændigt kunne indeholde momenter for en alternativ model.

forventes at indfange kundskabstyper, som ikke er generelt accepterede som kompetencegivende på arbejdsmarkedet. Disse rester kan imidlertid netop indfanges gennem begrebet modprofessionalisering.

2.11 Afsluttende kommentarer

Det er et dilemma, når man som forsker forsøger at kombinere et empirinært arbejde med et begrebsudviklingsarbejde, at det kan vise sig at blive relevant at indhente etablerede sociologiske begreber, sådan som det gælder begreberne *professionalisering* og *institutionalisering* i denne studie. Og måske bliver dette dilemma specielt stort, når begreberne, sådan som det særligt gælder førstnævnte, er både meget diffust og normativt. Det er et dilemma, som handler om så præcist som muligt at definere nogle empiriske fund på den ene side og på den anden side at "presse" forhåndsdefinitioner af dette fænomen ned over de empiriske fund. Mens der findes anvisninger på, hvordan dette problem kan håndteres i starten af et forskningsarbejde, gennem Blumers henholdsvis *definitive* og *sensitive* begreber, er det vanskeligt at finde retningslinier for dette, når det gælder den senere del af begrebsudviklingsarbejdet. Det kunne være én type løsning på problemet at udvikle nye begreber, men dette bliver snarere relevant i studier, hvor fundene peger på et fænomen, som ikke allerede har en

betegnelse⁹⁰, hvilket altså ikke er tilfældet for denne studie. Når etablerede begreber må bruges, finder jeg imidlertid ud fra erfaringerne knyttet til denne studie, at dette ikke kun er problematisk, men også kan give visse muligheder. Det gælder f.eks. en mulighed for at medvirke til at give begreberne et andet eller udvidet indhold og det gælder muligheden for herigennem at relatere et konkret forskningsarbejde indenfor et specifikt område til nogle af de mere generelle sociologiske temaer (jf. også idéen om "formel teori").

Anvendelsen af begrebet professionalisering i forhold til hjemmehjælperne skal ses som en kritik af det etablerede professionaliseringsbegreb, når dette faktisk ikke skal omfatte ikke teoretisk uddannede. Kritikken sætter fokus på og spørgsmålstegn ved, om den teoretiske kundskab er en højere form for kundskab end praksiskundskab. Denne anvendelse af begrebet adskiller sig således fra det, som derimod karakteriserer anvendelsen af begrebet "halvprofession", som netop handler om at acceptere indholdet i det etablerede begreb og videreudvikle det i samme retning. Det betyder ikke, at anvendelsen af halvprofessionsbegrebet afskærer fra kritik af dets indhold, men det betyder, at i hvert fald begrebsbrugen ikke anvendes i kritikken. Hvis vi accepterer, at brugen af professionaliseringsbegrebet på hjemmehjælpsarbejdet er en kritik af begrebet, kunne man for så vidt sige, at begrebet "modprofessionalisering" skulle være unødvendigt, når man

⁹⁰ Begrebet "bevidsthedskontekst" (Glaser og Strauss 1964) har en sådan karakter. Her er tale om et fænomen, som der ikke findes et etableret begreb for; derfor findes der kun den ene mulighed at konstruere et nyt begreb.

også kunne kræve denne modvilje indeholdt i samme begreb. At jeg alligevel finder det hensigtsmæssigt at anvende modbegrebet har sammenhæng med, at dette empirisk er baseret på modstrømme, dvs. en helt anden udviklingsretning end den, som kendetegner professionaliseringen (også selvom denne betragtes kritisk). Og for at synliggøre denne, og specielt når det handler om et relativt usynliggjort kvindearbejde, bliver det særlig vigtigt at anvende et eget modbegreb.

I forhold til begrebet "institutionalisering" er det snarere en udvidelse (eller en videst mulig brug af begrebet) end en kritik af det etablerede begreb, som bliver vigtig. Det etablerede institutionaliseringsbegreb har en tendens til at fokusere specielt på udvikling hen imod eller frem imod noget. I denne sammenhæng vil jeg imidlertid bruge det til også at handle om, at denne bevægelse hen imod noget henter sine "inspirationer" et sted fra. Brugen af modbegrebet her har - ligesom i forhold til professionaliseringsbegrebet - en begrundelse i ønsket om at synliggøre noget væsentligt empirisk, som ikke er indeholdt i det etablerede begreb. Fælles for modbegrebsbrugen er desuden at pege på, at samfundsmæssige processer, når de studeres på nært hold, har en meget svag grad af entydighed.

Kapitel 3

Ændringer i den daglige organisering af arbejdet - fra selvstændighed til underordning

3.1 Indledning

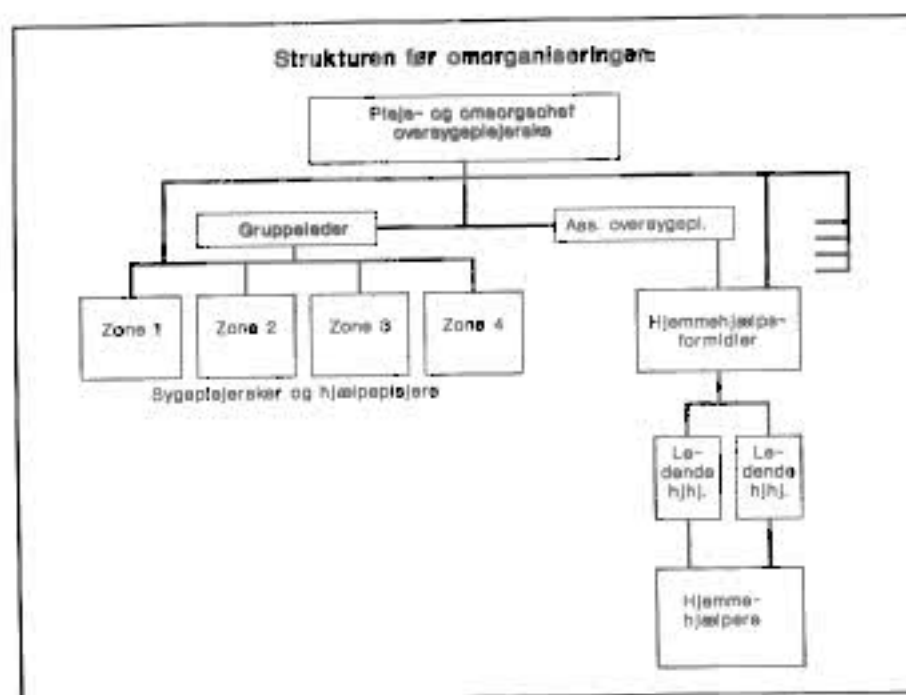
Den politisk og lovbestemte omstrukturering af den offentlige hjemmebaserede omsorg i 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne har afstedkommet en lang række væsentlige ændringer for de ansattes daglige arbejde indenfor disse hjemmebaserede tjenester. Det er særligt kommunehelsereformen og sygehjemsreformen (se appendix s.563-574), som lægger grundlaget for de strategier, som anvendes i forhold til ældreomsorgen i denne periode og som jeg (jf. kap.1.3) har sammenfattet i begreberne *decentralisering*, *samordning*, *hjemliggørelse* og *fleksibilitet*. Som indledning til at indkredse disse ændringer på et konkret niveau vil jeg gennemgå de ændringer, som viser sig på et distriktsniveau. Derefter skal jeg konkretisere omorganiseringen i forhold til henholdsvis hjemmehjælpsarbejdet og arbejdet i hjemmesygeplejen.¹

¹ Empirisk baserer dette kapitel sig først og fremmest på årsrapporter fra afdelingen for Pleje og Omsorg i hoveddistriktet samt min deltagende observation både før og efter omorganiseringen.

3.2 Distriktsændringer

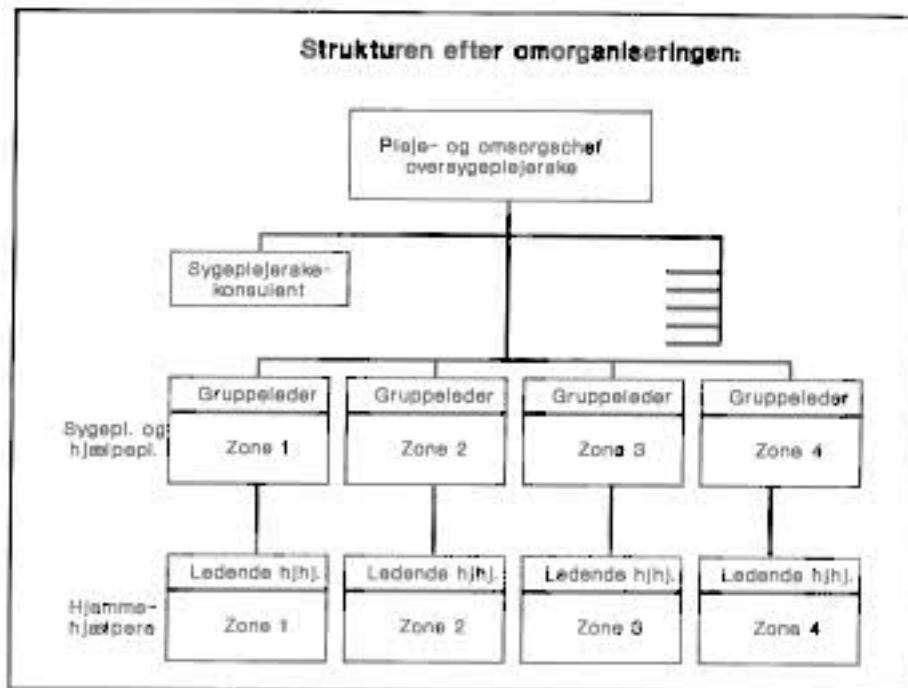
En af de mest markante ændringer i studiens hoveddistrikt som følge af de nye reformer kommer til udtryk i ændringen af organisationens² struktur. Det viser sig at være to klare forskelle mellem afdelingen for Pleje og Omsorgs struktur før og efter omorganiseringen, at hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet er kommet nærmere hinanden og at der er indført formelle ledere på et lavt niveau (se figurerne 4 og 5). Dette er to vigtige ændringer, som kan betragtes som afledt af strategierne om dels samordning og dels decentralisering.

Figur 4:



² I gennemgangen af disse ændringer kommer jeg til at koncentrere mig om ledere, sygeplejersker, hølpeplejere og hjemmehjølperø, hvoraf sidstnævnte udgør organisationens største gruppe. Men organisationen består også af administrativt personale (kontorfuldmægtige), specialiseret personale (f.eks. psykiatrisk sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut) samt servicemænd. I de figurer, som hører til dette afsnit, er disse grupper prioriteret mindre.

Figur 5:



Når det gælder de nye lederstillinger (efter omorganiseringen), er såvel gruppelederstillingerne som stillingerne som ledende hjemmehjælpere 100% administrative stillinger³, dvs. "rene" lederstillinger. Det karakteristiske ved ændringen i ledersituationen, når man sammenligner situationen før og efter omorganiseringen (og ser bort fra den øverste leder) er, at de tidligere lederpositioner enten er rykket højere op i organisationen eller er fjernet, mens man har indført en række nye lederpositioner på et meget lavt niveau i organisationen. Når det gælder den nye samordning (se figur 4 og 5), kan man lægge mærke til, at hjemmehjælp og hjemmesygepleje ikke er integreret, selvom

³ Med hensyn til valget af 100% administrative stillinger adskiller distriktet sig fra de øvrige distrikter i Bergen, hvor man i stedet har valgt delvis administrative stillinger, dvs. at lederne også indgår i noget af arbejdet i hjemmene.

distriktet formelt opretter fire såkaldt "integrerede grupper". At integreringen ikke er realiseret fuldt ud, er et bevidst tilstræbt ønske fra ledelsens side (se nedenfor). De ansatte i hjemmesygeplejen har deres kontorer (ét kontor for hver gruppe) på afdelingen for Pleje og Omsorg, hvor alle bortset fra hjemmehjælperne holder til.⁴ Her forbliver de altså også efter omorganiseringen, men med den forskel, at de får en administrativ leder for gruppen. Hjemmehjælperne derimod befinder sig udenfor afdelingen for Pleje og Omsorg både før og efter omorganiseringen. Forskellen for dem består i, at de samles i fire grupper knyttet til de fire zoner og får en ledende hjemmehjælper over sig. At hjemmehjælpsgrupperne er indtegnet nederst i hierarkiet hænger sammen med, at gruppelederen er leder både for hjemmesygeplejegruppen og hjemmehjælpergruppen i zonen, selvom hun fysisk er placeret sammen med de hjemmesygeplejeansatte på samme kontor.⁵ Samarbejdet mellem gruppeleder og ledende hjemmehjælper i hver af de fire zoner foregår således via møder og telefon. Det er ønsket om ikke at lade de ansatte i hjemmesygeplejen flytte ud i deres respektive zonekontorer og således få afbrudt det nære samarbejde dem imellem samt det etablerede fællesskab på afdelingen, som er to begrundelser for ledelsens ønske om at bevare en fysisk adskillelse af hjemmehjælp og

⁴ For at være helt korrekt har ikke fysioterapeut og ergoterapeut kontor på selve afdelingen, selvom de deltager i møder m.m. her og således alligevel befinder sig meget på afdelingen.

⁵ Allerede på et tidligt tidspunkt udtrykkes imidlertid behov for et eget lederkontor adskilt fra grupperummet. Dette fremgår af mine interview med tre af disse gruppeledere (i 1994). Man kan således forvente en styrket adskillelse af gruppelederen fra de gruppeansatte.

hjemmesygepleje i det daglige arbejde.

Pleje- og omsorgschefen er afdelingens øverste leder; men med til ledelsen før omorganiseringen hører også den assisterende oversygeplejerske samt gruppelederen. Alle tre er sygeplejersker. Distriktet får ny pleje- og omsorgschef fra 1988, og det er hende og sygeplejerskekonsulenten⁶, som holder den fulde integrering på afstand. Pleje- og omsorgschefen fra 1988 forbliver i sin stilling frem til 1996, hvorefter hun går over i en retrætestilling og overlader ledelsen til sygeplejerskekonsulenten. Dette betyder, at distriktet har samme leder i 8 år og derefter får en efterfølger, som også har været tilknyttet ledelsen disse år. På det øverste lederniveau er distriktet således kendetegnet ved stor grad af kontinuitet. Samme år, som distriktet får ny leder, overføres administrationen af indlæggelser i syge- og aldershjem til afdelingen som en følge af sygehjemsreformen.⁷ I årsmeldingen fra 1988 meldes om en ubalance mellem behov og ressourcer, som først og fremmest tilskrives øgningen i arbejdsmængde uden en tildeling af nye ressourcer. Distriktet imødeser af den grund en deling af distriktet, fordi organisationen er blevet for stor, og ikke mindst for stor i forhold til intentionerne om decentraliseringen, som tværtimod kræver små

⁶ Sygeplejerskekonsulenten er før omorganiseringen i gruppelederstillingen. At gruppelederstillingen omgøres til en konsulentstilling har primært lønmæssige grunde, men hænger desuden sammen med, at stillingen befinder sig på et højere lederniveau end de nye gruppelederstillinger.

⁷ I tillæg til administrationen knyttet til indlæggelser på syge- og aldershjem, får afdelingen også mere administrativt arbejde gennem tildeling af opgaver i arbejdet med trykdeboliger. Dette er pålagt afdelingen gennem socialtjenesteloven. (Ifølge lov om sociale tjenester af 1991 §3-4 skal socialtjenesten medvirke til at skaffe bolig til dem, som ikke selv kan ivaretage sine interesser på boligmarkedet.)

enheder. Distriktet har på dette tidspunkt ca. 40.000 indbyggere, hvoraf ca. 4.300 er over 67 år. Delingen finder sted i 1989, og det nye distrikt, som jeg herefter følger, får størsteparten af det gamle, dvs. ca. 26.000 indbyggere med ca. 3.100 over 67 år.⁸ Selv efter delingen regnes distriktet fortsat for stort.

I 1990 decentraliseres Bergen kommunes helse- og sociale tjenester og afdelingen for Pleje og Omsorg i denne studies hoveddistrikt bliver dermed en af fagafdelingerne i bydelen (jf. s.15). I 1991 får afdelingen et nyt organisationskort, som deler distriktet i fire zoner, men dette medfører ingen store ændringer, da zonerne følger gamle geografiske grænser.

I løbet af 1990 og 1991 etableres en såkaldt ressourcebase i hver af de fire zoner, og hver ressourcebase består af et distriktskontor, hvor hjemmehjælperne og ledende hjemmehjælper holder til, samt et omsorgscenter for tjenestemodtagerne. På et distriktsniveau udgør etableringen af disse ressourcebaser vigtige bidrag til henholdsvis decentralisering og hjemliggørelse. Distriktskontorene opfylder gennem deres geografiske placering tæt på tjenestemodtagerne en vigtig del af decentraliseringen i distriktet. Og omsorgscentre imødekommer hjemliggørelses-strategien, både fordi centrene viser sig at blive et vigtigt forum for fællesskab de ældre imellem og de ældre og personalet imellem, og fordi centrene ved at styrke de ældres mulighed for at træffe andre

⁸ Tallene er baseret på materiale fra distriktet. Hovedkriteriet for fordelingen af ressourcer er antallet af indbyggere over 67 år i hvert af deldistrikterne. Deraf fremkommer en fordeling på 70% til det store og 30% til det lille deldistrikt.

ligesindede m.m. får en forebyggende virkning i forhold til deres helse og deres mulighed for fortsat at kunne bo hjemme.⁹ Det er hjemmehjælperne, som har ansvaret for den daglige drift af disse centre, mens en hjælpeplejer får et ledende ansvar. Den daglige drift handler i første række om madlavning, men centrene rummer også andre aktiviteter som bibliotek, motion¹⁰ m.m. Det viser sig, at disse centre bliver meget populære blandt de ældre i zonerne, måske ikke mindst fordi de ældre her kan kombinere det at få frisklavet traditionel norsk mad med socialt samvær med andre; uvæsentligt er heller ikke, at centrene er tilstræbt indrettet som hjem og derfor opfattes som meget hyggelige steder at komme. Blandt de ansatte i afdelingen for Pleje og Omsorg betragtes centrene som en succes. I starten har centrene kun åbne om dagen og ikke alle ugens dage, men allerede i årsmeldingen fra 1992 anføres ønsker om åbningstider også om eftermiddagen, om aftenen og i weekenden.

I 1991 oprettes de fire "integrerede" grupper, og fire gruppeledere samt fire ledende hjemmehjælpere ansættes. Samtidig med ansættelsen af disse gruppeledere indføres medarbejdersamtaler som et nyt fænomen i organisationen, og det bliver gruppelederens opgave at gennemføre disse. Medarbejdersamtalerne

⁹ Se også den danske undersøgelse af Henning Olsen (1988) om "De ældre og dagcentre", som giver en mere detaljeret indsigt i indholdet af dagcentrenes forebyggende funktion.

¹⁰ På norsk "trim".

synes specielt at have det formål, at en udenforstående¹¹ (leder) tilstræber at udnytte den enkelte ansattes ressourcer mest muligt i forhold til de opgaver, som skal udføres. At der er kommet ledere på et så lavt niveau i organisationen betyder altså, at ledelsen har fået et nyt og større grundlag for at vurdere den enkeltes arbejde og indsats i organisationen.¹² Nyt bliver også opstarten af en obligatorisk indførelse af primærsygepleje og primærhjemmehjælp, dvs. at hver enkelt ansat får tildelt ansvar for et bestemt antal modtagere (uddybes nedenfor).

Som følge af HVPU-reformen (se s.12-13) tildeles afdelingen i 1992 ansvar for tjenester til psykisk udviklingshæmmede. Samme år etableres også natjtjenester og dermed altså heldøgnservice. Sidstnævnte kan således siges at accelereres af, at distriktet tildeles klienter, som allerede i udgangspunktet er meget plejetrængende. Indførelsen af natjtjenester betyder, at afdelingen nu har et omsorgstjenestetilbud på heldøgnsbasis (svarende til tilbuddet på en institution). Også natjtjenesteindførelsen styrker altså hjemliggørelsen i den forstand, at en del af disse hjælpemodtagere kan undgå placering på en institution ved at kunne modtage tjenester i hjemmet på alle tider af døgnet.

¹¹ Det kan være en *faktisk* udenforstående i den forstand, at vedkommende, som overtager gruppelederstillingen, har haft sin sidste ansættelse i en anden organisation end afdelingen for Pleje og Omsorg i distriktet, eller det kan være en *formelt* udenforstående, når vedkommende fra før har haft en hjemmesygeplejerske-stilling i organisationen, men derefter tiltræder en lederstilling. Jeg antager, at de forskelle, der eventuelt vil være mellem den formelt og faktisk udenforstående efter en tid vil blive mere flydende, og måske særligt, når gruppelederstillingen er rent administrativ.

¹² Empirisk får jeg særligt et indtryk af denne ændring, da jeg foretager min opfølgende studie i hjemmesygeplejen og jeg pludselig konfronteres med faglige vurderinger af de ansatte, som jeg fra min første deltagende observation har et specielt godt kendskab til.

I 1993 indføres EDB-systemet Stella og i tilknytning til dette indføres fuld primærsygepleje, bl.a. fordi organiseringen af brugen af Stella er baseret på en sådan formel ansvarsfordeling. I årsmeldingen fra 1994 står følgende om Stella:

"STELLA EDB-brukersystem med sin nye version som er tilpasset Gerix, har vist seg å være et godt verktøy. Det kvalitetssikrer vår tjeneste på en bedre måte enn før, og vi oppnår rasjonaliseringsgevinst i form av mindre tid til muntlig rapportering og arbeid med bidrag til pålagte offentlige statistikker."¹³

Som det fremgår af citatet, er kvalitetssikring et vigtigt argument for indførelsen af Stella. Med "kvalitetssikring" menes her, at man på afdelingen tilstræber til enhver tid at have oversigt over hvilket arbejde, som gøres hos hvilke modtagere og således også at have oversigt over både personalegruppen og modtagergruppen med de muligheder, det giver for stadige vurderinger og revurderinger.

Endelig vil jeg nævne, at der i tilknytning til alle disse ændringer også - på samme måde som på nationalt niveau - sker en ændring af betegnelsen på dem, som modtager hjemmetjenesterne fra *klienter* (hjemmehjælpsmodtagere) og *patienter* (hjemmesygepleje-modtagere) til fællesbetegnelsen *brugere*. Første gang betegnelsen tages i brug på et formelt niveau i organisationen, er i 1989,

¹³ Gerix er et standardiseret informations- og beslutningsstøttesystem, som har til formål at give oversigt over behovsniveauet hos hjælpemodtagere. Blandt omsorgsforskere diskuteres det, i hvilken grad der knytter sig forskningsetiske problemer til disse målinger. Dette har sammenhæng med, at "målingerne" på trods af deres standardiserede karakter, når Gerix praktiseres, nødvendigvis må betragtes som relativt uproblematisk i forhold til at drage konklusioner om den enkeltes behov. Det diskuteres, hvorvidt grundlaget for at trække disse behovskonklusioner er etisk forsvarlige. I 1994 har ca. 40 kommuner brugt Gerix, i 1995 vil yderligere 100 kommuner tage Gerix i brug. (Se Lie og Solheim 1995 for en nærmere gennemgang af Gerix.)

hvor den bruges i årsmeldingen.¹⁴

Og endelig hører det med til alle disse ændringer på afdelingen for Pleje og Omsorg, at afdelingen på samme tid bliver betydelig større. Efter distriktsdelingen i 1989 har det største af de to nye distrikter ca. 120 arbejdstagere (91,75 heltidsstillinger). I 1996 har dette (største) distrikt ca. 235 arbejdstagere (164,62 heltidsstillinger). Til sammenligning kan jeg nævne, at distriktet i 1988 før delingen har ca. 200 ansatte og 135,5 stillinger. Få år efter delingen er det største af deldistrikterne altså allerede blevet større end det samlede distrikt før delingen. Det er derfor også et vigtigt karakteristisk træk ved afdelingen for Pleje og Omsorg, at den også er en voksende organisation.

3.3 Omorganiseringen af hjemmehjælpsarbejdet

I det følgende vil jeg forsøge at give et indtryk af, hvilke typer ændringer, som på afgørende vis ændrer hjemmehjælpernes arbejde. Og for at lette overblikket over disse ændringer, har jeg inddelt dem i fire faser. Disse faser dækker tidsmæssigt særligt 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne (fremstillingen i en figur findes sidst i dette afsnit, s.184).

Første fase er karakteriseret ved, at alle hjemmehjælpere arbejder individuelt. Det betyder, at de efter ansættelsen, som finder sted på afdelingen for Pleje og

¹⁴ Der går imidlertid meget længere tid, før de ansatte tager den nye fællesbetegnelse i brug.

Omsorg, har et arbejde, som består af mødet med klienter i klienternes hjem. Da deltidsarbejde er stærkt udbredt i begyndelsen, består en arbejdsdag ofte kun af mødet med 1 eller 2 klienter og disse er faste klienter, altså klienter, som de kommer hos over længere tid og derfor har et indgående kendskab til. Den eneste nogenlunde regelmæssige kontakt til et "arbejdssted" består i, at de møder op en gang om ugen på afdelingen for Pleje og Omsorg hos hjemmehjælpsformidleren (hjemmehjælpernes eneste leder på dette tidspunkt) og modtager ugens arbejdsliste, altså en liste over hvilke klienter, de skal besøge i den kommende uge på hvilke dage. En anden mere uregelmæssig kontakt til "arbejdsstedet" finder sted, når hjemmehjælperen kommer i en eller anden type konflikt med sine klienter. Vigtigt er altså også, at de i denne tidlige fase slet ikke har kontakt med arbejdskolleger. De ved ikke engang, hvem der arbejder hos "deres" klienter, når de ikke kommer der selv.

Det eneste grundlag for at føle sig som arbejdstager under disse organisatoriske betingelser ligger i, at man modtager løn for arbejdet. Samtidig er det også karakteristisk, at modtagelsen af løn ikke forhindrer hjemmehjælperne i at udføre ulønnet arbejde for klienterne (se senere i kap. 4.4). Med baggrund i det hjemlige husmødarbejde, som langt størsteparten af disse kvinder har (se også kapitel 4 for dette), kan man derfor sige, at disse tidlige hjemmehjælpere arbejder inden for nogle organisatoriske rammer, som i højere grad styrker deres identitet som husmødre end som arbejdstagere. For at pointere, at der her er tale

om en skridtvis overgang til at få en identitet som arbejdstagere, vil jeg nævne, at de første hjemmehjælpere, som engageres til at arbejde i dette distrikt, ikke får løn for deres arbejde, men får dækket udgifterne til kørselen mellem deres eget hjem og klientens hjem; tidsmæssigt knytter dette sig til 1960'erne.¹⁵ Der er således tale om en frivillig tjeneste på dette tidlige tidspunkt. Kørselsdækningen bliver senere fjernet i forbindelse med, at arbejdet bliver lønnet. I perioden før arbejdet bliver lønnet, er de organisatoriske rammer for en arbejdstagerrolle altså endnu svagere end det, som er tilfældet i den første fase.

Anden fase kan betragtes som det første skridt mod gruppedannelsesprocessen, fordi den vigtige organisatoriske ændring, som følger efter første fase, handler om at begynde at indføre gruppearbejde. Gruppedannelsesprocessen er altså i en begyndelsesfase i denne anden fase, sådan at langt størsteparten af hjemmehjælperne på dette tidspunkt endnu arbejder individuelt. Den gamle og den nye ordning eksisterer med andre ord side om side. (Det er på dette tidspunkt, at jeg udfører hjemmehjælpsstudien i distriktet.) I denne fase findes to typer gruppemodeller, en ren hjemmehjælpsgruppe og en integreret gruppemodel, som startes op som en forsøgsordning.¹⁶ Den rene hjemmehjælpsgruppe er "ren" i den forstand, at den kun består af hjemmehjælpere og ikke har

¹⁵ Dette har jeg fået oplyst af en ansat i administrationen i afdelingen for Pleje og Omsorg; hun var selv ansat her på det tidspunkt, da hjemmehjælperne kun modtog penge for kørselen mellem klienterne. Se også den danske studie til Margrethe Kähler (1992), hvor en lignende ordning findes.

¹⁶ Det har i denne faseinddeling mindre betydning, at den "rene" hjemmehjælpsgruppe har eksisteret en tid før den integrerede gruppe etableres.

en formel¹⁷ leder i gruppen; gruppens nærmeste leder er en ledende hjemmehjælper på afdelingen for Pleje og Omsorg (se figur 4)¹⁸. På afdelingen kaldes denne gruppe for "selvstyret", men den er det kun i den forstand, at der ikke findes en leder i gruppen og gruppen derfor internt kan fordele og omdirigere det arbejde, som de sammen er pålagt gennem administrationen fra kontoret. Selvstyringen har med andre ord nogle rammer at holde sig indenfor. Fra kontorets side synes "selvstyret" i praksis at betyde aflastning i administration i forhold til de hjemmehjælpsmodtagere, som sorterer under denne gruppe. Dette er da også en af intentionerne med at indføre såkaldte selvstyrede grupper.¹⁹ Når det gælder den integrerede gruppe, består integreringen af, at hjemmehjælpstjenesten og hjemmesygeplejetjenesten for en geografisk afgrænset gruppe af hjælpemodtagere er slået sammen og ledes af en gruppeleder, en sygeplejerske. Dette er altså en type integrering, som kommer forud for den senere type integrering, hvor hjemmehjælperne får en egen leder,

¹⁷ Det betyder ikke, at der ikke kan være uformelle ledere i gruppen. Jeg henviser til min hovedfagsopgave, s.114ff. for en gennemgang af dette (Christensen 1989).

¹⁸ Hjemmehjælpsformidleren er sammenlignet med første fase blevet en overordnet leder for den samlede hjemmehjælpsgruppe og tager sig af ansættelsesforhold m.m., mens de to ledende hjemmehjælpere tager sig af det daglige arbejde med først og fremmest at sørge for, at de klienter, som skal have hjælp, faktisk får hjælp. De to ledende hjemmehjælpere er altså underordnet hjemmehjælpsformidleren.

¹⁹ Se Torunn Ones (1988), som i sin hovedfagsopgave i Helse- og sosialpolitikk har gennemført en grundig analyse af den selvstyrede gruppeorganiseringsform.

ledende hjemmehjælper (se figur 5).²⁰

For hjemmehjælperen betyder selve gruppearbejdet, at hjemmehjælpsarbejdet ikke længere "kun" består af mødet med klienter, men også mødet med kollegaer. Dette er et meget vigtigt skridt frem mod etableringen af en arbejdstagerrolle, fordi det giver mulighed for for første gang f.eks. at kunne diskutere sit arbejde med ligesindede, at opleve et tilhørsforhold til et arbejdsfællesskab og i videre forstand at få oplevelsen af at være en del af det lønnede arbejdsmarked. Overgangen fra den rene til den integrerede gruppearbejdsform kan ses som endnu et skridt i denne retning, fordi kontakten til kollegaer udvides med kontakten til forskellige typer (mere professionaliserede) kollegaer samt en leder i det daglige arbejde.

At gruppedannelsen er så afgørende i forhold til en identitet som arbejdstager har altså særligt sammenhæng med, at hjemmehjælperen nu ikke længere kun skal forholde sig til klienten, men også må forholde sig til andet personale. Desuden har det sammenhæng med, at hjemmehjælperen i sammenhæng med denne gruppedannelsesproces tillige får en arbejdsplads i mere traditionel forstand, nemlig hjemmehjælpskontoret, hvor gruppen mødes. Og denne nye tillægsarbejdsplads tilhører - i modsætning til klienternes private hjem - en offentlig sfære. Man kan sige, at den så at sige *lukkede kommunikation*, som

²⁰ Jeg henviser iøvrigt til min hovedfagsopgave (Christensen 1989), hvor jeg detaljeret har redegjort for forskellene mellem den selvstyrede hjemmehjælpsgruppe, den integrerede gruppe og det individuelle arbejde.

tidligere er foregået mellem hjemmehjælper og klient og som kendetegner den første fase, åbnes gennem gruppedannelsesprocessen ved at den tilføres en ny kommunikation mellem hjemmehjælpere, kollegaer og andre ansatte og ved at en mere traditionel arbejdsplads (end klienternes hjem) også tilføres arbejdet. Hjemmehjælperen bevæger sig med andre ord ikke længere kun mellem sit eget hjem og klientens hjem, men derimod mellem sit eget hjem, kontoret og klientens hjem. Hjemmehjælperen oplever dermed det første brud med sin ensidige orientering mod klienten og dennes behov og interesser, hvilket er centralt i forhold til at kunne udvikle en arbejdstagerbevidsthed. Der ligger altså heri en bagvedliggende antagelse om, at et grundlag for eventuelt at kunne udvikle en arbejdstagerbevidsthed først findes, når det arbejde, som udføres, får ligheder med det, som på et generelt niveau kendetegner *arbejde* på det lønnede arbejdsmarked, i form af at modtage løn for arbejdet og at have en arbejdsplads.²¹

Når det gælder *den lukkede kommunikation*, kan man også finde en sådan hos typisk professionelle. Lad os som eksempel tage en læge, som er eneste læge i

²¹ Cato Wadel (1984), som har forsøgt at svare på hvad "arbejde" er, finder bl.a., at et folkeligt arbejdsbegreb i høj grad harmonerer med økonomernes definition, nemlig at arbejde er en aktivitet, som man får betaling for, at arbejdet udføres bestemte steder og at det udføres til bestemte tider. Men Wadel finder også, at den folkelige opfattelse af arbejde på flere vigtige punkter bryder med den økonomiske opfattelse af arbejde som kun lønarbejde. Fordi en arbejdstagerbevidsthed ikke knytter sig til et uspecificeret *arbejde*, men derimod til det at have et lønarbejde, anser jeg, at det netop er de typiske lønarbejds karakteristika, som bliver vigtige i forhold til en arbejdstagerbevidsthed og ikke dem, som knytter sig til *arbejde* generelt.

et bygdesamfund.²² Også denne læge kan siges at føre en type lukket kommunikation med sine patienter i den forstand, at der ikke findes direkte kollegakontakt i det daglige arbejde. Og alligevel findes her væsentlige forskelle som f.eks., at lægen arbejder på et offentligt sted, hvor patienterne møder op, at lægen har daglig kontakt (telefonisk f.eks.) til apotek, specialister m.v. og at lægen desuden tilhører et stort kollegafællesskab alene i kraft af sin uddannelsesbaggrund, lægestudiet. På trods af en relativt isoleret arbejds-situation, er lukketheden således alligevel lille i dette eksempel. Hos hjemmehjælperne derimod er lukketheden meget mere kompleks, fordi det individuelle arbejde hos klienten så at sige er forstærket af, at de ikke kender kollegaer, arbejder i en privat sfære og ikke engang har en (kollektiv faglig) erhvervs-socialiseringsbaggrund. Denne lille sammenligning med lægen skal derfor tjene det formål at give et indtryk af, hvor omfattende de ændringer er, som handler om brud med den lukkede kommunikation i hjemmehjælperens arbejde.²³

Mens første fase altså er karakteriseret ved den lukkede kommunikation, er anden fase karakteriseret ved brud med denne type kommunikation. Her er det altså i første række den begyndende gruppedannelsesproces, som jeg finder bliver et helt centralt brud. Dette betyder imidlertid ikke, at der ikke kan peges på andre (omend mindre centrale) brud. F.eks. indebærer arbejdet på

²² På dansk "landsbysamfund".

²³ Denne lukkethed må altså ikke forveksles med den type lukkethed, som kan karakterisere visse typer institutionsomsorg.

omsorgscentre²⁴ en lignende type brud med den lukkede kommunikation, fordi dette arbejde også tilfører hjemmehjælpsarbejdet en ny type arbejdsplads i den offentlige sfære. Og da disse brud for hjemmehjælperen handler om efterhånden at få et grundlag for at udvikle en eventuel arbejdstagerbevidsthed, vil jeg endelig også nævne de ændringer, som sker i forhold til at modtage løn for arbejdet, når faserne sammenlignes. Mens de frivillige hjælpere fra før første fase er ulønnede, bliver hjemmehjælperne i første fase timebetalte, og det er først i anden fase, at der meget langsomt begynder en overgang hen imod en fastlønsordning.²⁵

Tredie fase har ikke egne specifikke karakteristika, fordi den ikke indeholder ændringer af anden karakter end dem, der sker i anden fase. Tredie fase er først og fremmest karakteriseret ved, at distriktet deles i to af hensyn til at kunne realisere idéen om decentralisering, jf. tidligere. Derfor har denne fase med andre ord kun funktion som noget underbyggende i forhold til anden fase.

Fjerde fase har som sin centrale ændring, at samtlige hjemmehjælpere nu tilsluttes integrerede grupper. Men det må her anføres, at disse integrerede grupper ikke følger prøveordningsmodellen, da denne viser sig at fungere dårligt, hvilket især sættes i sammenhæng med lederens rolle som både leder for

²⁴ Dette er set uafhængigt af, at ikke alle hjemmehjælpere indgår i dette arbejde.

²⁵ Fastlønsordningen har sammenhæng med de ansattes stillingsbrøk således at de, som længe forbliver på et lavt timetal pr. uge, også længe forbliver timebetalte. Betalingsmåden har med andre ord sammenhæng med graden af deltidsarbejde.

hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen. Mens prøveordningsmodellen findes, er det endnu et diskussionspunkt i kommunen, hvordan den integrerede gruppeform konkret skal udformes, dvs. i hvor høj grad integreringen skal ske; om der skal opereres med en fuld integrering, hvor begge tjenester skal ledes og koordineres af en sygeplejerske, eller om man hellere skal operere med ligestillede hjemmebaserede tjenester. I hoveddistriktet vælges en model, som kan siges at være en kombination af de to modeller, idet hjemmehjælperne får én leder (ledende hjemmehjælper) og de ansatte i hjemmesygeplejen får en anden leder (gruppeleder), dog hierarkisk organiseret (jf. figur 5, s.165). Den fysiske adskillelse af hjemmehjælp og hjemmesygepleje betyder, at hjemmehjælperne og de ansatte fra hjemmesygeplejen altså ikke mødes på et fælleskontor i det daglige, sådan som det er tilfældet under prøveordningsmodellen. Dette betyder imidlertid ikke, at der ikke findes fora for samarbejde. Før ændringen til "integrerede" grupper består mødevirksomheden hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen imellem af 14-dagsmøder, hvor alle hjemmehjælpernes modtagere gennemgås. På disse møder deltager alle hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker fra zonen, og møderne ledes oftest af en af sygeplejerskerne. Da de ansatte i hjemmesygeplejen har deres egne møder, gælder disse møder især hjemmehjælperne og deres behov for kontakt til og råd fra de ansatte i hjemmesygeplejen. Efter indførelsen af de "integrerede" grupper, erstattes disse 14-dages møder af månedlige såkaldte

"tværfaglige møder", hvor kun 1-2 aktuelle hjælpemodtagere (modtagere med en eller anden type problemer) gennemgås. På de tværfaglige møder er de faste deltagere gruppeleder, ledende hjemmehjælper og primærkontakter fra hjemmehjælpstjenesten og hjemmesygeplejen, og potentielle deltagere er bl.a. læge, psykiatrisk sygeplejerske og fysioterapeut. Indførelsen af primærsygepleje og primærhjemmehjælp har således også en vigtig funktion i forhold til disse tværfaglige møder, fordi man på den måde kan "koncentrere" kendskabet til de hjælpemodtagere, som skal diskuteres, ved kun at indkalde primærkontakterne. Til de tværfaglige møder indkaldes altså kun de hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen, som har primæransvar for de hjælpemodtagere, som er på dagsordenen. Dette indebærer, at nogle hjemmehjælpere stort set aldrig får anledning til at diskutere og høre nærmere om egne modtagere. Der afholdes et såkaldt undervisningsmøde om måneden og et frokostmøde, hvor der kommer ansatte fra hjemmesygeplejen, men disse møder giver ikke samme formelle mulighed for at diskutere egne hjælpemodtagere, som det var tilfældet tidligere. I praksis rettes spørgsmål om modtagerne derfor i det daglige til ledende hjemmehjælper. I tre af de fire zoner har man brugt de ledende hjemmehjælpere fra kontoret og placeret dem her, men fremover vil disse stillinger sandsynligvis besættes af hjemmehjælpere med enten den 1-årige hjemmehjælperuddannelse, som eksisterer en kort overgang eller den nye omsorgsarbejderuddannelse (jf. s.34). Lederrollen i forhold til hjemmehjælperne er dobbelt. I det daglige, når

hjemmehjælperne møder på kontoret, er hun en traditionel leder, som styrer arbejdet, svarer på spørgsmål, har kontakten til afdelingen for Pleje og Omsorg, gruppelederen osv. Men når hun sammen med hjemmehjælperne skal forholde sig til andre personalegrupper, som f.eks. på de tværfaglige møder, er hun hjemmehjælpernes kollega, forsvarer og talerør. Man kan sige, at samtidig med, at denne lederrolle bliver en buffer for hjemmehjælperne i forhold til ledelsen (gruppelederen), fratager denne lederrolle også hjemmehjælperne en del af deres selvstændighed i arbejdet. Hvor de tidligere måtte løse alle problemer selv, findes der nu en mulighed for at tage kontakt med den ledende hjemmehjælper enten telefonisk ude fra klienten eller direkte på hjemmehjælpskontoret. Dette betyder også, at i hvert fald grundlaget for at opleve en fuld ansvarlighed i forhold til hver enkelt klient er reduceret, når der således findes muligheder for så at sige at dele ansvarligheden med en leder.

De vigtige brud med lukketheden i hjemmehjælpsarbejdet, som påbegyndes i anden fase, kan altså siges at blive fulgt op i denne fjerde fase af f.eks. kontakten til en formel leder, fordi lukketheden altså også brydes op af, at hjemmehjælperen ikke længere behøver at påtage sig det fulde ansvar for, hvad der sker hos den enkelte klient. Et lignende forhold gælder deltagelsen i de nye tværfaglige møder, hvor der på et tværfagligt grundlag træffes beslutninger i forhold til udvalgte klienter. Med andre ord indebærer også den fjerde fase et styrket grundlag for en arbejdstagerrolle. På den anden side findes der også

momenter her, som ikke nødvendigvis kun styrker et sådant grundlag eller i hvert fald momenter, som viser, at grundlaget kunne være blevet styrket endnu mere end tilfældet er i dette hoveddistrikt. Det gælder f.eks. det forhold, at integreringen ikke er gennemført fuldt ud, hvilket konkret betyder, at hjemmehjælperne i forhold til en fuld integration "mangler" den direkte daglige konfrontation med de ansatte fra hjemmesygeplejen, altså en gruppe arbejdstagere, som hierarkisk er placeret over dem. Denne manglende konfrontation betyder f.eks., at det bliver mindre nødvendigt at udvikle en "vi"-følelse (Lysgaard 1961), som kunne have fungeret som en styrkelse af grundlaget for en arbejdstagerrolle. Og endelig vil jeg nævne ændringen med hensyn til at indføre primærhjemmehjælp, hvilket har en lignende virkning som den manglende fulde integration, fordi også den kan fortolkes som en "manglende" fuld opsplitning af ansvaret for den enkelte omsorgsmottager. Idéen om primærhjemmehjælp indfører reelt ikke noget nyt i arbejdet, men genindfører noget, som hjemmehjælperne har mange erfaringer med, nemlig dele af den lukkede kommunikation, blot i en ny variant.

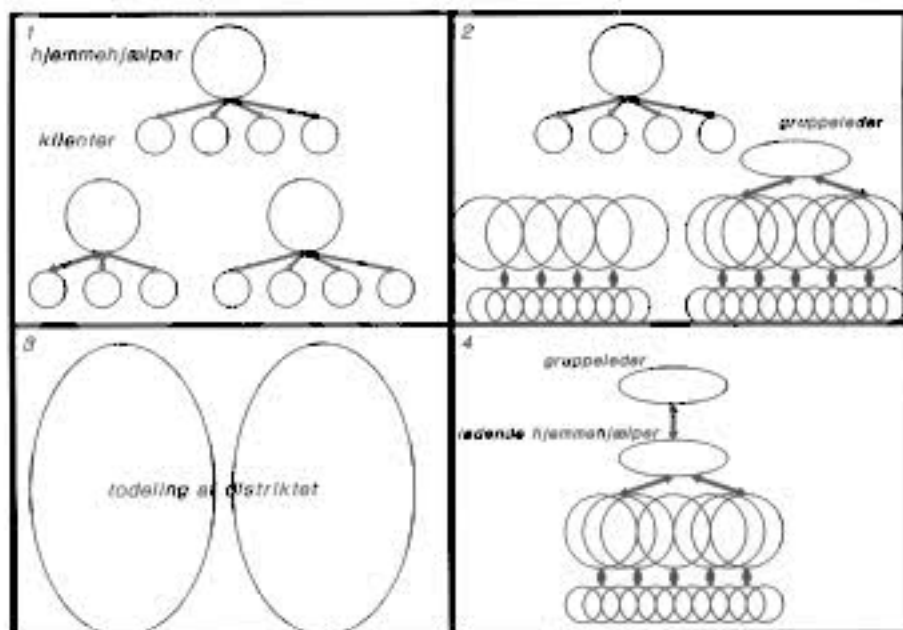
3.3.1 Afsluttende kommentarer

Denne udvikling af de organisatoriske ændringer for hjemmehjælpsarbejdet bevæger sig altså fra et individuelt arbejde over gruppearbejde til integreret

gruppearbejde svarende til en gradvis åbning af den lukkede kommunikation og dermed potentielt en styrkelse af arbejdstagerrollen. Dette betyder imidlertid ikke, at arbejdstagerrollen ikke også kan styrkes af andre forhold som ændringer i uddannelsesbaggrund og socialisering mere bredt (gennemgås nærmere både i kapitel 4 og 5). At man kan betragte disse organisatoriske ændringer som en professionalisering af hjemmehjælpsarbejdet har sammenhæng med, at arbejdet således gradvis fjerner sig fra en ensidig isoleret orientering mod hjælpemodtagerne og deres private hjem til en orientering også mod en øget grad af offentlighed, først og fremmest gennem samarbejdet med andre arbejdstagere, men også gennem f.eks. tilknytningen til en arbejdsplads (hjemmehjælpskontoret) i en offentlig sfære.

Figur 7:

Omorganisering af hjemmehjælpsarbejdet



I en hjemmehjælpsstudie fra Stockholm fokuseret på organiseringen af arbejdet, fremanalyseres tre modeller (Szebehely 1995). Den første, *en traditionel model*, viser, at hver hjemmehjælper har et mindre antal faste hjælpemodtagere. Både fordi der er tale om få klienter og fordi de er faste, har hjemmehjælperne potentielt gode muligheder for at udvikle personlige relationer til modtagerne og dette gælder ikke mindst, når der er god tid, som det netop er tilfældet på den arbejdsplads, som denne model empirisk baserer sig på. Disse hjemmehjælpere arbejder i en gruppe, som mødes på et hjemmehjælpskontor og fra denne base spreder de sig ud til hjemmehjælpsmodtagerne. *Den samlebåndslignende model* indebærer, at hjælpen til den enkelte klient splittes op på en gruppe af hjemmehjælpere, som besøger et stort antal hjælpemodtagere koncentreret i et servicehus. *Den selvstyrede gruppe* indebærer, at hjemmehjælperne arbejder i team med et kollektivt ansvar for hjælpen til en gruppe af ældre i egne private hjem. Kollektiviteten er her udvidet til billedligt talt at få teamet af hjemmehjælpere til at fungere som én hjemmehjælper, dvs. at alle skal gøre det samme arbejde hos de forskellige klienter; derved tilstræbes, at hver enkelt bliver erstatbar. Overført til denne studie kan man sige, at den traditionelle model (se figur 7, boks 1) historisk er forladt, men fortsat eksisterer som et ideal for arbejdet. Den samlebåndslignende model har ligheder med distriktets prøveordningsmodel for en integreret gruppe (se nederst til højre i

figuren, boks 2) hvis vi ser bort fra samarbejdet med hjemmesygeplejen²⁶, men kan for så vidt vise sig at aktualiseres igen i kraft af både ressourcebaserne i zonerne og af arbejdet med i stigende grad at integrere det åbne omsorgsarbejde med institutionsomsorgen. Hvis vi ændrer den selvstyrede gruppemodel fra Szebehelys studie til en selvstyret (delvis) integreret gruppemodel, har denne stor lighed med den nuværende organisatoriske model i hoveddistriktet i denne studie (se figuren, boks 4). Måske kan man anføre, at idéen om primærkontakt modvirker erstatbarhedsidéen; på den anden side er praksis i forhold til primæridéen, at den betyder ansvar for bestemte hjælpemodtagere, hvilket imidlertid ikke er ensbetydende med en specielt nær kontakt til hjælpemodtagerne. Sammenfattende bevæger den organisatoriske model i denne studies hoveddistrikt sig således med Szebehelys begreber mellem en selvstyret model (som praksis) og en traditionel model (som ideal).²⁷

²⁶ Det bør her nævnes, at hjemmehjælperne i Sverige udfører meget mere hjemmesygeplejearbejde end det er tilfældet i Norge, og at en hjemmesygepleje, som kan siges at have ligheder med den norske hjemmesygepleje, først indføres med den såkaldte Ädel-reform fra 1992; en reform, som indebærer noget tilsvarende den norske kommunchelse-reform, nemlig at kommunerne får tildelt det samlede ansvar for langvarige tjenester til ældre og handicappede (Edebalk og Lindgren 1996).

²⁷ Szebehelys fund bekræfter en udvikling i den offentlige hjemmebaserede omsorg i Sverige, som Ritva Gough (1987) finder i en tidligere studie. Goughs studie, som også sætter fokus på betydningen af organiseringsformen, og særligt gruppeorganiseringsformen, viser, at ændringerne, når hjemmehjælpsarbejdet knyttes til et servicehus, går mod en stadig stærkere *arbejdsdeling* (specificeret i en opdeling af arbejdsopgaver, af arbejdstiden og af klienterne), en *kollektivering* af arbejdet, hvor enkeltmenneskets behov bliver stadig vanskeligere at tage hensyn til, og endelig en *standardisering* og *rutinisering* af arbejdet, som har samme konsekvens som kollektiviseringen.

3.4 Omorganiseringen af hjemmesygeplejearbejdet

Også for de ansatte i hjemmesygeplejen sker der omfattende og vigtige organisatoriske ændringer i den aktuelle periode, men disse adskiller sig på væsentlige punkter fra ændringerne i hjemmehjælpsarbejdet.

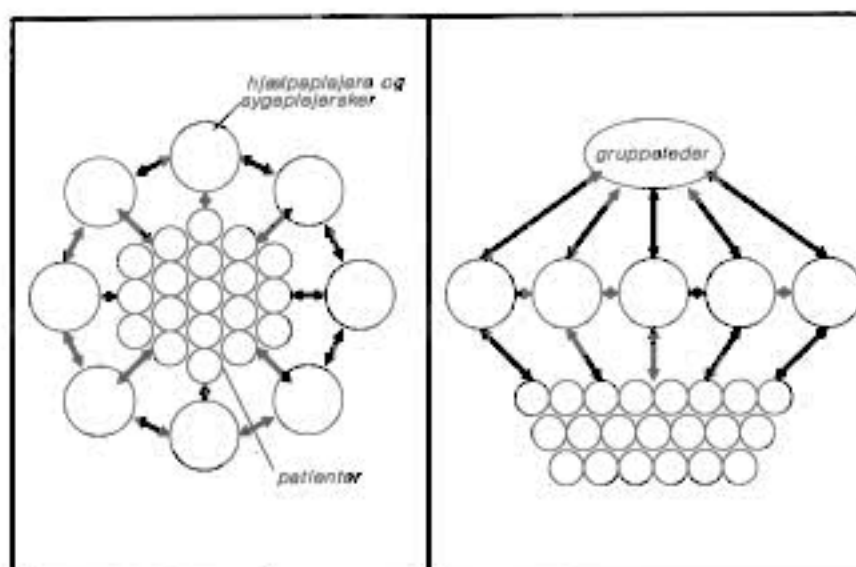
Før dannelsen af de integrerede grupper, er hjemmesygeplejearbejdet fordelt på 4 grupper bestående af hjælpeplejere og sygeplejersker (ca. 6 i hver gruppe med en nogenlunde lige fordeling mellem hjælpeplejere og sygeplejersker). Grupperne er selvstyrede i den forstand, at der ikke findes en leder i gruppen. Nærmeste overordnede faglige leder er en assisterende oversygeplejerske, men gruppelederen har til dels også en sådan funktion²⁸ (se figur 4, s.164). Primærsygepleje er ikke obligatorisk, men forsøges gennemført i tre af grupperne. Her opstår imidlertid problemer med at praktisere idéen, fordi disse tre grupper er præget af ustabilitet grundet sygdom, permission og udskiftninger. Den mest velfungerende gruppe har valgt primærsygeplejen fra. De har arbejdet ud fra en idé om, at hver og en af gruppens medlemmer skal kende til alle gruppens hjælpemodtagere og dermed have et lige stort ansvar for alle. Dette giver gode muligheder for kollektive diskussioner om modtagerne, men det forudsætter en velfungerende kommunikation gruppemedlemmerne imellem, som

²⁸ Denne gruppeleder-stilling før omorganiseringen er en anden type end den, som indføres med omorganiseringen. Mens gruppelederstillingen før omorganiseringen kan karakteriseres som en mere traditionel type lederstilling, er den efter omorganiseringen derimod en helt ny type, fordi den er placeret på et lavt niveau i organisationen, hvor man ikke har haft lederstillinger tidligere.

derfor også kun findes i denne ene gruppe. Billedligt kan man forestille sig denne organiseringsform som en ring af personale omkring modtagergruppen (se figur 8 nedenfor). Denne organiseringsform karakteriserer ikke kun den velfungerende gruppe, men også de tre øvrige grupper, fordi det er vanskeligt at praktisere idéen om primærkontakt; derfor må alle i disse grupper i praksis også tage ansvar for alle gruppens modtagere.

Figur 8:

Kommunikation før og efter omorganiseringen i hjemmesygeplejen



Efter indførelsen af den integrerede gruppearbejdsform brydes ringen op og erstattes af en hierarkisering, først og fremmest fordi en gruppeleder nu placeres i gruppen, og denne gruppeleder er 100% administrativ leder uden direkte patientarbejde. I forhold til tidligere betyder dette, at lederrollen nu er rykket meget tættere ind på hjemmesygeplejearbejdet og at dette arbejde dermed i

højere grad har fået karakter af underordning eller mindre selvstændighed i forhold til hjælpemodtagerne. Men dette har også sammenhæng med flere andre ændringer, som knytter sig direkte til indførelsen af den integrerede gruppearbejdsform. Det gælder indførelsen af obligatorisk primærsygepleje, indførelsen af EDB-programmet Stella²⁹, indførelsen af medarbejdersamtaler og overførselen af de administrative opgaver fra gruppemedlemmerne til gruppelederen.

Før Stella bliver indført, holder gruppen sammen med en oversygeplejerske et såkaldt Kardex-møde, hvor man gennemgår alle gruppens modtagere på baggrund af Kardex, et journalsystem med ajourførte oplysninger om hjemmesygeplejemodtagerne.³⁰ Stella afløser således Kardex-systemet, og Kardex-møderne erstattes af de tværfaglige møder, jf. tidligere, hvor man altså højest koncentrerer sig om to modtagere. Ligesom det er tilfældet for hjemmehjælperne, indkaldes de ansatte fra hjemmesygeplejen kun til disse møder, når deres primærmødtager er sat på dagsordenen. Før indførelsen af Stella holder gruppen et fordelingsmøde om morgenen, hvor man gennemgår og fordeler dagens arbejde og et rapporteringsmøde om eftermiddagen. Efter indførelsen af Stella ændrer fordelingsmødet om morgenen karakter og

²⁹ I kapitel 8, hvor jeg skal behandle omsorgsmødet, kommer jeg til at uddybe betydningen af primærsygepleje, computeren og indførelsen af omsorgskontrakten yderligere, fordi jeg finder, at disse ændringer på en særlig afgørende måde griber ind i betingelserne for og indholdet i omsorgsrelationen.

³⁰ Kardex er et manuelt journalføringssystem, mens Stella altså er et dataprogram for journalføring. Selvom formålet med begge systemer er journalføring, kan der imidlertid peges på vigtige forskelle.

rapporteringsmødet om eftermiddagen erstattes først og fremmest af patientarbejde, men også delvis af "rapportering" til Stella. Rapporteringen til Stella sker ikke anonymt³¹, men den får en mere standardiseret form end i Kardex, fordi der findes flere anvisninger på, hvad der skal skrives om. Stella både er og opfattes som et offentligt dokument; det skal f.eks. også kunne bruges til at dokumentere udført arbejde m.m., hvis der skulle komme klager.³² Et vigtigt træk i denne udvikling er, at den uformelle kollektive kommunikation om gruppens samlede modtagere fjernes, dels af en langt mere formel kommunikation (det tværfaglige møde), dels af en ikke-mundtlig kommunikation med computeren. Fordelingsmødet om morgenen har ændret karakter, fordi gårsdagens rapportering til Stella danner grundlag for næste dags arbejde. Dermed kan information om dagens arbejde så at sige bare hentes ud af computeren. Hermed fås lister over hvem, der skal have hjælp med hvad, hvilke aktuelle ting, som skal huskes og hvornår de forskellige modtagere skal have besøg. At der stadig er brug for fordelingsmøder har nu mest sammenhæng med, at det ofte er nødvendigt at revidere listerne lidt, f.eks. fordi der af og til kommer vikarer, som har brug for mere information end det, som fremgår af listerne, eller fordi det kan være en u hensigtsmæssig rækkefølge, modtagerne er

³¹ Den, som skriver noget ind i Stella, må føre sine initialer ind i teksten. I Kardex var dette også en regel; her kunne man tillige se på håndskriften, hvem der havde skrevet.

³² Se bilag 2a, s.516 og 2b, s.520, hvor det bl.a. af "melding om vedtak" fremgår, at modtageren af hjemmetjenesten (hjemmehjælp eller hjemmesygepleje) har anledning til at klage.

fordelt på i forhold til, hvor de bor. I modsætning til tidligere behøver gruppe­medlemmerne ikke minde hinanden om, hvilke ting, som er nødvendige, fordi det fremgår af Stella. Men dette betyder også, at hvis computeren ikke "husker", at en bestemt modtager har brug for hjælp en bestemt dag, husker gruppens medlemmer det heller ikke, da de har overladt dette arbejde til computeren.³³

Med indførelsen af Stella gøres primær­sygeplejen obligatorisk, fordi rap­porteringsansvaret (altså ansvaret for dagligt at rapportere om de patienter, den ansatte har været hos), efter sigende kun fungerer, hvis det er fordelt blandt gruppens medlemmer. På den ene side gør dette afdelingen og den enkelte gruppe mere afhængig af den enkelte ansatte i hjemmesygeplejen på grund af det kendskab, den enkelte ansatte har om "sine" modtagere. På den anden side bliver afdelingen og den enkelte gruppe samtidig mindre afhængig af den enkelte, fordi "alt" er ført ind i computeren og dermed er blevet overførbart til andre. Hensigten med rapporteringen er jo bl.a. også denne overføring af information de ansatte imellem og det betyder også, at den enkelte bliver lettere erstatbar. Dette sker desuden gennem en standardisering af indholdet i arbejdet hos den enkelte plejemodtager. Før indførelsen af Stella fandtes der ingen formelle retningslinier for de helt konkrete opgaver hos den enkelte modtager, men dette er nu indbygget i Stella og dagens arbejds­lister. Dermed bliver det

³³ At nogen er blevet glemt, har (ifølge ansatte i hjemmesygeplejen) fundet sted i distriktet.

lettere at overtage en andens arbejde. Denne standardisering fremmes ikke mindst også af "vedtakene" (se bilag 2a og 2b igen), altså af konkrete skriftlige aftaler om hjælpens indhold. Der er tale om en tendens til forhåndsplanlægning, som for de ansatte i hjemmesygeplejen indebærer reducerede muligheder for handling, når de er kommet frem til patienten (udddybes i kap.5.3), og for patienten indebærer et tab af selvbestemmelse.

Som nævnt følger der med indførelsen af den integrerede gruppearbejdsform også en gruppeleder, og her findes muligheder for til en vis grad så at sige at vælge graden af lederskab. Når der som i hoveddistriktet er valgt rene administrative stillinger, betyder det, at der i besættelsen af disse stillinger lægges vægt på administrative erfaringer eller planer om at tilegne sig administrativ kundskab. Dette giver altså mulighed for at ansætte ledere udelukkende med kundskab om ledelse. Dermed fås en stærkere adskillelse af det administrative arbejde fra patientarbejdet end det er tilfældet før omorganiseringen samtidig med, at gruppedeltagerne underordnes en leder. Også før omorganiseringen er arbejdet underordnet ledere, men ikke ledere med en så høj grad af integrering i det konkrete arbejde, som det er tilfældet for gruppelederen. Det er således en ændring for størsteparten af de ansatte i hjemmesygeplejen, at de direkte underordnes en administrativ leder. Dermed reduceres den enkeltes muligheder for fleksible individuelle løsninger i forhold til de enkelte modtagere. Hjemmesygepleje bliver i højere grad et underordnet

arbejde og dermed et mindre selvstændigt arbejde. Samtidig bliver arbejdet også mindre ansvarsorienteret på trods af primærsygeplejen, fordi lederen nu har fået det overordnede ansvar for gruppens hjælpemødtagere.

Hvor gruppens arbejde før ændringerne var afhængig af, hvor godt gruppen fungerede som en primærgruppe³⁴, altså som en gruppe med få og faste deltagere med indbyrdes personorienterede relationer, er dette nu erstattet af, hvor godt arbejdet ledes, fordeles, styres og planlægges. Tidligere havde alle ansvar for det samlede arbejde i gruppen, nu er dette overført til lederen. De nye medarbejder-samtaler kan da også give associationer til en lille moderne virksomhedskultur, hvor det er ledernes ansvar at få det bedste ud af deres "arbejdskraft" i forhold til de opgaver, som skal løses. Gruppelederne har overblikket over gruppens medlemmer, arbejder med de enkelte gruppemedlemmer, har idéer om, hvordan kompetencen hos den enkelte kan øges osv.³⁵ Der er som nævnt her tale om en helt ny type styring og kontrol med arbejdet sammenlignet med situationen før omorganiseringen. På den anden side kan man ikke se bort fra, at indførelsen af gruppeledere også kan virke retfærdighedsskabende, fordi lederen f.eks. kan forhindre, at enkelte gruppemedlemmer tildeles for mange arbejdsopgaver, hvilket der findes meget lidt kontrol med under en selvstyret gruppemodel uden leder.

³⁴ Om "primærgrupper", se f.eks. Martinussen 1984:kap.6.

³⁵ Dette fremgår af mine interview med tre af gruppelederne.

Endelig finder jeg det også vigtigt at nævne, at integreringen af den hjemmebaserede omsorg med ældreomsorgen på institutioner i distriktet medfører mulighed for, at de ansatte i hjemmesygeplejen af og til udfører opdrag også på institutionerne.³⁶ Når en modtager af hjemmesygepleje indlægges på en institution, kan dette altså medføre, at ansatte fra hjemmesygeplejen knyttet til denne patient så at sige følger med ind på institutionen, f.eks. et sygehjem. Dette er forstadiet til den gennemførte integrerede model, hvor de ansatte arbejder både på institutioner og i den hjemmebaserede omsorg.³⁷

3.4.1 Afsluttende kommentarer

Ændringerne i den daglige organisering af hjemmesygeplejearbejdet indeholder tre centrale dimensioner, som kan samles i: standardisering, bureaukratisering og hierarkisering. Der er tale om dimensioner, som typisk knytter sig til en institutionaliseringsproces i generel forstand og der er tale om dimensioner, som også typisk knytter sig til organiseringen af arbejdet på et sygehus. Vigtigt for denne sammenhæng er desuden mere specifikt, at de første skridt til udviklingen af disse dimensioner faktisk allerede tages i de

³⁶ Under min deltagende observation oplever jeg dette én gang. Jeg følger en sygeplejerske i en aftenvagte, og i løbet af vagten tager vi ind på en af distriktets institutioner, hvor vi på en af stuerne gør en patient klar til natten og derefter kører videre til næste patient (i et privat hjem).

³⁷ Jf. Hurum-modellen nævnt i indledningskapitlet (se note 36 s.23).

organisatoriske ændringer, som jeg har gennemgået i første del af kapitlet i forhold til hjemmehjælpsarbejdet.

Hjemmehjælpsarbejdet ændrer sig som nævnt fra at være et lukket arbejde til at blive et gradvis mere åbent arbejde i den forstand, at den lukkede kommunikation med klienten åbnes for styring og kontrol udefra gennem f.eks. den tættere kontakt til ledere, ansatte fra hjemmesygeplejen og andre hjemmehjælpere. Denne offentliggørelse af arbejdet, som man også kan kalde det, fører en række vigtige elementer med sig. Når arbejdet organiseres på en sådan måde, at behovet for erstatbarhed de ansatte imellem bliver vigtigt, implicerer dette, at standardisering af arbejdets indhold bliver vigtigt. Når man indfører omsorgskontrakter, indebærer dette bureaukratisering bl.a. fordi det er et arbejde, som synes at indebære behov for flere ledere. Såvel leder-tilknytningen som samordningen af hjemmehjælps- og hjemmesygeplejearbejdet indebærer dernæst organisatorisk en hierarkisering, fordi der på det lønnede arbejdsmarked traditionelt knytter sig en hierarkiseringsproces til, at flere typer arbejde samordnes. Igennem denne proces er hjemmehjælpsarbejdet blevet underordnet sygeplejearbejdet og sygeplejearbejdet er i højere grad blevet underordnet et regelværk i den betydning, at de organisatoriske ændringer i stadig højere grad reducerer mulighederne for at tage egne selvstændige beslutninger i forhold til den enkelte patient.

Sammenlignet med det, Wærness i 1970'erne fandt i sin studie af

hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet med hensyn til organisatoriske ændringer, er det tydeligt, at disse arbejder har gennemgået en gradvis øget offentliggørelse. For Wærness' hjemmehjælpsinformanter var det f.eks. karakteristisk, at det var et savn i arbejdet ikke at have kontakt med andre ansatte. Og med hensyn til de ansatte i hjemmesygeplejen havde disse endnu et langt mere selvstændigt og selvstyret arbejde end det, som er tilfældet i dag. Men allerede på dette tidspunkt findes de første tegn på at fjerne selvstændigheden i arbejdet ved at det personlige ansvar for den enkelte patient reduceres. Også bureaukratiseringen indledes i disse år, hvilket Wærness peger på ved at henvise til en stærk stigning i antallet af administrative og ledende stillinger i årene mellem 1976 og 1980 (Wærness 1982:120). De nye ændringer, som denne studie viser i tilknytning til omorganiseringen i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, kan således knyttes til den udvikling, som Wærness finder de første tegn på i 1970'erne.

Ritva Gough (1987), hvis studie viser lignende tendenser som Szebehelys (se note 27, s.186), peger på, at de ændringstendenser, hun finder i den offentlige hjemmebaserede omsorg i deres helhed henviser til mønstre, som er karakteristiske for institutionsomsorgen (op. cit.:175), og at det således organisatorisk og normmæssigt er en stordriftskultur, som overføres til hjemmehjælpsarbejdet. I denne studie bliver disse tendenser tydeligst i hjemmesygeplejen, hvilket dels har sammenhæng med hjemmesygeplejearbejdets generelt mere

koncentrerede og afgrænsede karakter, og dels har sammenhæng med, at hjemmehjælpsarbejdet i hoveddistriktet - selvom det er kommet nærmere institutionsomsorgen - ikke findes organiseret i tilknytning til et servicehus. Ressourcebaserne med hjemmehjælpskontor, dagcenter m.m. er imidlertid ansatser til dette.

Når det gælder forskellen i betydningen af ændringerne i det daglige arbejde for henholdsvis hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen, finder jeg, at de ændringer, som hjemmehjælperne oplever, har en mere grundlæggende karakter end de ændringer, som de ansatte i hjemmesygeplejen oplever. Bruddet med den lukkede kommunikation er en vigtig indikator for denne grundlæggende karakter, og den indebærer, at der bliver tale om et brud med en tidligere selvforståelse hos disse kvinder fra før (og ved siden af) ansættelsen som hjemmehjælper. Også hos de ansatte i hjemmesygeplejen finder meget vigtige ændringer sted, og alligevel har de ikke en karakter, som tilsiger, at man på samme måde kan tale om brud med etablerede selvforståelser. Denne forskel i betydningen af de organisatoriske ændringer, kan også aflæses af forskellen i, hvad opmærksomheden rettes mod i begreberne *professionalisering* og *institutionalisering*, når de bruges i denne sammenhæng. Mens førstnævnte begreb, som jeg altså bruger til at samle ændringstendenserne i hjemmehjælpsarbejdet, særligt fokuserer på ændringer i arbejdstagernes adfærd, holdninger, baggrund m.m., altså deres arbejdstagerroller, retter det sidstnævnte

begreb, som gælder hjemmesygeplejen, derimod i højere grad opmærksomheden mod ændringer i selve arbejdets karakter.

Kapitel 4

Hvem er disse kvinder, som arbejder i den hjemmebaserede omsorg?

4.1 Indledning

Det hører med til sandsynliggørelsen af de rolledilemmaer, som jeg skal gennemgå i henholdsvis kapitel 5 (om giversiden) og kapitel 7 (om modtagersiden), at der findes karakteristiske forskelle mellem hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker, ikke blot når man ser på dem som arbejdstagere, men også når man ser på dem som kvinder med et liv uden for det lønnede arbejdsliv. Hensigten med dette kapitel er at søge svar på tre hovedspørgsmål: hvad karakteriserer disse kvinders baggrund, hvordan prioriterer de mellem deres lønnede arbejde i den offentlige hjemmebaserede omsorg og deres ulønnede arbejde i eget hjem, og hvorfor har de valgt at arbejde i den hjemmebaserede omsorg? Gennem svarene på dette ønsker jeg at give en relativt indgående beskrivelse af mine informanter og ikke mindst forskelle mellem dem, og jeg vil her også drage sammenligninger med andre studier. For en stor del vil jeg basere min gennemgang på data fra spørgeskemaundersøgelsen, da disse er velegnede til at indkredse et introducerende billede af kvinderne. Men jeg vil også inddrage kvalitative

data, specielt med henblik på at kunne sætte enkeltoplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen sammen til en helhed, sådan at læseren får et indtryk af ikke bare en række enkeltstående karakteristika knyttet til hver af de tre erhvervsgrupper, men også et indtryk af, hvordan det offentlige lønnede omsorgsarbejde indgår som en del af specifikke og forskellige typer kvindeliv.

4.2 Er det kun kvinder?

Det hjemmebaserede omsorgsarbejde har siden sine tidligste udformninger været et kvindearbejde, altså et arbejde stort set kun udført af kvinder, og denne kvindedominans er flyttet med fra den uformelle omsorg i familien til den offentlige omsorg på det lønnede arbejdsmarked.

Den mandlige andel af mine informanter er under 3%.¹ De to mænd, som indgår i undersøgelsen, er begge sygeplejersker, men kun den ene af disse har jeg personlig kontakt med gennem deltagende observation og interview. Andre

¹ I spørgeskemaundersøgelsen indgår køn ikke som en variabel, hvilket først og fremmest har sammenhæng med, at da det første spørgeskema (altså det til hjemmehjælperne) bliver sendt ud, ved jeg fra oplysninger i distriktets personalebeskrivelser, at ingen mænd er ansat som hjemmehjælper på dette tidspunkt. Når det gælder de ansatte i hjemmesygeplejen, har jeg personlig kontakt med alle, som senere deltager i surveyen. Derfor ved jeg her, at 1 mand (en sygeplejer) indgår. Men når det gælder de øvrige Bergens-distrikter, hvor jeg ikke foretager deltagende observation, sker fordelingen af spørgeskemaer uden min medvirkning, og jeg kan derfor ikke med sikkerhed sige, hvor mange mænd som indgår, bortset fra 1 (en sygeplejer), som kritiserer spørgsmålet om antal måneders husmorerfaringer før ansættelsen i den hjemmebaserede omsorg (se bilag 6, spørgsmål 24) for, at det ikke tager højde for, om det er en kvinde eller mand, som svarer. Jeg går derfor ud fra, at den mandlige andel af informanterne i spørgeskemaundersøgelsen ikke udgør stort mere end 2 ud af 192 (1%). For en sikkerheds skyld regner jeg derfor med et par procent mænd i surveyen samlet.

studier bekræfter klart denne kvindedominans, som dog er stærkest hos hjemmehjælperne og svagest hos sygeplejerskerne. I Trude Nergårds studie af hjemmehjælpere i Oslo fra samme tidsrum som denne studie, udgør kvindeandelen 92%², og Nergård peger selv på, at denne procentandel ligger lidt lavere end det, andre studier før hendes har vist (Jonassen 1987, Lie 1987). Af en undersøgelse om den fremtidige rekruttering til hjemmehjælpsarbejdet, hvor de 16-18 åriges uddannelses- og erhvervsønsker kortlægges, viser det sig, at i den gruppe, som vil blive vigtigste rekrutteringskilde til hjemmehjælpsarbejdet, er 93% kvinder (Edwardsen 1992:15). Der findes således ingen tegn på, at kønssammensætningen vil ændre sig på nogen afgørende vis i de kommende år. Tendensen er klart den, at hjemmehjælpsarbejdet er og fortsat vil være et kvindedomineret arbejde, selvom man i et 10-15 års perspektiv kan registrere en bevægelse fra et 100% kvindedomineret arbejde (jf. f.eks. Wærness' studie fra 1979) til et arbejde med nogle få procents stigning i andelen mænd.³ Når mænd går ind i dette arbejde, er der grund til at antage, at de især befinder sig blandt de midlertidigt ansatte, da mænd sjældent identificerer sig med dette arbejde, men oftere har det som et midlertidigt arbejde (Nergård

² 92% svarer til N=684, N total=744. Disse hjemmehjælpere udgør et tilfældigt udvalg af dem, som var ansat i Oslo kommune i 1988 (Nergård 1989:30).

³ Statistisk Sentralbyrås folketællinger viser en ændring fra 100% i 1970 til 98% i 1980. Ser man på landsdækkende tal over kortere perioder, som f.eks. fra 1988-93, bliver det vanskeligt i det hele taget at registrere ændringer (se bilag 8, figur 1, s.551).

1989:37).⁴

Når det gælder hjælpeplejerne, viser en landsoversigt for kommunalt ansatte, at hjælpeplejere har en stabil kvindeandel på 97% i årene mellem 1988 og 1993 (se bilag 8, figur 1, s.551). Sammenlignet med hjemmehjælpsarbejdet er hjælpeplejerarbejdet ligeledes et stærkt kvindedomineret arbejde, og da dette arbejde til forskel fra hjemmehjælpsarbejdet kræver (1)⁵ års uddannelse, er det sandsynligt at antage, at der vil blive tale om et fåtal af mænd indenfor dette arbejde. Man kan således tale om et mindst lige så stærkt, hvis ikke et endnu stærkere grundlag for en kvindedominans i hjælpeplejerarbejdet, fordi det desuden er mindre egnet som et midlertidigt arbejde.

Det er først, når vi kommer til sygeplejerskerne, at der kan registreres en egentlig forskel. På landsbasis ligger kvindeandelen for (offentligt godkendte) kommunalt ansatte sygeplejersker stabilt på 96% (se samme figur i bilag 8). Ser man imidlertid på specialuddannede sygeplejersker, viser det sig, at kvindeandelen går helt ned til 91% i 1993 og ser man på ledere blandt sygeplejerskerne, går kvindeandelen endnu længere ned, til 81% i 1993. Tallene giver altså et fingerpeg om, at når mænd vælger et kommunalt

⁴ Ritva Gough og Thelma Vuonokari finder en lignende tendens blandt det mandlige personale på langtidsmedicinske afdelinger på et svensk sygehus (Gough og Vuonokari 1988:20).

⁵ Som nævnt i indledningskapitlet øges uddannelsesstiden fra 1994 (se s.38), men de hjælpeplejere, som er med i denne studie, har altså den 1-årige uddannelse.

omsorgsarbejde blandt de tre, som vi ser på her, vælger de sygeplejen; og derefter søger de i højere grad end kvinder ind i specialiserede områder og i ledelsesfunktioner. Når det gælder sidstnævnte bekræftes dette af en studie, som belyser kønsforskelle bl.a. i sygeplejearbejdet (Hoel og Arnesen 1991:40,41). Blandt sygepleje-, hjælpepleje- og hjemmehjælpsarbejdet er førstnævnte altså det mest attraktive for mænd; mænd synes enten at ville have et arbejde, som ikke kræver uddannelse eller et arbejde, som kræver mere uddannelse end det, hjælpeplejerarbejdet kræver. Sygeplejearbejdet er da også det arbejde, som ligger fjernest fra det traditionelle kvindelige husmorarbejde i hjemmet og samtidig indeholder det flest muligheder i forhold til specialisering og ledelse.

Kvindeandelen i denne studie ligger altså endnu lidt højere for alle tre erhversgrupper end det er tilfældet for disse grupper på landsbasis. Jeg antager, at dette mest for hjemmehjælpernes vedkommende og mindst for sygeplejerskernes vedkommende hænger sammen med, at arbejdet udgør et geografisk decentraliseret arbejdsmarkedstilbud⁶, fordi særligt hoveddistriktet udgør et landligt distrikt, men heller ingen af de 5 andre distrikter udgør bykerneområder.

⁶ Abrahamsen (1994) nævner dette karakteristikum ved hjælpeplejerarbejdet i sin studie. Jeg finder, at dette også i denne studie gør sig gældende for både hjemmehjælpsarbejdet og arbejdet i hjemmesygeplejen. Se bilag 9, tabel 2, s.552 om bosted efter erhverv.

4.3 Hvad karakteriserer disse kvinders baggrund?⁷

Med henblik på at indkredse mine informanternes baggrund, vil jeg starte med at se på kvindernes alder, fordi den giver sig udslag i flere andre vigtige forskelle i baggrund hos de tre grupper. Det er en væsentlig forskel mellem informanterne i denne studie, at hjemmehjælperne hører til en ældre generation kvinder end de ansatte i hjemmesygeplejen. Hjemmehjælperne har sin største andel i aldersgruppen 50-59 år og har en gennemsnitsalder på 47år.⁸ Både hjælpeplejerne og de ansatte i hjemmesygeplejen har derimod sin største andel i aldersgruppen fra 30 til 39 år. Hjælpeplejernes gennemsnitsalder er 41 og sygeplejerskernes 37.

Tabel 0: Aldersfordeling efter erhverv. Procent.

	<20år	20-29år	30-39år	40-49år	50-59år	≥60år	N
Sypl.	0	17	45	29	7	2	58
Hjpl.	0	9	41	38	6	6	32
Hjhj.	1	13	12	24	34	15	99
Total	1	14	27	28	21	10	189

⁷ For specificeringer af kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen, som bruges i dette kapitel, se bilag 9, s.552-559, som er et tabelbilag.

⁸ Gennemsnitsalderen fremgår ikke af spørgeskemaundersøgelsen, da jeg her af anonymitetshensyn opererer med aldersintervaller, men den fremgår af den information, som jeg henter fra personalebeskrivelser på afdelingen for Pleje og Omsorg. Det antal hjemmehjælpere, som jeg får information om her, er 122 (alle ansatte hjemmehjælpere her på dette tidspunkt). De 101 (ud af 112), som svarer på spørgeskemaundersøgelsen, findes blandt disse 122.

Disse forskelle i alder er én vigtig forklaring på forskelle, som viser sig i informanternes familiesituation. Hvis vi karakteriserer familiesituationen ved at se på kombinationen af sivilstand og børn, er det et karakteristisk træk - omend i forskellig grad - for alle tre erhvervsgrupper, at det mest typiske er at være gift eller tidligere gift og have mindst 1 barn. For henholdsvis sygeplejerskerne, hjælpeplejerne og hjemmehjælperne er der tale om 68%, 74% og 84% (se tabel 3, bilag 9). Ser vi bare på, om informanterne er gift eller fælgift, er procenterne for henholdsvis sygeplejerskerne, hjælpeplejerne og hjemmehjælperne 75%, 74% og 87%. Kun 1/4 af de ansatte i hjemmesygeplejen er altså ugifte, og for hjemmehjælpernes vedkommende drejer det sig kun om 1/8 af gruppen. Jeg vil her nævne, at samboere er regnet med til gruppen af ugifte og at denne gruppe udgør henholdsvis 14%, 10% og 8% af hver af de tre erhvervsgrupper. At samboskab altså er lidt mere udbredt blandt de ansatte i hjemmesygeplejen end blandt hjemmehjælperne kan have sammenhæng med aldersforskellene, fordi samboskab ofte bruges som en samlivsform før ægteskab, men det kan også have sammenhæng med, at ægteskabsinstitutionen siden 1960'erne og 1970'erne, hvor en stor del af hjemmehjælperne var unge (for denne sammenhæng regnet mellem 25-30år), har mistet noget af sin selvfølgelighed og dermed åbnet for alternative samlivsformer. Men uanset forklaringen er det altså hjemmehjælperne, som i mest udpræget grad lever i en traditionel familiesituation med ægteskab og

børn.

Går vi lidt nærmere ind på børnenes alder, viser der sig den forskel, at gennemsnitsalderen for det yngste barn, som bor hjemme, er 8 år for sygeplejerskernes vedkommende, 11 år for hjælpeplejernes og 14 år for hjemmehjælpernes vedkommende (se tabel 4, bilag 9). Men dette kan suppleres med oplysningen om, at henholdsvis 30%, 14% og 9% har børn under 4 år. Der findes altså med andre ord flere småbarnsforældre blandt sygeplejerskerne end blandt hjemmehjælperne, mens hjælpeplejerne igen placerer sig midt imellem. På grund af deres modnere alder er mange af hjemmehjælperne allerede bedstemødre, mens en del af de ansatte i hjemmesygeplejen, og det gælder specielt sygeplejerskerne, endnu ikke helt er færdige med den aldersfase, hvor der potentielt findes mulighed for at få børn.

Går vi herefter over til at se på hvor lang tid, disse kvinder har været hjemmearbejdende husmødre, før de begynder at arbejde i den offentlige hjemmebaserede omsorg, viser der sig også klare forskelle grupperne imellem. Mens sygeplejerskerne gennemsnitligt har 1 års husmøderfaring, har hjælpeplejerne 4 år og hjemmehjælperne 12 års erfaring (se tabel 5, bilag 9).⁹ Mens det altså er meget udbredt blandt hjemmehjælperne at have mange års husmøderfaringer før ansættelsen som hjemmehjælper, er dette et meget lidt

⁹ På grund af store standardafvig på disse gennemsnitstal kan vi supplerende se på den procentandel, som ikke har nogen husmøderfaringer, hvilket er 71%, 55% og 14% for henholdsvis sygeplejerskerne, hjælpeplejerne og hjemmehjælperne; dette bekræfter altså tendensen i de foregående tal.

udbredt fænomen blandt sygeplejerskerne og lidt mere udbredt blandt hjælpeplejerne. Det kan her tilføjes, at det også er et karakteristisk træk for hjemmehjælperne, at de desuden gennemsnitligt samlet har 8 års erfaring fra andet lønnet arbejde før hjemmehjælpsarbejdet (se tabel 6, bilag 9), og de 5 mest udbredte arbejder blandt hjemmehjælperne før deres ansættelse som hjemmehjælper er butiksarbejde (37%), hushjælpsarbejde (28%), rengøringshjælp (21%), fabriksarbejde (14%) og arbejde som syerske (13%).¹⁰ Før ansættelsen som hjemmehjælper er disse kvinder typisk gået ind og ud af arbejdsmarkedet og har påtaget sig skiftende typer lønnet arbejde (oftest på deltid). Det gennemsnitlige antal på 8 år udgør altså en samlet sum over en årrække. Jeg vil her fremhæve det, at så mange af disse hjemmehjælper har været hushjælper i deres ungdom, hvilket både understreger, at der er tale om en anden generation kvinder end de ansatte i hjemmesygeplejen, men også at disse hjemmehjælper således må antages at have gennemgået en helt anden type socialisering end det, som er tilfældet for hjemmesygeplejens ansatte. Med hensyn til andet lønnet arbejde (uden krav om uddannelse) før arbejdet i hjemmesygeplejen indgår ikke dette som et spørgsmål i spørgeskemaet til de ansatte fra hjemmesygeplejen¹¹, men af mine interview

¹⁰ Dette er oplysninger, som jeg har hentet fra personalebeskrivelser på afdelingen. At procenterne samlet overstiger 100 skyldes, at en del af kvinderne har haft forskellige typer arbejde.

¹¹ Dette har at gøre med, at det spørgsmål, som her i stedet bliver relevant, er, hvor længe de har arbejdet i henholdsvis den åbne omsorg og institutionsomsorg. Se senere.

fremgår, at det er noget mere udbredt blandt hjælpeplejerne end blandt sygeplejerskerne at starte erhvervskarrieren med nogle års lønnet arbejde, som ikke kræver uddannelse. Langt vigtigere at fokusere på hos sygeplejerskerne er det imidlertid, at en del starter erhvervskarrieren med at tage uddannelse, mens ingen af hjælpeplejerne gør dette.

Disse forskelle mellem de tre erhvervsgrupper antyder således allerede, at sygeplejerskerne er dem, som så at sige hurtigst får en permanent tilknytning til det lønnede arbejdsmarked, mens specielt hjemmehjælperne i langt højere grad foretager valg i forhold til deres hjemmesituation.¹² En del af forklaringen på dette kan tilskrives forskellene i alder, men som det skal blive mere klart i det følgende, handler det mere bredt om forskellige typer kvindeliv med forskellig vægt på det lønnede arbejde ude og det ulønnede arbejde hjemme.

Sammenligner jeg min baggrundsbeskrivelse af hjemmehjælperne med det, som Wærness finder i samme distrikt ca. 10 år tidligere, er det tydeligt, at hjemmehjælperne bliver yngre¹³ og dermed også potentielt har færre husmorerfaringer at bygge videre på. Også andre studier bekræfter denne udvikling over tid (f.eks. Lie 1987). Der er desuden tale om en udvikling,

¹² Se Bente Abrahamsens nye generationsstudie *Kvinner i omsorgsykker* fra 1997 for en bekræftelse af disse forskelle.

¹³ I 1979 er 18% af hjemmehjælperne i hoveddistriktet under 40 år (N=137) (Wærness 1982), i 1989 er andelen steget til 26% (N=101) (Christensen 1989:211).

som ser ud til at gå hurtigst i byerne.¹⁴ Selvom denne studie finder sted i et distrikt hørende til en større by i norsk forstand, er distriktet (som allerede nævnt) landligt præget, hvilket for rekrutteringen til hjemmehjælpsarbejdet betyder, at denne især sker fra den gamle husmorgeneration. I de større byer er det derimod karakteristisk, at en stigende andel består af yngre, som endnu ikke har besluttet, i hvilken retning de erhvervsmæssigt vil gå (Nergård 1989). Det er karakteristisk for Nergårds informanter, at de udgør en heterogen gruppe i modsætning til informanterne i denne studie. Nergård inddeler af den grund sine i fire grupper afhængig af, om de går på skole eller har tillægsjob ved siden af hjemmehjælpsarbejdet og om de betragter hjemmehjælpsarbejdet som et midlertidigt arbejde. Den gruppe, som mine hjemmehjælpsinformanter har klareste lighedstræk med, er Nergårds **kernegruppe**, som typisk er repræsenteret af en midaldrende gift kvinde med familie og relativt store børn. Hun har grundskoleuddannelse og har dels arbejdet hjemme i en længere periode før hjemmehjælpsarbejdet, dels haft nogle år med erhvervs erfaring. Nergård kalder disse kvinder for "kernegruppen", fordi de samtidig med at have en del års erfaringer som hjemmehjælper, betragter det som et arbejde,

¹⁴ Til sammenligning med tabellen s.204 kan nævnes, at Nergårds studie fra 1988 i Oslo (Nergård 1989) viser følgende procentandele for aldersgrupperne 16-19år: 17%, 20-29år: 17%, 30-39år: 16%, 40-49år: 18%, 50-59år: 18% og ≥ 60 år: 13% (N=744). Se også Wærness (1982:204) for samme tendens.

de ønsker at blive i for længere tid.¹⁵ Kernegruppen udgør 40% af Nergårds informanter og fremover vil denne gruppe næppe vokse. Derfor er der grund til at tro, at den gamle husmorgeneration med tiden vil afløses af yngre kvinder med færre husmorerfaringer og en løsere tilknytning til arbejdet end det, vi hidtil har set. Wærness forudså denne udvikling allerede i 1979 (Wærness 1982:179, se også Wærness 1989b).

Når det gælder hjælpeplejerne, har jeg ingen egne data, som kan give et indtryk af ændringer her. Men da hjælpeplejeruddannelsen ændrer sig i begyndelsen af 1980'erne fra kun at foregå som voksenoplæring, hvor det betragtes som en fordel med arbejds erfaringer fra helsetjenesten eller lignende, til også at foregå på videregående skole rettet mod de 16-19 årige, kan dette tænkes at ændre noget på alderssammensætningen for hjælpeplejerarbejdet generelt (Abrahamsen 1994:120). På den anden side kan det også tænkes, at dette først sent vil få en afsmitningseffekt på hjælpeplejerarbejdet i den hjemmebaserede omsorg, fordi dette arbejde ofte ikke er attraktivt for unge uden praktiske erfaringer og sjældent vælges som første arbejdsplads efter afsluttet uddannelse (se senere i kap.5.3.1).

For sygeplejerskernes vedkommende har jeg ikke fundet ændringer - som

¹⁵ De andre tre grupper er skoleeleverne, som kombinerer hjemmehjælpsarbejdet med skolegang eller studier, kombinationsgruppen, som har andet arbejde ved siden af hjemmehjælpsarbejdet og de midlertidige, som ikke kombinerer hjemmehjælpsarbejdet med hverken skole eller andet arbejde, men som alligevel betragter arbejdet som midlertidigt (Nergård 1989).

på samme måde som hos hjælpeplejerne - kan antages at få en mulig betydning for ændringer i alderssammensætningen.

4.4 Hvordan kombineres lønnet og ulønnet arbejde?

Det er kendt fra studier af kvinders erhvervsaktivitet, at kvinder tilpasser deres lønnede arbejde til familiesituation gennem valg af deltidsarbejde og midlertidige afbræk fra arbejdslivet. Deltidsarbejde er derfor et typisk kendetegn for kvindelige arbejdstagere (Birkelund og Rosenfeld 1995), selvom der findes tegn til fremtidige ændringer hen imod et mønster, som ligner mandens med en tilnærmelsesvis permanent tilknytning til arbejdsmarkedet med få og korte afbræk. Men dette gælder ikke alle brancher, og pleje- og omsorgsarbejdet er en type arbejde, som ikke følger denne udvikling entydigt (Ellingsæter 1989).

Blandt mine informanter er deltidsarbejde endnu meget stærkt udbredt. Selvom dette gælder alle tre erhvervsgrupper, er tendensen alligevel stærkest hos hjemmehjælperne. Kun 28% af hjemmehjælperne arbejder på fuld tid, mens de tilsvarende tal for hjælpeplejerne og sygeplejerskerne er 55% og 51%¹⁶ (se tabel 7 og 8, bilag 9).

¹⁶ Jeg har beregnet tallene for fuld tid ved at se på kombinationen af antal arbejdstimer pr. uge og turnus; at arbejde 35 timer i ugen og samtidig gå i turnus regnes som fuldtidsarbejde, fordi det færre antal timer kompenserer for skæve arbejdstider. Tallet på fuldtidsarbejdende er således beregnet som summen af dem, som har 35 timers arbejdsuge og samtidig går i turnus og dem, som

Lige så vigtigt som at se på fuldtidsprocenten er det imidlertid at se på deltidsprocenten, fordi der kan finde vigtige ændringer sted uden at andelen med fuldtidsarbejde ændrer sig. Når jeg sammenligner graden af deltid fra denne studie med det, som Wærness fandt i 1979, er det tydeligt, at denne øger, da de 61%, som i 1979 arbejder under 16 timer pr. uge, i 1989 er reduceret til 12%, altså til mindre end en femtedel for hjemmehjælpernes vedkommende (Christensen 1989:214). Sammenligner jeg dette med Nergårds resultater, viser det sig, at både dem med få timer pr. uge (<16 timer) og dem med mange timer pr. uge (>30 timer) ligger højere end det, som gælder mine informanter. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at der i Oslo-studien findes så mange midlertidige, som enten kombinerer arbejdet med andet arbejde og derfor kun kan påtage sig få timers hjemmehjælpsarbejde eller for hvem en fuld løn bliver desto vigtigere, når identifikationen med arbejdet ikke er så stærk.¹⁷

Med hensyn til den tendentielle forskel mellem hjemmehjælperne, hjælpeplejerne og sygeplejerskerne i forhold til deltidsarbejde (jf. tabel 7, bilag 9) kan denne også registreres på landsbasis (se figur 2 i bilag 8 (s.551)), som viser ændringer i deltidsarbejdet i perioden fra 1965 til 1992 baseret på Daatland 1994). Andelen med fuldtidsarbejde ændrer sig her for hjemme-

- uanset om de er med eller ikke med i turnusordningen - arbejder mere end 35 timer om ugen.

¹⁷ Dette betyder ikke, at lønnen ikke også er vigtig, når identifikationen med arbejdet er stærk.

hjelpernes vedkommende fra 22% i 1965 til 35% i 1993, og bag dette skjuler sig sandsynligvis en langsom stigning også i graden af deltid. For de ansatte i hjemmesygeplejen går procentandelen fra 86% til 75%, men her skelnes ikke mellem sygeplejersker og hjælpeplejere. Vigtigt er imidlertid at se på denne store forskel i forhold til hjemmehjelperne. Når det gælder sygeplejerskerne, viser en studie en klar stigning i deltidsarbejde i perioden fra 1979 til 1988 (Hoel 1991, Hoel og Arnesen 1991), og Abrahamsen finder i sin studie af to kuld hjælpeplejere uddannet i henholdsvis 1975/76 og 1985/86 en lille tilbagegang i deltidsarbejde (fra 65% til 59%), men peger samtidig på, at det er sandsynligt, at andelen med deltidsarbejde kan antages at være højere i det første kuld, fordi langt flere allerede har fået børn af disse, mens dette endnu ikke er tilfældet for mange i det andet kuld og deltidsarbejde er et udbredt fænomen i forbindelse med børnefødsler (Abrahamsen 1994). Samlet set er det derfor måske snarere en tendens til stagnation i udbredelsen af deltidsarbejde blandt ansatte i hjemmesygeplejen, men på et niveau, som fortsat ligger langt under hjemmehjelpernes.

Når jeg sætter denne forskel i udbredelsen af deltidsarbejde i mit materiale i sammenhæng med, at hjemmehjelperne er dem, som har de ældste børn og således muligvis¹⁸ kunne antages at have potentielt bedre betingelser for at

¹⁸ Mange andre forhold kan imidlertid have betydning her, f.eks. det uformelle netværk eller dårlig økonomi.

kunne arbeide på heltid end småbarnsforældrene, får vi afdækket forskellige prioriteringer mellem hjem og erhverv. Men det er her vigtigt at være opmærksom på, at "prioritering" ikke behøver at indebære frivillighed eller være udtryk for et ønske. Den kan lige så vel være uønsket, den kan være en følge af en bestemt type socialisering, hvor kvinden fortsat tillægges ansvaret for alt i hjemmet og den kan slet og ret være betinget af dårlig økonomi. Med dette forbehold for forståelsen af "prioritering" ser det altså ud til, at det er hjemmehjælperne, som prioriterer hjemmet højest. Ser vi på omfanget af arbejde i egen husholdning¹⁹ viser det sig, at størsteparten af både sygeplejerskerne og hjælpeplejerne (59% og 56%) bruger 10-19 timer i egen husholdning, mens det tilsvarende tal for hjemmehjælperne er på 45% samtidig med, at 30% bruger mellem 20-29 timer hjemme (se tabel 9, bilag 9). Der findes således en tendens til, at hjemmehjælperne bruger mere tid på egen husholdning end de ansatte i hjemmesygeplejen. Men hvordan kombineres så dette med det lønnede arbejde?

Jeg har set nærmere på, hvad der for hver af de tre erhvervsgrupper er de hyppigste kombinationer af lønnet og ulønnet arbejde. Hos hjemmehjælperne er den hyppigste kombination 10-19 timer hjemme og 20-29 timer ude. Men denne gruppe udgør 21% af N total, og flere andre kombinationer er også

¹⁹ Spørgsmålet lyder: "Hvor lang tid pr. uge bruger du omtrent til arbeid i din egen husholdning? (Regn ikke med pass av barn, syke o.l.)?"

udbredt. Hjelpeplejerne samler sig i én gruppe, som udgør 41% af N total bestående af en kombination af 10-19 timer hjemme og mere end 30 timer ude. For sygeplejerskernes vedkommende er den mest udbredte kombination den samme som for hjelpeplejerne (det gælder 46% af N total), men her findes desuden en kombination af <10 timer hjemme med mere end 30 timer ude. Dette afdækker to vigtige forhold. For det første er det klart, at det er udbredt at arbejde mere ude end hjemme, selvom dette i højere grad gælder de ansatte i hjemmesygeplejen. For det andet ser det ikke ud til, at antallet af arbejdstimer i egen husholdning er afhængig af antal arbejdstimer ude.²⁰

Denne forskel grupperne imellem kan ikke forklares med større arbejdsindsats fra ægtefællernes side hos de ansatte i hjemmesygeplejen. Kun 1 af de interviewede nævner ægtefællen som en flittig hjælper i hjemmet. Det harmonerer også, som allerede nævnt, dårligt med, at det netop er hjemmehjælperne, som har de ældste børn og derfor (muligvis) er mindre bundet af hjemmet end de ansatte i hjemmesygeplejen.

Ser vi på, hvordan disse kvinder forholder sig til ulønnet ekstraarbejde for omsorgsmottageren, eftersom et sådant arbejde så at sige tager af tiden, som ellers kunne bruges i hjemmet, viser det sig, at 42% af både sygeplejerskerne og hjelpeplejerne gør gratis ekstraarbejde²¹, mens det for hjemmehjælpernes

²⁰ Da skulle man forvente en kombination af lav score på den ene variabel med høj score på den anden variabel.

²¹ Spørgsmålet er: "Hender det at du gør pasientene en tjeneste utenfor arbejdstid?"

vedkommende drejer sig om 75% (se tabel 10, bilag 9), hvilket må siges at være udtryk for en klart større udbredelse af dette fænomen her. Også i Næss og Wærness' undersøgelse²² viser det sig, at de ansatte i hjemmesygeplejen opgiver at udføre færre gratis tjenester end hjemmehjælperne (Næss og Wærness 1994:14). Jeg skal senere sætte dette i sammenhæng med fundet af en udbredt andre-orientering hos hjemmehjælperne og dermed fokusere på den væsentlige betydning af omsorgsmottageren. Men her vil jeg foreløbigt nævne, at det udbredte gratisarbejde blandt hjemmehjælperne bl.a. må forstås i sammenhæng med, at deres opfattelse af "omsorgsarbejde" potentielt ligger meget tæt på den forståelse, som knytter sig til det uformelle og ulønnede omsorgsarbejde i familien. At gøre en omsorgsmottager en tjeneste udenfor arbejdstid betragtes derfor i mindre grad som "arbejde" af hjemmehjælperne end af de ansatte i hjemmesygeplejen (og dermed bliver vigtigheden af løn mindre). Tallene om gratisarbejdet må altså ikke fortolkes som udtryk for en større prioritering af den ulønnede del af det lønnede arbejde, når det gælder hjemmehjælperne, selvom dette rent logisk ville være korrekt, men slet og ret som udtryk for forskellige opfattelser af "arbejde".

Når det gælder gratisarbejde, blev dette ikke talfæstet i Wærness' studie, men eftersom der sammenlignet med i dag fandtes langt færre regler og

²² Denne undersøgelse af Næss og Wærness omfatter 824 ansatte (bestående af hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker i den offentlige hjemmebaserede omsorg) fra ialt 16 kommuner. Svarprocenten er 61, men den varierer stærkt fra kommune til kommune.

rutiner for arbejdet og arbejdet i langt højere grad var baseret på den konkrete relation mellem hjemmehjælper og modtager, var det almindeligt både at gå ud over instrukserne og bruge mere tid hos klienten end det, de fik betaling for (Wærness 1982:145). Nergård ser også på dette med at gå ud over instrukserne og finder også i Oslo endnu en meget stærk udbredelse af dette fænomen, især blandt "kernegruppen".²³

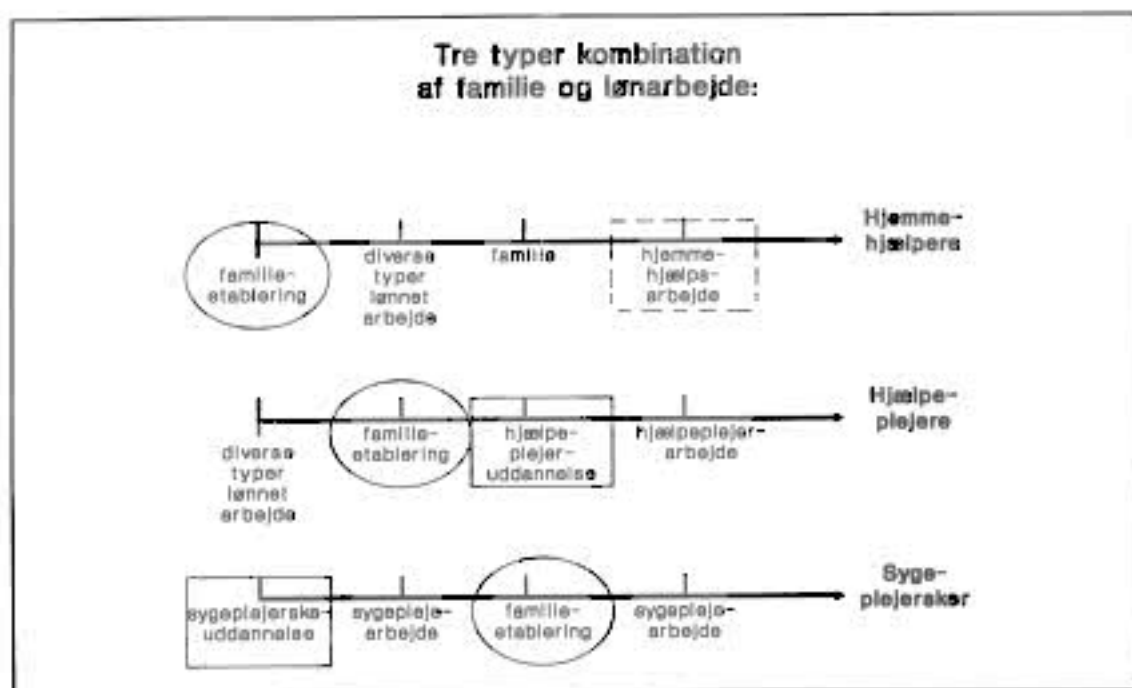
Jeg finder således en række gode grunde til at betragte hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen som repræsentanter for forskellige typer husmødre og forskellige typer arbejdstagere. For at give et klarere billede af disse forskelle, har jeg rendyrket forskellene mellem grupperne i forhold til kombinationen af familie og lønarbejde og konstrueret tre typologier (se figur 9 næste side). Formålet med disse typologier er ikke at være statistisk detaljeret korrekt i forhold til mine data om dette, men derimod at fokusere på vigtige kvalitative forskelle i disse kvinders kombinationer af familie, uddannelse og arbejde.

²³ Nergård finder, at henholdsvis 17% "svært ofte", 21% "ganske ofte", 45% "av og til" og 14% "sjelden" udfører arbejde, som går ud over instruksen. 97% går altså i en eller anden grad ud over instruksen, dvs. næsten alle (Nergård 1989:83). Eftersom man kan gå ud over instrukserne uden at gå ind i overtid, er sammenligningen lidt skæv. Men da Nergårds gennemgang af det nærmere indhold af at gå ud over instrukserne bl.a. handler om ulønnede tjenester i fritiden, er det rimeligt at antage, at der sandsynligvis også findes en del gratisarbejde i byen.

At instruksen ikke nævnes særskilt i denne studie (og det gælder iøvrigt både hjemmehjælps- og hjemmesygeplejestudien) har sin forklaring i, at den ikke empirisk viser sig at være aktuell. Af uformelle samtaler med ledelsen i afdelingen for Pleje og Omsorg i hoveddistriktet fremgår, at instruks fra 01.01.80 ikke er taget ud af systemet, men heller ikke anvendes i praksis; f.eks. udleveres den ikke, når nye ansættes på afdelingen. Delvis anvendes derimod såkaldte "arbejdsbeskrivelser" og delvis anvendes specifikke instrukser for særlige arbejdsområder som f.eks. medicinuddeling.

Som det kan ses af figuren, starter hjemmehjælperne med en familieetablering, mens denne kommer på et senere tidspunkt hos hjælpeplejerne og endnu senere hos sygeplejerskerne. Hjælpeplejerne starter med diverse typer lønnet arbejde uden uddannelseskrav, mens sygeplejerskerne går direkte ind i uddannelsen og først senere etablerer familie. Typologierne skal illustrere, at hjemmehjælperne har den svageste og sygeplejerskerne den stærkeste tilknytning til et lønnet arbejdsmarked og i forhold til familie betyder dette, at denne fremstår som den mest styrende for hjemmehjælpernes valg og mindst styrende for sygeplejerskernes valg.

Figur 9:



At familien fra informanternes synsvinkel fremstår som den mest betydningsfulde for hjemmehjælpernes valg af kombinationer mellem familie

og lønarbejde, er ikke det samme som at påstå, at denne har størst forklaringsværdi for valgene. Figuren er koncentreret om at pege på forskellige mønstre i kombinationen af familie, (uddannelse) og lønarbejde, og disse mønstre kan også betragtes som livsløbsmønstre.²⁴ I denne figur er jeg altså mindre optaget af f.eks. forskelle med hensyn til krav for at begynde hjælpeplejer- og sygeplejerskeuddannelse eller i hjemmehjælpsarbejdet. Hjemmehjælperne i denne studie er jo i høj grad ansat på baggrund af husmorerfaringer og ofte også modenhed, hvilket kan være med til at forklare forløbet af familieetablering, lønnet arbejde, familie og hjemmehjælpsarbejde. Og når det gælder hjælpeplejerne og sygeplejerskerne, er det f.eks. karakteristisk, at erhvervspoint i højere grad tilskyndes og betragtes som relevante for at påbegynde uddannelsen til hjælpeplejer end uddannelsen til sygeplejerske, hvilket kan være med til at forklare forløbene for disse to grupper. Jeg er i figuren også mindre optaget af f.eks. alder og socialisering, hvilket ligeledes kan være med til at forklare forskelle i forløbene. Men det betyder altså ikke,

²⁴ Når det gælder de ansatte i hjemmesygeplejen, hvor jeg specielt bruger interviewmaterialet som empirisk grundlag for at konstruere mønstrene, vil jeg nævne, at disse mønstre - som figuren måske kan give et indtryk af - ikke er en fremstilling af informanternes fortælling om valg af disse kombinationer. Med andre ord finder jeg ikke disse mønstre som lineære processer i fortællingerne om dem; fortællingerne er snarere en springen frem og tilbage i tiden og med fokus på forskellige vigtige ændringer for disse kvinder i forhold til deres valg (Nilsen 1996). Ingen af mine tematiske spørgsmål i interviewguiden til de ansatte i hjemmesygeplejen (se bilag 7b, s.550) er direkte relateret til dette. Men gennem svarene på særligt den individuelle erhvervshistorie (altså fortællingen om hvilke (løn)arbejder informanten har haft frem til det nuværende arbejde) og spørgsmålet om hvorfor netop den hjemmebaserede omsorg blev valgt, indgår familieetablering og forskellige prioriteringer af familie i forklaringerne. At inddrage familie har således været en naturlig måde for informanterne at forklare deres valg i forhold til lønarbejde og uddannelse. Derfor fremstår familie som en væsentlig del af disse livsløbsmønstre.

at disse forskellige dimensioner ikke har vigtige forklaringsværdier i forhold til de tre forskellige forløbssekvenser. At de tre typologier ikke specifikt bare er knyttet til forskelle i disse omsorgsarbejder kan ses af, at Ann Nilsen (1992) i sin studie af lærere og ingeniører finder lignende forskelle; mens lærerne, som er den mest kvindedominerede gruppe, gennemgår forløb, som har ligheder med hjemmehjælpernes, er det derimod karakteristisk for ingeniørerne, at deres forløb har ligheder med sygeplejerskernes i denne studie. Disse ligheder peger netop på, at også forhold ved selve arbejdet og uddannelsen må anses for at være vigtige forklaringsfaktorer for forskelle i livsløbsmønstre.

Med Kari Wærness' pointering af, at alle husmødre er kvinder (Wærness 1978), men at nogen er på overtid, nogen på deltid og stadig færre nu er på heltid, kan figuren enkelt sammenfattes i følgende. Ingen af de tre forløb er karakteristiske for kvinder, som er husmødre på heltid (i hvert fald ikke, hvis vi adskiller husmorarbejde i hjemmet fra husmorarbejde i offentlig regi, når det gælder hjemmehjælperne). Tager vi udgangspunkt i, at det er mere udbredt med fuldtidsarbejde blandt de ansatte i hjemmesygeplejen end blandt hjemmehjælperne, repræsenterer de hjemmesygeplejeansatte i højere grad end hjemmehjælperne husmødre på overtid. Hjemmehjælperne derimod repræsenterer snarere husmødre på deltid, fordi de i højere grad end de hjemmesygeplejeansatte vælger deltidsarbejde for at undgå at være husmødre på

overtid. Deres identitet som husmødre "konkurrerer" i mindre grad end hos de hjemmesygeplejeansatte med at være deltagere i en uddannelses- eller arbejdsmarkedssektor.

4.5 Hvorfor vælger disse kvinder at arbejde i den hjemmebaserede omsorg?

Når deltidsarbejde er udbredt blandt kvindelige arbejdstagere, er dette ofte også kombineret med ustabilitet, dvs. hyppige skift af arbejdsplads og fravær fra arbejdsmarkedet. Sammenligner jeg ansættelsestider i den bydel, hvor informanterne hører til på undersøgelsestidspunktet, viser det sig, at gennemsnittet for hjemmehjælpernes vedkommende er 8 år, for hjælpeplejerne 6 år og for sygeplejerskerne 3 år (se tabel 12, bilag 9). Stabiliteten synes således at være højest i hjemmehjælpergruppen. Abrahamsen finder i sin studie om jobmobilitet blandt hjælpeplejere, at jobskift sker hyppigere i familieetableringsfasen end før og efter denne (Abrahamsen 1994:kap.6), hvilket altså f.eks. betyder, at stabiliteten øger efter at familiestiftelsestiden er ovre. Derfor kan dette være en forklaring på, hvorfor hjemmehjælperne er mest stabile i denne studie, da det er dem, der kommer nærmest det at have overstået familieetableringsfasen.

I spørgeskemaet indgår et spørgsmål om grunden til at vælge arbejdet i

den hjemmebaserede omsorg.²⁵ Blandt hjemmehjælperne (se tabel 13, bilag 9) viser det sig, at det først og fremmest er ønsket om at gøre noget for andre (uddybes i kap.5.2.1), som er grunden til at vælge hjemmehjælpsarbejdet, men lige så vigtigt er det, at de kan lide arbejdet med ældre mennesker. Denne tendens bekræftes også af Næss og Wærness' undersøgelse (1994:11). Jeg vælger at betragte svarene på disse to spørgsmål som udtryk for det samme, idet glæden ved at gøre noget for andre forudsætter, at man nærer sympati for og bryder sig om disse andre. Dernæst svarer ca. halvdelen, at det er en type arbejde, de har erfaringer med fra eget hjem og kun en mindre del svarer, at grunden til at vælge hjemmehjælpsarbejdet er, at det er svært at finde andet passende arbejde. Ser man disse to svar i sammenhæng findes der på den ene side en tendens til, at valget af hjemmehjælpsarbejdet er udtryk for et ønske, og på den anden side et udtryk for, at de pågældende ikke har valgt frit efter ønske, men efter realistiske muligheder. Dette modsætningsforhold får jeg også indtryk af under de uformelle samtaler, som jeg fører med hjemmehjælpere i tilknytning til min deltagende observation. Jeg får her indsigt i, hvordan hjemmehjælpsarbejdet egentlig bare er blevet en naturlig del

²⁵ Spørgsmålet har faste svaralternativer, men disse er konstrueret på baggrund af empirisk materiale fra deltagende observation og interview. Se spørgsmål 5 i spørgeskemaet for de ansatte i hjemmesygeplejen (bilag 6) og spørgsmål 7 i spørgeskemaet til hjemmehjælperne (bilag 5). Jeg koncentrerer mig om dem, som har svaret "svært vigtig" og bruger dermed svarene på "viktig" til så at sige at kunne lægge større vægt på "svært vigtig"-svarene, idet jeg går ud fra, at når man kan vælge mellem de to gradueringer, så kan det tillægges desto større vægt, når man svarer "svært vigtig".

af disse kvinders øvrige liv, hvorimod hvis de havde kunnet vælge, så havde mange valgt et andet arbejde, ofte omsorgsarbejde med krav om teoretisk uddannelse, som f.eks. sygeplejearbejdet. Det er altså ikke arbejdets indholdsmæssige karakter, som er attraktivt, men snarere det at kunne gøre noget for andre.²⁶

Hvis vi går over til at se på hvilke begrundelser sygeplejerskerne giver for at arbejde i den hjemmebaserede omsorg²⁷ (se tabel 15, bilag 9), er det karakteristisk, at deres svar i første omgang samler sig om, at arbejdet er selvstændigt og varieret. Den næste gruppering samler sig om svarene: at det kan kombineres med familieforpligtelser, at det hjemmebaserede omsorgsarbejde er interessant og at der findes bedre muligheder i den åbne omsorg end i institutionsomsorgen for et helhedsorienteret arbejde. Og en tredje gruppering udgøres af svarene om, at man gør en indsats for andre og at arbejdstiden er vigtig. At arbejdet ikke er valgt, fordi der ikke findes andet arbejde at få, ses af, at den største procentandel, som svarer "lite vigtig", findes i svaret om, at det er vanskeligt at finde andet passende arbejde. Opsamlende kan det altså siges, at sygeplejerskerne har valgt dette arbejde, fordi det har nogle rammer, som de kan lide at arbejde under med mulighed for selvstændighed og

²⁶ "Hensynet til de andre er det vigtigste verdigrundlaget i husmorarbeidet. Det betyr at oppmerksomheten skal være rettet mot andres behov i her-og-nå-situasjonen. Det primære kravet til husmorrollen blir derfor å stå til disposisjon for andre med sin tid." (Wærness 1978:125)

²⁷ Jeg gør opmærksom på, at der findes andre svarmuligheder hos de ansatte i hjemme-sygeplejen end hos hjemmehjælperne, fordi svarmulighederne er tilpasset karakteristika ved arbejdet.

variation og med mulighed for at kunne kombinere dette lønnede arbejde med familieforpligtelser. Også denne tendens bekræftes af Næss og Wærness' undersøgelse (ibid.) Samtidig får sygeplejerskerne en faglig og menneskelig tilfredsstillelse gennem arbejdet. Men hvordan hænger dette sammen, findes der et modsætningsforhold eller er det en prioriteret rækkefølge? Svarene fra surveyen giver ikke mulighed for at forklare dette nærmere. Det viser sig imidlertid på baggrund af mine interview og min deltagende observation, at der faktisk findes et meget vigtigt dilemma her, som handler om forholdet mellem hvorfor man begynder at arbejde i den hjemmebaserede omsorg og hvorfor man bliver (hvis man bliver). Dette vil jeg gå nærmere ind på i det efterfølgende kapitel 5.

Når det gælder hjælpeplejerne, viser der sig en anden type grupperinger. Den første gruppering samler sig i svarene om, at det er et interessant arbejde og at arbejdet er selvstændigt og varieret. Måske kan man sige, at dette har en vis lighed med sygeplejerskernes vigtigste begrundelse, men en forskel er, at dette arbejde på en langt mere udpræget måde indholdsmæssigt fagligt ser ud til at tiltale hjælpeplejerne end det er tilfældet for sygeplejerskerne.²⁸ Som jeg

²⁸ Dette karakteristiske træk for hjælpeplejerne bekræftes både af Næss og Wærness (1996), og af en hjemmesygeplejestudie af Aud-Norun Andersson (1985). Sidstnævnte studie er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige fastansatte hjælpeplejere og sygeplejersker i hjemme-sygeplejen i Oslo i 1983 (252 deltog). Andersson finder, at hjælpeplejerne er endnu mere fagligt engagerede end sygeplejerskerne. Når det gælder Næss og Wærness' studie fra 1996, er dette en videreførelse af bl.a. det arbejde, som fremgår af 1994-rapporten og er derfor baseret på det samme empiriske materiale. Også Næss og Wærness finder, at det er en meget vigtig begrundelse for hjælpeplejernes ønske om at arbejde i den hjemmebaserede omsorg, at arbejdet er interessant.

vil komme nærmere ind på i kapitel 6, er det et karakteristisk træk for hjælpeplejerne, at deres arbejdsfelt, den grå arbejdszone (som jeg kalder den), kan udvides eller indskrænkes afhængig af f.eks. personaledekning og hvor tæt der arbejdes sammen med sygeplejerskerne. I hjemmesygeplejen findes der specielt gode muligheder for at få en relativt stor gråzone, og dette kan få den enkelte hjælpeplejer til at føle stor selvstændighed og faglige udfordringer i arbejdet. Den anden gruppering af svar, som samler sig om at kunne gøre en indsats for andre og muligheden for at arbejde helhedsorienteret, hvilket bekræfter, at udbyttet af arbejdet er både fagligt og menneskeligt. At både arbejdstiden og bedre mulighed for kombination med familieforpligtelser er mere udbredt som begrundelse hos sygeplejerskerne ser jeg som et udslag af, at de er lidt yngre og derfor har lidt flere forpligtelser i forhold til familien end hjælpeplejerne.

To andre svar fra surveyen, som dels handler om tilfredsheden med arbejdet, dels handler om hvor længe, den enkelte ønsker at være i dette arbejde, kan både underbygge og bekræfte det foregående billede. Her viser det sig nemlig, at det er hjælpeplejerne, som rapporterer om størst glæde ved arbejdet (se tabel 16, bilag 9). De har en klar forskel i svarene mellem at kunne lide arbejdet "svært godt" og "godt", mens dette i mindre grad gør sig gældende både hos hjemmehjælperne og hos sygeplejerskerne. Med hensyn til erhvervstilknytningen viser det sig også, at hjælpeplejerne er dem, som i

højest grad føler sig knyttet til dette arbejde, mens dette i mindst grad gør sig gældende for sygeplejerskerne (se tabel 17, bilag 9). Foreløbigt kan det altså konkluderes, at de karakteristiske forskelle mellem de tre grupper handler om, at det tendentielt er de praktiske og organisatoriske rammer for arbejdet, som er vigtigst for sygeplejerskerne, det fagligt indholdsmæssige for hjælpeplejerne, mens der faktisk knytter sig størst ufrivillighed til hjemmehjælpernes valg af dette arbejde. Men hvad dette egentlig indebærer, når det jo samtidig viser sig, at netop ønsket om at gøre noget for andre er så dominerende hos hjemmehjælperne, vil først blive mere tydeligt i det næste kapitel, eftersom surveyen ikke selv giver nogen svar på det.

4.6 Sammenfatning: tre typer kvindeliv

På baggrund af de karakteristika, som jeg har gennemgået i dette kapitel samt den empiriske baggrundsinformation, som jeg har fået fra specielt min deltagende observation, har jeg konstrueret tre typer kvindeliv.

Den typiske hjemmehjælper i denne studie er en kvinde i moden alder, som er gift og har børn. Hun har i mange år været hjemmearbejdende husmor, men har i perioder også påtaget sig lønnet arbejde ved siden af sit husmorarbejde i hjemmet. Hendes indtægt fra det lønnede arbejde har

imidlertid stort set været defineret som et supplement til mandens indtægt, da hun kun har været i lønnet arbejde i perioder. Hvad hun har påtaget sig af arbejde udenfor hjemmet har således i høj grad været styret af hendes rolle som den ansvarlige for familien. En mere kontinuerlig tilknytning til det lønnede arbejdsmarked er derfor først egentligt kommet i stand efter, at børnene er blevet rimeligt store. På trods af at hun faktisk har en del års erfaringer fra lønnet arbejde udenfor hjemmet, er hendes bevidsthed snarere knyttet til rollen som husmor, fordi de typer lønnet arbejde, hun har haft, har været karakteriseret ved, at de ikke har krævet uddannelse, de har haft lav status, de har været lavtlønnede og der har knyttet sig få kollektive traditioner til dem.

Når denne kvinde er gået ind i hjemmehjælpsarbejdet, har dette arbejde passet godt ind i mønsteret fra hendes tidligere typer af arbejde, inklusive det ulønnede arbejde i hjemmet. Og vigtigt er, at hun har mødt dette arbejde med en socialisering, som indeholder en forståelse af omsorgsarbejde i tråd med den, som i princippet findes i den ulønnede produktion i hjemmet. Denne forståelse handler om nærhed, individualisme, tilsidesættelse af egne behov og om "løn" i form af tilfredsstillelse ved at hjælpe en af sine nærmeste. "Arbejde" bliver i den forståelse noget, som er ulønnet og isoleret fra det offentlige, både i konkret forstand (hjemmet afgrænset fra det udenfor hjemmet) og fra andre kvinder, som arbejder i egne hjem. Selvom

hjemmehjælpsarbejde indeholder muligheder for videreførelse af disse opfattelser, indeholder det også vigtige brud med disse. Derfor bliver mødet med hjemmehjælpsarbejdet også en kollision med den medbragte socialisering.

Den typiske hjælpeplejer i denne studie er lidt yngre end hjemmehjælperen. Men også hun er gift og har børn. Til forskel fra hjemmehjælperen er hjælpeplejerens socialisering, da hun går ind i hjælpeplejerarbejdet, i højere grad præget af en dobbelthed dels fra en husmorrolle i hjemmet, dels fra en rolle som lønnet arbejdstager, mens denne dobbelthed hos hjemmehjælperen først aktualiseres på det tidspunkt, hvor hun begynder i hjemmehjælpsarbejdet. hjælpeplejerens forståelse af omsorgsarbejde har derfor fjernet sig lidt mere fra den ulønnede produktion end det er tilfældet for den typiske hjemmehjælper. Da hun - som lidt yngre end hjemmehjælperen - har mange års lønarbejde foran sig og også en rolle som ansvarlig for hjemmet at tænke på, vælger hun at tage en kort og overskuelig uddannelse indenfor omsorgsfeltet, som hun har egne erfaringer med. Dermed får hun mulighed for både at bibeholde ansvarlighedsrollen i hjemmet og samtidig gøre noget udenfor hjemmet, som er hendes eget og som realiserer et interesseområde for hende.

Den typiske sygeplejerske i denne studie er endnu lidt yngre end hjælpeplejeren. Det er ikke længere en selvfølge med familie og børn, også samboskab kan være aktuelt, og det er slet ikke en selvfølge at starte med en familieetablering. Tværtimod anser den typiske sygeplejerske det for vigtigt at koncentrere sig om et valg og en position på arbejdsmarkedet, før familieetableringen bliver alt for nærværende. Denne kvinde har et langt liv som arbejdstager at se frem til. Derfor er det vigtigt, at valget af uddannelse og arbejde ikke bliver tilfældigt, men styret af interesser og målbevidsthed. For hende er det ikke familien (ægteskabet), som skal være sikkerhedsnettet, men derimod hendes arbejde. Hendes indtægt skal ikke være en supplerende indtægt, men en selvstændig indtægt, hun eventuelt kunne leve af selv.

Da hun tidligt begynder på uddannelse og tidligt bliver arbejdstager, har hun ingen egne husmorerfaringer at bygge sygeplejerskearbejdet videre på. Det får hun først senere i forbindelse med familieetablering. Men da hun sjældent vælger at være hjemmearbejdende i længere tid, får hun aldrig det omfang af husmorerfaringer, som derimod kendetegner den typiske hjemmehjælper. Dette betyder, at hendes socialisering til sygeplejerske og hendes forståelse af omsorgsarbejde ikke formes i det private hjem, sådan som det er karakteristisk for hjemmehjælperen, men derimod i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet. Hvis hun oplever kollisioner, er det ikke mellem normer fra hjemmet og normer fra arbejdsmarkedet, men mellem forskellige normer på

det samme arbejdsmarked. For hende er omsorgsarbejde noget, som skal værdsættes og lønnes, og som handler om at udføre ting korrekt og at glæde sig over at kunne hjælpe andre i den udstrækning, hun også selv får udbytte af det.

Kapitel 5

Dilemmaer for omsorgsgiveren

5.1 Indledning

Det er formålet med dette kapitel at udrede det roledilemma, dvs. den sociologiske ambivalens (jf. s.53), som det empiriske materiale i denne studie peger på findes i omsorgsgiverrollen i den hjemmebaserede omsorg. At befinde sig i et roledilemma indebærer, at man trækkes i to forskellige retninger med hensyn til f.eks. hvilken adfærd, man skal vælge. Men dette valg behøver ikke at være bevidst i den forstand, at man ud fra en viden om de to forskellige retninger, vælger en af dem. I praksis er valget ofte et resultat af, hvad der føles rigtigt i den konkrete situation. I denne sammenhæng handler dette valg på et mere generelt niveau om, hvordan den ansatte i den offentlige hjemmebaserede omsorg skal forholde sig til kombinationen af et omsorgsarbejde og et lønarbejde, når disse to typer arbejde har rødder i henholdsvis den private sfære (familien) og den offentlige sfære (her den del, som udgøres af det lønede arbejdsmarked) og dermed har knyttet forskellige normer, regler, idéer og værdier til sig, som giver grundlag for forskellige holdninger til og opfattelser af arbejde og forskellig adfærd i

arbejdet. "Valget" handler altså både om en stillingtagen til normer og værdier og en stillingtagen til en adfærd.

Jeg skal i det følgende forsøge at udrede det rolledilemma, som jeg finder hos henholdsvis hjemmehjælperen og den ansatte i hjemmesygeplejen. I forhold til hjemmehjælperen vil jeg gøre dette ved at indholdsbestemme hver af rollerne nærmere og derigennem tydeliggøre, hvad dilemmaet handler om. I forhold til den ansatte fra hjemmesygeplejen vil jeg snarere gennemgå vigtige arbejdsmetoder og idéer, som så at sige støder sammen, når den ansatte i hjemmesygeplejen skal udføre sit arbejde og hun derfor potentielt udsættes for et dilemma. At jeg således bruger en lidt anden fremgangsmåde i forhold til gennemgangen af dilemmaet for den ansatte i hjemmesygeplejen hænger sammen med, at dette dilemma - i sammenligning med hjemmehjælpernes - har en mindre etableret og afgrænset karakter.

5.2 Hjemmehjælper - i dilemma mellem en arbejdstager- og en husmorrolle

5.2.1 Hjemmehjælpernes andre-orientering

Som jeg allerede har antydnet i det foregående kapitel er en udbredt andre-orientering¹ et helt centralt fund blandt mine hjemmehjælpsinformanter.

¹ Jeg vil gøre opmærksom på, at dette begreb kan findes hos Alfred Schutz (1972) *The Phenomenology of the Social World*, men at "andre-orienteringen" af Schutz defineres på en anden

Ønsket om at gøre noget for andre viser sig i spørgeskemaundersøgelsen at være den mest udbredte begrundelse for at vælge dette arbejde. Et vigtigt supplement til dette kommer frem i hjemmehjælpernes svar på spørgeskemaets åbne spørgsmål om, hvad de anser for at være det mest positive i arbejdet.² Også her viser det sig, at langt størsteparten udtrykker en eller anden version af en andre-orientering. F.eks. nævnes (frit oversat) glæden ved at hjælpe andre, at opleve de ældre udtrykke glæde, taknemmelighed og tilfredshed med arbejdet, følelsen af at nogen har brug for "mig", oplevelsen af at gøre et nyttigt og meningsfuldt arbejde, at medvirke til at klienten kan fortsætte med at bo hjemme, følelsen af at gøre en god tjeneste, fordi klienten ikke kan klare sig selv og at være i en arbejdssituation, hvor der gives meget til begge parter. Denne type svar udgør langt hovedparten af svarene. De resterende svar grupperer sig dernæst om en mere generel glæde ved social kontakt med mennesker gennem arbejdet udtrykt ved (frit oversat) at være

måde end her. Schutz definerer "andre-orienteringen" som en grundlæggende forudsætning for, at sociale relationer mellem mennesker kan finde sted; den handler om at opfatte den Andre som et bevidst menneske, og der findes da forskellige intensiteter af denne andre-orientering. Når jeg anvender dette begreb, er det fordi jeg vil samle hjemmehjælperens udbredte ønske om at gøre noget for andre i en bestemt type bevidsthed eller tænkemåde, som handler om at orientere sig mod andre. I sammenligning med Schutz' begreb, forudsætter jeg altså, at intensiteten er kommet længere end til at opfatte den Andre som bevidst og tænkende.

² Se spørgsmål 15 i spørgeskemaet til hjemmehjælperne (bilag 5). Både spørgsmål 15 og 16 er åbne spørgsmål i den forstand, at svarene ikke er styret eller afgrænset på nogen måde. Metodisk kan svarene betragtes som kvalitative data, der både kan analyseres indholdsmæssigt (kvalitativt) og i forhold til hyppighed (kvantitativt). Jeg tillægger svarene på disse spørgsmål stor vægt, både på grund af en høj svarprocent (90 i begge), men også fordi spørgsmålene er blevet besvaret individuelt og anonymt, og på en måde, som viser, at hjemmehjælperne har opfattet svaret på dette spørgsmål som vigtigt.

specielt glad for kontakten med mennesker, at trives blandt ældre mennesker med lange livserfaringer og glæden ved at være på bølgelængde med klienten. En tredje gruppering handler om at opfatte arbejdssituationen som en, de synes specielt godt om på grund af variation og selvstændighed i arbejdet og endelig omhandler en sidste lille gruppering det at synes om husarbejdet. Sidstnævnte nævnes kun af 2 hjemmehjælpere af de ialt 89, som svarer på dette spørgsmål, hvilket signalerer, at husarbejdet ikke opfattes som attraktivt; et indtryk, som jeg også får bekræftet mange gange i løbet af min deltagende observation.³

KC: "Hva liker du ved dette arbeide? Er det et godt arbeide?"

Eva: "Ja, jeg liker kontakten med eldre mennesker. Det er ikke det at jeg liker husarbeidet så veldig godt, det gjør jeg ikke, vasking og støvsugning og sånn. Det er ikke det jeg liker best... jeg liker veldig godt kontakten med de eldre."

(Fra interview i 1988 med en hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

Svaret på spørgsmålet om det mest negative i arbejdet kan både bekræfte og udbygge tendensen i svarene på det positive i arbejdet. Her vælger halvdelen at sætte kryds ved "ikke noe spesielt negativt", mens den anden halvdel formulerer et selvstændigt svar.⁴ Det mest hyppige svar handler om utilfredshed med konkrete arbejdsforhold som f.eks. for store afstande mellem klien-

³ Ann Oakley, som indgående analyserer husmorrollen - på baggrund af et empirisk materiale bestående af primært 40 interview - finder, at husarbejdet udgør den mest upopulære del af husmorrollen (Oakley 1990:182ff.).

⁴ Svarprocenten for dette spørgsmål er også 90. 49 formulerer et selvstændigt svar, 42 krydser af ved "ikke noe spesielt negativt".

terne, for lidt kontakt med kollegaer og for lidt tid til klienterne. Man kan sige, at dette (omend indirekte) bekræfter vigtigheden af andre-orienteringen i den forstand, at den mest udbredte utilfredshed altså ikke inddrager den konkrete relation til hjemmehjælpsmodtageren, men derimod den praktiske organisatoriske tilrettelæggelse for denne relation. På den anden side findes der også krav eller i hvert fald ønsker i forhold til denne relation, hvilket netop fremgår af den næste gruppering af svar på dette spørgsmål om det negative, som handler om, at hjemmehjælpere kan komme i situationer, hvor de oplever for lidt respekt for deres arbejde fra klientens side. Det andre-orienterede møde med klienten har nemlig de bedste "betingelser", når klienten har respekt for det arbejde, hjemmehjælperen gør. Giver klienten tillige udtryk for en eller anden form for glæde, taknemmelighed eller tilfredshed - den kan være verbalt udtrykt eller den kan være tavs og kropslig - vil dette medvirke til at opretholde og styrke andre-orienteringen videre. Andre-orienteringen udelukker altså ikke en gensidighed i mødet med klienten, men den forudsætter den heller ikke (om denne gensidighed, se senere i kap.8 om omsørgsmødet). Jeg skal give et eksempel på en andre-orienteret tænke måde hos én af mine hjemmehjælpsinformanter, Kari, som arbejder individuelt.

Kari går hos en ældre mand, som bor i en service-bolig i et ældrecenter. Han har for ikke så længe siden haft en hjerneblødning og har derfor behov for genoptræning af forskellig art. Bl.a. har slaget medført, at han har problemer med at kunne bruge sine hænder som før. Kari mener, at det er

specielt vigtigt for ham at kunne bruge sine hænder igen. Derfor udtænker hun en måde at hjælpe ham med dette på. I en legetøjsforretning køber hun to små runde bolde, som har den rette størrelse i forhold til at hænderne kan gribe om dem. Den ældre mand udtrykker en stærk taknemmelighed overfor hende, da hun kommer med disse to små bolde til ham, så han dagligt kan trille dem i hænderne og dermed genoptræne deres bevægelighed.

Faktisk er det slet ikke hjemmehjælperens men fysioterapeutens opgave at igangsætte og styrke genoptræningen. Men dette er en type problematik, som er helt uvæsentlig for Kari.

(Fra min deltagende observation i 1988.)

Eksemplet illustrerer såvel, hvordan hjemmehjælperens tanker kredser omkring at kunne hjælpe denne klient med hans aktuelle problem og at glæden over boldene er gensidig. Samtidig illustrerer eksemplet også, at andre-orienteringen er en tænkemåde, som sætter relationen til klienten i centrum og tendentielt gør det udenfor denne relation til noget sekundært, som f.eks. arbejdsdelingen mellem hjemmehjælpere og fysioterapeuter og den deraf følgende monopolisering af specifikke arbejdsopgaver for hver af erhvervsgrupperne.⁵ Et andet eksempel på, at ønsket om at gøre noget for klienten overordnes andre forhold, er et karakteristikum hos hjemmehjælperne, jeg allerede har nævnt tidligere (se tabel 10 i bilag 9), nemlig at hjemmehjælperne let lader grænserne mellem det lønnede og ulønnede arbejde blive flydende. Med andre ord er der hos hjemmehjælperne få barrierer mod at gøre lidt for klienterne også udenfor den formelle arbejdstid.

Fordi andre-orienteringen således handler om at opfylde andres behov, har

⁵ Måske kan det indvendes, at bevægelsen af boldene i hænderne ikke nødvendigvis er anatomisk tilrådelig (det vil fysioterapeuten kunne bedømme), men dette ændrer ikke ved, at handlingen fra hjemmehjælperens side er udtryk for et ønske om at hjælpe klienten.

den lighed med (i hvert fald en del af) det, som Ulrike Prokop (1978) kalder "behovsorienteret kommunikation". Den behovsorienterede kommunikation er den ene af de eksempler, Prokop giver på det, hun betegner *kvindelige produktivkræfter*. Behovsorienteringen er udviklet historisk i tilknytning til kvindens traditionelle rolle i hjemmet og handler altså (jf. s.45-46) om en indstilling mod at opfylde behov snarere end at realisere mål. Den er med andre ord et udtryk for en procesorientering snarere end en resultatorientering og den giver sig f.eks. netop udslag i vanskeligheder med eller manglende interesse for at skelne egne interesser fra andres interesser.⁶ Til forskel fra den andre-orientering, jeg finder, fokuserer behovsorienterings-begrebet mere på procesorienteringen (fremfor resultatorientering) end det fokuserer på orienteringen mod egne eller andres interesser. Derfor er den andre-orientering, jeg finder, ikke helt lig behovsorienteringen, selvom der findes klare lighedspunkter. Ved at relatere andre-orienteringen til behovsorienteringen tydeliggøres imidlertid flere forhold. For det første tydeliggøres, at denne andre-orientering udgør en kvindelig teknik⁷, når den i så høj grad knytter sig til kvindens socialisering. For det andet tydeliggøres, at opfyldelsen af egne

⁶ "Moder-barn-relationen er eksempel på en social relation, hvor foreningen ikke kommer i stand gennem formaliserede regler, men gennem forståelse, gennem indføling, og som på denne måde frembringer en interesseenhed. Den kvindelige socialkarakter er karakteriseret ved en mindre afgrænsning af egne følelser, egne interesser fra andres." (Prokop 1978:68)

⁷ At den er en kvindelig teknik betyder ikke, at den ikke kan udvikles af mænd, men at den indgår mere i kvinders end i mænds socialisering.

behov så at sige kan indgå i opfyldelsen af andres behov. Endelig tydeliggøres for det tredje, at andre-orienteringen også har sammenhæng med en procesorientering, altså en (kvindelig udviklet) arbejdsmåde, som til dels bryder med formelle organisatorisk bestemte regler for arbejdet som f.eks. tiden for arbejdet.⁸

I denne sammenhæng ligger andre-orienteringens vigtige betydning i, at den kan udgøre et grundlag for det, jeg kalder "et personligt individualiseret omsorgsarbejde" eller *personorientering*, som Wærness kalder det (Wærness 1980b; 1982).⁹ Men hvad er egentlig forklaringen på denne udbredte andre-orientering? Dette er et vigtigt spørgsmål at få rede på. Til at begynde med vil jeg nævne to vigtige grunde til, at andre-orienteringen i så høj grad kommer frem i denne studie. Den ene grund er, at hjemmehjælperne i så stort et omfang er rekrutteret fra den gamle husmorgeneration, og netop disse kvinder med mangeårige husmorerfaringer har den andre-orienterede bevidsthed som en vigtig del af deres husmorbevidsthed fra den daglige omsorg for børn, ægtefælle, egne forældre, svigerforældre eller andre. I de nære familiære relationer er andre-orienteringen ofte knyttet sammen med stærke emotionelle bånd mellem giver og modtager. Også Prokop fremhæver det emotionelle som

⁸ At opfylde en klients behov kan være uforeneligt med at skulle overholde en bestemt afsat tid. Se senere i kapitel 6 om "kvantitativ" og "kvalitativ tid".

⁹ Jeg vil ikke udelukke, at et personligt individualiseret omsorgsarbejde også kan bygge på andre elementer end denne andre-orientering knyttet til en kvindelig socialisering, men dette indeholder mit datamateriale ingen systematisk information om.

en vigtig del af behovsorienteringen (se note 6), men andre-orienteringen kan altså i høj grad eksistere, selvom det emotionelle har en anden (og oftest svagere) karakter end den, som kendetegner familiære relationer. Den andre-orienterede tænkemåde kan altså betragtes som en vigtig del af den kønsspecifikke socialisering, disse kvinder har med sig, når de begynder i hjemmehjælpsarbejdet. Den anden grund jeg vil nævne er, at jeg har udført hovedparten af denne hjemmehjælpsstudie før gruppedannelsen, som jeg finder udgør en af de vigtigste ændringer som følge af omorganiseringen for hjemmehjælpernes vedkommende. Af hjemmehjælperne i denne studie arbejder ca. 2/3 individuelt uden tilknytning til nogen gruppe, mens de resterende arbejder i enten en ren hjemmehjælpsgruppe eller en integreret gruppe.¹⁰ Dette betyder, at størsteparten har et arbejde, som udelukkende er koncentreret om klient-relationer. Hvis vi ser på figuren over inter- og intrarollekonflikten (se figur 2, s.63) kan vi for hjemmehjælpernes vedkommende nedtone de to forventnings- og påvirkningskræfter, som stammer fra dels kollegaer og uddannelsesinstitutioner og dels kommunen og det videre lønnede arbejdsmarked. I arbejdstagerrollen kan vi nedtone både status'en som arbejdskollega og som fagperson. Vi får da en figur, hvor omsorgsgiverrollen primært består af en status som ansat og en "omsorgstrolle", som jeg kalder den, med en

¹⁰ Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at 63% arbejder alene, 15% arbejder i en ren hjemmehjælpsgruppe og 22% arbejder i bydelens første integrerede gruppe (se også s.174-175). Dette gælder altså tiden før omorganiseringen. I 1991 tilknyttedes alle de integrerede grupper (jf. s.169).

forstærket kontakt til omsorgsmottageren. Dette er bare en anden måde at sige på, at den konkrete relation mellem hjemmehjælper og klient får en tilnærmelsesvis autonom karakter før omorganiseringen. At den ikke er autonom har sammenhæng med, at selve etableringen af en hjemmehjælpsordning i det grundlæggende altid vil have karakter af en institutionalisering, specielt i sammenligning med det uformelle omsorgsarbejde for familiedømmede, fordi den nødvendigvis gennem fælles regler og ordninger indebærer en stærkere (kollektiv) indgriben i både vilkårene for og selve den konkrete omsorgsrelation.

Nergårds hjemmehjælpsstudie fra Oslo (1989) kan styrke troen på de tendenser, jeg finder i de aktuelle spørgsmål vedrørende positivt og negativt i arbejdet. Også hun finder ønsket om at gøre noget for andre som det mest udslagsgivende svar på spørgsmålet om det mest positive. Og i en næste gruppering finder også hun glæden ved kontakten med ældre mennesker. Med hensyn til det negative finder hun ligeledes, at en stor del ikke synes, der findes noget specielt negativt, og at de, som svarer på det, koncentrerer sig om noget, som handler om vilkårene for omsorgsrelationen mere end selve relationen, da de hyppigst selvformulerede svar her koncentrerer sig om, at arbejdet er slidsomt og stressende, der er for meget husarbejde og for mange

ensformige arbejdsopgaver (Nergård 1989:67ff.).¹¹

I den svenske hjemmehjælpsstudie af Szebehely (1995), viser flere vigtige fund sig i forhold til en andre-orientering. Studien omfatter tre organiseringsmodeller, den traditionelle model, den samlebåndslignende model og den selvstyrede gruppemodel (jf. s.185). Også Szebehely har spurgt sine informanter om det mest positive i arbejdet og finder vigtige forskelle knyttet til de tre organiseringsformer. Hjemmehjælperne fra den traditionelle model koncentrerer sig om andre-orienteringen og friheden i arbejdet. Hjemmehjælperne i servicehuset fokuserer også på omsorgsmottageren, men på en mere generel måde end førstnævnte hjemmehjælpere. Her finder Szebehely en mere generel positiv holdning til arbejdet med mennesker. Friheden nævnes derimod ikke, fordi deres arbejde i langt højere grad er skemastyret. Det særprægede for disse hjemmehjælpere er imidlertid, at de vægter betydningen af at blive opfattet som personer frem for anonyme hjælpegivere af omsorgsmottageren. Det, som er særpræget ved svarene fra hjemmehjælperne knyttet til smågruppemodellen, er først og fremmest omsorgsmottagerens usynlighed i svarene. De er i stedet koncentreret om en frihed til at udvikle sig selv. På den anden side finder Szebehely også her, at hjemmehjælperne er mest tilfredse, når de opfattes som personer og dermed har brudt med princippet

¹¹ Da også Nergårds informanter arbejder individuelt og hendes kernegruppe (jf s.210) udgør 40% af informanterne, findes her et godt sammenligningsgrundlag.

om at være erstatbare (Szebehely 1995:148ff.). For denne sammenhæng er disse fund hos Szebehely meget interessante. For det første sandsynliggør de den væsentlige betydning af den konkrete organisering af arbejdet for en nær menneskelig relation mellem omsorgsgiver og -modtager og dermed altså muligheden for at styrke en andre-orienteret bevidsthed hos hjemmehjælperne gennem organiseringsformen. For det andet sandsynliggør Szebehely, at en bevægelse fra den traditionelle model over servicemodellen og frem til smågruppemodellen er en bevægelse, som gradvis reducerer koncentrationen om hjemmehjælpsmodtageren og dermed fjerner noget af det grundlæggende for omsorgsrelationen. Servicemodellen fjerner dette grundlag gennem en fragmentering af omsorgsarbejdet og smågruppemodellen gennem en anonymisering af omsorgsgiveren. Den traditionelle model derimod bevarer grundlaget for andre-orienteringen. Sammenligner jeg dette fund med både Nergårds og mine fund i forhold til andre-orienteringen tyder noget på, at organiseringen af omsorgsarbejdet nok kan styrke eller svække andre-orienteringen, men den kan samtidig ikke give en adækvat forklaring på, hvordan den er opstået og hvorfor den eventuelt er udbredt. Også i denne studie indgår forskellige organiseringsformer, men det viser sig, at hjemmehjælpernes svar på spørgsmålet om "at gøre en innsats for andre" som grund til at vælge hjemmehjælpsarbejdet ikke kan siges at være afhængig af organiseringsformen (se tabel 14a, bilag 9). Og sandsynligvis må dette sættes i sammenhæng med, at

forskellen i organisering i denne studie ikke (eller endnu ikke) har ført til betydningsfulde ændringer i forhold til f.eks. tiden hos klienten og antal klienter pr. dag (se tabel 14b og 14c, bilag 9).¹² De gruppeorganiserede har lidt mindre tid hos hver enkelt klient og de har også gennemsnitligt en enkelt klient mere pr. dag, men der er ikke tale om væsentlige ændringer. Sammenstiller jeg mine fund med Szebehelys fund i forhold til andre-orienteringen og organiseringsform er der altså noget, som tyder på, at andre-orienteringen først har mulighed for at rammes for alvor, når den ændrede organisering også fører til betydningsfulde ændringer i de konkrete betingelser for relationen til klienten, specielt i forhold til tiden og graden af mulighed for at blive godt kendt med hinanden.¹³

Når jeg ser på hjemmehjælpernes subjektive opfattelse af det mest positive i arbejdet og på grunden til at vælge arbejdet, så er andre-orienteringen altså det mest udbredte fænomen. Selvom jeg finder faktorer, som styrker eller opretholder denne andre-orientering, finder jeg altså også, at den ikke - eller i hvert fald kun i mindre grad - udvikles og dannes her. Mine hjemme-

¹² I en dansk studie af Henning Olsen og Ole Gregersen (1987), hvor 1178 hjemmehjælpere og 745 hjemmehjælpsmodtagere trukket fra 12 kommuner i Danmark indgår, viser det sig, at de hjemmehjælpsmodtagere, som er med i en kollektiv ordning, får lidt mindre hjælp end dem, som ikke er med. Forskellen skyldes ikke helbredsforskelle mellem hjemmehjælpsmodtagerne, men at disse hjemmehjælpere under den kollektive ordning selv skal kompensere for sygdom. I denne studies hoveddistrikt gælder dette kun undtagelsesvis.

¹³ Metodisk må det her tilføjes, at den integrerede gruppe indføres som en prøveordning (jf. s.174); den er derfor relativt nyetableret, hvilket kan betyde, at virkningerne af organiseringsmåden måske ikke er trådt i kraft. Dette er imidlertid ikke tilfældet for den rene hjemmehjælpsgruppe, som tværtimod er en veletableret gruppe, da jeg foretager min deltagende observation.

hjelpsinformanter har som nævnt først og fremmest medtaget denne bevidsthed fra deres rolle som kvinder og husmødre i hjemmet. Det er her, de har udviklet en bevidsthed, som i sin kerne handler om at tænke på og orientere sig mod andres behov. Derfor har jeg kaldt hjemmehjælpernes ene vigtige rolle for *husmorrollen*. Der er tale om en historisk oprindelig og videreudviklet rolle knyttet til hjemmehjælpsarbejdet. Ud fra en sådan betragtningsmåde bliver det da begribeligt, hvorfor hjemmehjælperen altså subjektivt i så høj en grad giver udtryk for en andre-orienteret bevidsthed. Objektivt set er det imidlertid en helt anden rolle, som styrkes; en rolle, som jeg har kaldt *arbejdstagerrollen*, fordi denne rolle historisk set er ny i forhold til omsorgsarbejde. Denne bliver tydelig, når jeg ser på de ændringer, som sker med arbejdet som følge af omorganiseringen, arbejdets historiske udvikling og ændringer i hjemmehjælpernes baggrund for at gå ind i arbejdet. Disse ændringer styrker samlet set ikke andre-orienteringen, men derimod de træk, som Szebehely finder som særpræg i tilknytning til servicemodellen og smågruppemodellen, nemlig en svækket koncentration om hjemmehjælpsmodtageren og ønsket om at udvikle sig selv, dvs. som ansat, som arbejdskollega og som fagperson (jf. intra- og interrollekonflikt-modellen s.63). Som nævnt tidligere, findes en relativt klar tendens til, at rekrutteringsgrundlaget for hjemmehjælperer går mod yngre kvinder med få eller ingen husmorerfaringer, men i stedet erfaringer fra dels diverse typer

lønnet arbejde, dels skoleerfaringer. At mine hjemmehjælpsinformanter i så høj grad repræsenterer den gamle husmorgeneration betyder altså, at der i studien findes specielt gode betingelser for at studere kontrasten mellem den historisk oprindelige rolle og den nye arbejdstagerrolle, men denne kontrast tydeliggøres desuden af, at studien omfatter ændringer over tid.

5.2.2 Arbejdstagerrollen

Man kan få et billede af udviklingen af denne arbejdstagerrolle ved at sammenligne nogle af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen i denne studie med resultater fra Wærness' studie i slutningen af 1970'erne (Wærness 1982). Se tabellen på næste side.

Tabellen giver samlet set et billede af omfattende ændringer i løbet af en 10-års periode i forhold til bl.a. arbejdets organisering, tiden hos klienten, antal klienter, interessen for faglig organisering, skolering i forhold til arbejdet og rekrutteringen til arbejdet. Som nævnt tidligere giver en (traditionel) professionalisering sig udslag i bl.a. udvikling af heltidsarbejde, faglig organisering, vægtning af uddannelse og bestræbelser på at få monopol på specifikke arbejdsopgaver. Selvom disse faktorer endnu kun findes som en relativt svag tendens indenfor hjemmehjælpsarbejdet sammenlignet med udprægede (typiske) professionelle erhverv, viser udviklingen fra 1979 til

1989 alligevel relativt klart, at det er samme retning, arbejdet bevæger sig i.¹⁴

	1979 (N=137)	1989 (N=101)
Antal faste klienter pr. hjemmehjælper	1-2	4-8*
Antal timer hjemmehjælp pr. klient pr. uge for ca. 70% af klienterne (N1979:446 og N1989:588):	op til 6tim./uge	op til 3tim./uge**
Andel af hjemmehjælperne, som står i et kendt slægtskabsforhold til klienten	20%	undtagelsen fra reglen
Organisering af arbejdet i: -individuel arbejde: -gruppeorganiseret arbejde:	100% 0%	63% 37%***
Andel af hjemmehjælperne, som er fast ansatte	0%	94%
Andel af hjemmehjælperne, som arbejder mindre end 16tim./uge:	61%	11%
Turnusarbejde (N1989:97)	ikke indført	23%
Andel af hjemmehjælperne under 40år: (N1979:137 og N1989:99)	18%	21%
Andel af hjemmehjælperne, som har deltaget i hjemmehjælpskursus (N1979:137 og N1989:99)	2%	35%
Andel af hjemmehjælperne, som er organiserede	0%	61%

* Det er svaret på spørgsmål 1M i spørgeskemaet (se bilag 5) om antal faste klienter, som afdækker en koncentration om 4-8 faste klienter. I alt gælder dette 64% af hjemmehjælperne (N=98).

** Disse tal har jeg fået oplyst af afdelingen for Pleje og Omsorg i hoveddistriktet, da surveyen ingen oplysninger indeholder om hjemmehjælpsmodtagerne.

*** Fra 1991 arbejder alle i integrerede grupper, jf. tidligere.

Ser vi igen på figuren over hjemmehjælperens inter- og intrarollekonflikt (s.63), må vi nu forstærke forventnings- og påvirkningskraften fra såvel

¹⁴ Jeg henviser også til min hovedfagsopgave *Professionalisering og modprofessionalisering i et omsorgsarbejde* (Christensen 1989).

kollegaer og uddannelsesinstitutioner som kommunen og det lønede arbejdsmarked generelt. Udviklingen af heltidsarbejde styrker potentielt en status som ansat, den stigende interesse for faglig organisering styrker potentielt en status som arbejdskollega og vægtning af uddannelse styrker potentielt en status som fagperson. Professionaliseringen styrker og styrkes altså af en forstærket arbejdstagerrolle. Også de andre ændringer, som fremgår af skemaet kan siges potentielt at styrke arbejdstagerrollen på forskellige måder; f.eks. styrker udviklingen af gruppearbejde også en arbejdskollegastatus. Samtidig kan nogle ændringer styrke flere positioner samtidig, som f.eks. udbredelsen af fast ansættelse, der både styrker en status som ansat og en status som arbejdskollega, og f.eks. også det øgede antal hjemmehjælpere, som tager hjemmehjælpkursus. Dette kan udover at styrke hjemmehjælperen som fagperson også styrke hende som ansat (her om det at blive bevidst om at være ansat):

"Der er mange av de som har gått en stund [i hjemmehjælpsarbeidet] som ikke synes det er nødvendig å gå på hjemmehjelpskurs, og de blir ikke noe bedre hjemmehjelpere for det, mener de. Og det skal man ikke si at de blir, for det er nu ikke alltid bare skolen som gjør det, vi kan være enige der. For det er jo mange andre ting...men de får holdninger til yrket sitt i den skolen."¹⁵

(Fra interview i 1988 med Susanne, hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

¹⁵ I den danske undersøgelse af Olsen og Gregersen (1987) finder man ligeledes, at uddannelse skærper hjemmehjælpernes kritiske bevidsthed.

Hjemmehjælperen får da to roller, en omsorgsrolle i forhold til klienten og en arbejdstagerrolle som ansat, arbejdskollega og fagperson. Der er tale om ændringer, som tilsammen snarere styrker en arbejdstagerrolle end en husmorrolle, fordi de dels fører flere påvirkningskanaler ind i arbejdet og dels udvider arbejdets indhold til at handle om stadig mere end arbejdet med klienten. Skemaet viser også, at hjemmehjælperne i Parsons forstand (jf. s.153) får bedre betingelser for også at være affektiv neutrale, når de skal forholde sig til flere klienter, have kortere tid hos hver enkelt klient og kun undtagelsesvis være i slægt med klienten. For at være universalistiske, når de skal arbejde sammen med andre hjemmehjælpere og således være erstatbare. For at være kollektivistiske, når de i stigende grad bliver del af en organisation, som i sin helhed arbejder for et fælles gode (modsat tidligere, hvor de kunne koncentrere sig om ikke et kollektivt gode, men et individuelt gode tilpasset hver enkelt klient). For at være funktionelt specifikke, når de gennem gruppearbejdet også får samarbejde med andre erhvervsgrupper (hjelpeplejere og sygeplejersker). Og endelig for at have en erhvervet kompetence (fremfor tilskrevet), når arbejdet i stigende grad skal basere sig på uddannelse og ikke udelukkende kvindelige erfaringer og husmorerfaringer. Som tendens styrker arbejdstagerrollen altså de instrumentelle sider af hjemmehjælperrollen, hvilket tendentielt øger distancen til omsorgsmottageren. Men splitter vi arbejdstagerrollen op i de tre delroller og ser på disse hver

for sig, bliver det mindre entydigt, at det kun er en distancering til omsorgsmottageren, som styrkes. Specielt rollen som fagperson kan illustrere dette, fordi en øget kundskab om en klient også kan styrke muligheden for nærhed til klienten. Blandt de ældre, som modtager hjemmehjælp, udgør de demente en stigende andel af modtagerne (NOU 1992(1):96ff.), og det kan være relativt vanskeligt at opnå nærhed til mange af disse, hvis omsorgsgiveren ingen kundskab har om sygdommens karakter, symptomer osv. Da vil relationen i høj grad være præget af at prøve og fejle, hvilket kan virke negativt ind på muligheden for at opnå nærhed. På den anden side vil kundskaben om demensen ikke være tilstrækkelig for at opnå nærhed (udddybes i næste kapitel 6 om det hjemmebaserede omsorgsarbejdes indhold og kundskaber). På dette mere detaljerede niveau findes med andre ord grund til at splitte professionaliseringen op. Den ene del af denne vil jeg kalde for en *taylorisering*¹⁶ af arbejdet, den anden del en *faglig udvikling*. Tayloriseringen af arbejdet omfatter da de ændringer, som fører til fragmentering af arbejdet, adskillelse af åndens og håndens arbejde (f.eks. gennem adskillelse af det praktiske arbejde fra planlægningen af arbejdet), detaljestyling af arbejdet og dermed også en øget kontrol med arbejdet fra arbejdsgiverens

¹⁶ Inspirationen til at anvende denne karakteristik er hentet fra Martha Szebehely og Rosmari Eliassons artikel "Äldreomsorgens särart och särbehandling" (1991). Her beskriver de, hvordan modsætningen mellem omsorgsarbejdets og lønarbejdets krav er fremmet af en taylorisering af arbejdet, dvs. en indførelse af "lønarbejdets logik" i arbejdet. Se også Eliassons artikel (1992) "Omsorg som löarbete: om taylorisering och professionalisering".

side. Denne udvikling styrker en arbejdstagerrolle, hvori lønarbejdets logik er internaliseret, dvs. at man arbejder for en løn, følger angivne instruktioner og kun udfører det, som nødvendigvis må gøres i arbejdet (Szebehely og Eliasson 1991). Fordi lønarbejdets logik er knyttet til en fremmedgørelse i arbejdet, som i renere form findes f.eks. i industriens samlebåndsarbejde, hvor der ikke findes en modtager af arbejdet, betyder dette, at når sådanne principper (også når dette sker i mindre målestok), anvendes også på omsorgsarbejde, da må dette nødvendigvis få væsentlige følger for omsorgsrelationen, nemlig i form af en anonymisering af modtager og giver i denne relation. En internalisering af lønarbejdets logik betyder, at omsorgsgiveren i mindst mulig grad forholder sig til omsorgsmottageren som en person med individuelle behov. I sin kerne handler en styrket arbejdstagerrolle gennem en taylorisering af arbejdet altså om en distancering af relationen til omsorgsmottageren og dermed om en svækkelse af det, jeg kalder "omsorgsrollen". Det samme kan imidlertid ikke siges om den faglige udvikling (jf. ovenfor), da øget kundskab kan føre til øget nærhed. Dette vil imidlertid ikke mindst afhænge af, hvorvidt den øgede teoretiske kundskab kombineres med en erfaringsbaseret kundskab (uddybes i næste kapitel 6). Men som hovedtendens finder jeg grund til at fastholde, at den dominerende og overordnede udvikling i arbejdet styrker hjemmehjælpernes arbejdstagerrolle og i aftagende grad efterlader rum for også at bevare husmorrollen. Specificeringen af de to retninger indenfor professionaliseringen

kan imidlertid antyde, at denne professionalisering af hjemmehjælpsarbejdet således ikke entydigt går i retning af en internalisering af lønarbejdets logik.

Det empiriske begreb, som jeg finder for denne styrkede arbejdstagerrolle, er begrebet "yrkesfølelse", følelsen af at have et "yrke".

"Ja, vet du, det er jo en av de tingene som er på grupper som jeg mener at det kommer til å ta litt tid, men jeg tror at det er en av fordelene, altså at vi får kollegaer; vi får diskutere og de får mere forståelse av at det er et yrke, det er ikke bare et, jeg vet ikke hva jeg skal kalde det."

(Fra interview i 1988 med Susanne, hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

"Det er ikke bare en jobb, forstår du, der er veldig stor forskjell på å ha en jobb og et yrke."

(Fra gruppeinterview i 1988.)

Wærness kalder denne arbejdstagerbevidsthed, som hun finder de første ansatser til i sin studie fra 1979 for "yrkesidentitet" og hun skelner således mellem "personorienterede" og "yrkesorienterede" hjemmehjælpere (Wærness 1982).

5.2.3 Husmorrollen

Husmorrollen støtter og støttes ikke af den dominerende udvikling; tværtimod udgør den en modvægt mod den stadig stærkere arbejdstagerrolle, hvorfor jeg altså som nævnt tidligere finder det vigtigt også at tale om en modprofessionalisering.

Det empiriske begreb, som jeg under min deltagende observation finder for husmorbevidsthed, er "husmandsånd". Hjemmehjælpernes tillidskvinde er en af dem, som klarest udtrykker indholdet i denne, sandsynligvis fordi hun på trods af at være en moden og erfaren husmor, samtidig har udviklet en stærk arbejdstagerbevidsthed.

Susanne: "Den generasjon nu som er hjemmehjelpere, de har gått hjemme. Nu har de fått voksne barn, nu går de ut i omsorg utenfor hjemmet, de ser ikke på, de vet ikke, de liksom ser ikke på det som et yrke, de ser det mere som et ja ja, de finner sig i alt muligt, som de har gjort hjemme, ikke sant...og stiller ikke krav."

...

KC: "Hvordan er det å være tillitskvinne for en gruppe som hjemmehjelperne?"

Susanne: "Du jeg synes det er veldig vanskelig, jeg synes det er veldig vanskelig å få samlet de, for de er ikke vant, de går så mye for seg selv og vet så lite om, de forstår veldig lite liksom om fordelene ved å være organisert og stå sammen."

(Fra interview i 1988.)

I et (traditionelt) professionaliseringsperspektiv er det nemt at betragte den "gamle" bevidsthed som en barriere mod hjemmehjælpernes muligheder for endelig at udvikle en egen fagkundskab, fagstolthed og faglig tradition på linie med udviklingen indenfor f.eks. andre (typisk mandlige) håndværkertraditioner. Det er let at lade professionaliseringstankegangen reducere den gamle bevidsthed til i fremtiden at få karakter af unyttige rester. Denne studie viser imidlertid, at vigtige bærende elementer for hjemmehjælpernes mulighed for at yde et personligt individualiseret omsorgsarbejde faktisk ligger i husmorrollens orientering mod andre og opfyldelsen af andres behov.

Så længe hjemmehjælpsarbejdet udføres individuelt og som et udpræget deltidsarbejde med få og faste klienter, harmonerer hjemmehjælperrollen på mange måder med den oprindelige husmorrolle knyttet til eget hjem. Selvom Wærness (1982) i slutningen af 1970'erne finder de første tegn på en professionalisering i arbejdet, finder hun ikke en styrke, som den viser sig i denne studie; en styrke, som fører til en langt stærkere kontrast mellem arbejdstagerrollen og husmorrollen og dermed et stærkere og klarere rolledilemma. En slags "mellemposition" mellem et svagt og et stærkt rolledilemma findes i Bente Lies hjemmehjælpsstudie, som blev udført i 1985.¹⁷ Lie finder hos sine hjemmehjælpsinformanter en ambivalens mellem en "klientorientering" og en "yrkesorientering" (Lie 1987:119).

Jeg finder som nævnt, at den andre-orienterede bevidsthed udgør et kerneområde af den bevidsthed, som knytter sig til husmorrollen. Men der indgår også en anden vigtig dimension i denne husmorrolle, som har betydning for dens indhold og tilblivelse og som ikke kun har med kvindelige teknikker, med kvindelige produktivkræfter at gøre. Jeg tænker på en dimension, som på en anden måde også kan forklare den potentielle underordnethed knyttet til denne rolle, nemlig en klasse-mæssig dimension.¹⁸ Ud fra en klasse-

¹⁷ Lies studie er baseret på 45 interview med hjemmehjælpere, og disse hjemmehjælpere udgør et repræsentativt udvalg fra to distrikter i Oslo (Lie 1987).

¹⁸ Ann Oakley peger også på vigtigheden af at knytte social klasse til husmorrollen (Oakley 1990:61ff.).

analysemodel skulle denne dimension for så vidt kun kunne knyttes til arbejdstagerrollen, da det er denne rolle og ikke husmorrollen, som har knyttet en bestemt position på arbejdsmarkedet til sig.¹⁹ Men empirisk viser denne dimension sig at være meget mere sammenblandet. Her ser det snarere ud til, at den klasse-mæssige position både bestemmes af disse kvinders roller som husmødre i private hjem, i deres roller som ægtefæller til mænd med typiske arbejderklassejob²⁰ og endelig i deres nye roller som lønnede arbejdstagere selv. At høre til arbejderklassen - og dette bliver måske specielt tydeligt hos kvinder - er ikke bare et spørgsmål om at være placeret nederst i det lønnede arbejdsmarkeds hierarkier, men også som tendens at repræsentere en bestemt kultur og livsform (Ramhøj 1991). Det er netop i tilknytning til denne mere brede forståelse af klasseposition og kultur, at jeg finder, at disse hjemmehjælpere udvikler det, man kan kalde for en dikotomisk bevidsthed, som handler om at betragte sig selv og sine som "os" og alle dem over som "de andre".²¹ Måske bliver denne bevidsthed specielt tydelig i denne studie på

¹⁹ For en diskussion af køn og klasseanalyse henviser jeg til Gunn Birkelunds afhandling *Social Class, Gender and Occupational Segregation* (1992).

²⁰ Hjemmehjælpsinformanternes mænd har typisk job som industriarbejdere, chauffører eller en eller anden type håndværkere (snedker, svejser el.lign.). Dette fremgår af et svar på et af de spørgsmål, jeg særskilt stiller til hjemmehjælpere, der arbejder i gruppe før omorganiseringen. 15 ud af 19 svarer på dette spørgsmål. Dette indtryk får jeg desuden bekræftet (omend usystematisk) gennem mine uformelle samtaler med andre hjemmehjælpere.

²¹ Sverre Lysgaard finder en sådan dikotomisk bevidsthed hos sine informanter fra arbejderklassen. Dette fund udgør iøvrigt én af de observationer, som sætter ham på sporet af *arbejderkollektivet* (se Lysgaard 1991:26ff.).

grund af sammenligningsmuligheden med de ansatte i hjemmesygeplejen. Mens den andre-orienterede bevidsthed altså lidt forenklet sagt kan siges mest at være en køns-dimension i hjemmehjælpernes tænkemåde, fordi den er udviklet så tæt i sammenhæng med den gamle traditionelle kvindelige husmorrolle i hjemmet, er den dikotomiske bevidsthed snarere en klasse-mæssig dimension, som også kan bidrage til at forklare hjemmehjælpernes lethed ved at indtage en underordnet position generelt. Dette betyder med andre ord, at både køn og social klasse og samspillet mellem disse bliver vigtige i forhold til at forklare hjemmehjælpernes relative lethed ved at indtage underordnede positioner. Jeg skal give nogle eksempler, som kan fortolkes som udtryk for en dikotomisk bevidsthed.

I sammenligning med de ansatte fra hjemmesygeplejen bliver det tydeligt, at hjemmehjælperne har en tendens til at opfatte dem, som befinder sig over dem, som én samlet gruppe. Mens de ansatte i hjemmesygeplejen udvikler en kollegaorientering til deres ledere (se anden del af dette kapitel), dvs. tendentielt blot tillægger lederrollen en anden type kompetence end den, de selv har, er det derimod et særpræg for hjemmehjælperne, at de snarere distancerer sig fra ledere og andre hierarkisk placeret over dem. Da jeg en dag sidder i grupperummet til den rene hjemmehjælpsgruppe og venter på at kunne begynde en (aftalt og forberedt) diskussion med hjemmehjælperne om mine på det tidspunkt foreløbige analysefund, kommer to fra ledelsen uventet på

besøg, og det, som skulle have haft karakter af en uformel samtale med hjemmehjælperne i denne gruppe, forandrer sig til at blive et formelt møde med ledere og underordnet personale; gruppemedlemmernes adfærd ændrer sig med ét fra at være afslappet til at blive formel og tilbageholdende.²² En anden dag befinder jeg mig i en elevator²³ sammen med en hjemmehjælper, Birgitte, fra den rene hjemmehjælpsgruppe, mens en fra hjemmesygeplejen er med. Da vi træder ud af elevatoren og den ansatte fra hjemmesygeplejen går, siger Birgitte til mig: "kan man vel se forskel?", altså mellem hjemmehjælperne og ansatte fra hjemmesygeplejen.²⁴ Da jeg begynder at kende de enkelte ansatte godt, opdager jeg flere gange, at hjemmehjælperne opfatter bestemte personer fra hjemmesygeplejen som sygeplejersker, selvom de faktisk er hjælpeplejere. De skelner således ikke mellem de to grupper og er heller ikke optagede af at vide det. Endnu et eksempel er følgende. På et morgenmøde i den rene hjemmehjælpsgruppe diskuteres et TV-afsnit fra aftenen før i den danske fjernsynsserie Matador²⁵, som bl.a. afdækker klasseforskelle og klassekulturer i en dansk provins i mellemkrigstiden. Men selvom Matador således skildrer forskellige klasser, finder jeg, at hjemmehjælperne er specielt koncentrerede om to scener, hvor kvinder med lav klassestatus spiller hoved-

²² Diskussionsmødet i den rene hjemmehjælpsgruppe finder sted i 1988.

²³ På norsk "heis".

²⁴ Fra min deltagende observation i 1988.

²⁵ Matador sendes hele vinteren 1988 i NRK; instruktør er Lise Nørgård.

rollen. Den ene er en scene med fru Skjern og en hushjælper, som tilbydes uddannelse og arbejde i forretningen. I den anden scene sidder en tjenestepige på en seng sammen med husets frue og fortæller, at hun er gravid. Fruen har svært ved at sætte sig ind i problemet og mener, at tjenestepigen må skrive til faderen og gifte sig og så vil det hele ordne sig. Da tjenestepigen går ud af rummet, glatter fru en det sted på sengen, hvor pig en har siddet og dermed er hendes engagement i pigens situation billedligt talt glattet væk. Samtidig med at hjemmehjælperne altså tendentielt identificerer sig med tjenestepigen og frisørpigen frem for fruene, mener de alligevel, at der ikke findes den type klasseforskelle i dag.²⁶

Jeg finder altså grund til både at tale om en kønsmæssig og en klasse-mæssig dimension knyttet til husmorrollen; og for relationen til klienten betyder dette, at ønsket om at gøre noget for klienten potentielt giver et grundlag også for en underordnet rolle. Dele af den andre-orienterede adfærd kan derfor ligefrem forveksles med underordning, fordi grænsen mellem andre-orientering og underordning således kan siges at være flydende (Christensen 1991). Set fra hjemmehjælperens perspektiv vil dette primært afhænge af, i hvilken grad hun også har en arbejdstagerbevidsthed ved siden af husmorbevidstheden. Set fra klientens synsvinkel vil dette afhænge af dennes samlede ressourcesituation (se senere i kapitel 7 om hjemmehjælpsmodtager-

²⁶ Fra min deltagende observation i 1988.

ne). Arbejdstagerbevidstheden er nemlig sammensat af to komponenter, som dels handler om en faglig bevidsthed om hvad, man f.eks. fagligt kan og hvad man kan sammenlignet med andre arbejdstagere i den hjemmebaserede omsorg, dels handler om en kritisk bevidsthed, f.eks. i forhold til at underordnes i rollen som ansat, kollega eller omsorgsgiver, og i forhold til at kende sine rettigheder. Derfor styrker arbejdstagerbevidstheden lysten til at udvikle sig selv, mens husmorbevidstheden snarere styrker lysten til at opfylde klientens ønsker og behov så langt, som den enkelte situation muliggør.

5.2.4 Afsluttende kommentarer om hjemmehjælperens dilemma

En husmorrolle medbringes af mine informanter fra deres livsform både før og ved siden af hjemmehjælpsarbejdet. Denne rolle har sit grundlag i en andre-orienteret bevidsthed, som kan siges at være knyttet til køn, og som sammen med den dikotomiske bevidsthed, der kan forstås som en type internalisering af egen klassemæssig underordning, udgør de centrale dele af denne husmorrolle. Husmorrollen styrkes i det hjemmebaserede omsorgsarbejde af omsorgsarbejdets ligheder med det familiære (uformelle) omsorgsarbejde; det er ligheder, som handler om en koncentration om den enkelte klient, dennes liv og dennes aktuelle behov og ønsker. De forandringer, som kan afdækkes i arbejdet over tid, har en karakter, som ikke styrker denne

husmorrolle, men derimod arbejdstagerrollen, fordi arbejdet ændrer sig fra at være et arbejde, som bare drejer sig om relationen til klienter, til at være et arbejde, som også handler om uddannelse, faglighed, interesser og kollegaer. Som hovedtræk styrker arbejdstagerrollen en distancering til hjemmehjælpsmodtagerne.

Jeg skal afslutte med at give tre konkrete eksempler på, hvordan dilemmaet mellem at være husmor og arbejdstager kan komme til udtryk. Det første eksempel viser hjemmehjælpernes syn på muligheden for at gå i strejke.

Vi er hos den ældre mand, der nylig har haft en hjerneblødning. Mens vi smører mad til ham, diskuterer vi en strejke, som finder sted blandt sygeplejerskerne denne dag. Jeg spørger, hvorfor hjemmehjælperne ikke deltager og får at vide, at hjemmehjælperne ikke har samvittighed til at strejke (min fremhævelse). Det er ikke uden stolthed, at denne hjemmehjælper siger dette, og den ældre mand, som hører vores samtale, nikker smilende og anerkendende hen mod Kari.

(Fra min deltagende observation i 1988 med Kari, hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

"Du kan si, hvis vi går ut i streik, så kan gjerne folk dø rundt oss for å si det sånn. For det at enkelte de trenger mat, la oss si sånn, de kan ikke lage maten selv. Hvis vi skulle ha en hel dags streik og ingen hadde gått inn for de da, så hadde de ikke fått mat og ikke stell og ikke kommet sig på do og ingenting sånt. Det hadde ikke gått for der hviler et alt for stort ansvar på oss (min fremhævelse)."

(Fra interview i 1988 med Eva, hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

Selvom disse hjemmehjælpere måske nok synes, at der kunne være grund til at strejke for at bedre betingelserne for deres arbejde (dvs. f.eks. i forhold til deres situation som ansatte) kommer dette i kontrast til deres ansvarsfølelse overfor den enkelte klient og deres samvittighed. Her vælges altså at gå i

retning af husmorrollen for at komme ud af dilemmaet.

I det næste eksempel drejer det sig om at forsøge at holde hjemmehjælpsarbejdet adskilt fra det private liv.

"Der er en ting vi lærer oss med tiden. Når vi går ut siste døren, så gjør vi sånn [løfter begge hender opp samtidig og gjør en bevegelse vekk fra seg selv]. Ja, der er enkelte som du ikke klarer det med (min fremhævelse), du tænker tror du det går der ikke sant? Hvis der er noe, ikke sant? Men man lærer seg veldig, det er utroligt hvordan man kan kople ut."

(Fra interview i 1988 med Kari, hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

Hjemmehjælperen giver udtryk for, at hun har lært sig, hvordan hun skal "koble fra", når hun er færdig med den sidste klient for også at have overskud til familien og arbejdet hjemme. Men involveringen i de enkelte klienter er en involvering i andre menneskers liv, som man ikke altid kan koble fra i forhold til. Denne hjemmehjælper prøver at komme ud af dilemmaet ved at tilstræbe elementer fra arbejdstagerrollen, men det er vanskeligt, når "der er enkelte som du ikke klarer det med".²⁷

Det tredje eksempel handler om at overholde én af arbejdets regler knyttet til idéen om at arbejde efter et hjælp-til-selvhjælpsprincip.

"En god gerning det er at du aldri gjør en ting som klienten selv kan gjøre, det er vores hovedregel. Og det er greit å håndheve, men det

²⁷ Går man mere ind i dette eksempel, repræsenterer det for så vidt også et dilemma mellem det at være husmor i eget hjem og samtidig at være husmor i hjemmehjælpsarbejdet. Jeg fokuserer imidlertid ikke på dette som et vigtigt og selvstændigt dilemma, men derimod på den fælles tænkemåde, de "to" husmorroller repræsenterer og hvorledes denne tænkemåde giver modstand mod arbejdstagerrollen.

*kan være vanskeligt, for du skal stå på god fod med den du er hos (min fremhævelse). Du skal ha et godt forhold til den du er hos for å kunne fungere i et hjem, og hvis du da begynner å - du må balansere sånn veldig fint der for å kunne klare å holde det der og samtidig gjøre det på en måte så ikke det merkes...**Det er en balansegang...der er vel mange sånne vanskelige situasjoner hvor du hele tiden går og balanserer på et sånt knivegg** (min fremhævelse).*

(Fra interview i 1988 med Susanne, hjemmehjælper, som arbejder individuelt.)

Denne hjemmehjælper udtrykker tydeligst selv, at der er tale om et dilemma, når hun skal praktisere denne regel om ikke at gøre arbejde, som klienten selv kunne udføre. Hendes forsøg på at "løse" dilemmaet er at overholde reglen, men uden at klienten mærker det.

De tre eksempler illustrerer, at der altså findes forskellige måder at søge ud af dilemmaerne på, men at selve situationen med at befinde sig i et dilemma uanset er emotionelt belastende; og for nogen vil dette derfor føre til udbrændthed (Eliasson og Szebehely 1991). De to førstnævnte hjemmehjælpere Kari og Eva foretager et valg i én af retningerne (mod husmorrollen) og slipper for den dårlige samvittighed overfor klienterne ved ikke at strejke, for det er først og fremmest klienterne, de konfronteres med i det daglige arbejde, når de arbejder individuelt. Derfor bliver hensynet til dem meget vigtigt. I det sidste eksempel forsøger Susanne at finde en balancegang, og selvom det kan antages, at denne balanceren vil være emotionelt belastende for den enkelte hjemmehjælper, er den samtidig udtryk for et aktivt forsøg på at mestre dilemmaet. Eliasson og Szebehely (ibid.) knytter muligheden for

udbrændthed specielt til den situation, hvor hjemmehjælperen internaliserer lønarbejdets logik og således må tilstræbe størst mulig grad af ligegyldighed overfor klienten (det midterste eksempel med Kari, som tilstræber arbejdstagerrollen er et svagt eksempel på dette). Jeg antager, at det samme gør sig gældende for mine hjemmehjælpsinformanter, fordi deres andre-orienterede bevidsthed sandsynligvis vil gøre følelsen af at gøre et utilstrækkeligt arbejde i forhold til klienten mest emotionelt belastende.²⁸

5.3 Ansat i hjemmesygeplejen - i dilemma mellem et opdragsorienteret og et personligt individualiseret omsorgsarbejde

5.3.1 Autoritative versus autentiske erfaringer

Udgangspunktet for mit fund af et rollemodsætningsforhold hos de ansatte i hjemmesygeplejen er, at de ansattes opfattelse af arbejdet i den hjemmebaserede omsorg, før de begynder at arbejde her, viser sig at være modsat den opfattelse, de giver udtryk for efter at have arbejdet her en tid. Jeg finder dette modsætningsforhold i den del af mine interview og min deltagende observation, hvor jeg forsøger at få indkredset, hvad der har fået

²⁸ Jeg har ingen egen systematisk indsamlet empiri om udbrændthed. Men Aud-Norun Andersson viser til en dansk socialkontorundersøgelse fra 1983, som viste, at det var de mest klientorienterede socialarbejdere, som havde flest symptomer på udbrændthed (Andersson 1985:137).

disse kvinder til at vælge arbejdet i den hjemmebaserede omsorg.

Med hensyn til informanternes forventninger til det hjemmebaserede omsorgsarbejde, finder jeg en udbredt negativ holdning.

Mona: "Hvis man skal snakke om en stige ikke sant?...Å jobbe på intensivavdelingen det er jo satt høgt, det er veldig beundringsfult. Det har jeg merket når de (min understregning) siger "å gud, var du der?" ..."og så nu er du begynt i hjemmesykepleien?"

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Liv: "Jeg husker jo fra jeg var ferdig [med sykepleiereksamen], det var bare de dårligste, som begynte i hjemmesykepleien."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Kirsten: "Vårt yrke blant andre kolleger, som ikke har noe med hjemmesykepleie å gjøre, det blir litt nedvurdert har jeg inntrykk av."

KC: "Men hvorfor tror du det er sånn?"

Kirsten: "...de tror jo at vi bare vasker rumpe...kjøring, løfte tungt og vaske folk, de ser ikke alt det andre vi gjør, de vet alt for lite om våre arbeidsoppgaver." (Mine understregninger)"

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Med disse citater vil jeg pege på tre viktige forhold i disse negative forventninger til arbejdet. Et er, at de negative forventninger knyttes til arbeidets lave status i forhold til et arbejde på et sygehus. Et andet er, at den lave status sættes i sammenheng med uvidenhed om arbeidets indhold. Og et tredje fremgår indirekte, nemlig at disse kvinder selv har internaliseret denne forståelse og først er i gang med at nå frem til en erfaringsbaseret anderledes forståelse. Eftersom det er et krav for at begynde som enten sygeplejerske eller hjelpeplejer, at man har taget uddannelsen, er det rimeligt at antage, at denne internalisering allerede har fundet sted i uddannelsestiden. Det viser sig da også af mine interview af de ansatte i hjemmesygeplejen, hvor jeg som et

af fællesspørgsmålene ønsker at få oplysning om disse kvinders individuelle erhvervshistorie (se bilag 7b, s.550), at de overvejende vælger en institution frem for den åbne omsorg som første arbejdsplads efter hjælpeplejer- eller sygeplejerske-eksamen.²⁹ Når det gælder dem, som har valgt institution først, er det karakteristisk for sygeplejerskerne, at de alle har et sygehus som første arbejdsplads, mens to af hjælpeplejerne starter på et syge- eller aldershjem.

Abrahamsen (1994) har i sin hjælpeplejerstudie set på, hvilken type arbejdsplads 2 kuld hjælpeplejere uddannet i henholdsvis 1975 og 1985 vælger som første arbejdsplads. Hendes fund støtter mine antagelser i forhold til hjælpeplejerne, da hun finder en klar tendens til valg af institution frem for hjemmesygepleje og andre grene³⁰, men hun finder tillige vigtige ændringer mellem 1975-kuldet og 1985-kuldet. Kuldet fra 1975 har først og fremmest det somatiske sygehus som første arbejdsplads, mens 1985-kuldet derimod har syge- og aldershjem som første arbejdsplads, men altså fortsat en institution.

²⁹ 8 ud af 13 sygeplejersker og 6 ud af 11 hjælpeplejere vælger institution frem for åben omsorg. 2 af disse ialt 24 har både hjælpeplejer- og sygeplejerskeeksamen og er derfor talt med to gange.

³⁰ Tabel over første arbejdsplads (og nuværende arbejdsplads) blandt hjælpeplejere uddannet i 1975/76 og 1985/86. N=1017. Procent.

	1975	1985
Syke- og aldershjem	14 (14)	51 (46)
Somatisk sygehus	41 (31)	17 (17)
Psykiatri	18 (17)	22 (22)
Hjemmesygepleje	2 (1)	6 (6)
Andre	5 (12)	3 (9)
Sum	101 (100)	106 (100)
N	478 (1416)	505 (2310)

Signifikante forskelle mellem uddannelseskuldene på 5 procent niveau.
Tallene er ikke repræsentative for hele landet. (Abrahamsen 1994:46,48)

Abrahamsens studie viser også det interessante for den hjemmebaserede omsorg som arbejdsplads, at den omend lille procentandel nyuddannede med første arbejdsplads her faktisk fordobles fra 1975-kuldet til 1985-kuldet (fra 3% til 6%). Der findes altså en tendens til, at flere nyuddannede også får hjemmesygeplejen som første arbejdsplads, hvilket måske bl.a. kan ses i lyset af, at kravene til selvstændighed i hvert fald ikke er blevet større som følge af omorganiseringen (jf. kapitel 3 om ændringer i den daglige organisering).³¹ I dag kan det trække i samme retning, at en del hjælpeplejerstillinger på sygehuse omdefineres til sygeplejerske-stillinger³² og dermed gør det vanskeligere rent faktisk at få et arbejde på sygehusene på grund af en hårdere konkurrence med sygeplejerskerne.

Hoel har på baggrund af et talmateriale fra 1989 set på, hvilken type stillingskategori, de nybagte sygeplejersker går ind i. Her viser det sig, at mens 89% af kvinderne går ind i stillingskategorien "sykepleier", er det tilsvarende tal for "hjemmesykepleier" 1% (Hoel 1991:12).³³

Ovenstående sandsynliggør, at der findes en tendens til, at hjælpeplejere og

³¹ Men der kan også findes andre grunde til, at hjemmesygeplejen bliver første arbejdsplads. Data fra hoveddistriktet i denne studie viser f.eks., at ledelsen af og til selv tager kontakt med hjælpeplejere eller sygeplejersker, som har haft en del af deres praksistid i distriktet og har fungeret særlig godt i arbejdet.

³² Denne omstændighed, som iøvrigt af mange knyttes til debatten om professionskamp, debatteres i medier og ikke mindst i *Hjælpeplejernes fagblad*. Se f.eks. artiklen "Hjælpepleierne må vike. Kompetanse = sykepleier" i *HP (Hjælpepleieren)* 3/95.

³³ N=471.

sygeplejersker vælger en institution frem for den åbne omsorg som første arbejdsplads efter at uddannelsen er afsluttet. Dette er en vigtig tillægsinformation til indholdet i de tre typologier, jeg har opstillet i kapitel 4 (s.218). Her bliver det da nemlig også relevant at tale om, at når sygeplejerskerne er dem, der er de mest målrettede i forhold til karriere på arbejdsmarkedet, så vil det også være dem, der bliver mest afhængige af at søge ind på højstatusområder, når der findes mulighed for det, fordi dette giver de bedste muligheder for at fastholde en kontinuerlig tilknytning til arbejdsmarkedet længst muligt. En af mine informanter befinder sig i en situation, som kan illustrere dette lidt nærmere. Hun har været hjemmesygeplejerske i ca. 10 år uden erfaringer fra andre typer sygeplejearbejde, og nu må hun stadig høre fra kollegaer, at hun bør få lidt andre erfaringer også, nemlig sygehusarbejde. Imidlertid har hun ikke lyst til dette, men ønsker tværtimod at specialisere sig i geriatri i forhold til hjemmesygepleje.³⁴ Eksemplet illustrerer opfattelsen af det mangelfulde, når det åbne omsorgsarbejde undtagelsesvis ikke gives en andenrangs position.

Jeg skelner i det foregående mellem institutionsarbejde og åbent omsorgsarbejde. Men muligvis ville det være mere korrekt i denne konkrete sammenhæng at skelne mellem sygehusarbejde og hjemmebaseret arbejde, da f.eks. sygehjemmet også rubricerer under institutionsomsorg, men status-

³⁴ Oplysninger, som stammer fra min deltagende observation i 1993.

mæssigt ligger nærmere den åbne omsorg end sygehuset; sidstnævnte er forstærket af, at den kommunale omsorg, jf. tidligere, nu består af en integrering af åben omsorg og institutionsomsorg (alle institutioner bortset fra sygehusene).³⁵ En af sygeplejerskerne har erfaret denne statusulighed mellem sygehusarbejde og sygehjemsarbejde:

Marianne: "Jeg ble sett ned på som sykepleier på en sjukeheim i forhold til å arbeide på sykehus, så var 'å hun har ikke hatt gode karakterer' ikke sant?"

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Når det gælder statusligheden mellem den åbne omsorg og aldersinstitutions-omsorgen kan typen af modtagergruppe her være en vigtig forklaring (Wærness 1995), fordi mange andre aldersgrupper end netop ældre også behandles på sygehuset.

De negative forventninger til og den lave statusdeling af arbejdet i den hjemmebaserede omsorg kan også underbygges af den begrundelse, de ansatte giver for at have valgt at arbejde her. Mine interview peger her på to hovedtendenser: når de ansatte vælger at arbejde i den hjemmebaserede omsorg, har dette først og fremmest praktiske grunde som kort afstand fra hjemmet, altså det at bo i nærheden af arbejdspladsen, og den familievenlige

³⁵ Dette ændrer imidlertid ikke ved det forhold, at tematiseringen af institutions- contra hjemmebaseret omsorg er central her. Desuden tyder det empiriske materiale på, at informanterne finder nogle grundlæggende fælles ligheder i deres erfaringer med at arbejde på institutioner (primært sygehus eller sygehjem) - uafhængigt af institutionens konkrete funktion.

arbejdstid, som for fuldtidsansatte er fra 8-16.³⁶ Det familievenlige ved arbejdet er også i resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen - når det gælder sygeplejerskerne - en vigtig begrundelse for valget af dette arbejde (jf. s.223 samt tabel 15, bilag 9).³⁷ Også Hoel og Abrahamsen finder i deres studier, at familiehensyn er en vigtig grund til jobskift hos henholdsvis kvindelige sygeplejersker og hjælpeplejere (Hoel 1991, Abrahamsen 1994). Når først de ansatte har arbejdet i hjemmesygeplejen en tid, skifter begrundelserne for at blive i arbejdet imidlertid til at få en indholdsmæssig faglig karakter. Og det viser sig her, at når de ansatte beretter om muligheder og potentialer i den åbne omsorg, så sker dette i sammenligning med institutionsomsorgen. Derfor bliver de ansattes erfaringer med åbent omsorgsarbejde contra deres institutionserfaringer et vigtigt empirisk tema.³⁸ Med andre ord er erfaringer fra institutionsomsorgen en vigtig kilde til at få indsigt i de ansattes bevidsthed og rolleadfærd i den åbne omsorg.

Ifølge en dansk psykolog, Steen Larsen (1984), kan man skelne mellem to

³⁶ Det må her tilføjes, at alle ansatte går i turnus, dvs. har en weekendvagt hver 4. weekend og en aftenvagt hver 12. uge. At det åbne omsorgsarbejde på trods af visse "skæve" tider betragtes som familievenligt har sammenhæng med, at det sammenlignes med de langt mere udbredte vagtordningssystemer, som findes på sygehuse.

³⁷ Når det gælder hjælpeplejerne findes her altså en forskel mellem resultater fra spørgeskemaundersøgelsen og interviewdata. Af forskellen kan ikke udledes, at familievenlighed i arbejdet ikke har betydning, men at den, når den skal sammenlignes med andre begrundelser, får et svagere udslag, end når spørgsmålet er åbent.

³⁸ Jeg minder om, at jeg ingen empiriske førstehåndsdata har om arbejdet på institutioner; det er imidlertid heller ikke vigtigt her, hvor jeg fokuserer på erfaringerne hos de ansatte i hjemmesygeplejen. Og eftersom størsteparten også har arbejdet på institution, bygger deres sammenligning således på egne erfaringer.

typer erfaringer; erfaringer er her forstået som noget, der er begrebet og opfattet af mennesket. Den ene type erfaringer gør man gennem praktisk arbejde, hvor man får indsigt og forståelse samtidig med, at man sanser det, man gør. Der er ifølge Larsen tale om en enhed af indsigt og indtryk. Denne type erfaringer kalder han *autentiske*, fordi erfaringen er sket gennem menneskets egen begriben, egen tilegnelse. Den anden type erfaringer er dem, som andre har gjort og som man får forklaret gennem tale og tekst. Disse erfaringer kalder han *autoritative*, fordi de ikke er selvoplevede men overtaget efter andre. Hverdagslivet indeholder muligheder for at gøre såvel autentiske som autoritative erfaringer og Larsen peger på, at mennesket i sin udvikling har behov for at gøre begge type erfaringer og at en helt ensidig udvikling bare af den ene type erfaringer således ville begrænse menneskets udvikling. Derfor taler Larsen også om et vekselvirkningsforhold mellem disse erfaringstyper, et afhængighedsforhold.³⁹ De amerikanske psykologer Mary Field Belenky et al. (1986) finder et lignende begrebspar, men fra en anden indfaldsvinkel.⁴⁰ På

³⁹ Steen Larsen har i sin bog "Den arbejdende hjerne" (1984) på tværs af den traditionelle psykologi studeret fænomenet *arbejde* nærmere, fordi han mener, at det er dette fænomen, som har skabt verden og så at sige gjort mennesket til menneske. Da det ifølge Larsen er de neuropsykologiske processer i hjernen, som er en af arbejdets forudsætninger, studerer han forholdet mellem hjernen og arbejdet og finder herigennem bl.a. denne forskel mellem autentiske og autoritative erfaringer.

⁴⁰ Også de kan siges at bryde med traditionel psykologi, men hos dem har dette sin forklaring i, at de finder, at fagets teorier om erfarings- og kundskabstilegnelse i for høj grad er domineret af mandlige forståelsesformer og således ikke rummer de erfaringsformer, som kvinder har udviklet i tilknytning til deres socialisering. Teoretisk bygger de især videre på Carol Gilligans arbejde "The Different Voice" (1982).

baggrund af et empirisk materiale bestående af en lang række kvindelige livshistorier fremanalyserer de forskellige måder, kvinder erfarer og forholder sig til verden på. Disse forskellige perspektiver indeholder vigtige epistemologiske forskelle, og i ét af dem bliver forskellen mellem at erfare autoritativt og autentisk vigtig. Det bliver i tilknytning til forfatterens anvendelse af begrebspæret "separate" og "sammenhængende erfaringer"⁴¹ hentet fra bl.a. Gilligan (1982). Mens de separate erfaringer gøres uafhængigt af det (eller den), erfaringen gøres i forhold til, gøres de sammenhængende erfaringer derimod netop gennem en inddragelse af det andet (eller den anden). Det, som mere tydeligt end i begreberne "autentisk" og "autoritativt" kommer frem her, og måske specielt, fordi de knyttes til kvinder, er, at den autoritative tilegnelse, dvs. det at gøre separate erfaringer, også har med egen underordnethed og troen på autoriteter at gøre således, at muligheden for at gøre autentiske (sammenhængende) erfaringer også er et spørgsmål om at løsrive sig fra det indlærte, det abstrakte og ikke-subjektive. Mens Larsen er optaget af de autentiske og autoritative erfaringers gensidigt udfyldende karakter, er Belenky et al. snarere optagede af bl.a. de selvrealiserings-

⁴¹ Dette er min oversættelse af "separate and connected knowing". Gilligan bruger dette begrebspæret i forhold til at pege på forskellen mellem at erfare sit selv autonomt, altså adskilt fra andre, og at erfare sit selv i relation til andre. Belenky et al. udleder på baggrund af deres empiriske materiale og Gilligans begrebspæret to epistemologier, en separat og en sammenhængende epistemologi, hvor førstnævnte handler om en sandhedssøgen uden inddragelse af den anden (eller det andre) og sidstnævnte derimod handler om en sandhedssøgen via omsorg (Belenky et al. 1986:102ff.).

muligheder, som den autentiske erfarings- og kundskabstilgang kan have for specielt kvinder; i denne sammenhæng bruger jeg dem til at pege på et brud⁴² mellem de erfaringer, som hjælpeplejerne og sygeplejerskerne møder det hjemmebaserede omsorgsarbejde med og som for en stor del stammer fra deres uddannelsessocialisering (og deres arbejde på institutioner) og de erfaringer, de får, når de praktiserer det hjemmebaserede omsorgsarbejde.

Det er med udgangspunkt i dette brud, at jeg i det følgende vil forsøge at sandsynliggøre, at den ansatte i hjemmesygeplejen befinder sig i et dilemma mellem på den ene side en opdragsorienteret rolle, som henter inspiration og styrke fra institutionsomsorgen (først og fremmest sygehuset), og på den anden side en rolle baseret på et omsorgsarbejde, som er individualiseret i forhold til omsorgsmottagerens specifikke liv og aktuelle behov.

5.3.2 Autoritet versus modtagerstyring

Indenfor den klassiske sociologi er Erving Goffman (1967) en af dem, som er mest kendt for at have sat problemet om umyndiggørelse af patienter på "totale" institutioner på dagsordenen. Begrebet *totale institutioner* symboliserer institutionens potentielle karakter af at være altomfattende og afskåret fra

⁴² De autentiske erfaringer kan være et brud med de autoritative erfaringer, f.eks. ved at vende om på tidligere erfaringer. Blandt de erfaringsbegreber, som Patricia Benner anvender, kaldes dette for en "negativ erfaring" mens en "positiv erfaring" handler om en findeling af allerede eksisterende erfaringer (jf. Elstad og Hamran 1995:92ff.).

interaktion med omverdenen udenfor institutionen. Det altomfattende indebærer eksistensen af en så at sige egen verden, som bygges op af en lang række regler og rutiner. Patienterne skifter fra civilt tøj til patienttøj, deres ejendele begrænses til et minimum, de kan ikke selv bestemme hvornår og hvad de vil spise, men må følge institutionens regler; alt patienten har brug for, må vedkommende bede personalet om at få. Der finder her to parallelle processer sted, hvoraf den ene handler om en mulighed for at reducere dele af patientens personlige identitet og den anden handler om en mulighed for at gribe ind i patientens selvbestemmelsesret. Det, som er specielt interessant i forhold til denne sammenhæng er, at denne umyndiggjorte patientrolle er komplementær til en autoritær personalerolle, da det er personalet, som opretholder og realiserer institutionens rutiner og regler. Og uafhængig af den enkeltes opfattelse findes der således i institutionen - omend i varierende grad⁴³ - et grundlag for en autoritær rolle i forhold til patienterne; og det betyder ikke, at alle nødvendigvis benytter sig af dette grundlag. Forflytter vi dette mønster til den hjemmebaserede omsorg, støder vi ind i forskellige barrierer i forhold til dette grundlag af autoritetsopbyggende elementer;

⁴³ Goffman (1967) redegør både for en patient- og en personalekultur i "Anstalt og menneske" og finder bl.a. forskellige nuanceringer af de yderliggående roller. Det er imidlertid ikke vigtigt for denne sammenhæng at inddrage disse nuancer. Jeg er tværtimod optaget af yderlighederne, fordi disse fortæller mest om de grundlæggende processer i denne udvikling. Det har selvfølgelig også betydning, at Goffmann studerer et psykiatrisk sygehus. Her finder han nemlig en tydeliggørelse af disse processer, fordi den psykiatriske patient sammenlignet med en somatisk patient befinder sig i en særlig afhængighedssituation.

barrierer, som først og fremmest hænger sammen med, at plejemodtageren befinder sig i sit eget hjem. Før jeg gennemgår disse barrierer, skal jeg imidlertid starte med at afdække, at der også i den hjemmebaserede omsorg findes en lang række autoritetsopbyggende elementer, altså elementer som principielt styrker muligheden for formynderi og en autoritær rolle i forhold til plejemodtageren.

Eftersom autoritet er knyttet til magt, er muligheden for og opfattelsen af egen magt én indikator for en autoritær rolle. I et af mine fællesspørgsmål fra interviewene ønsker jeg at få information om personalets egen opfattelse af magt. Der viser sig her en tydelig tendens til, at de ansatte selv oplever stor magt i forhold til at styre hjælpen.⁴⁴

Jeg finder også andre faktorer, som kan underbygge denne egenopfattelse af magt. F.eks. finder jeg et fagligt træk hos de ansatte i hjemmesygeplejen, som giver stærke associationer til karakteristika for læger som professionelle. Dette handler om at udvikle og dyrke bestemte metoder og præparater på baggrund af gode erfaringer med disse hos plejemodtagerne. Jeg finder, at specielt sygeplejerskerne "tror" på bestemte mediciner og behandlingsmetoder og derfor udvikler forskellige varianter af f.eks. sårbehandling.

Signe: "Sårskift...det er det kjækkeste eg vet, det der å kunne få et kjempesår og få lov å stille det i 14 dage aleine og liksom bestemme

⁴⁴ Jeg spørger om, hvem der styrer den hjælp, plejemodtageren får (se bilag 7b, s.550). Kun én af de 21, som svarer på dette spørgsmål, tillægger plejemodtageren i stedet for personalet en styrende rolle.

behandlingen, og ingen andre, om eg har fri så bruker de samme behandling uten å spørre en lege... Vi finner tilfredsstillelsen ved å se at det gror, bare det."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Kirsten: "Hvis vi ringer til en lege og spør hva han vil bruke, for de har jo alltid sine metoder (min understregning) liksom, men de lar seg fort overbevise av det vi sier siden vi kjenner såret og pasienten."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

"Jeg tror på Lapis."⁴⁵

"Jeg legger litt plast over gasen."

(Citater noteret fra min deltagende observation i 1990.)

Et andet eksempel på de ansattes subjektive oplevelse af magt er følgende. Jeg finder, at plejerne har et afslappet forhold til ledelsen, hvilket jeg bliver opmærksom på, fordi jeg tværtimod finder en dikotomisk bevidsthed hos hjemmehjælperne (jf. første del af kapitlet). Blandt de ansatte i hjemmesygeplejen findes der i sammenligning med dette snarere en slags kollegaorientering til ledelsen og også en tendens til større identifikation eller loyalitet med kommunen. Som eksempel på førstnævnte kan jeg nævne en situation, hvor jeg befinder mig inde på et af grupperummene og chefen kommer ind iført cowboybukser.⁴⁶ Gruppemedlemmerne kommenterer her denne afslappede påklædning og mener, at det klæder hende.⁴⁷ Kommentaren må nok til dels tolkes som en følge af, at de ansatte i hjemmesygeplejen

⁴⁵ Lapis er et middel, som bruges i forbindelse med sårskift.

⁴⁶ På norsk "dongeribukser".

⁴⁷ Fra min deltagende observation i 1990.

fysisk er placeret samme sted (afdeling for Pleje og Omsorg) som chefen, mens hjemmehjælperne (specielt før indførelsen af de integrerede grupper) sjældent har direkte kontakt med ledelsen. Men jeg mener også, at den, i sammenhæng med de andre faktorer i denne forbindelse, kan tolkes som et udtryk for en kollegaorientering til ledelsen, en opfattelse af ledere som ansatte med blot en anden type kompetence og større ansvar, da en kommentar om en leders påklædning trods alt kræver en relativt stor grad af afslappethed i forhold til chefer.⁴⁸ Som eksempel på det andet kan jeg nævne, at en sygeplejerske, Marianne, siger følgende om en plejemodtager: "vi (min understregning) betaler for hendes ophold på Haraldsplass".⁴⁹ Da jeg spørger hvem "vi" er, siger Marianne, at det er kommunen. Såvel kollegaorienteringen til ledelsen som identifikationen med det offentlige peger på en stærkere loyalitetsfølelse med toppen, end det er tilfældet for hjemmehjælperne.

Den subjektive opfattelse af magt behøver ikke at være sammenfaldende med de objektive muligheder for magt (uddybes i kap.8 om omsorgsmødet), men der findes en hel del karakteristiske betingelser for det hjemmebaserede omsorgsarbejde, som enten styrker eller faktisk giver mulighed for at udøve magt i forhold til modtageren. F.eks. er det et karakteristikum i modsætning

⁴⁸ I dette eksempel er chefen afdelingens øverste leder. Afslappethed i forhold til ledere på et lavere niveau vil ikke kunne tillægges den samme betydning, og specielt ikke de ledere, som af en eller anden grund betragtes som "en af vore egne".

⁴⁹ Fra min deltagende observation i 1990.

til arbejdet på en institution, at arbejdet for en stor del sker ukontrolleret. Det observeres ikke, mens det bliver gjort, med mindre der er tale om "dobbelte patienter", som de ansatte kalder dem, der er behov for at gå to til. Og ofte går der mange timer, før en anden ansat kommer ind til samme plejemodtager. Denne ukontrollerethed betyder samtidig, at arbejdet både er og føles meget selvstændigt, da mange afgørelser i løbet af arbejdsdagen nødvendigvis må tages uden at konferere med andre.

Signe: "Du har et kæmpeansvar, du er alene om patienten den dag, du må observere og du må ha alle øyne og ører åbne for alle lyder...på sykehuset, der overlater vi ...'ja, vi skal ta det op på previsitten'..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Et andet vigtigt karakteristikum, ikke i forhold til institutionsarbejde, men i sammenligning med hjemmehjælpsarbejdet, er, at modtagerne af hjemmesygepleje ikke har viden om det (medicinske) arbejde, som ofte er en central del af det, som de ansatte skal udføre hos plejemodtagerne.⁵⁰ Denne manglende viden begrænser tendentielt plejemodtagerens muligheder for at styre, gribe ind i og korrigere arbejdet og styrker dermed personalets magt.

Omorganiseringen fører til en formalisering af relationen og dermed bl.a. til en stadig stærkere konkretisering af arbejdet hos hver enkelt plejemodtager. Dette betyder for så vidt ikke, at den enkelte ansatte i hjemmesygeplejen får

⁵⁰ Her findes selvfølgelig undtagelser, som f.eks. når en hjemmesygeplejemodtager selv har været sygeplejerske.

reduceret sin mulighed for magt i forhold til plejemodtageren. Men det betyder, at magten er flyttet lidt opover, eftersom arbejdet dermed i stærkere grad end tidligere er tilrettelagt og konkretiseret allerede før den ansatte når ud til plejemodtageren.

At de ansatte i hjemmesygeplejen både selv oplever at have magt og også har betingelser for dette, finder jeg også hænger sammen med, at de styrkes i en rolle som indehavere af en bestemt type kundskab og som kompetente i denne kundskab. F.eks. finder jeg en langt stærkere grad af kundskabsstimulering på deres arbejdsplads end i hjemmehjælpstjenesten. En del af denne kundskabsstimulering kan man sige er indbygget i omorganiseringen, fordi denne stiller stadig stærkere krav om kompetenceøgning i forhold til f.eks. computerbrug og i forhold til plejemodtagerdifferentieringen (jf. indledningskapitlet). Men på denne arbejdsplads finder jeg også en anden type kundskabsstimulering, som er knyttet til et månedligt fællesmøde for afdelingens 4 grupper og som er iværksat af afdelingens ledelse. Her er f.eks. indført litteraturlæsning, som handler om, at en eller flere får tildelt en bog, som de skal anmelde for de andre på fællesmødet. Et andet eksempel er nedsættelse af arbejdsgrupper med henblik på at gennemgå brugen af materialer i forhold til plejemodtagerne (plaster, bandager, salver m.m.) og at give forslag om en forbedret brug af disse materialer. Og endnu et eksempel er igangsættelser af både konkrete og mere principielle diskussioner på disse fællesmøder, f.eks.

en socialpolitisk diskussion om principper for hvem, der skal betale for materialer som bandager m.m. (kommunen eller patienten, det offentlige eller den enkelte?). Dette er en type aktivitet, som har en både kundskabsstimulerende og en faglig selvtillidsopbyggende karakter.⁵¹ Ved at styrke de ansattes kundskabskompetence, styrkes deres roller i retning af at være professionelle.

Det styrker også rollen som kundskabskompetent, at afdelingen tager imod såvel hjælpeplejerelever som sygeplejerskestuderter, der skal vejledes individuelt af henholdsvis hjælpeplejere og sygeplejersker i de enkelte grupper.⁵² At skulle videregive sin faglige kompetence indebærer nemlig samtidig en styrkelse af denne kompetence. En sådan (næsten formel) vejlederfunktion har ikke hjemmehjælperne.

Det er også karaktereristisk, at de ansatte i hjemmesygeplejen har mulig-

⁵¹ Metodisk kan det her indvendes, at jeg ikke kan finde en tilsvarende kundskabsstimulering i hjemmehjælpstjenesten i mit materiale, fordi de organisatoriske betingelser for dette (gruppeorganisering med fællesmøder o.a.) først er til stede efter omorganiseringen og tager tid at etablere. Mit datamateriale om situationen efter omorganiseringen er desuden begrænset. Men jeg skal give et enkelt eksempel, som peger i den retning. På den ene side stiller man krav til hjemmehjælperne om at kunne bruge Stella, som er blevet et vigtigt redskab i det daglige arbejde for at kunne indhente f.eks. oplysninger om en klient uden hjælp fra ledende hjemmehjælper, men på den anden side prioriteres kursus i Stella for hjemmehjælperne lavere end for de ansatte i hjemmesygeplejen. Som introduktion får hjemmehjælperne 1 dags kursus i Stella, mens de ansatte fra hjemmesygeplejen får 3 dage.

⁵² I 1989 tager afdelingen imod ialt 24 studenter eller elever, i 1991 25, i 1992 21 i 1993 30 og i 1994 er antallet steget til 35. Praksistiden varierer fra 3-9 uger. For at give et indtryk af, hvor stor en andel denne gruppe udgør i forhold til de ansatte, som har med dem at gøre, gælder det for 1993, hvor der altså er 30 praksispladser, at afdelingen på dette tidspunkt har 16,75 hele sygeplejerske-stillinger fordelt på 27 ansatte og 9,5 hele hjælpeplejer-stillinger fordelt på 12 ansatte. Vejledningsarbejdet udgør således en ikke ubetydelig del af de ansattes arbejde. Disse oplysninger er hentet fra afdelingens årsrapporter fra de aktuelle år.

hed for at have et tæt samarbejde med læger, som er knyttet til afdelingen.⁵³ Og dette samarbejde har ikke karakter af underordning, som det traditionelt findes på institutioner⁵⁴, men har snarere karakter af en type kollega-samarbejde.

Kirsten: "Det har vært fantastisk givende som hjemmesykepleier da, som jeg ikke var klar over da jeg begynte. Det er det nære samarbeide vi har med leger på helsesenteret...at du kan henvende deg til dem når som helst, og de henvender sig til oss, og der synes jeg vi har gjort en veldig viktig jobb i samarbeidet og den synes jeg vi har klart."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Denne sygeplejerske udtrykker, at hun er positivt overrasket over, at hun kan have et så kollegaorienteret samarbejde med læger, hvilket hun tydeligvis ikke har været vant til fra sine mange års erfaringer fra arbejde på forskellige institutioner.⁵⁵ Under min deltagende observation oplever jeg også, at denne sygeplejerske kaldes ind til en af disse læger for at se på en patient. Sygeplejerskerens diagnosticerer da denne patient til at være et "hjemmesygeplejekasus".⁵⁶

Dette eksempel illustrerer også, hvordan det medicinske sprog - her spe-

⁵³ Fra 1993 disponerer hver af afdelingens 4 grupper 4 lægetimer pr.uge. Denne oplysning er hentet fra årsrapporten i 1993.

⁵⁴ Torunn Hamran (1992) skelner på baggrund af sin sygehusstudie mellem et omsorgshierarki og et plejehierarki, fordi sygeplejerskerne er underordnet lægerne, men de er overordnet hjælpeplejerne.

⁵⁵ Det fremgår af interviewet, at hun har mange års erfaringer fra specielt sygehusarbejde, men også et nervesanatorium.

⁵⁶ Dette ord bruges af en sygeplejerskestudent, som først fortæller mig om denne hændelse. (Fra min deltagende observation i 1990.)

cielt knyttet til lægeprofessionen, eftersom det først og fremmest er lægen, der stiller diagnoser - trækkes med over i den hjemmebaserede omsorg. Dette finder jeg en række eksempler på. På afdelingen (kontoret) "indskriver man patienter til den hjemmebaserede omsorg", dvs. at man indskriver dem til at være i deres eget hjem. Man opretholder udtrykket "patient", selvom en del af modtagerne ikke er syge, men f.eks. bare har brug for hjælp til at vaske sig og komme op af sengen. Og selvom al pleje foregår i hjemmesygeplejemodtagerens hjem, fastholdes udtryk som "en terminal patient" om en døende, og "en suicidid følelse", når en sygeplejerske føler, at en af plejemodtagerne går med selvmordstanker. I sproget knyttet til den åbne omsorg kan man altså finde ansatser til en krydsende indflydelse af institutionsomsorg og medikalisering, altså at medikaliseringen udgør en del af den påvirkning, som stammer fra institutionsomsorgen. At der er tale om en medikalisering må altså ses i sammenhæng med, at man her har en tendens til at opretholde det faglige medicinske sprog på trods af, at det faktisk bryder med den langt stærkere tilknytning til hverdagssproget, som findes her i sammenligning med institutionsomsorgen.⁵⁷ Også det medicinske sprog styrker de ansattes magt ved så at sige at fremvise og synliggøre deres kundskabskompetence.

⁵⁷ Jeg ser ikke bort fra, at det medicinske sprog også er nødvendigt, specielt i forhold til kommunikationen personalet imellem om plejemodtagererne. Men pointen her er at se dette som en potentiel kontrast til hverdagssproget i hjemmet.

Ved siden af den magt, som de ansatte i hjemmesygeplejen altså har i deres roller som kundskabskompetente (som fagpersoner), findes der også en magt knyttet til at være ansatte. Set fra omsorgsmottagerens synsvinkel indebærer dette bl.a. at være en repræsentant for kommunen, for det offentlige, for myndighederne. Herigennem får den ansatte fra hjemmesygeplejen også funktion som en social kontrollør, altså én som udøver social kontrol⁵⁸ i forhold til omsorgsmottageren. Afhængig af bl.a. mottagerens ressourcer vil der være stor forskel på både indholdet og betydningen af social kontrol. En mild grad af social kontrol kan f.eks. indebære, at den ansatte fra hjemmesygeplejen sørger for at opretholde en dagsrytme hos mottageren. Jeg skal give et lille eksempel.

Vi kommer ud til en meget gammel dame, som er over 100 år gammel og bor i et lille hus. Hun ligger på sin sofa og sover, da vi kommer. Flere gange spørger hun, om det er morgen eller aften. Birgitte går ud på badeværelset og henter et vaskefad og et håndklæde. Så får hun den gamle dame til at sidde op i sofaen og her vasker hun hende. Jeg hjælper til med at støtte den gamle dame, mens hun bliver vasket. Birgitte friserer hende og spørger, om hun vil have lidt parfyme. Det vil hun. I mellemtiden er kaffen blevet færdig. Birgitte skænker en kop kaffe til hende og sætter lidt småkager hen til hende også. Birgitte vil gerne have hende over i en lænestol ved vinduet, men den gamle dame er så træt; hun foretrækker at blive på sofaen. Før vi går, sætter Birgitte et ur op på bordet foran den gamle dame og gentager endnu engang, at det er morgen.

(Fra min deltagende observation i 1993 med en sygeplejerske.)

En stærkere grad af social kontrol kan derimod f.eks. indebære en indgriben i personlig hygiejne. Sommetider lidt tilfældigt opdager de ansatte,

⁵⁸ Om denne sociale kontrol, se f.eks. Lipsky 1980.

at nogle ældre i meget begrænset grad vasker sig. Det er ikke tilladt at tvinge en anden type personlig hygiejne igennem end den, plejemotageren selv frivilligt går med til, men der findes ikke desto mindre mange muligheder for at overbevise modtageren om det positive ved en sådan. Dette er en type social kontrol, hvor der er tale om en indgriben i det, som almindeligvis regnes som privat. Det er også en indgriben, selvom den sker på baggrund af gode intentioner om at øge omsorgsmotagerens velvære ved at hjælpe med den personlige hygiejne eller den sker, fordi der er grænser for, hvad omsorgsgiveren kan holde ud at se på hos modtageren. Desuden kan den også være et resultat af, at f.eks. naboer finder det nødvendigt at gribe ind; med andre ord kan formålet med denne indgriben også være at opretholde fællesskabets normer (jf. Beckman 1981; se s.49).⁵⁹

I sammenhæng med denne rolle som social kontrollør vil jeg også nævne en rolle som opdrager (se også Szebehely 1995), som er blevet aktualiseret af det nye krav til modtageren om at gøre mest muligt selv. Der er tale om en rolle, som springer ud af hele rehabiliteringsideologien og indebærer, at den ansatte fra hjemmesygeplejen ud fra et princip om hjælp til selvhjælp skal styrke omsorgsmotageren i at gøre ting selv og lære denne op til at gøre ting selv indenfor de mulige rammer. Opdragerrollen kan ses som en parallel til at

⁵⁹ Jeg vil her tilføje, at rollen som social kontrollør aktualiserer det dilemma, som Rosmari Eliasson (1987) har kaldt dilemmaet mellem formynderi og undladelsessynder.

udøve social kontrol; i begge funktioner er indbygget magt.

Der findes således en lang række faktorer, som tilsammen virker styrkende for kontrol og selvstændighed hos de ansatte i hjemmesygeplejen, og i mødet med plejemodtageren giver dette underlag for at være en autoritet. Når jeg taler om et underlag, er det for at understrege, at den enkelte hjælpeplejer eller sygeplejerske ikke nødvendigvis går ind i en sådan rolle, men har muligheden for det, og det er en vigtig forskel. Men når den ansatte i hjemmesygeplejen udfører sit arbejde i plejemodtagerens hjem, sker der som nævnt også vigtige brud med underlaget for denne autoritetsrolle. Selvom en ansat udnytter de autoritetsopbyggende elementer så langt som muligt, vil der alligevel være nogle barrierer her, fordi hjælpemodtagerens identitet og selvbestemmelsesret vanskeligt kan reduceres tilsvarende den på institutioner. Reduktionen vil i væsentlig grad være afhængig af hjælpemodtagerens ressourcer og grad af afhængighed i forhold til det offentlige således, at en ressourcesvag plejemodtager har sværere ved at imødegå den eventuelle styrende rolle fra omsorgsgiveren end en ressourcestærk. Indholdet i ressourcerne skal jeg imidlertid ikke gennemgå her, da jeg behandler modtagernes situation for sig senere (i kapitel 7). Her skal jeg i stedet nævne hvilke betingelser, som findes for disse brud, som altså handler om, hvorfor man også kan tale om magt hos omsorgsmodtageren. Den enkeltes ressourcer kan da i varierende grad give mulighed for at udnytte eller ikke udnytte disse

betingelser for magt.

Det centrale i disse brud handler om, at den ansatte træder ind i et menneskes private hjem og dermed træder ind på dette menneskes ejendom med de traditioner, rutiner og vaner, som vedkommende har udviklet og fremviser gennem sin måde at klæde sig på, sin indretning af hjemmet, sin udtryksmåde, sin væremåde og eventuelle væremåde i forhold til sammestedsboende pårørende (oftest en ægtefælle eller et barn). Derfor konfronteres den ansatte fra hjemmesygeplejen uundgåeligt ikke kun med en patient, en modtager af hjemmepleje, men også med et helt menneskeliv og en livsform. I hverdagskulturen findes en række regler, som vi ikke skænker en tanke, men alligevel overholder. En af disse regler, som er udtryk for respekt for den private ejendomsret, er, at man ringer på⁶⁰, når man ønsker at komme ind til en anden i dennes hjem. Også i hjemmesygeplejen er dette en almindelig praktiseret regel. Der findes imidlertid en del undtagelser, fordi mange modtagere af forskellige årsager ikke kan lukke op selv; de kan f.eks. være sengeliggende og aleneboende eller de kan være stærkt senile. Men det betydningsfulde er, at plejemodtageren selv lukker op for personalet, når vedkommende er i stand til det. Dette er det første tegn på, at personalet kommer ind på plejemodtagerens private ejendom. Derefter konfronteres den

⁶⁰ Det kan her tilføjes, at privatlivet igennem tiden har øget og at ringeklokken iøvrigt mere hører byen end landet til; på landet findes traditioner for bare at banke på.

ansatte, som almindeligvis går i civil, med en plejemodtager, som også går i civil.⁶¹ Eftersom man udtrykker mere af sin personlighed i civil påklædning end i personaleuniform eller patienttøj, udvides personale- og patient- eller plejemodtagerrollen til også at omfatte civile roller. Og dermed øges mulighederne for, at den opgave, som plejeren skulle udføre hos modtageren, ikke bliver udført som en isoleret opgave, men snarere som en opgave, der så at sige føjer sig ind i modtagerens øvrige liv. At den "arbejdsplads", hvor plejen udføres, er plejemodtagerens ejendom, betyder også, at der ikke findes de samme muligheder som på institutioner for at være den styrende og overordnede i relationen. Her er det ikke patienten, men personalet som spørger om lov til at vaske hænder, låne håndklæde osv. Men dette er især afhængig af plejemodtagerens ressourcesituation, fordi personalet tendentielt overskrider, dvs. må overskride flere og flere ejendomsprivilegier, jo svagere modtageren er. Tager vi f.eks. en plejemodtager med en muskelsvindsygdom som eksempel, er dette en sygdom, som langsomt fratager plejemodtageren de fysiske muligheder for at bevæge sig frit og selvstændigt omkring. Når sygdommen er fremskreden, er kørestol i hjemmet ofte en nødvendighed. Desuden bliver disse plejemodtagere afhængig af hjælp til at komme op om morgenen og i

⁶¹ Det hænder, at en ansat fra hjemmesygeplejen bruger hvid kittel under arbejdet hos en hjemmesygeplejemodtager, men det er sjældent og når det sker, er det ofte af praktiske hensyn, f.eks. når en sengeliggende plejemodtager skal vaskes og gøres i stand for dagen. Blandt de 18 ansatte fra hjemmesygeplejen, som jeg følger mindst 1 hel arbejdsdag, bruger kun 1 (en hjælpeplejer) kittel fast. De resterende bruger den enten aldrig eller kun i visse situationer som dem nævnt ovenfor.

seng om aftenen, og hertil bruges et hejseapparat af personalet. Derfor må der findes et sådant i hjemmet, og det er relativt pladskrævende. Desuden bruger personalet en del andet nødvendigt udstyr, f.eks. en seng, som kan reguleres i højden, plastunderlag til natten, engangshandsker osv. Denne type ressource-svaghed hos plejemodtageren indebærer altså, at hjemmet får tilført ting, som er kommunal ejendom. Dermed brydes noget af den hverdagslige selvfølge-lighed omkring ejendomsretten.

En af de sygeplejersker, jeg interviewer, har ca. 1/2 års erfaring fra sygehusarbejde og kun ca. 1 måneds erfaring fra det åbne omsorgsarbejde. Hun beskriver, hvordan hun ligefrem må omstille sig til at tænke anderledes:

KC: "Synes du, at du har et annet forhold til pasientene her end du har på sykehus?"

Mona: "Ja, det blir jo det at du er nu hjemme og må ta, du er mer på besøk og så hjelpe til det lille de ikke klarer, ikke sant? Enn på sykehus hvor du mer tar kommandoen, for da er det du som er den som er på toppen, men her hjemme er det jo pasienten som er den som bestemmer kan du si, for du kommer inn på deres premisser, så det er jo en overgang for meg (min fremhævelse)."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Ingrid: "Når en pasient bor i hjemmet, da er det de som bestemmer, vi skal aldri komme inn i et hjem og oppføre oss at her er det vi som bestemmer. De må aldri få den følelse, nei, vi lar de, vil de ikke det som vi har foreslått eller det vi har tenkt å foreslå utført hos pasien-ten. Vi kan ikke tvinge pasienten, vi har ikke lov til det, for vi kommer nær sagt som gjester i deres hjem (min fremhævelse), derfor er det de som må styre med det, hvis de da er i stand til det."

(Fra interview i 1990 med en hjelpeplejer.)

Sidstnævnte citat stammer fra den ene, som mener, at det er plejemodtageren og ikke personalet, som styrer i hjemmet (jf. note 44, s.273).

Gæsterollen og det at være på besøg nævnes af flere andre i mit datamateriale, når de vil indkredse betydningen af at være i plejemodtagerens hjem. Dette er imidlertid en rolle, som til dels kan siges at stå i modsætning til de oplevelser af og muligheder for magt, som personalet faktisk har i arbejdet (uafhængigt af, om de udnytter dem), eftersom gæsterollen almindeligvis ikke indeholder disse muligheder. Rollen som gæst bryder også til dels med det forhold, at de ansatte fra hjemmesygeplejen kommer for at udføre et opdrag, hvilket den typiske gæst almindeligvis heller ikke gør. Men når begrebet alligevel bruges, hænger det da også først og fremmest sammen med et ønske om at udtrykke, at rollen som gæst indebærer, at man viser respekt for den, som besøges. (Om gæsterollen, se også senere i kapitel 8.)

Et andet forhold, som er vigtigt at nævne her, er de ændringer (ikke mindst som følge af omorganiseringen), som er i færd med at ske i forhold til plejemodtagerens bolig. Langt størsteparten bor fortsat i egne boliger, ofte eneboliger, da dette er en udbredt boform i Norge og specielt udenfor byerne, som det også er tilfældet for dette landlige hoveddistrikt, hvor denne studie primært finder sted. Men en stigende andel bor også i "trygdeboliger", dvs. lejligheder eller rækkehuse, som er opkøbt af kommunen med det formål at leje dem ud til mennesker, som er afhængige af offentlig omsorg (jf. også note 12, s.11). Og en anden stigende andel bor i service-boliger tilknyttet et ældrecenter. (Jf. tidligere har det været et politisk mål at udbygge bl.a. disse

ældrecentre i tilknytning til udbygningen af den hjemmebaserede omsorg.) Men på trods af disse ændringer, er det hjem, som et menneske modtager offentlig omsorg i, i langt stærkere grad privat end det traditionelt er tilfældet på institutioner, her forstået både som syge-, aldershjem o.lign samt sygehuse, hvilket har sammenhæng med de potentielt større muligheder for at leve privat og muligheden for at bede personalet tilpasse sig hjemmets orden. En af de plejemoftagere, som jeg under min deltagende observation kommer med ud til, brygger æblevin; en aktivitet, som giver ham stor glæde, både i forhold til processen med at fremstille vinen og i forhold til at kunne tage sig et glas æblevin en gang imellem. En sådan type aktivitet ville være meget vanskelig at videreføre på en institution, ikke kun på grund af alkoholregler, men også fordi institutionen sjældent giver rum for selvdefinerede aktiviteter, som altså ikke allerede er defineret af institutionen. (Det betyder selvfølgelig ikke, at institutionens beboere ikke kan finde stor glæde ved de eksisterende aktiviteter.)

Selvom personalet altså skulle bruge alle sine muligheder for at realisere en rolle som autoritet i kraft af subjektive og objektive betingelser for magt, vil det samtidig uundgåeligt konfronteres med en hverdagskultur⁶² hos den enkelte plejemoftager, som tendentielt vil begrænse muligheden for at

⁶² Indenfor norsk sociologi er det bl.a. Marianne Gullestad, som har bidraget med analyser af hverdagskulturer. (Se f.eks. Gullestad 1989.)

underordne plejemodtageren i den forstand, at denne fratages selvbestemmelsesretten og sine muligheder for at opretholde sin personlige identitet. Og jeg sætter altså her denne begrænsning i sammenhæng med plejemodtagerens magt knyttet til dennes ejendomsret over sit private hjem, også selvom boligen ikke skulle være formelt privatejet. Når det gælder ændringer, som følger omorganiseringen, har hjemmesygeplejemodtageren (ligesom hjemmehjælpsmodtageren) fået en styrket juridisk magt knyttet dels til retten til at få hjælp og dels til retten til at klage over denne hjælp, bl.a. med indførelsen af "vedtak" (se s.21, bilag 2a og 2b samt appendix). Men ligesom værnet om den private ejendomsret vil afhænge af omsorgsmotagerens ressourcer, vil også muligheden for at udnytte den juridiske ret afhænge af disse ressourcer.

5.3.3 Forudsigelighed versus uforudsigelighed

Jeg vil primært knytte forudsigelighed i hjemmesygeplejen til arbejdets effektivitet og planlægning. Det er én af mine første observationer i hjemmesygeplejen, at arbejdet her bærer præg af effektivitet i langt højere grad, end det er tilfældet for arbejdet i hjemmehjælpstjenesten. Dagen synes fyldt med små og store problemer, som må løses inden alt for længe efter en opskrift, som giver associationer til lægeprofessionens tredelte problem-

løsningsmodel om problem - diagnose - behandling. Jeg skal nævne et eksempel.

Gruppetelefonen ringer, det er fra en af distriktets institutioner. Der er en plads ledig, som hurtigst muligt skal fyldes ud af en "vandrende dement".⁶³ Problemet er at finde den rette patient til denne institutionsplads, som selvfølgelig skal udnyttes og komme en anden til gode hurtigt. Der konfereres personer og grupper imellem og inden få timer, er en patient valgt. Da genstår at ordne med de praktiske ting, kontakte pårørende, informere patienten og endelig bestille bil. Problemet er løst.⁶⁴

I hjemmesygeplejen styrkes forudsigeligheden først og fremmest af den planlægning af dagens arbejde, som hver morgen sker før de ansatte kører ud til plejemodtagerne. Specielt indtrufne omstændigheder i løbet af natten medtages i denne planlægning. Efter omorganiseringen sker planlægningen allerede dagen før gennem Stella (jf. s.189-190) og på Stellas liste for hver enkelt i gruppen findes navn, opgaver, tid og rækkefølgen af arbejdet anført. Også efter omorganiseringen rokeres rundt og ændres på disse lister, men man

⁶³ En vandrende dement er en patient, som har fået diagnosen "senil demens", men som er i relativt god fysisk form og derfor har trang til at komme ud og gå. Problemet med "vandringen" er, at denne type patient ofte ikke kan finde hjem selv igen. Det er altså med andre ord en specifik type behov, denne patienttype har.

⁶⁴ Fra min deltagende observation i 1993. Dette eksempel illustrerer såvel effektivitet som præcision. Der er ikke bare tale om at fylde en plads på institutionen; der er tale om at fylde pladsen ud med en bestemt type patient afpasset den samlede ressourcesituation på institutionen. Denne type præcision er styrket af den tættere kontakt mellem den åbne omsorg og institutionsomsorgen, hvilket netop muliggør en mere effektiv udnyttelse af pladser.

kan sige, at bare det at listen findes giver mulighed for at udføre dagens arbejde ganske nøjagtigt efter denne. Omorganiseringen indebærer med andre ord en mindre grad af frihed for den enkelte gruppe til at sammensætte dagens arbejde, og for forholdet til den enkelte plejemodtager indebærer dette en større grad af forudsigelighed i arbejdet, ikke i forhold til hvem, der kommer, men i forhold til den konkrete arbejdsopgave. Afhængig af den enkelte plejemodtagers totale ressourcesituation og livsform vil forudsigelighed kunne opleves vidt forskellig. For nogen kan det være en tryghed at vide, hvem der kommer og hvad vedkommende skal gøre, mens det for andre er mindre betydningsfuldt. Det, som jeg vil pointere her er imidlertid, at den stærkere forudsigelighed i arbejdet tendentielt begrænser plejemodtagerens mulighed for medvirken i arbejdet og dermed tendentielt bryder ét af omsorgens kerneprincipper, nemlig at have rum for uforudsete ønsker og hændelser.

Et eksempel er følgende. Jeg følger sygeplejersken Marianne⁶⁵ og et af hendes opdrag denne dag er at bade en meget gammel dame, som - fordi hun ikke vasker sig selv - har fået tildelt et bad pr. uge. Da vi kommer ud til denne gamle dame, sidder hun hyggeligt på sit lille køkken og sludrer med en nabo. Marianne vælger at udsætte badet til 2 dage senere for ikke at forstyrre det hyggelige møde med naboen, men det betyder, at en tillægsopgave må

⁶⁵ Fra min deltagende observation i 1990.

udføres den dag. Den nøje planlægning kan således ikke altid gennemføres, og i dette eksempel har det sin forklaring i, at opgaven ikke kunne tilpasses det mønster, som allerede havde formet sig i plejemodtagerens hjem. Eksemplet illustrerer, hvorledes planlægningen af opgaver hos plejemodtagerne sker uafhængigt af rytmen i hjemmet og derfor forholdsvis let kan komme i modsætning til denne. Men eksemplet illustrerer også, at hvis den gamle dame på forhånd havde vidst, hvornår hun fik besøg af en hjemmesygeplejerske, så havde hun i højere grad haft mulighed for at få hjemmesygeplejebesøget til at harmonere med nabobesøget.

Szebehely (1995) finder i sin hjemmehjælpsstudie, at forudsigelighed set fra omsorgsmodtagerens synsvinkel er én vigtig betingelse for et individualiseret omsorgsarbejde, men at dette ønske om forudsigelighed handler om at vide, hvem der kommer og ca. hvornår, kombineret med - og det er vigtigt - et samtidigt ønske om mindst mulig forudsigelighed, altså forhåndsstyring af indholdet af det konkrete omsorgsarbejde, som skal finde sted i hjemmet. Szebehelys fund peger på en væsentlig præcisering af forudsigelighedsproblemet i omsorgsarbejdet, men også i forhold til muligheder i hjemmehjælpstjenesten sammenlignet med dem i hjemmesygeplejen. Tendensen til korte og klare opgaver i hjemmesygeplejen sammenlignet med de noget længere og ikke fuldt så klare opgaver i hjemmehjælpsarbejdet betyder, at der ikke findes de samme betingelser i hjemmesygeplejen for at informere

plejemodtageren om, hvornår man kommer og for at definere arbejdets indhold efter ankomsten i hjemmet. Organisatorisk og tidsmæssigt findes der ikke samme rum for dette som i hjemmehjælpstjenesten. Derfor er forudsigelighed en anden type problem i hjemmesygeplejen end i hjemmehjælpstjenesten.

At de ansatte har internaliseret effektiviteten, f.eks. den ofte pressede og korte tid hos plejemodtageren og den stærke udnyttelse af tid, kommer bl.a. til udtryk i, at de bruger udtryk som "dødtid" om den tid, som de uventet får, fordi et opdrag viser sig at tage mindre tid end forventet. Når jeg har observeret, hvad dødtiden er blevet brugt til, har dette bestået i merarbejde f.eks. i form af et ekstra opdrag.⁶⁶ Også udtrykket "luxusopdrag" peger på en effektiviserings-internalisering. Dette udtryk bruges specielt om opdrag uden et medicinsk indhold; det er ofte de såkaldte tilsyn, altså hvor man ikke skal udføre opgaver, men blot tilse, at alt hos plejemodtageren er, som det bør være, som kan blive til "luxusopdrag" ved "kun" at bestå af social kontakt til plejemodtageren. Når tidspresset øger for arbejdet, er det tydeligt, at de ansatte ser negativt på denne typer opgaver og dermed presser hinanden yderligere ind i effektiviteten.

Som et hovedtræk findes der altså en relativt stor grad af forudsigelighed i

⁶⁶ Pointen er her ikke, hvad "dødtiden" bruges til, men at man betragter det som dødtid i stedet for at se det som en mulighed for at have lidt bedre tid til dagens opdrag. At dødtiden bruges til merarbejde under min observation ser jeg heller ikke bort fra har sammenhæng med min tilstedeværelse. Af metodiske grunde vægter jeg derfor ikke indholdet af "dødtiden".

arbejdet på grund af den stadig nøjere forudgående planlægning af arbejdet hos plejemodtageren og den dertil knyttede både internaliserede og faktiske effektivitet. Samtidig står denne planlægning potentielt i et modsætningsforhold til den rytme, som plejemodtageren har etableret i sit hjem, fordi opdraget er planlagt uafhængigt af denne.

5.3.4 Fragmentering versus holisme

Begrebet "helhedsorientering" fremhæves i forbindelse med argumentationen for samordningsprincippet (både i forhold til den store og lille integration, jf. indledningskapitlet).⁶⁷ Men hvad indebærer egentlig helhedsorientering i forhold til den konkrete praktiske pleje? De følgende citater skal give et indtryk af indholdsvarianter af dette begreb.

KC: "Hva liker du så godt ved dette arbeide?"

Anita: "Som jeg sa...det spiller på flere strenger hos deg enn det gjør i en institusjon. Der er alt tilrettelagt, her må du improvisere og du må være fleksibel...og i og med at du får brukt det, så får du også mere input end hvis du bare går etter en eller annen bestemt form...du blir rikere på en måte...du får et helt annet bilde av personen du steller. Du ser ham i hjemmeomgivelser, du ser hvilke faktorer han er omgitt av og du får en annen innstilling til den personen."

KC: "Hvilken annen innstilling...?"

Anita: "Ja, ja du ser faktorer omkring denne pasienten du ikke ser i hospitalet eller sykehuset...og det kan hjelpe til så du forstår grunnen til situasjonen for ham..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

⁶⁷ Det får nærmest funktion som slagord på samme måde som begrebet "kvalitetssikring".

Hanne: "Det er veldig enkelt på en institusjon, for det er jo å hjelpe de og stelle de og vaske de, og få de frem og sånne ting og få i det at de skal spise...men i hjemmet...så kan jo det være masse ting du kan hjelpe de med, ikke sant? Det kan være du ka hjelpe de å lage til frokost eller stelle de, et sårskift...gjærne skal de ha hjelp til insulin...det går på det personlige..."

(Fra interview i 1990 med en hjelpeplejer.)

Birgitte: "Når du treffer et menneske hjemme, så treffer du de i deres miljø, du blir kjent med de på en helt annen måte. Eg tror de blir mye mere mennesker for deg end mennesker i hvite skjorter i hvit seng og eg ser...du kjenner mye bedre fortvilelsen deres, du kjenner lidelsen deres, fordi du ser det som er rundt de..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

KC: "Hva liker du ved hjemmesykepleiearbeidet?"

Susanne: "Det å kunne følge pasienten...fra han står opp om morgningen...hele dagen omtrent...vite hva lege han går til, vite hva medisiner han står på...når han skal inn på sykehus, samme at eg kontakter sykehuset og sier, du må ikke ta han hjem, er du klar over hva hjem han kommer til? Eg vil være mere nær, ikke sant, altså du får en helhet i det."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Helhedsorientering kan altså forstås som det at vide noget om en plejemodtagers liv, når man udfører et opdrag, at kunne bruge mere end sin rent faglige kompetence i arbejdet, at kunne følge plejemodtageren hele dagen eller at kunne sanse plejemodtagerens lidelse på grundlag af nærhed til denne. Informanterne sætter selv disse elementer op i kontrast til institutionen og ser dette som potentialer i den åbne omsorg. Men ser man på de objektive betingelser for en holistisk orientering, kan disse ikke siges at styrke en sådan orientering. F.eks. finder jeg, at den gennemsnitlige tid hos plejemodtageren

er 26min.⁶⁸, en ansat kan have op til 8 plejemodtagere samme dag at forholde sig til, at primærpsygepleje ikke betyder faste plejemodtagere, men ansvar for bestemte modtagere og døgtjeneste ikke betyder, at det er den samme, som kommer, men at plejemodtageren kan få hjælp hele døgnet af en stadig større (og ukendt) personalegruppe. Som det fremgår af kapitel 3 om de organisatoriske ændringer, er det en vigtig ændring, at det administrative arbejde i forhold til plejemodtagerne føres over på gruppelederen. Dette betyder, at den ansatte får fjernet en del af muligheden for at få indsigt i plejemodtagerens øvrige liv, forhold til pårørende og venner, ønske om institutionsplads eller dagcenterplads, bankforbindelser og meget andet, hvilket netop gav mulighed for at sætte det plejemæssige opdrag i sammenhæng med en livsform og dermed kunne medvirke til at fremme et helhedsperspektiv i forhold til patienten.⁶⁹ På den anden side findes der også en rest, som modvirker det fragmentariske, som ikke kan fjernes helt fra det hjemmebaserede omsorgsarbejde, selvom den kan presses langt. Denne rest handler om muligheden for uforstyrrethed i omsorgsrelationen, som netop er én del af fundamentet for et individualiseret omsorgsarbejde. At plejen finder sted i

⁶⁸ Tallet er baseret på notater fra min deltagende observation og gælder hverdage. Om aftenen og i weekenden bliver tiden endnu kortere. En sammenligning med Næss og Wærness' resultater viser, at denne tid ligger nærmest det, som karakteriserer mellemstore kommuner (23 min.) For store og små kommuner er tiden henholdsvis 31 min. og 38 min. Tallene fra Næss og Wærness gælder de modtagere, som bare får hjemmesygepleje (Næss og Wærness 1994:14,15).

⁶⁹ Se også Aud-Norun Anderssons studie; her peges ligeledes på vigtigheden af hethedsorientering i hjemmesygeplejen (Andersson 1985:143).

modtagerens hjem betyder nemlig, at den ansatte fra hjemmesygeplejen tvinges til at forholde sig til én plejemodtager ad gangen, eftersom det ikke er muligt at være i to hjem samtidig. Afstanden mellem plejemodtagere varierer meget; den er mindst, når hjemmesygeplejen er knyttet til et ældrecenter og dermed en boligmæssig koncentration af modtagere, og den er størst, når modtagerne bor i eneboliger i landlige omgivelser. Bilkørsel mellem to plejemodtagere er endnu stærkt udbredt i hjemmesygeplejen (og også i hjemmehjælpstjenesten), hvilket bl.a. kan aflæses af, at ansættelse i den hjemmebaserede omsorg oftest forudsætter certifikat og egen bil.⁷⁰ Fordi denne bilkørsel udgør et pusterum mellem to plejemodtagere, styrker den muligheden for den ansattes koncentration om hver enkelt omsorgsmodtager, hvilket altså tendentielt kan kontrasteres med situationen på f.eks. et sygehus med flersengsstuer og den potentielle mulighed for at blive afbrudt i plejen af én plejemodtager på grund af ønsket om hjælp fra en anden på stuen, en telefon, en ringeklokke fra en anden stue osv. Koncentrationen om den enkelte styrkes også af, at der i det åbne omsorgsarbejde ikke findes fristeder for personalet i form af personalerum, hvor plejemodtagererne ikke har adgang. Denne mulighed for at trække sig tilbage vil ikke findes i det åbne omsorgsarbejde, så længe plejen finder sted hos hver enkelt i dennes hjem

⁷⁰ I områder med megen bilkørsel bliver dette desuden en vigtig ekstraindtægt, fordi de ansatte modtager kørselspenge efter antal km.

isoleret fra andre plejemødtageres hjem og isoleret fra de ansattes kontor. Således vil der altid findes en rest af uforstyrrelighed, som giver grundlag for en koncentration om den enkelte omsorgsmødtager.⁷¹

5.3.5 Afsluttende kommentarer om dilemmaet for den ansatte i hjemmesygeplejen

Starter vi med at se på figuren over omsorgsgiverens inter- og intrarollekonflikt (se figur 2, s.63), har den ansatte i hjemmesygeplejen altså sammenlignet med hjemmehjælperen, betydningsfulde indflydelseskanaler både fra kommunen, institutionsomsorgen og i videre forstand det lønnede arbejdsmarked og fra et kollegafællesskab og uddannelsesinstitutioner. Med andre ord er omsorgsrollen og relationen til omsorgsmødtageren i langt højere grad, end det hidtil har været tilfældet for hjemmehjælperne, også knyttet til en status som fagperson, ansat og arbejdskollega. I rollen som arbejdstager finder jeg en styrkelse af en opdragsorienteret rolle, men i kraft af specifikke forhold i den hjemmebaserede omsorg, finder jeg også muligheder for et personligt individualiseret omsorgsarbejde. Det betyder altså ikke, at den ansatte i hjemmesygeplejen f.eks. ikke uddannes til at kunne udføre individualiseret omsorgsarbejde. Men det betyder, at det snarere viser sig at være

⁷¹ Aud-Norun Andersson (1985) peger også på denne uforstyrrelighed i hjemmesygeplejen.

opdragsorienteringen, som samlet styrkes i dennes arbejdstagerrolle. Den opdragsorienterede rolle i hjemmesygeplejen styrkes af de muligheder og betingelser, som findes her for at gå ind i en styrende (tendentielt autoritær) rolle i relation til plejemodtageren, for forudsigelighed (uafhængig af hjemmesygeplejemodtagerens hverdag) i arbejdet og for fragmentering af arbejdet, fordi disse faktorer bryder med kerneelementer for udvikling af et personligt individualiseret omsorgsarbejde. På den anden side findes der mulighed for udviklingen af et individualiseret omsorgsarbejde, fordi der samtidig findes karakteristika ved det hjemmebaserede omsorgsarbejde, som bevarer en mulighed for plejemodtagerstyring, uforudsigelighed og holisme. Disse karakteristika handler om plejemodtagerens private ejendomsret over sit hjem og dermed en potentiel mulighed for at opretholde sin personlige identitet og sin selvbestemmelse, den juridiske ret til at klage over hjælpen, plejemodtagerens mulighed for at bryde med forudsigeligheden i det hjemmebaserede omsorgsarbejde ved at etablere en egen hverdagsrytme i hjemmet og endelig muligheden for at "tvinge" den ansatte fra hjemmesygeplejen til kun at koncentrere sig om én omsorgsmottager ad gangen, fordi der ikke findes andre modtagere samme sted og fordi der ikke findes fristeder.

Når jeg bruger betegnelsen "personligt individualiseret omsorgsarbejde", er det for at markere, at denne type omsorgsarbejde såvel handler om noget, der kommer fra giversiden, som om noget, der kommer fra modtagersiden. Mens

individualiseringen handler om inddragelsen af modtageren som et unikt menneske med unikke ønsker og behov, handler det personlige om, at giveren selv møder modtageren som et unikt menneske.

Opdragsorienteret omsorgsarbejde	Personligt individualiseret omsorgsarbejde
autoritet	modtagerstyring
forudsigelighed	uforudsigelighed
fragmentering	holisme

Omorganiseringen har først og fremmest styrket den opdragsorienterede rolle. Mere generelt kunne man også kalde denne rolle for en opgaveorienteret rolle, men fordi omorganiseringen har fjernet en portion af den selvstændighed, som har præget arbejdet, er det mere præcist at tale om en opdragsorientering. Styrkelsen af denne opdragsorientering har samtidig medført en styrkelse af det, som flere andre forskere kalder behandlerrollen eller teknikerrollen (se f.eks. Wærness 1982:105), fordi en nøjere planlægning og konkretisering af arbejdet hos hver enkelt plejemodtager følgelig koncentrerer arbejdet i dets særtræk, dets formelle kerne, nemlig plejearbejdet (i snæver forstand) og dermed det medicinske tekniske arbejde.⁷² Mere generelt indebærer styrkelsen af opdragsorienteringen altså også en medikalisering, og

⁷² At jeg ikke overtager betegnelsen "tekniker" eller "behandler" direkte har sammenhæng med, at jeg forsøger at finde den betegnelse, som bedst muligt dækker mine empiriske fund i hjemmesygeplejen; og behandler- og teknikerrollen dækker kun en del af det, jeg kalder "den opdragsorienterede rolle".

denne henter bl.a. sin legitimitet og støtte fra brugen af det medicinske sprog. Der er altså tale om et dilemma i rollen som ansat i hjemmesygeplejen, fordi denne rolle indebærer, at den ansatte må arbejde i spændingsfeltet mellem autoritet og modtagerstyring, mellem forudsigelighed og uforudsigelighed og mellem fragmentering og holisme. Den opdragsorienterede rolle er en rolle, som harmonerer med at forstå det hjemmebaserede arbejde som et resultatorienteret arbejde i Wærness' forstand (Wærness 1982). Et kortsigtet resultatorienteret arbejde⁷³ findes f.eks. på akutsygehuset, og skal man tale om en rendyrket rolle knyttet til denne omsorgsarbejde-model, bliver teknikerrollen relevant. Teknikerrollen er karakteriseret ved, at rolleindehaveren arbejder affektivt neutralt, har en formel fragmentarisk og afbrudt relation til modtageren, og forsøger at ændre patientens tilstand til det bedre hurtigst muligt (Wærness 1982:199). Wærness bruger denne rolle til at beskrive den ene del af sygepleje-rollen (ikke hjemmesygepleje-rollen). Det, som jeg har kaldt en opdragsorienteret rolle, har således klare lighedstræk med denne teknikerrolle, fordi den kan betragtes som et forbillede for den opdragsorienterede rolle; der findes med andre ord dele af teknikerrollen i den opdragsorienterede rolle. Allerede i slutningen af 1970'erne findes de første tegn på, at teknikerrollen vil overføres til også hjemmesygeplejen, og mere generelt at institutionsomsorg bruges som model for hjemmesygeplejen.

⁷³ Om det resultatsikre arbejde, se også Alvsvåg 1989 samt Martinsen og Wærness 1991.

Denne studie viser, at mulighederne for at realisere en teknikerrolle er blevet mange flere.

Kapitel 6

Det hjemmebaserede omsorgsarbejde - i grænselandet mellem synligt og usynligt arbejde

6.1 Indledning

På et relativt generelt niveau har hjemmehjælp og hjemmesygepleje det til fælles, at de begge repræsenterer et underordnet, lønnet og kvindedomineret omsorgsarbejde. Samfundsmæssigt set kan disse arbejder på dette mere generelle niveau karakteriseres som en type arbejder, der er præget af usynlighed; både forstået konkret, fordi store dele af arbejdet ikke giver offentligt indsyn, og en anelse mere abstrakt forstået, fordi arbejdet har lav samfundsmæssig status. Når det gælder usynligheden forstået som lav status i hjemmehjælpsarbejdet, har denne sammenhæng med arbejdets tætte tilknytning til husarbejdet og dets lave status.¹ Usynligheden i hjemmesygeplejearbejdet kan derimod snarere knyttes til det, at arbejdet skal udføres i et privat hjem og således får en tilknytning til den private sfære, som er underordnet den offentlige sfære (hvilket bl.a. giver sig udslag i forholdet mellem lønnet og ulønnet arbejde). Det hjemmebaserede omsorgsarbejdes usynlighed både i forhold til status og indsyn er en vigtig

¹ Temaet om husarbejdets usynlighed er indenfor sociologi først og fremmest blevet introduceret af Ann Oakley (1974).

begrundelse for empirisk at indholdsbestemme arbejdet nærmere, og dette bliver det ene formål med dette kapitel. Med udgangspunkt i to dokumentariske arbejdsdagsbeskrivelser² vil jeg indkredse det konkrete indhold i de arbejdsopgaver, som henholdsvis hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet omfatter. På grundlag af disse indholdsanalyser af arbejdet vil jeg så gå videre med det, som bliver det andet formål med dette kapitel, nemlig at udlede hvorledes empirien fra denne studie kan bidrage til dels at søge svar på, hvad omsorgsarbejdets bestanddele er, dels at indkredse, hvilke kundskabsformer, som knytter sig til disse bestanddele. Og som jeg skal vise, bliver det i forhold til denne diskussion vigtigt at skelne mellem *omsorg* og *omsorgsarbejde*.

Cato Wadel inddeler arbejde i tre typer: lønnet, ulønnet og det, han kalder *skjult arbejde* (Wadel 1984). Hovedskellet placerer han mellem lønnet, ulønnet arbejde på den ene side og skjult arbejde på den anden side, hvilket betyder, at det skjulte arbejde kan være en del af både det lønnede og det ulønnede arbejde. Denne brede indkredsning af hvilke typer arbejde, som findes, kan være et frugtbart udgangspunkt for denne studies sammenhæng, fordi den tager højde for eksistensen af arbejdstyper, som i en commonsense-forståelse ikke engang kaldes

² For hjemmehjælpsarbejdets vedkommende har jeg valgt at referere den sidste dag, jeg deltager som observator i arbejdet, altså efter omorganiseringen. For hjemmesygeplejens vedkommende har jeg konstrueret en kombination af de to sidste dage, jeg deltager i arbejdet, fordi den sidste dag af praktiske grunde ikke viser betydningen af gruppelederfunktionen. At jeg har valgt at bruge det sidste af mine observationer af arbejdet, selvom størsteparten af min empiri er indsamlet før de væsentligste ændringer som følge af omorganiseringen er trådt i kraft, skyldes, at jeg ønsker at give et indtryk af den hverdag, som inkluderer nogle af følgerne af omorganiseringen.

for arbejde, men som i forhold til en forståelse af kvindedominerede omsorgsarbejder bliver særlig vigtig. I forhold til det hjemmebaserede omsorgsarbejde bliver det således centralt at forstå, hvordan det skjulte arbejde indgår i arbejdet som helhed og hvilke kundskabsformer disse forskellige aspekter af arbejdet kan siges at basere sig på.

6.2.0 Indtryk fra en hjemmesygeplejerskes hverdag

Jeg møder som aftalt på afdelingen for Pleje og Omsorg, hvor de ansatte i hjemmesygeplejen holder til. Da jeg kommer lidt før 8, er Marianne, den sygeplejerske, som jeg skal følge, allerede kommet. Hun er i slutningen af 40'erne og har været sygeplejerske i nogen og tyve år. Hun har 2 voksne børn og flere børnebørn. Jeg kender Marianne fra min første deltagende observation i hjemmesygeplejen før omorganiseringen.

Vi befinder os inde på grupperummet, indtil morgenfællesmødet starter lidt over 8. Fællesmødet ledes af pleje- og omsorgschefen i dag, men når hun ikke er til stede, er det f.eks. en gruppeleder, som overtager. På fællesmødet deltager alle fra hjemmesygeplejen bortset fra kontoransatte. Der læses rapport fra aftenvagten, og da det af denne fremgår, at selv en kat har fået mad, breder sig en mild stemning over forsamlingen, som må ses i lyset af, at der netop på dette tidspunkt findes flere medieopslag om ældreomsorgssvigt. Derefter bliver navnelisten for dagens fremmødte gennemgået og evt. hvilken gruppe, de skal være i, hvis der er foretaget bytninger. Fællesmødet bliver afsluttet med 5 minutters gymnastik, som udgør et fast punkt på fællesmødets dagsorden hver dag og ledes enten af en fysioterapeut eller en anden, oftest en leder.

Derefter går alle til sin respektive gruppe og holder gruppemøde frem til klokken 9. I dag er det på grund af sygdom kun Marianne og en nyansat mandlig sygeplejer, som er til stede foruden gruppeleder. Marianne og den mandlige sygeplejer snakker lidt socialt, men afbrydes snart af gruppelederen, som starter gennemgangen af dagens arbejde. Hun læser op fra en liste, som er printet ud fra Stella og indeholder oplysninger om hvem, der skal gå til dagens hjemmesygeplejemodtagere, navn og adresse på disse samt stikord om arbejdsopgaver og tidspunktet for hvert enkelt opdrag. Listerne korrigeres lidt, fordi der oftest viser sig praktiske grunde til at ændre lidt på opdragenes

rækkefølge eller deres indhold. I dag går der desuden også lidt ekstra tid til at forklare den nyansatte, hvor hans opførte patienter bor, da det geografiske område, som gruppen dækker, er relativt stort at køre rundt i. Inden vi går ud, får vi anledning til at snakke lidt gruppehistorie. Den nyansatte har svært ved at forstå tiden før computerens indtog, men Marianne og jeg kan berette om en velfungerende gruppe uden Stella. Gruppen fra før omorganiseringen eksisterer imidlertid ikke mere. En bliver flyttet over til en anden gruppe. En anden bliver syg og må på grund af sin sygdom skifte bolig, hvilket medfører, at hun ikke længere kan arbejde i denne gruppe, fordi den er knyttet til samme zone, som hun er flyttet til. Det er nemlig en praktiseret regel på afdelingen, at man ikke skal bo i samme zone, som man arbejder i. "Så får man jo aldrig fritid" tilføjer Marianne. Og en tredje er i færd med at specialisere sig og arbejder derfor ikke længere på fuld tid i gruppen. Dermed er gruppen i praksis opløst.

Marianne synes, det er ok med en struktureret gruppeleder, som også får det strukturerede frem i gruppemedlemmerne. Gruppelederen sørger for, at der ikke slækkes på effektiviteten til fordel for socialt fællesskab, hvilket der findes et godt grundlag for, både fordi de ansatte på afdelingen er godt kendt med hinanden og fordi den fysiske placering af grupperummene på et relativt lille fællesareal, giver rum for meget social kontakt også på tværs af grupperne.

Klokken 9.10 kommer vi til den første hjemmesygeplejerske, som er en yngre kvinde. Hun er kronisk funktionshæmmet, bruger kørestol og har brug for hjælp til det meste. I dag skal hun have et bad. Hun genkender mig fra jeg var med en anden sygeplejerske ude hos hende nogle få dage forinden. Dét ser ud til at være tilstrækkeligt til, at hun ikke føler sig utryk. For at få hende ud på badeværelset, bruger Marianne et hejseapparat og hun beder mig hjælpe sig. Fordi hun skal på toilettet ved hjælp af dette hejseapparat, må vi trække hendes bukser ned først, og ved et uheld drypper det da på gulvet. Marianne tager straks et par handsker og rækker til mig, og jeg tørrer op. Den yngre kvinde siger ingenting. På badeværelset hjælper jeg også til, men da den yngre kvinde skal have undertøjen af, beder Marianne mig om at rede sengen imens.

Jeg reder både sengen til den yngre kvinde men også sengen til hendes (raske) mand, fordi det er en dobbeltseng og jeg ikke vil efterlade hans seng uredt ved siden af hendes. Jeg afbrydes imidlertid hurtigt i mine tanker om dette, da Marianne kalder på mig ude fra badeværelset. Nu skal jeg hjælpe til med at give kvinden joggedragt og sko på. Da vi er to, er tempoet højt, selvom det er tungt arbejde. Almindeligvis gør Marianne dette arbejde alene, hvilket føles vanskeligt at forstå. Da den yngre kvinde bemærker dagens høje tempo, ler hun, og det får også os andre til at le.

Inden vi går, får denne kvinde en kande med vand ind i stuen, da hun ikke selv kan nå vandhanen fra sin elektriske kørestol, selvom hun kan køre rundt overalt på denne etage i huset (dørtrinnene er fjernet). Marianne og jeg får et

bolsje³ af den yngre kvinde, før vi går 9.50. Gennem denne lille bolsjeuddeling når hun at vende om på rollerne, lige før vi går ud ad døren igen.

Klokken 10.05 kommer vi til en ældre mandlig hjemmesygeplejemand, som har haft en betydningsfuld stilling, før han blev pensionist. Han bor i en pæn enebolig sammen med sin (raske) kone, som sidder inde på soveværelset hos ham, da vi kommer, fordi han stadig kalder på hende. Han er meget svag og meget stiv i kroppen. Marianne og jeg har besvær med at få ham til at sidde op i sengen, men omsider lykkes det. Jeg giver ham tæfler på og han kommer med største besvær op at stå støttet til et gangstativ. Herfra får vi ham over på en toiletstol, som står på soveværelset, og så sidder han der med Marianne, som han kender godt, mig, en fremmed og konen på samme værelse. Marianne sætter mig til at vaske hans overkrop, mens han sidder der, og jeg mærker, hvordan lugten af urin og sved slår mig imøde. I mellemtiden reder Marianne hans seng. Sammen giver vi ham derefter rent tøj på, mens han stadig sidder på stolen. Imens klager konen over, at han er så stiv i kroppen og at han burde få meget mere træning. Derfor får Marianne og jeg ham til at gå fra soveværelset og ind til sin plads i en lænestol ved vinduet i stuen ved hjælp af gangstativet, som han har fast i sit hjem. Inden vi går, beder konen Marianne om at komme igen klokken 14, men det vil Marianne ikke love, da det skal indpasses i andet arbejde hos andre patienter.

Klokken 10.55 kommer vi til et område, hvor vi skal lede efter et hus, hvor Marianne ikke har været før. Hun skal tage en blodprøve på en kvinde, som hun ikke kender fra før. Det tager ca. 10 minutter ekstra, fordi Marianne ikke finder huset med det samme. Vi lukkes ind af konens raske snakkesalige mand, som viser os ind i stuen, hvor fysioterapeuten fra bydelen er. Marianne og hun taler sammen, og da fysioterapeuten er færdig med sit, tager Marianne sin blodprøve og vi går igen. Kvinden er vant til mange prøver og mange mennesker, så alt foregår i en let tone.

11.10 er vi på lægekantoret og Marianne går ind med blodprøven. 11.40 er vi tilbage på afdelingen i grupperummet. Marianne "rapporterer" til Stella. Selvom Marianne har arbejdet i mange år som sygeplejerske uden kendskab til EDB, har det været let for hende at sætte sig ind i det. Hun har lært det på et 3 dages kursus, og der skal snart være en opfølgning på 1/2 dag. Stella er menubaseret, sådan at man kan læse sig frem til kommandoer. Marianne opdaterer sygehistorien for dem, hun har været ude hos i dag. Derefter går hun ind i "huskelisten", hvor hun noterer, at der mangler handsker hos en af hjemmesygeplejemandene. Marianne synes, at det er en fordel at skrive ind på Stella. Så er man færdig med at tænke mere på det og behøver ikke gå og huske på ting, minde andre om ting osv. Men Marianne siger også, at de skriver

³ På norsk "drops".

mindre i Stella end i Kardex, fordi Stella skal bruges til dokumentation og derfor opleves mere offentligt end det gamle Kardex-system.

Vi går til lunch klokken 12 nede i Kommunehusets kantine. Her kommer ansatte fra hele afdelingen og de sociale samtaler går livligt frem til 12.30. Lunchtiden overholdes strengt af de fleste efter, at der er indført patientarbejde også efter lunchen. Før omorganiseringen (det vil her først og fremmest sige før indførelsen af Stella og gruppeleder) blev tiden brugt til administrativt arbejde, men fordi dette arbejde er overført til gruppelederen, skal de ansatte nu også ud om eftermiddagen. Marianne siger, at "der er blitt mere jobbing".

I dag er det imidlertid Mariannes sidste arbejdsopgave at fordele næste dags arbejde til dem, som skal møde. Ofte er dette gruppelederens arbejde, men da gruppemedlemmerne er dem, som mere præcist ved, hvor meget hjælp, de enkelte har brug for, er dette administrative arbejde let at overlade til dem, når gruppelederen ikke har anledning til at gøre det. Marianne starter med at "generere" til næste dag, dvs. at hun får alle dem, som skal have hjælp denne dag, op på skærmen. Dette er grundlaget for fordelingen af næste dags personale. Marianne opdager, at der bliver én for lidt i personalet, derfor går hun ind og "låner" en fra en anden gruppe. Endelig er hun færdig og kan gå hjem. Næste dag skriver gruppelederen eller en anden fra gruppen hjælpe listen og huskelisten ud og gennemgår den for gruppen. Den bliver udgangspunkt for den dags arbejde...

(Fra min deltagende observation i 1993 og 1994, hvor jeg følger Marianne, sygeplejerske.)

6.2 Hjemmesygeplejearbejde - mellem teoretisk kundskab og praksiskundskab

6.2.1 Arbejdsopgaver i hjemmesygeplejen

Ét af spørgsmålene i mine interview med hjælpeplejere og sygeplejersker handler om, hvad arbejdsopgaverne i hjemmesygeplejen består af og hvad de interviewede oplever er deres opgave som hjemmesygeplejersker.⁴ Da der er tale

⁴ Det varierer lidt, om jeg stiller begge spørgsmål eller bare ét af dem, fordi jeg i interviewene ikke er optaget af at stille spørgsmål, som er formuleret på nøjagtig samme måde, men derimod tematisk er de samme. I interviewguiden (se bilag 7b, s.550) kommer dette ind under temaet: "Hvad er hjemmesygepleje?"

om en interviewsituation, hvor den enkelte informant ikke er forberedt på hvilke spørgsmål, som interviewet kommer til at indeholde, er det et fælles træk ved svarene, at disse er udtryk for det, som de interviewede spontant kommer i tanker om.³

Det er først og fremmest karakteristisk for svarene, at spørgsmålet opfattes som vanskeligt. Informanterne synes, det er svært at indkredse deres arbejdsopgaver og svært at fortælle, hvad der egentlig er hjemmesygeplejerskens opgave. Derfor bærer nogen svar præg af at være meget generelle uden nogen form for præciseringer.

"Å tilrettelegge dagen og gi den hjælp pasienten trenger for å fungere hjemme."

(Fra interview i 1990 med Trine, sygeplejerske.)

"Gjøre det som skal gjøres for å få dagen tilrettelagt på best mulig måte"
(Fra interview i 1990 med Anita, sygeplejerske.)

Når svarene imidlertid indeholder en opremsning af opgaver, varierer bredden af disse mellem "alt", dvs. at de ikke kan redegøre for nogen afgrænsning overhovedet til at omfatte det, som grænser mod arbejde udført af andet personale (først og fremmest af hjemmehjælpere) eller arbejde, som hjemmesygeplejemodtageren selv kan udføre; sidstnævnte inkluderer også det arbejde, som eventuelle pårørende til modtageren udfører. Denne sidste type indholdsbestemmelse kan beskrives som ekskluderende, dvs. at indholdet af

³ Jeg antager, at spontaniteten i dette tilfælde øger sandsynligheden for, at svarene er udtryk for det faktiske arbejdsindhold og holdninger til dette mere end idealer i forhold til arbejdsindholdet.

arbejdet i hjemmesygeplejen præciseres ved at være det arbejde, som andre (f.eks. andet personale eller pårørende eller andre fra et uformelt netværk) ikke gør. Men hvorfor er det egentlig så vanskeligt at indkredse og afgrænse arbejdet i hjemmesygeplejen? Informanternes svar kan tyde på, at dette har sammenhæng med specifikke træk ved hjemmesituationen:

"...det er veldig enkelt på en institusjon for det er jo å hjelpe de og stelle de, og vaske de og få de frem og sånne ting og få i de, at de skal spise og sånt... men i hjemmet så kan jo det være masse ting du kan hjelpe de med, ikke sant? Det kan være, du kan hjelpe de å lage til frokost eller hjelpe de til stell, et sårskift, som vi tar, gjerne skal de ha hjelp til insulin og som ikke de klarer å sette selv. Og så går det jo på det personlige, ikke sant? ...Kanskje også av og til det der å ta de med ut på tur, det er sånt som vi av og til bevilger oss tid til, hvis vi når vi har tid tar de med ut, at de kan få komme i butikken. Det gjør jo ofte hjemmehjelperne nu, men liksom at vi går litt i hverandre, gjør litt det samme innimellom."
(Fra interview i 1990 med Hanne, hjelpeplejer.)⁶

Mens institutionen tendentielt afgrænser opgaverne i forhold til den enkelte patient, findes der ikke en tilsvarende naturlig afgrænsning i hjemmet bortset fra den, som følger af hvad eventuelle andre gør (evt. tvinges til at gøre). Man kan ikke se bort fra, at presset på de uformelle hjælpere øges, når hjemmesygeplejemodtageren oplever ikke at få tilstrækkelig hjælp. Af betydning i forhold til problemet med afgrænsning er også, at den ansatte ved at komme til et hjem, let tildeles roller ud over personalerollen :

"...de og møter oss mer som mennesker altså, og vi blir en stor del av livet deres, fordi vi kommer inn i hjem, og det er annerledes..."
(Fra interview i 1990 med Birgitte, sygeplejerske.)

⁶ Første del af citatet er brugt også på s.295.

Jeg har tidligere været inde på disse tillægsroller, som jeg har kaldt civile roller, fordi de aktualiserer noget, som ikke har direkte sammenhæng med personalerollen. I forhold til arbejdets indhold har de civile roller således den betydning, at de medvirker til at gøre afgrænsningen af arbejdet vanskeligt.

Når det gælder den inkluderende type præcisering af arbejdsopgaver, nævnes en lang række opgaver. Disse kan f.eks. inddeles i fem typer opgaver, men som jeg skal vise bagefter, opererer de ansatte selv med andre typer inddelinger. De fem typer opgaver er:

-plejeopgaver (personlig pleje⁷)

-medicinske opgaver (sætte insulinsprøjter, organisere med medicinen, sårskift, sætte intramuskulære sprøjter m.m.)

-praktiske tillægsopgaver (skylle tøj op, hjælpe med madlavning, handle m.m.)

-sociale opgaver (snakke, lytte, plukke blomster, give katten mad m.m.)

-administrative opgaver (kontakte læge, sygehus, familie, posten m.fl., fordeling af arbejde, vejledningsarbejde, mødevirksomhed m.m.).

Jeg taler om "praktiske tillægsopgaver", fordi de ansatte ikke går til en modtager for at udføre denne type opgaver, men alligevel udføres de af og til, fordi de kan vise sig at blive relevante at udføre, ofte som følge af de medicinske opgaver. Af den indledende arbejdsdagsbeskrivelse fremgår f.eks., at en seng ikke efterlades uredt, når patienten er taget op, og at et gulv vaskes eller på

⁷ På norsk "stell".

anden måde rengøres, når det bliver urent som følge af det arbejde, som den ansatte fra hjemmesygeplejen gør. De tre enkeltopgaver, som nævnes hyppigst af informanterne er personlig pleje, sætte insulinsprøjer og organisering af medicin. Informanternes spontane svar på arbejdets indhold ser således ud til for en stor del at koncentrere sig om de medicinske opgaver, mens både de praktiske tillægsopgaver, de sociale og de administrative opgaver ser ud til at have en mindre central plads ud fra en spontan reaktion. Det mest iøjnefaldende er her, at kontakt til læge, sygehus, familie m.m., fordeling af arbejde, skrivearbejde samt retledning og vejledning sjældent nævnes som arbejdsopgaver. På trods af, at en stor del af arbejdstiden faktisk bruges til administrative opgaver (udbygges senere i kapitlet), nævnes disse påfaldende lidt. Ved en nærmere gennemgang af svarene viser det sig da også, at informanterne svarer meget forskelligt på spørgsmålet om arbejdsopgaver, og at disse forskelle kan hænge sammen med, at der bruges forskellige kriterier for inddeling af opgaver. Jeg skal derfor i det følgende gå ind på de forskellige typer kriterier, som jeg finder gennem disse svar.

6.2.1.1 Det egentlige arbejde og udenomsarbejdet

"...eg synes eg gjør mye inne, fordi at du skal finne ut av ting ikke sant? Der er veldig mange telefoner som blir tatt, ting å ordne opp i, og det er jo klart det er en del av jobben...men eg tenker, når eg tenker direkte på hjemmesykepleie, så tenker eg umiddelbart på det eg gjør ute"

(Fra interview i 1990 med Birgitte, sygeplejerske.)

De ansatte i hjemmesygeplejen skelner mellem "inde-arbejde" og "ude-arbejde".⁸ Inde-arbejdet er det arbejde, som foregår på kontoret, altså på afdelingen for Pleje og Omsorg, hvor de ansatte har deres respektive grupperum. Her finder det administrative arbejde sted, som f.eks. kontakter til sygehus, familie osv., gruppemøder, personalemøder m.m. Ude-arbejdet er derimod det arbejde, som foregår ude hos de ældre o.a. Selvom "ude-arbejdet" således faktisk foregår inde i hjemmesygeplejemodtagernes hjem, kaldes det alligevel "ude" af den logiske grund, at den ansatte må ud og køre bil for at komme hen til modtagerne.⁹ "Inde" og "ude"-inddelingen kan derfor for udenforstående give et misvisende billede af, hvor arbejdet faktisk foregår. Men denne skelnen handler da heller ikke om, hvor arbejdet finder sted. Torunn Hamran finder også i sin studie af sygepleje på et sygehus, at hjælpeplejerne og sygeplejerskerne skelner mellem inde- og udearbejde svarende til administrativt arbejde inde på kontoret og patientarbejde ude på afdelingen, på stuerne (Hamran 1992). Udfra en inde-ude-inddeling indeholder hjemmesygeplejearbejdet altså patientarbejde og administrativt arbejde. Og de administrative opgaver nævnes her sjældent af den grund, at de altså ikke opfattes som hørende til det egentlige arbejde, men snarere betragtes som *udenomsopgaver*. Kriteriet for inddelingen af det egentlige

⁸ Der er altså tale om empiriske begreber, som anvendes af personalet i det daglige.

⁹ I visse tilfælde bor hjemmesygeplejemodtagerne i gangafstand fra den bygning, som afdelingen for Pleje og Omsorg hører til. Det praktiseres imidlertid sjældent at gå til modtageren, både fordi der ikke er tid til det og fordi den næste på listen højst sandsynligt bor længere væk.

arbejde og udenomsarbejdet handler altså om, hvor vigtigt arbejdet opfattes af de ansatte, og denne inddeling går således helt på tværs af min ovenfor nævnte inddeling. Også Aud-Norun Andersson finder i sin hjemmesygeplejestudie (se note 28, s.224), at det patientnære arbejde både af hjælpeplejerne og af sygeplejerskerne rangeres højt, mens det administrative arbejde rangeres lavt (Andersson 1985:55).

6.2.1.2 Faglige og ikke-faglige opgaver

"...veldig varierte oppgaver, alt fra det du kan si er direkte sykepleie som stell av mennesker som trenger kvalifisert pleie da av pasienter ja, som trenger medisinsk hjelp, som du kanskje må ha utdanning for å gi. Organisere med medisiner, vurdere pasienter og sette i gang med tiltak ut fra det som vi har utdanning til å gjøre. Eg gjør det og samtidig så gjør eg veldig enkle ting som å handle for de, fylle bensin på [her ler vi begge]. Nei veldig variert, jeg vasker et gulv hvis det trengs, hvis de har kastet opp på gulvet så lar vi ikke det ligge, eg gir mat til katten, hvis der er behov for det, eg plukker blomster altså, det er veldig variert..."

(Fra interview i 1990 med Birgitte, sygeplejerske.)

I dette citat opererer den interviewede med et kriterium for inddeling, som handler om, hvorvidt opgaven kræver uddannelse eller ikke. Herved adskilles de små hverdagslige gøremål fra det faglige sygeplejearbejde. Som følge af denne inddeling opfattes de små hverdagslige opgaver som noget ekstra, man kan gøre, men ikke behøver at gøre, når man har hjælpeplejer- eller sygeplejerske-uddannelse. Den fælles latter illustrerer den umiddelbare opfattelse af, at benzinpåfyldning ikke har noget med hjemmesygepleje at gøre, men har det ikke det? Når jeg sammenligner hjælpeplejerne med sygeplejerskerne på dette punkt, finder

jeg en tendens til, at hjælpeplejerne i mindre grad oplever disse små gøremål som ekstra-arbejde, men mere som noget, der hører med til arbejdet, selvom det ikke er formaliseret. Hjælpeplejerne har også en tendens til at være mere optagede af overlappende opgaver i forhold til hjemmehjælperne, end det er tilfældet hos sygeplejerskerne. Én forklaring på dette kan være, at hjælpeplejerne med deres 1-årige uddannelse oplever at befinde sig nærmere hjemmehjælperne end sygeplejerskerne med 3 års uddannelse. En anden forklaring kan imidlertid være, at der findes nogle opgaver, som kun sygeplejerskerne kan udføre, og når tiden bliver knap, så presses de således til at "koncentrere" arbejdet om de mest "rene" sygeplejeopgaver, hvilket gør de små ekstra gøremål til andenprioriteringsopgaver. En lignende tendens viser sig i Hamrans studie, hvor en forstærket arbejdsdeling fører til, at sygeplejerskerne koncentrerer sig om det administrative arbejde (indearbejdet), mens hjælpeplejerne koncentrerer sig om patientarbejdet (udearbejdet) (Hamran 1992).

Muligheden for en bevægelse af opgaver hjælpeplejerne og sygeplejerskerne imellem hænger sammen med, at der findes det, jeg kalder en *gråzone* mellem de to typer arbejde. I interviewene tematiserer et af spørgsmålene forholdet mellem hjælpeplejere og sygeplejersker, herunder fordeling af arbejdsopgaver (se bilag 7b, s.550). Et vigtigt fund er her, at der kun tales om "rene" sygeplejerskeopgaver, mens der ikke tales om rene hjælpeplejeropgaver, og at det er hjælpeplejerne, som fra tid til anden overskrider en grænse, mens sygeplejer-

skerne ikke overskrider nogen grænse. Når jeg konkret spørger om forskellen mellem hjælpepleje- og sygepleje-opgaver, handler svarene således om en opremsning af det, som kun sygeplejerskerne må udføre. Det drejer sig primært om intramuskulære sprøjter, blodprøver, behandling af "vanskelige" sår, psykiatriske patienter, døende som får morfin, sætte kateter, dosere medicin, give en vaccine og skrive sygeplejerapporter. Typiske hjælpeplejeropgaver bliver dermed personlig pleje, tilsyn og enkle sårskift. Når sygeplejerskerne tager denne type opgaver, og tiden er knap, betragtes det tendentielt som ressourcespild, "man bør spare dem til sygepleieropdrag...". Når hjælpeplejerne overskrider grænsen, betragtes det som et udtryk for "ikke å kjenne sin begrensning"¹⁰, medmindre der er tale om pålagte eller nødvendige opgaver. Og sidstnævnte er ofte praksis, fordi man f.eks. ikke først kan sende en sygeplejerske ind til en patient for at behandle et vanskeligt sår for derefter at sende en hjælpeplejer ind for at vaske patienten. Det må gøres af samme person for at undgå "krysskjøring", som de ansatte kalder det. Den grå zone opstår altså, fordi to grupper med forskellig uddannelsesbaggrund i princippet er ansat til at gøre det samme arbejde. Mens den ene gruppe kan udføre alle typer opgaver i hjemmesygeplejen, kan den anden gruppe kun udføre en del af opgaverne, omend dette i praksis er størsteparten.

¹⁰ De to citater er hentet fra mine data baseret på den deltagende observation i hjemmesygeplejen.

6.2.1.3 Nødvendige og ikke-nødvendige opgaver

"Det er i grunnen ikke noen spesiell grense synes eg, der er jo luksusoppdrag hører og med...men ikke hvis man har veldig travelt. Så er der jo ting som eg ser at familien kan ta, som eg da føler er gjerne et luksusoppdrag. Sånn som å gå inn og skifte en bleie om kvelden på et forholdsvis friskt og klart menneske som er oppegående."

(Fra interview i 1990 med Marianne, sygeplejerske.)

De ansatte i hjemmesygeplejen bruger udtrykket "luxus-opdrag" om de opgaver, som de af en eller anden grund ikke finder nødvendige. I dette tilfælde føler Marianne opdraget unødvendigt, fordi hun mener, at bleskiftet kan foretages af patientens mand. Set fra Mariannes synspunkt kan det virke tungt at skulle køre f.eks. 20 minutter for at gå ind og skifte en ble og derefter gå igen. Men for denne kvinde, som er "frisk og oppegående" kan det muligvis være vitalt, at hun ikke behøver at være afhængig af sin mand i forhold til at få en ny ble på, når det at skulle gå med ble i sig selv må antages at kræve en omstillingsproces for hende. Mens det i dette eksempel drejer sig om en opgave, som en fra familien kunne gøre, kan andre typer "unødvendige" opgaver bestå af dem, som patienten selv kunne gøre.

KC: "...hva er din oppgave her som hjemmesykepleier?"

Mona: "...det er bare å hjelpe de til det de ikke klarer selv..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Birgitte : "...hjelp pasienten med det som ikke han kan gjøre selv, det kan eg se det er hjemmesykepleie..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Denne type definition stemmer præcist overens med Wærness' definition af omsorgsarbejde i modsætning til *personlig service* (jf. s.48-49). Med Wærness'

begreber udfører de ansatte i hjemmesygeplejen altså først og fremmest *omsorgsarbejde*. Det betyder imidlertid ikke, at ikke også *personlig service* i Wærness' forstand finder sted, blot på en mere usystematisk måde, ofte i form af tilfældige eller sporadiske afbrud fra konkrete planlagte arbejdsopgaver. Dette leder ind på det sidste kriterium for inddeling, jeg finder, nemlig om forudsigeligheden i opgaverne.

6.2.1.4 Planlagte og ikke-planlagte opgaver

Som jeg har været inde på tidligere, er det et karakteristisk træk ved hjemmesygeplejearbejdet sammenlignet med hjemmehjælpsarbejdet, at arbejdet planlægges nøje, før hjælpeplejeren eller sygeplejersken møder op hos den enkelte patient, hvilket da styrker den opdragsorienterede rolle og dermed koncentrationen om at udføre en bestemt opgave. Men der findes også en del brud med denne forudsigelighed.

"Sykepleie er å stikke innom når du ser at et gardin er fortrukket i 14 dage..."

(Fra interview i 1990 med Signe, sygeplejerske.)

"...det er jo en jobb...det er jo de rutinemessige tingene. Men hvis du samtidig kan, kan gjøre litt mer, altså gi litt mere av dig selv og du får da respons igjen...det synes eg er min største oppgave.

(Fra interview i 1990 med Merete, hjelpeplejer.)

Jeg finder, at dette brud med forudsigeligheden har en specielt vigtig betydning i forhold til at få indsigt i, hvad egentlig *omsorg* består af i hjemmesygeplejen og i forhold til at skelne mellem *omsorg* og *omsorgsarbejde*.

6.2.2 Omsorg og omsorgsarbejde

Det vil næppe være frugtbart at begynde at kalde nogen af hjælpeplejernes og sygeplejerskernes arbejdsopgaver for "omsorgsarbejde" og andre for "ikke-omsorgsarbejde" uanset hvilke kriterier, som bruges for en sådan inddeling. Blandt de ansattes arbejdsopgaver ser det imidlertid ud til, at arbejdet hos den enkelte patient synes at blive opfattet som et kerneområde for resten af arbejdsområderne, jf. inddelingen mellem egentligt arbejde og udenomsarbejde. Derfor findes der også en tendens til blandt personalet først og fremmest at kalde det direkte patient-arbejde for "omsorgsarbejde", mens det administrative arbejde bestående af vejledning, undervisning osv. ikke kaldes for "omsorgsarbejde", også selvom det klart har betydning for, er påvirket af og samtidig styrende for patientarbejdet. Ud fra en sådan betragtning kunne man derfor tale om *direkte og indirekte omsorgsarbejde*.¹¹ Det samlede direkte og indirekte omsorgsarbejde dækker da alt arbejde, som hjælpeplejerne og sygeplejerskerne i den hjemmebaserede omsorg udfører, og ingen arbejdsopgaver kan ud fra en sådan forståelse

¹¹ Inspirationen til at anvende begreberne "direkte" og "indirekte" omsorgsarbejde i hjemmesygepleje er delvis også hentet fra begrebsparret *direkte og indirekte plejetid* hos Anne Iversen *Hva gør vi i hjemmesygepleien?* Iversen henviser til en undersøgelse fra 1985, hvor en patientklassificering blev gennemført indenfor hjemmesygeplejen i Oslo og bl.a. førte til inddeling af hjemmesygeplejeopgaver i direkte og indirekte tid. (Pasientklassificering Oslo Helseråd Avd. Hjemmesygepleie 1985, Martha Quivey, jf. Iversen 1986).

Direkte plejetid omfatter den tid, som bruges på arbejde i patientens hjem, mens den indirekte tid omfatter tiden til alle andre typer arbejde, som møder, kørsel, spisepauser osv. Jeg finder det imidlertid problematisk, at Iversen kalder spisepauser for "ineffektiv tid". På denne måde giver inddelingen mellem direkte og indirekte tid let associationer til tidsstudier med henblik på effektivisering af den ineffektive tid. Når jeg foreslår muligheden for en inddeling af arbejdet i *direkte og indirekte hjemmesygeplejearbejde*, er det ikke for at foretage en rangordning af de to typer af arbejde, men for at fremhæve patientarbejdet som det, der i følge de empiriske fund bør være det styrende for de resterende typer arbejde.

karakteriseres som "ikke-omsorgsarbejde". Samtidig implicerer en sådan inddeling, at normen da må være at gøre patientarbejdet til det centrale og styrende for det samlede arbejde.

Når det gælder *omsorg* finder jeg imidlertid grund til at tale om, at noget omsorgsarbejde, og det bliver da noget af det direkte omsorgsarbejde, ikke er *omsorg* eller i hvert fald kun tilnærmelsesvis er *omsorg*. En ansat kan udføre en tjeneste hos en modtager, det kan f.eks. være at give patienten medicin, men denne opgave behøver ikke at være et udtryk for omsorg for patienten, hvad enten det hænger sammen med den ansattes personlige engagement, involvering i patienten m.m. eller det hænger sammen med betingelserne for arbejdet. Under min deltagende observation oplever jeg f.eks. patientbesøg, som er stærkt afgrænsede i opgave og tid; eksempelvis et 5 minutters besøg for at give en insulinsprøjte. Der er udført en vigtig (medicinsk) opgave, men den er udført uden at give *omsorg*. Som de to citater ovenfor peger på, er omsorg altså noget mere end omsorgsarbejde (jf. også Wærness 1982), og dette "mere" handler da om i en eller anden grad at have patienten med i sine tanker (også udenfor dennes hjem) og i hjemmet hos patienten at være modtagelig for dennes reaktioner m.m.¹² Modtagerens individualitet må altså så at sige være i giverens

¹² At betragte "omsorg" som noget ekstra i et plejearbejde stemmer også overens med en commonsense-opfattelse af begrebet (se også s.50-51). Når der i medierne f.eks. fokuseres på kritisable forhold på sygehjem, er det ofte mangelen på "omsorg", som kommer i fokus, som f.eks. i en artikel med overskriften "Liten tid til omsorg" og brøteksten "De skulle så gjerne hatt bedre tid til litt ekstra omsorg, pleierne ved Nordens største sykehjem. Men bemanningen er altfor liten." (Bergens Tidende 31/7-1996)

bevidsthed, hvis der skal være tale om *omsorg*. Det handler om at inddrage den andens virkelighed i sine handlinger (Noddings 1984), og omsorgsgiveren og -modtageren kan da have en mening om, hvorvidt der rent faktisk indgår *omsorg* i det arbejde, som er gjort.¹³ Man kan sige, at når den ansatte udfører en tjeneste uden en specifik hensyntagen til, hvem der modtager tjenesten, da kan arbejdet siges at have fået en mekanisk karakter og at have mistet sin funktion som *omsorg*. Eftersom mødet mellem en omsorgsgiver og en omsorgsmodtager er et møde mellem to mennesker, en social interaktion (udddybes i kap.8), vil det kunne hævdes, at man ikke kan tale om omsorgsarbejde uden en grad af emotionel bevægelse, selvom man måske nok vil kunne definere en yderlighed. Det, som empirien fra denne studie viser, betinger denne ikke-omsorg, er først og fremmest organisatoriske betingelser i form af en meget nøje forhåndsplanlægning (og dermed stor forudsigelighed) af arbejdsopgaverne hos den enkelte patient kombineret med en knaphed på tid.

Tiden er en meget vigtig komponent i *omsorg* (jf. også eksemplet ovenfor). Afhængig af hvilken konkret arbejdsopgave, vi taler om, kan det være vanskeligt at tidsfæste *omsorgsarbejde*. Og dette bliver endnu mere iøjnefaldende, når vi forsøger at tidsfæste *omsorg*, hvilket må ses i sammenhæng med, at denne så at sige har indbygget en uforudsigelighed af principiel og grundlæggende karakter.

¹³ Dette udelukker ikke, at nogen opgaver "udefra" kan antages ikke at indeholde *omsorg* (som f.eks. det ovenfor nævnte 5 minutters opdrag) og det udelukker heller ikke, at f.eks. omsorgsgiver og -modtager kan være uenige.

Uforudsigeligheden er med andre ord mest gennemgribende, når omsorgsarbejdet også indebærer omsorg. Lytter en ansat f.eks. oprigtigt til en patients bekymringer, så er der tale om både *omsorgsarbejde* og *omsorg*, og dermed bliver den tidsmæssige uforudsigelighed stor. Tid kan altså siges at være en vigtig bestanddel af omsorgsarbejde, og i særlig grad hvis arbejdet tillige skal indebære *omsorg*. Også andre har peget på vigtigheden af tid som en komponent knyttet til omsorgsarbejde (Szebehely 1995, James 1992, Davies 1996). Karen Davies, som har studeret børneomsorg, opererer med en adskillelse mellem *klokketid* og *procestid* for at synliggøre netop det uforudsigelige moment. Klokketid er da den tid, vi alle forholder os til i hverdagen, når vi møder på arbejde osv., mens procestiden er en tidsnorm, som indebærer, at det f.eks. ikke kan forudsiges hvor lang tid, det vil tage at give et barn mad. De organisatoriske omstændigheder vil imidlertid ofte lade klokketiden dominere over procestiden på grund af faste rutiner, faste arbejdstider osv. Dette er da også tilfældet i den indledende arbejdsdagsbeskrivelse, hvor Marianne ikke kan love konen til en patient, vi er hos, at komme tilbage på et bestemt tidspunkt, fordi hun i dette eksempel opererer med en procestid (indenfor rammen af en klokketid), mens konen til patienten derimod opererer med en klokketid. Denne type kollision mellem forskellige tidsnormer har også Nanna Kildal præciseret med begreberne *kvalitativ tid* og *kvantitativ tid* (Kildal 1986). Kildal knytter den kvantitative tidsnorm historisk til lønarbejdets opståen, mens hun betragter den kvalitative tid

som en tidsnorm, der især kommer til udtryk, når vi bevæger os udenfor det lønnede arbejdes sfærer, f.eks. i tilknytning til arbejdsledighed eller i husarbejdet. I det hjemmebaserede omsorgsarbejde findes denne kollision altså, både fordi vi her befinder os delvis indenfor og delvis udenfor det lønnede arbejdes sfære, men også mere konkret, fordi de organisatoriske forhold og den deraf følgende tidsnorm for en stor del er defineret uafhængig af de konkrete og specifikke behov, som fra dag til dag opstår hos omsorgsmottagerne.

Wærness' distinktion mellem *omsorg* og *omsorgsarbejde* (Wærness 1982) tematiserer altså forholdet mellem arbejde og følelser. Dette forhold diskuteres også af andre omsorgsforskere, f.eks. i anvendelsen af begreberne "caring for" og "caring about" (Ungerson 1983, James 1992). Clare Ungerson, som specielt fokuserer på det familiære omsorgsarbejde, finder, at det er et karakteristisk træk ved denne type omsorgsarbejde, at "caring about" danner grundlag for "caring for", altså at de familiære emotionelle bånd følges op af omsorgstjenester. Nicky James derimod, som bl.a. har set på sygeplejerskers arbejde på et sygehus, finder, at den emotionelle del kommer til sidst, mens det er sygehuset som organisation og det konkrete (fysiske) omsorgsarbejde, som kommer først. James har på baggrund af sin studie peget på tre komponenter i omsorgsarbejde; *care*¹⁴(omsorgsarbejde) = organisation + fysisk arbejde + emotionelt arbejde.

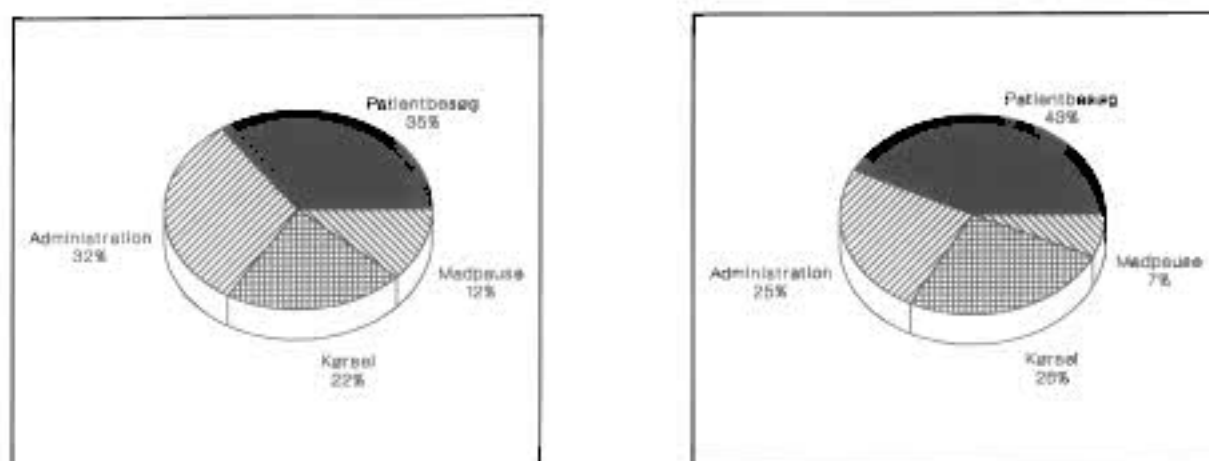
¹⁴ Eftersom James ikke skelner mellem omsorg og omsorgsarbejde, oversætter jeg "care" i denne sammenhæng med omsorgsarbejde.

Organisationen består både af de mere overordnede betingelser for arbejdet gennem antallet af patienter, tiden hos patienterne osv., og af den organisering, som fremkommer i det daglige konkrete arbejde med patienten. Det fysiske arbejde er alt det konkrete arbejde, som udføres på afdelingen, mens det emotionelle arbejde så er et arbejde, som sygeplejersken udfører i tilgift til det fysiske konkrete arbejde, som f.eks. at føre samtaler med patienter m.m. Ved denne inddeling fremkommer ifølge James bl.a. en skelnen mellem synligt og usynligt arbejde, fordi det emotionelle arbejde i modsætning til det fysiske arbejde ikke er synligt. James peger også på, at ingen reagerer på, at det emotionelle arbejde ikke er gjort, men er det fysiske arbejde ikke gjort, ses dette derimod straks; en forskel, som har sammenhæng med en commonsense-opfattelse såvel som en dominerende opfattelse af *arbejde* som noget fysisk og synligt. Når James definerer omsorgsarbejde som bestående af organisation, fysisk arbejde og emotionelt arbejde, opererer hun således med en bredere definition af *arbejde* end f.eks. Wærness gør ud fra bl.a. en antagelse om, at det emotionelle altså altid i en eller anden grad indgår. Det frugtbare i dette er, at den emotionelle del dermed bliver en integreret del af det, som samlet bliver *omsorgen* og James peger på, at netop den emotionelle del er central på trods af dens usynlighed. På den anden side får hun herved ikke det frem, som Wærness peger på og som også empirien i denne studie understøtter, nemlig at det drejer sig om noget "ekstra", som ikke behøver at være til stede, og hun får heller ikke

distinktionen mellem administrativt arbejde og patientarbejde frem, som empirien i denne studie viser er central, og særligt når man ser på ændringer over tid i dette arbejde. Med henblik på at se nærmere på ændringer i arbejdsindholdet som følge af omorganiseringen, har jeg konstrueret en oversigt over tidsforbruget før og efter omorganiseringen¹⁵ (se også bilag 10, s.560-561, for en nærmere specificering).

Figur 10:

Tidsforbrug i hjemmesygeplejearbejdet før og efter omorganiseringen



Figurerne viser, at mens det administrative arbejde udgør 32% af arbejdstiden før omorganiseringen, reduceres dette til 25% efter omorganiseringen.

¹⁵ Under min deltagende observation hos de ansatte i hjemmesygeplejen noterer jeg tidspunkter for varigheden af patientbesøg, bilkørsel, spisepauser (lunchpauser), møder m.m. Jeg har ingen forudgående planer om hensigten med denne tidsstudie, men gør det, fordi det slet og ret føles naturligt i forhold til at skrive dagbog om arbejdsdagen. På baggrund af denne tidsnotering fra feltarbejdet, kan jeg senere konstruere en oversigt over tidsbruget i hjemmesygeplejearbejdet. Figur 10 er et resultat af dette.

Patientarbejdet derimod øges fra 35% til 43%.¹⁶ Ved en umiddelbar betragtning kan dette - måske specielt fra et effektivitetssynspunkt - opfattes som positivt, fordi det direkte patientarbejde således er øget. Med hensyn til det administrative arbejde må jeg gøre opmærksom på, at selvom det administrative arbejde for den enkelte hjælpeplejer og sygeplejerske er blevet mindre, betyder dette ikke, at administrationsarbejdet på afdelingen samlet er blevet mindre, da dette arbejde blot er flyttet til andet personale.¹⁷ Jeg finder det således vigtigt ikke uden videre at betragte den udvikling, som figuren antyder, som bare positiv. En problematisk side ved denne udvikling handler f.eks. om at adskille det administrative arbejde fra det praktiske patientarbejde, hvilket f.eks. betyder, at førstegangsbesøg, altså besøg hos hjælpemodtagere med det formål at afklare hjælpens omfang og indhold og skrive kontrakt (se også senere i kap.8.5), udføres af gruppelederen, som er den, der i princippet har færrest erfaringer med patientarbejdet i hjemmet. En anden problematisk side handler om, at hjemmesygeplejearbejdet bliver mere ensformigt og fysisk tungere, når det ikke

¹⁶ Anne Iversen (1986) henviser til en studie af hjemmesygeplejen i Oslo, hvor alle aktiviteter i løbet af arbejdsdagen i en uge i 1985 blev noteret ned. Materialet omfatter ca. 3600 patienter fordelt på Oslo hjemmesygeplejes 26 distrikter. Resultatet af denne tidsbrugsundersøgelse viser, at 54% af arbejdet gik til direkte patientarbejde, mens 13% gik til rejsetid, 5% til spisepause og 27% til administration (møder, undervisning, kontorarbejde). Tidsforbruget i hoveddistriktet adskiller sig fra Oslo-studien først og fremmest ved et større tidsforbrug til kørsel, hvilket skyldes relativt store afstande mellem patienter i et landligt område i modsætning til den tætte bebyggelse i Oslo-området. Desuden viser tallene, at tidsforbruget efter omorganiseringen har nærmet sig tidsforbruget i storby-distrikterne.

¹⁷ I 1987 udgør ledere og administrativt personale 8% af det totale antal stillinger, mens den tilsvarende andel i 1995 udgør 19%. Tallene er baseret på statistisk materiale indhentet fra afdelingen. Der er altså tale om mere end en fordobling af den administrative del af personalet.

kan varieres med administrative opgaver, jf. citatet : "der blir mer jobbing" (se i slutningen af den indledende arbejdsdagsbeskrivelse s.308).

Figurene peger imidlertid på et vigtigt udviklingstræk i hjemme-sygeplejearbejdet, som i sin kerne handler om arbejdsdeling, om at afgrænse, specificere og fragmentere arbejdet, hvilket også er ét af den traditionelle professionaliserings typiske træk (jf. tidligere). Ud fra en anden figur (figur 11), som samler de fire inddelingskriterier for arbejdet, jeg har gennemgået, kan denne arbejdsdeling udredes lidt nærmere.

Figur 11:
Omsorgsarbejdets bestanddele

OMSORGSARBEJDE			
DET EGENTLIGE ARBEJDE		UDENOMSARBEJDET	
Det faglige	Det ikke faglige	-administrativt arbejde -mødevirksomhed -den videre læring	
Det nødvendige ¹⁸	Det ikke nødvendige		
Det planlagte	Det ikke planlagte		

Figuren illustrerer to skillelinier i arbejdet, dels én mellem det egentlige arbejde og udenomsarbejde (patient- og administrativt arbejde), og dels én mellem det faglige, nødvendige og planlagte på den ene side og deres negationer på den anden side; og som figuren viser, relaterer disse sidste sig først og

¹⁸ Det nødvendige arbejde relaterer sig også til opfyldelsen af fællesskabets normer, jf. Beckman 1981.

fremmest til det egentlige arbejde. Figuren illustrerer to typer arbejdsdeling: udenomsarbejdet er blevet adskilt fra det egentlige arbejde, og indenfor det egentlige arbejde findes en potentiel adskillelse af det faglige, nødvendige og planlagte fra deres modsætninger. Med begreberne *omsorg* og *omsorgsarbejde* kan dette udtrykkes på følgende måde: grænserne for, hvad omsorgsarbejdet kan indeholde er blevet indskrænket, og betingelserne for, at *omsorgsarbejdet* også indebærer *omsorg*, er blevet svagere.

Når det gælder indskrænkningen af udenomsarbejdet, bliver dette en direkte følge af omorganiseringen, som indebærer, at store dele af det administrative arbejde (telefoner på kontoret, kontakter til sygehus, kontakter til læger m.fl., førstegangsbesøg, ansøgninger om plads på f.eks. sygehjem, organisering af rehabiliteringsophold m.m.) overgår til gruppeleder (jf. også kap.3.4). En mulighed for at begrænse det administrative arbejde findes altså i en organisatorisk ændring, her en ændret arbejdsdeling. Når det gælder det ikke faglige, det ikke nødvendige og det ikke planlagte arbejde, er der en anden type organisatorisk ændring, som bliver aktuel, nemlig hvor lang tid (kvantitativ tid), der afsættes til at udføre et vist antal opgaver.¹⁹ Når arbejdet effektiviseres, betyder dette netop, at specielt det ikke-faglige, det ikke-nødvendige og det ikke-planlagte arbejde beskæres, men det kan også betyde, at indholdsdefineringen af

¹⁹ Betydningen af den kvantitative tid må således ikke undervurderes. En hensyntagen til eksistensen af kvalitativ tid indebærer netop, at den kvantitative tid potentielt øges.

f.eks. "det nødvendige" ændres.²⁰ I indledningseksemplet har Marianne f.eks. som ét af sine opdrag, at få den gamle mand op af sengen, vaske ham, få ham i tøjet og få ham hen i sin "godstol" i stuen. Konen klager imidlertid over hans tiltagende stivhed i leddene, og derfor tager vi ekstraarbejdet med at lade ham træne lidt med sit gangstativ frem for bare at køre ham i kørestol hen til stolen. Det er fordi jeg er med, at vi har lidt ekstra tid til dette; havde Marianne været alene, havde hun sandsynligvis sagt, at hun ikke havde tid og måtte videre til næste patient, og måske havde hun sagt, at det var fysioterapeutens opgave. Den knappe tid gør med andre ord tendentielt arbejdsdelingen også i forhold til andre personalegrupper legitim.

Under det egentlige arbejde har vi altså to sider, hvor den ene side (som jeg har indrammet) i princippet (jf. note 20) ikke kan afgrænses eller beskæres i nogen væsentlig grad, og en anden side, som tværtimod er åben for afgrænsning og indskrænkning. De organisatoriske ændringer har således en vigtig betydning for, hvad omsorgsarbejdets bestanddele skal være, dvs. hvor grænsen skal gå mellem venstre- og højresiden i det egentlige arbejde og mellem det egentlige og udenomsarbejdet, hvad man skal betragte som nødvendigt og ikke-nødvendigt (jf. gangstativ-eksemplet) osv. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at de

²⁰ Jeg har her lyst til at nævne, at Kommunchelsetjenesteloven indeholder udtrykket "nødvendige behov" (se i appendix, s.568), og at dette i et udkast til en rundskrivelse om kvalitetssikring (1996) til dels erstattes af "grundlæggende behov", hvilket man kan opfatte som et strengere krav for tjenestetildeling end "nødvendige". Man må således ikke se bort fra muligheden for også at indskrænke den indrammede side i figuren.

organisatoriske betingelser ikke kan sikre, at omsorgsarbejdet også indebærer omsorg, at "caring for"-opgaverne (de faglige, nødvendige og planlagte) suppleres med "caring about"-opgaver (ikke faglige, ikke nødvendige og ikke planlagte). Dette vil også afhænge af den enkeltes subjektive indfaldsvinkel til arbejdet, men desuden af en kommunikativ del, eftersom omsorgen bliver til gennem en interaktion mellem giver og modtager (udddybes i kap.8). Ritva Gough (1987) finder tidligt denne både centrale og samtidig begrænsede side ved det organisatoriske i forhold til omsorgsarbejde. Gennemgangen i forhold til figuren peger altså på, at betingelserne for at knytte *omsorg* til *omsorgsarbejdet* er bedst, når der findes rum for brud med det regelbundne, det afgrænsede og det specifikt definerede indhold i omsorgsarbejdet hos den enkelte patient.

6.2.3 Varm kundskab

Efter at have set nærmere på kriterierne for inddeling af arbejdsopgaver, bliver det vigtigt også at se nærmere på, hvorfor de medicinske opgaver nævnes så hyppigt i en spontan opremsning af opgaver og hvorfor der i det hele taget skelnes mellem specielt faglige og ikke faglige opgaver. Dette bliver ikke mindst også vigtigt i forhold til en sammenligning med hjemmehjælperne, fordi de ansatte i hjemmesygeplejen (til forskel fra hjemmehjælperne) har baggrund i en teoretisk uddannelse, før de i det hele taget går ind i arbejdet. Dette betyder

både, at de møder arbejdet med et teoretisk kundskabsgrundlag og at de møder arbejdet med en bestemt type socialisering. På et generelt niveau indebærer uddannelse at tilegne sig kundskaber om et specifikt område, men det indebærer også tendentielt, at man nødvendigvis vil arbejde med andet end det, som uddannelsen lægger op til.²¹ Her kommer både hjælpeplejerne og sygeplejerskerne, men tendentielt i størst grad sygeplejerskerne, når de har tre gange så lang en uddannelse, hurtigt i det dilemma, at arbejdet i hjemmesygeplejen stadig så at sige tilbyder arbejdsopgaver, som ligger udenfor den type opgaver, som de uddannelsesmæssigt er stillet i udsigt. Og dette sker altså i langt højere grad i hjemmet end på en institution med sine naturlige afgrænsninger af opgaver (jf. tidligere citat fra en sygeplejerske, se s.314). Derfor opstår dilemmaet mellem at møde arbejdet som uddannet og kvalificeret, som det vi traditionelt kalder "professionel" og samtidig at blive mødt med opgaver, som giver den ansatte en rolle som lægmand; de ikke faglige opgaver kaldes af ovenfor nævnte sygeplejerske for "enkle".

En anden vigtig grund til at plejeopgaverne og de medicinske opgaver nævnes så hyppigt kan også hænge sammen med, at de ansatte så at sige må forbi disse, før de kan supplere dem med andre. Som nævnt tidligere har størsteparten af hjælpeplejerne og sygeplejerskerne erfaringer fra institution, før de begynder i

²¹ Derfor styrker en professionalisering også som tendens et monopol på arbejdsopgaver, en afgrænsning af arbejdsopgaver i forhold til andre arbejdstagergrupper.

hjemmesygeplejen. Specielt hvis de har været på klinik, viser dette sig at være en vigtig kundskab for at kunne arbejde i hjemmesygeplejen, og ledelsen betragter klinikerfaringer som et fortrin ved ansættelsen i hjemmesygeplejen.²²

Jeg skal give et eksempel for at pege på vigtigheden af de tekniske færdigheder:

Jeg følger sygeplejersken Katrine og vi kommer ud til et patientpar. Opgaven består i at kateterisere konen og vaske samt hjælpe manden op af sengen. Hos dette patientpar går de ansatte gerne to og to, fordi arbejdsopgaverne tilsiger det. Også i dag kommer endnu en sygeplejerske, Turid; hun er netop begyndt som ekstravagt. Katrine og Turid aftaler på forhånd, at Turid tager kateteriseringen hos konen og Katrine tager manden, hvor jeg kan hjælpe til. Vi går alle tre ind i soveværelset til ægteparret og begynder arbejdet. Det viser sig imidlertid hurtigt, at Turid ikke kan klare at kateterisere, og dette påvirker straks den afslappede hverdagslige kommunikation med konen, som plejer at få kateteriseringen overstået på et øjeblik. Turid prøver en gang til, men det går ikke, og der kommer urin på lagenet. Nu overtager Katrine opgaven og viser samtidig Turid, hvordan det skal gøres. Turid føler sig tydeligt ilde berørt over hele situationen og specielt da konen spørger, om hun netop er blevet færdig som sygeplejerske, hvilket hun ikke er. Da konen skal op fra sengen er hun ved at vælte urinkolben, fordi Turid ikke har taget den ud på badeværelset med det samme...

(Fra min deltagende observation i 1990, hvor jeg følger Katrine, sygeplejerske.)²³

I modsætning til hvad man måske kunne forvente, er de tekniske færdigheder af speciel vigtighed i hjemmesygeplejen, fordi arbejdet oftest gøres, uden at andre er til stede og kan spørges til råds. På en sygehusafdeling derimod vil der

²² Jf. udsagn fra de to ledere fra hoveddistriktet på et af vore månedlige møder i 1995.

²³ Der findes flere gode grunde til, at Turid er usikker. Hun er netop begyndt som ekstravagt og kender derfor ikke så mange af patienterne endnu. Desuden er det en tid siden, hun har været i arbejde som sygeplejerske, fordi hun har været hjemme hos sine børn. Pointen med at berette om denne lille episode er imidlertid ikke at forklare, hvorfor usikkerhed kan opstå, men derimod at pege på vigtigheden af at kunne de færdigheder, som arbejdet kræver.

i princippet altid findes kollegaer eller overordnede, som kan hjælpe til.²⁴ Når jeg kalder det "tekniske færdigheder" er det også for at pege på, at der ikke bare er tale om teknikker, men også praktiserede teknikker, da det er gennem praksis, at teknikkerne læres.

Jeg har tidligere været inde på forskellen mellem autoritative og autentiske erfaringer. Ud fra det foregående kunne man således skelne mellem autentiske erfaringer i forhold til at lære sig teknikker (som at give sprøjter, kateterisere m.m.) og autentiske erfaringer i forhold til at få kundskab om den enkelte patient. De autoritative erfaringer baserer sig altså på teoretisk kundskab, mens de autentiske erfaringer baserer sig dels på det, man kunne kalde en færdighedskundskab, men dels også på en anden type praksiskundskab, som inddrager hjælpemodtageren gennem kommunikationen med denne, gennem noget emotionelt.

"Det er ikke bare det at du er sygepleier, du må og vise lite grann varme."

(Fra interview i 1990 med Anita, sygeplejerske.)

Et begreb, som jeg finder kommer meget tæt på netop denne specielle type autentisk kundskab, hvor hjertet må være med i arbejdet, er begrebet *varm kundskab*, som hører til begrebsparret "varm og kold kundskab" (Martin Rein 1983). I denne distinktion lægges der netop vægt på betydningen af det

²⁴ Torunn Hamran peger imidlertid gennem sin studie på, at "de andre" ofte ikke er til at få fat i, hvilket betyder, at specielt hjælpeplejerne i praksis ofte må udføre arbejdet uden hjælp (Hamran 1992).

emotionelle, hvilket skulle betyde, at skillelinien ikke går mellem teoretisk og praktisk kundskab, men derimod mellem teoretisk kundskab, færdighedskundskab og varm kundskab.

Figur 12:

Teoretisk kundskab, færdighedskundskab og varm kundskab

Autoritative erfaringer	Autentiske erfaringer	
Teoretisk kundskab	Praksiskundskab	
	Færdigheds-kundskab	Varm kundskab
Kold kundskab		

I forhold til at realisere *omsorg* betyder dette altså, at der foruden teoretisk og færdighedskundskab, må findes varm kundskab og at denne varme kundskab er praksiskundskab. Hamran (1992) peger i sin studie på "det kliniske blik"²⁵, som sygeplejerskerne bruger f.eks. i forhold til at kunne observere en patient for symptomer efter en operation. De må da både kende til det, som statistisk viser sig af mulige bivirkninger og samtidig må de kunne praktisere dette ved at følge den enkelte patients tilstand nøje. Muligvis er der tale om en type kundskab, som i højere grad knytter sig til sygeplejearbejdet på en institution, hvor patienten kan følges time for time med blodtryksmåling m.m. samt generel observation, hvilket hjemmesygeplejen ikke har de samme organisatoriske betingelser for. På den

²⁵ Det er et begreb, som især er blevet brugt i forhold til lægers ikke-videnskabeligt begrundede handlinger.

anden side vil de stadig kortere sygehusophold også aktualisere i hvert fald dele af disse opgaver i hjemmet. "Det kliniske blik" som kundskabsform kunne derfor placeres mellem færdighedskundskaben og den varme kundskab som en del af begge og under praksiskundskaben.

I forhold til diskussioner om kundskab og kundskabstyper, knytter den forståelse, som figur 12 viser, sig til en tradition, hvor man specielt fokuserer på kroppen som noget centralt i forhold til kundskab.²⁶ Her er tale om en kropsliggørelse af kundskabsbegrebet (Molander 1990), og begrebet om "varm kundskab" indfanger netop denne kropsliggørelse. Når det gælder inddelingen i teoretisk kundskab, færdighedskundskab og varm kundskab, finder jeg, at denne har klare ligheder med en kundskabsinddeling, som f.eks. filosofen Tore Nordenstam (1983) opererer med, nemlig mellem kundskab i form af påstande, kundskab i form af kunnen eller færdighed, og kundskab i form af fortrolighed med forskellige fænomener. Teoretisk kundskab er altså påstandskundskab, mens praksiskundskab er både færdighedskundskab og fortrolighedskundskab. I forhold til disse inddelinger, er det ikke uvigtigt at være opmærksom på, at de ikke - sådan som figuren måske kan antyde - er forskellige og adskilte kundskabstyper; Molander (1990) peger også på dette. De er derimod tre aspekter af den

²⁶ Michael Polanyi med sit begreb *den tavse kundskab* (Polanyi 1967) og brødrene Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus 1986) hører til denne tradition. Jeg skal inddrage disse nærmere i anden del af dette kapitel om hjemmehjælpsarbejdet. Indenfor andre traditioner fokuserer man i stedet på handlingen eller kulturen (Molander 1990). Det ligger udenfor denne sammenhæng at komme nærmere ind på disse.

kundskab, som de ansatte i hjemmesygeplejen anvender i forhold til at udøve omsorgsarbejde og eventuelt omsorg.

Når kundskab er kropsliggjort, er det let at betragte den som irrationel. Dette var udgangspunktet for Wærness' udvikling af begrebet *omsorgsrationalitet* (jf. tidligere), som netop blev til for at pege på, at der også findes refleksioner og fornuft i kropsligt baserede handlinger, også selvom der ikke er tale om værdimaksimering, sådan som det forudsættes i en traditionel bytteteoretisk tænkning (Wærness 1996). Mens specielt den teoretiske (påstands)-kundskab kan siges at være en kundskab, hvor fornuft oftest antages at indgå, forholder det sig snarere omvendt med den varme kundskab og med færdighedskundskaben. Dette hænger sammen med, at den varme kundskab bryder med en traditionel kundskabsforståelse, når den er meget konkret, ikke-generaliserbar og stærkt knyttet til enkeltmennesket. Det følgende eksempel kan illustrere, hvordan den varme kundskab i hjemmesygeplejearbejdet kan basere sig på et (emotionelt) engagement i patienten:

"Eg liker veldig godt å gå til...litt stakkars pasienter, som er fallet mellom to stoler i samfunnet, som du virkelig ser at du kan gjøre enormt mye for...spesielt en da som [ler litt] han har vært en gammel alkoholiker kan du si, smuskete og skitten, bråkmaker og sosialklient som ble syk og som du virkelig følte at du kunne gjøre enormt mye for. Og da måtte du vaske opp og lage mat og vaske gulv...og akkurat altså, det er sånn en pasient som jeg føler lite grann godt for... Dei som har stor familie, som har kone eller mann, som er friske oppegående, har det fint rundt sig og har fått mye ut av livet sit og alt, dei vil eg heller gi litt mindre enn eg vil gi disse som gjerne ikke har det så forferdelig godt...dei vil eg heller ta meg litt mere av og så gi litt mindre til de andre, for de har ressurser til å kunne slå seg igjennom og få alt mulig..."

(Fra interview i 1990 med Marianne, sygeplejerske.)

Selvom varm kundskab kan integrere et emotionelt engagement, betyder dette ikke, at den ikke er rationel. Citatet illustrerer, hvordan varm kundskab indeholder individualiseret kundskab (fortrolighedskundskab) om patienten, en kundskab, som fører til, at sygeplejersken fordeler sit engagement efter et retfærdighedsprincip. Såvel kundskaben om patienten som handlingen på baggrund af denne kundskab kan uden videre siges at være rationel.

I det følgende vil jeg gå ind på en lignende analyse af indhold og kundskab i hjemmehjælpsarbejdet som den, jeg har foretaget i forhold til hjemmesygeplejearbejdet, men jeg vil her koncentrere mig en del om at foretage sammenligninger med fundene fra hjemmesygeplejearbejdet.

6.3.0 Indtryk fra en hjemmehjælper hverdag

Jeg møder som aftalt med ledende hjemmehjælper lidt før 8 på hjemmehjælpskontoret. Kontoret udgøres af en af ældreboligerne i et ældrecenter bestående af 1-plans rækkehuse. Boligerne er to-værelses lejligheder med amerikansk køkken.²⁷ Hjemmehjælpskontoret er således placeret et sted, hvor der findes en koncentration af hjemmehjælpsmodtagere.

Flere hjemmehjælpere er allerede kommet, da jeg møder, men der snakkes ikke meget og de undlader at spørge mig nærmere om mit arbejde, selvom ledende hjemmehjælper har forberedt dem på, at jeg skulle komme denne dag. Jeg oplever min tilstedeværelse som en dæmper på samtalen mellem disse

²⁷ Et amerikansk køkken er - i modsætning til det traditionelle køkken - ikke adskilt fra stuen. Det bruges f.eks. i etværelses lejligheder, men også i store lejligheder, hvor køkkenarbejdet så at sige er gjort mere kollektivt ved at den, som gør dette arbejde, ikke derved isoleres fra de aktiviteter, som måtte foregå i stuen samtidig.

hjemmehjælpere.

Der finder ingen morgenmøde sted. De hjemmehjælpere, som møder her om morgenen, kommer, fordi de enten har noget, de ønsker at spørge ledende hjemmehjælper om eller ikke har faste modtagere. Men det kan også skyldes rent praktiske grunde som f.eks. ønsket om at følges med en af de andre hjemmehjælpere. De hjemmehjælpere, som har faste modtagere, møder således oftest hos en hjemmehjælpsmodtager frem for på kontoret. Sissel, den hjemmehjælper, som ledende hjemmehjælper har besluttet, at jeg skal følge, ville have mødt ude hos sin første hjemmehjælpsmodtager i dag, hvis ikke det var fordi hun skulle have mig med. Hun er en midaldrende kvinde med tre voksne børn og har forberedt sig på min deltagelse denne dag ved at genlæse en rapport om hjemmehjælpsarbejdet, som jeg sendte ud til alle hjemmehjælpere i distriktet efter at have færdiggjort studien af hjemmehjælpsarbejdet, før omorganiseringen i praksis trådte i kraft.

Sissel går i 3/4 stilling, 2 dage "ude", dvs. hos modtagerne og to dage "inde", dvs. i et dagcenter, hvor hun laver middag og aktiverer de ældre. Hun har også sit eget hjem at se til, men i forhold til tidligere har hun nu kun sin mand, da børnene er voksne og flyttet hjemmefra.

Da vi lidt over 8 kører ud til den første hjemmehjælpsmodtager, har vi to andre hjemmehjælpere med os i bilen. Disse to har ikke egen bil og slipper derfor for at tage bus i denne kulde med masser af sne fra om natten. Under kørselen snakker de tre hjemmehjælpere om forskellige håndarbejdsprojekter, de er i gang med. Og så begynder Sissel forsigtigt at spørge mig lidt nærmere om, hvad jeg ønsker denne dag. Hun giver udtryk for en vis undren over, at man kan forske i omsorgsarbejde, men samtidig udtrykker hun respekt for det.

Ca. 8.15 kommer vi til den første modtager, som er en ældre enkemand. Han er en af Sissels faste klienter, som hun er kommet hos i flere år. Han bor i et stort fint rækkehus i to etager. Huset virker meget rent og der er ryddet overalt. Han er født i Bergen og har i mange år boet inde i byen. Men i forbindelse med ægteskabet flyttede de her ud på landet. På væggen hænger et stort billede af hans kone og på soveværelset findes en del religiøse skrifter. Efter en kort hilsen på manden, går vi straks i gang med rengøringsarbejdet. Sissel tørrer støv af, mens jeg støvsuger både oppe, ned ad trapperne og nede (der findes tæpper på alle værelser). Under støvsugningen i stuen afbrydes jeg af enkemanden, fordi han ønsker at få støvsuget to puder i køkkenet. Da jeg når til nedre etage og kan afslutte støvsugningen, er Sissel i gang med at vaske på badeværelset, og mig beder hun om at vaske køkkengulvet ovenpå, men først når manden er færdig med sin morgenmad. Sissel tilbyder enkemanden at gøre lidt ekstra i dag, da vi er to. Da han imidlertid ønsker at få vinduerne pudset, går hun kun modstræbende med til det, da hun for tiden stadig bedes om at udføre netop denne arbejdsopgave, som hun og flere arbejdskolleger oplever som anstrengende i længden. Men da vi er to, som kan sludre under arbejdet, er det let at

udføre den i dag.

Ca. 9.30 kører vi ud til næste hjemmehjælpsmodtager, som også er en mand, en ældre udlænding. Han er ved at blive dement og er begyndt at vandre en del rundt på vejene i det område, han bor i. Han taler dårligt norsk med accent og stirrer intenst på mig, da han kommer ind i bilen, men spørger ikke om noget, da han sandsynligvis går ud fra, at jeg er en fra hjemmehjælpstjenesten. Først senere afklarer hjemmehjælperen, hvorfor jeg er med i dag. Da vi kommer til hans hjem, får jeg et umiddelbart indtryk af fattigdom, ensomhed og urenhed. Stuen er iskold og meget sparsomt møbleret. Men ved nærmere eftersyn findes der faktisk små formuer her i form af persiske tæpper, et antikvarisk flygel og et meget fint gammelt spisebord. Gardinerne derimod ligner gamle klude, vindueskarmene er tomme og der er frygtelig støvet. Sissel har fået besked på ikke at røre stuen, men derimod de to værelser ovenpå, som han bruger, et soveværelse og et arbejdsværelse. Da jeg tilfældigt hører ham sige et tysk ord helt uden accent, opdager jeg, at han taler flere sprog. Han er musikuddannet, har dels spillet og dels repareret musikinstrumenter. Da han opdager, at jeg også taler tysk, øges hans behov for at fortælle om sit liv betragteligt og han virker straks mindre dement, når han kan formulere sig på et sprog, som han taler flydende i modsætning til det norske.

Sissel koger vand til te i køkkenet, som er det eneste sted i huset, der er varmet op. På vej ud til ham købte Sissel nogle friske rundstykker og en lille ost, da hun ikke regnede med, at han havde spist. Det viste sig også, at køleskabet var helt tomt bortset fra et gammelt indtørret brød, og heller ikke i skabene var det muligt at opdrive noget spiseligt. I selskab får manden imidlertid spist hele to rundstykker og drukket te. Da vi er færdige med morgenmaden, sætter Sissel mig til at vaske op, mens hun vil pakke lidt tøj sammen til ham, fordi han dagen efter skal ud på et ældrecenter og prøvebo der. Sønnen har tidligere foreslået, at faderen skulle bo der, men eftersom han afviste det blankt, måtte planen opgives. Men nu har Sissel gået en tid hos denne mand, og han er blevet væsentlig "blidere". Derfor har han nu ladet sig overtale til at afprøve det. Sissel får også tid til at vaske en maskine med tøj, mens vi er der, nøje afpasset tiden.

Mens jeg vasker op og tørrer med et håndklæde, fordi det ikke er muligt at opdrive et viskestykke i køkkenet, kommer han flere gange ud til mig og vil fortælle om sit liv. På trods af, at hjemmet først virker tomt og fattigt, får hans beretninger mig snart til at føle, at det er fyldt med varme og personlige minder.

Da Sissel og jeg skal til at gå ca. 11.30, vil han pludselig med. Det virker som om han på den måde vil undgå eller i hvert fald udsætte ensomheden i hjemmet. Solen er nu kommet frem og Sissel sætter ham af ved posthuset.

Så kommer vi ud til dagens sidste hjemmehjælpsmodtager, en gammel dame i 90'erne. Hun bor i kælderetagen i sin søns hus og lejligheden er rimelig stor med en stue og et lyst og fint soveværelse samt køkken og badeværelse. Der virker meget hyggeligt med mange fine gamle møbler og pyntesager. Sissel kunne

holde lunch sammen med sine kollegaer på hjemmehjælpskontoret, men hun vil hellere spise lunch hos denne gamle hyggelige dame, som altid smører madder og laver kaffe klar til hende. Den gamle dame er meget glad for Sissel og glæder sig altid til hendes ugentlige besøg. Da vi spiser lunch sammen, forhører den gamle dame sig nærmere om mit arbejde. Jeg taler forsigtigt om arbejdet, men den gamle dame insisterer på at få alt at vide, om forskningsarbejdet og om mit private liv. Hun bliver så begejstret og interesseret, at hun næsten ikke får spist noget. Langt om længe går Sissel og jeg i gang med rengøringen. Jeg tørrer støv af og derefter støvsuger jeg, mens Sissel tager køkkenet og badeværelset. Så vasker hun håret på den gamle dame og jeg stryger en bluse og vander blomster.

Da vi er færdige med husarbejdet siger Sissel, at jeg kan snakke lidt med den gamle dame, så vil hun vaske vinduerne udefra imens. Den gamle dame siger, at hun ser lidt dårligt, og at Sissel derfor ikke behøver at gøre dette ekstraarbejde. Men Sissel insisterer og dermed bliver det sådan. Så sætter jeg mig ned hos den gamle dame, og nu er det hende, som fortæller, om den gang hun blev opereret for grå stær, om sine årlige ture til et pensionat i flotte naturomgivelser, om sit barnebarn og om de gange, hun har været alene i huset, mens sønnen og familien var på ferie.

Da Sissel og jeg går ved 14.15 tiden forærer den gamle dame mig et par hjemmestrikkede grydelapper og ønsker mig held og lykke. Vi kører tilbage til hjemmehjælpskontoret for at kigge efter eventuelle beskeder, men her er tomt og ingen beskeder ligger. Sissel bruger ikke Stella, selvom hun faktisk burde gøre det. Hun siger, hun er bange for at gøre noget forkert. Skal der lægges noget ind i Stella, siger hun det bare til ledende hjemmehjælper; hun sidder jo alligevel altid der.

Nu mangler Sissel kun at gøre indkøb til i morgen, hvor hun skal være på dagcenteret. Hun sætter mig derfor af ved et busstoppested og kører videre...

(Fra min deltagende observation i 1994, hvor jeg følger Sissel, hjemmehjælper.)

6.3 Hjemmehjælpsarbejde - mellem verbal og tavs kundskab

6.3.1 Hjemmehjælpsarbejdets indhold

Hjemmehjælpsarbejdets indhold kan inddeles i følgende²⁸:

²⁸ Inddelingen adskiller sig lidt fra den, jeg bruger i hovedfagsopgaven (Christensen 1989), hvilket har sammenhæng med, at genbearbejdningen af det empiriske materiale om hjemmehjælpsarbejdet også inkluderer tiden efter omorganiseringen.

-husarbejde (madlavning, indkøb, støvsugning, støvtørring, gulvvask, tøjvask, vinduespudsning m.m.)

-sociale opgaver (at være en social kontakt for klienten, aktivere klienten, være klientens advokat, være "oversætter" af breve fra offentlige instanser m.m.)

-plejeopgaver (hjælpe en klient med at vaske sig, personlig pleje, evt. føre tilsyn med at medicin er taget m.m.)

-administrative opgaver (rapportere om arbejdet f.eks. på hjemmehjælpsmøder, deltagelse i tværfaglige møder (se s.181), lære at bruge computerprogrammet Stella, følge undervisning m.m.). Dertil kommer klientarbejde udenfor hjemmene; det er arbejde, som ikke foregår i klienternes hjem, men på dagcentrene. Jeg nævner denne type opgave for sig, fordi den går på tværs af de andre. Også den kan bestå af indkøb, madlavning, aktivering m.m., og ligesom de administrative opgaver, foregår den udenfor klientens hjem, men den handler altså om klientarbejde.

Set i et udviklingsperspektiv har arbejdet fortsat sin kerne i de huslige og sociale opgaver, men såvel plejeopgaverne som de administrative opgaver er gradvis udvidet, og specielt dagcenterarbejdet kan siges at udgøre en helt ny type opgave.²⁹ Ritva Gough (1987) peger også på baggrund af sin svenske hjemmehjælpsstudie på denne type opgaver som en særegen type; hun kalder

²⁹ Det er ikke alle hjemmehjælpere, som får denne type arbejdsopgave, måske specielt ikke dem, der har en meget lav stillingsprocent, og nogle steder går arbejdet på skift mellem hjemmehjælpere i en gruppe.

denne typer opgaver for **"kollektiv service"** og betoner derved, at vi her har med opgaver at gøre, som ikke er relateret til omsorgsmottagere enkeltvis, men derimod til en kollektiv mottagergruppe. For hjemmehjælperen i rollen som arbejdstager har dagcenterarbejdet (men også de administrative opgaver i form af mødedeltagelse osv.) en vigtig funktion i forhold til at gøre arbejdet mere varieret. Indeholder arbejdet kun husarbejde og sociale opgaver, er det vanskeligt at have som et fuldtidsarbejde, fordi der da vil være for stor en del af arbejdet, som består af tungt husarbejde. Hvor tungt husarbejdet er varierer end del med boligstandarden og det udstyr³⁰, som findes i boligen. I de nyere boliger og specielt i ældreboliger tilknyttet centre, er husarbejdet noget lettere end f.eks. i private gamle familievillaer. Kan arbejdet således varieres med andre typer mindre fysisk tungt arbejde, øger også muligheden for at vælge det som fuldtidsarbejde.³¹ Set i et udviklingsperspektiv fører såvel dagcenterarbejdet som det administrative arbejde til, at dele af hjemmehjælpsarbejdet flyttes væk fra klienternes hjem.

En af punkterne, som jeg anfører under det huslige arbejde, er madlavning.³²

³⁰ I tilknytning til de nye omsorgskontrakter anvendes en "orientering om hjemmehjælp" (se bilag 2a, s.518-519), som udleveres til hjemmehjælpsmottageren, og af denne fremgår, at kommunen nu har anledning til at "stille vilkår til mottaker av hjelpen" f.eks. i forhold til nødvendige hjælpemidler for rengøringen.

³¹ Det betyder ikke, at der ikke kan findes andre vigtige grunde til at vælge deltidsarbejde, jf. kap.4, "Hvem er disse kvinder?".

³² Se også Wærness 1989c:258 for en gennemgang af syn på mad: mad som kost contra mad som kultur og personlig smag.

Denne opgave er imidlertid over tid blevet væsentligt reduceret. Tidligere har tilberedningen af varm mad i klientens hjem været en vigtig hjemmehjælpsopgave. Madlavning og madspisning var ofte kombineret med socialt samvær, klienten fik mulighed for at forberede sig på at spise ved at kunne lugte maden forinden og senere om aftenen kunne klienten gå og hente rester i køleskabet, sådan som det er tilfældet i de fleste almindeligt fungerende hjem. Også i dag findes en sådan madlavningspraksis i hjemmehjælpsarbejdet, men som tendens er denne på vej til at blive erstattet af enten opvarmning af frossen færdigmad f.eks. fra nærmeste institution, eller af at en portion varm mad bringes ud af en hjemmehjælper.³³ Afstanden mellem klientens ønsker og tilberedelsen bliver gennem denne udvikling så stor, at mulighederne for f.eks. misforståelser m.v. øger. En af de ældre, jeg kommer med ud til, nævner overfor den hjælpeplejer, jeg kommer med, at han aldrig får kød i sine middagsretter. Hjælpeplejeren Ingrid vil undersøge dette nærmere. Hun mener, det har sin forklaring i, at maden kommer fra en institution, hvor kød ikke anvendes i det hele taget.³⁴ En anden ældre mand, jeg kommer med ud til, klager over, at han ikke får nok mad.³⁵ Madudbringningen betyder også, at indtagningen af varm mad må ske isoleret, da hjemmehjælperen ikke har tid til at sidde hos klienten

³³ Når en hjemmehjælper får til opgave at bringe mad ud til klienterne, får denne hjemmehjælper en helt anden type arbejdsdag end den, som de fleste hjemmehjælpere har.

³⁴ Fra min deltagende observation i 1990.

³⁵ Fra min deltagende observation i 1993 med Birgitte, sygeplejerske.

under måltidet, men må videre med de andre portioner varm mad, før de bliver kolde. Dagcentrene bliver et alternativ til det socialt isolerede måltid, men dette alternativ er betinget af, at klientens helse giver mulighed for at komme der. Empirien i denne studie peger altså på, at ændringer i hjemmehjælpsarbejdet har som en af sine konsekvenser, at de sociale elementer knyttet til madlavning og spisning som tendens snarere fjernes end styrkes. Også andre hjemmehjælpsstudier viser til en sådan udvikling (Gough 1987, Elvbakken 1989).

Når det gælder plejeopgaverne er disse udvidet som følge af samordningen med hjemmesygeplejen. Men plejeopgaverne er også blevet flere som følge af mere turnusarbejde også for hjemmehjælperne.³⁶ Turnusarbejde betyder arbejde ud over dagtiden, først og fremmest i weekenden, men af og til også om aftenen. At hjemmehjælperne bruges i weekenden, hvor husarbejde i princippet ikke skal gøres, betyder, at de her koncentrerer arbejdet om madlavning og plejeopgaver. Af hensyn til denne funktion indføres en organisering for oplæring af hjemmehjælperne til at udføre plejeopgaver; en oplæring som finder sted i det daglige. I princippet er der tale om den samme gråzone-tendens som mellem hjælpepleje og sygepleje, her mellem hjemmehjælpsopgaver og typiske hjælpe-

³⁶ I 1979 er turnusarbejde ikke indført (Wærness 1982), i 1989 arbejder 23% i turnus, dvs. med arbejde hver 4. weekend (jf. surveyen i denne studie) og i 1996 arbejder 22% i turnus (jf. oplysninger fra afdelingen for Pleje og Omsorg i hoveddistriktet). At der ikke finder en øgning sted fra 1989 til 1996 kan hænge sammen med det fortsat udbredte deltidsarbejde blandt hjemmehjælperne. I 1989 arbejder 72% på deltid (se tabel 7, bilag 9).

plejeopgaver.³⁷ Men denne gråzone kan altså siges at være betydeligt større i weekenden end i det daglige arbejde. Hjemmehjælperens arbejde i weekenden adskiller sig således en del fra det daglige arbejde. Dette gælder både i forhold til arbejdsopgaverne og i forhold til samarbejdet med de ansatte fra hjemmesygeplejen. Længe før indførelsen af "integreringen" af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, findes en (ufornel) integrering i weekendarbejdet, fordi dette er organiseret sådan, at alle hjemmehjælpere, hjælpeplejere og sygeplejersker tilknyttet samme zone, mødes på afdelingen for Pleje og Omsorg om morgenen og her fordeler dagens arbejdsopgaver sammen under ledelse af en sygeplejerske i zonen. Man kan altså sige, at plejeopgaverne langsomt og af forskellige grunde er blevet en øget andel af hjemmehjælperens arbejdsopgaver. Af hensyn til en sammenligning af tidsforbruget i hjemmesygeplejearbejdet med tidsforbruget i hjemmehjælpsarbejdet, har jeg forsøgt at konstruere en tilsvarende oversigt.

Figur 13:



³⁷ De ansatte selv kalder dem "sykepleieoppgaver", fordi de ikke taler om typiske hjælpeplejeopgaver i det hele taget, jf. tidligere i kapitlet.

Figuren viser kun situationen efter omorganiseringen, fordi det ikke er muligt at inddele hjemmehjælpsarbejdet før omorganiseringen i de fire kategorier, som fremgår af figuren. Men iøvrigt er denne inddeling, når det gælder tiden efter omorganiseringen, også kun delvis mulig (jf. også bilag 10, s.561, hvor jeg forklarer baggrunden for konstruktionen af figur 13). Mens procentandelene i forhold til administration og kørsel kan regnes for korrekte i den forstand, at det er muligt at holde disse kategorier adskilt fra de andre, gælder det for lunchpauserne, at disse ikke altid uden videre kan adskilles fra klientarbejdet. Derfor er det reelle tidsforbrug til lunchpauser lidt højere end det, figuren kan antyde. Til gengæld lapper den over kategorien "klientbesøg".

Disse "problemer" med at få en oversigt over tidsforbruget i hjemmehjælpsarbejdet afdækker vigtige karakteristika for arbejdet og samtidig afdækker de vigtige ændringer i disse karakteristika. Ét vigtigt karakteristikum består altså i, at det er langt sværere at adskille de forskellige hjemmehjælpsopgaver, end det er tilfældet i hjemmesygeplejen, og alligevel tyder ændringerne i hjemmehjælpsarbejdet på, at det fragmentariske også i stigende grad vinder indpas her. Hjemmehjælpernes lunchpause og ændringer i forhold til denne kan være et illustrativt eksempel. I starten betyder det korte deltidsarbejde, at lunchpauser slet ikke indgår i arbejdstiden. I et næste udviklingstrin spiser hjemmehjælperne enten deres mad hos klienten, evt. sammen med klienten eller på vejen mellem to klienter (i bilen). Jf. en hjemmehjælper, som fortæller en lille historie, som

florerer mellem hjemmehjælpere, da jeg foretager min første deltagende observation.

"Vi har en vits som sier, at hvis du ser et menneske som spiser enten når de kører eller de står ved veikanten, så er det en hjemmehjelp".

(Fra gruppeinterview i 1988 med tre hjemmehjælpere i den første integrerede gruppe.)³⁸

I et tredje udviklingstrin, hvor hjemmehjælpskontoret findes, vælger hjemmehjælperen enten at spise sammen med kollegaer eller sammen med en klient. Og i et sidste trin vil det sandsynligvis blive en norm at spise sammen med kollegaer fast, jf. også en typisk (traditionel) arbejdstagerrolle. I det indledende arbejdsdagseksempel vælger Sissel at spise sammen med klienten. En vigtig grund til det er, at hun har været hjemmehjælper i mange år og således har været vant til at arbejde alene. Derfor har hun endnu ikke helt vænnet sig til at betragte hjemmehjælpskontoret som et fast tilholdssted. Vigtigt er også, at hun (endnu) ikke føler en stærkere tilknytning til sine arbejdskammerater end til sine klienter.³⁹ Såvel den længere arbejdstid som ændringer i arbejdets organisering med hensyn til flere klienter og kortere tid hos hver klient ændrer lunchpausen henimod at blive en udskilt del af det øvrige arbejde.

³⁸ Denne lille historie kan iøvrigt også opfattes som et tegn på den begyndende arbejdstageridentitet hos hjemmehjælperne. Til dette knytter sig nemlig også forskellige billeder af typiske situationer i arbejdet.

³⁹ Se tabel 23 (bilag 9), som kan vise denne tendens gennem de forskellige grunde, de ansatte giver til at gå på arbejde på trods af sygdom.

6.3.2 Anvendelse af inddelingskriterierne fra hjemmesygeplejearbejdet

Sammenligner jeg de kriterier for inddeling af arbejdet, som hjemmehjælperne bruger med dem, som de ansatte i hjemmesygeplejen bruger, findes der vigtige forskelle. Når det gælder inddelingen i det egentlige arbejde og udenomsarbejdet samt inddelingen i faglige og ikke-faglige opgaver, er disse af langt mindre relevans hos hjemmehjælperne. Hvis det egentlige arbejde består af arbejdet i omsorgsmottagernes hjem og udenomsarbejdet af det administrative arbejde, er denne inddeling (endnu) ikke af relevans for hjemmehjælperne, fordi arbejdet først efter omorganiseringen for alvor begynder at handle om mere end klientarbejdet (jf. også kap.3.3 om ændringer i den daglige organisering). Det fremgår af figuren ovenfor, at de administrative opgaver endnu udgør en så lille tidsmæssig del af det samlede arbejde, at de ikke kan opfattes som "konkurrenter" på samme måde, som det derimod er tilfældet i hjemmesygeplejearbejdet. Men også hjemmehjælperne er begyndt at skelne mellem "inde" og "ude" (se det indledende arbejdsdagseksempel, s.338), hvilket imidlertid indtil videre handler om arbejdet inde på dagcenteret og arbejdet ude i hjemmene. Denne inddeling viser altså hen til det nye i arbejdet med hensyn til "kollektiv service" (Gough 1987), jf. tidligere.

Når det gælder faglige og ikke faglige opgaver, er denne inddeling ikke relevant, fordi hjemmehjælperne (endnu) ikke har behov for at "oversætte" teori (fra uddannelse) til praksis. Med indførelsen af den nye omsorgsarbejder-

uddannelse, som en del af hjemmehjælperne vil komme til at gennemføre, kan der imidlertid ske vigtige ændringer her, når denne uddannelse så at sige umiddelbart slår en streg over det "ufaglærte".

De to kriterier, som handler om nødvendighed og planlægning, kan ikke på samme måde som de to foregående afvises, selvom indholdet er et helt andet. Når hjemmehjælperne opfatter noget som unødvendigt, handler dette ofte om en standard for husarbejdet. Jeg skal give et eksempel fra min deltagende observation.

Jeg er sammen med hjemmehjælper Sara ude hos en klient. Klienten er en ældre dame, som har været husmor hele livet og også opfattet dette som det rigtige for hende. Jeg er i færd med at støvsuge, og da jeg slukker for støvsugeren, hører jeg, at Sara småskændes med klienten. Sara mener, at der ikke er grund til at gøre rent her, hvis den ældre dame gentager rengøringen kort efter. Den ældre dame mener, at hun er nødt til at gøre rent, når der går halvanden uge mellem, at hun får hjælp. Da Sara bemærker, at jeg kan høre samtalen, forsøger hun at dreje skænderiet over i en almindelig samtale.

(Fra min deltagende observation i 1988 med Sara, hjemmehjælper i den rene hjemmehjælpsgruppe.)

Sara føler sig såret over at gøre et arbejde, som kort tid efter gentages. Det kan her være medvirkende, at glæden over husarbejde generelt kan siges at være kortvarig, jf. f.eks. den korte tid et vasket gulv er rent. Når klienten så også gentager arbejdet, kan dette bidrage til at forklare muligheden for denne følelse af sårethed. Arbejdet opleves da som helt unødvendigt. I det indledende arbejdsdagseksempel går Sara kun modstræbende med til at pudse vinduer.⁴⁰ Men

⁴⁰ Det var også mit indtryk, at vinduerne ikke var beskidte i det hele taget.

den mand vi er hos, har tydeligvis været vant til nypudsede vinduer (fra den tid, hvor hans kone levede). Indholdet af hjemmehjælpernes opfattelse af "nødvendigt" handler altså om en renlighedsstandard. Når klienten ønsker hjemmet renere end det, hjemmehjælperen opfatter som rimeligt ud fra egne standarder, da opfatter hjemmehjælperen det altså som "unødvendigt arbejde".

Med hensyn til en inddeling af opgaver i planlagte og ikke planlagte, findes også en sådan i hjemmehjælpsarbejdet. Når en hjemmehjælper bliver vant til at gå hos en bestemt klient, indfinder sig ofte en rutine for arbejdsopgaverne. Denne rutine brydes imidlertid, hvis tiden til arbejdet bliver knappere, fordi dette således nødvendiggør en stærkere prioritering mellem opgaverne. Det ikke planlagte handler da om "lidt ekstra", fordi der alligevel bliver lidt tid tilovers (jf. også det indledende arbejdsdagseksempel, hvor vinduespudsningen bliver det lille ekstra, se s.338). Til forskel fra planlægning af hjemmesygeplejearbejdet er der altså i højere grad tale om planlægning i hjemmet end udenfor hjemmet (på kontoret). Efter omorganiseringen ændrer dette sig imidlertid, fordi planlægningen af hjemmehjælpsarbejdet da også i stigende grad sker udenfor klienternes hjem. Én af grundene til dette er indførelsen af omsorgskontrakterne, hvoraf det bl.a. fremgår, hvilke husopgaver, som indgår i aftalen (se bilag 2a, s.517). En anden grund knytter sig til etableringen af en lederstilling på lavt niveau (ledende hjemmehjælper, se kap.3, herunder figur 5, s.165), hvilket generelt øger muligheden for at have overblik og kontrol over arbejdets indhold hos hver

enkelt klient og samtidig gør det lettere for hjemmehjælperen at rådføre sig med sin leder om arbejdsopgaver og eventuelle tvivlsspørgsmål, hvor der tidligere ikke fandtes nogen at rådføre sig med (bortset fra klienten). Endelig findes en tredje grund i gruppesamarbejdet, som tendentielt medfører en standardisering af arbejdet, fordi udførelsen af for mange ikke planlagte opgaver hos en givet klient vil gøre det vanskeligere for andre hjemmehjælpere at komme hos denne klient. Det er det, som Szebehely (1995) diskuterer som "utbyttbarhets"-problemet. Det, som kan blive populært hos én klient, kan altså hurtigt blive upopulært hos arbejdskammeraterne. Udviklingen peger således på, at der bliver mindre rum for ikke-planlagte hjemmehjælpsopgaver i hjemmet.

Med henblik på at fokusere på forskelle mellem hjemmehjælps- og hjemmesygeplejeopgaver vil jeg igen trække skillelinien mellem det synlige og ikke-synlige frem og her i helt konkret forstand. Ingen ser, at der ikke er tørret støv af, men er gulvet ikke vasket og opvasken ikke taget, så er dette i langt højere grad synligt. I en prioritering af husarbejdsopgaver viser det sig, at det er de synlige opgaver, som varetages først.⁴¹ Også de ansatte i hjemmesygeplejen opererer med en lignende type inddeling i forhold til de medicinske opgaver, hvoraf nogen har synlige resultater (et sår som langsomt bliver mindre og tilsidst

⁴¹ Under min første deltagende observation i hjemmehjælpsarbejdet bliver jeg opmærksom på denne inddeling, fordi jeg gang på gang sættes til at tørre støv af (Christensen 1989).

forsvinder) og nogen mere ikke-synlige (at give medicin, give en sprøjte m.m.).⁴² Ønsket om arbejdets synlighed kan altså have noget at gøre med et ønske om at se resultater af arbejdet, men det kan også være udtryk for et ønske om at få anerkendelse for arbejdet. Mens det første bliver vigtigt i forhold til hjemmehjælpernes huslige arbejde, bliver det andet derimod vigtigst for de ansatte i hjemmesygeplejen, og dette betyder ikke, at de udelukker hinanden; der er snarere tale om en forskel i prioritering. Jeg antager, at denne forskel især hænger sammen med, at de ansatte i hjemmesygeplejen har en klarere status som fagpersoner end hjemmehjælperne (jf. tidligere), hvorfor det bliver vigtigere at høste faglig anerkendelse end at se konkrete resultater af arbejdet.

Inddelingen i synligt og ikke synligt arbejde aktualiserer også en anden vigtig og mere hverdagsligt brugt skelnen mellem fysisk og psykisk arbejde, eftersom specielt sidstnævnte tendentielt også er karakteriseret ved usynlighed. Såvel hjemmehjælperne som de ansatte i hjemmesygeplejen finder både det fysiske og psykiske arbejde anstrengende (se tabel 18 om opfattelser af belastninger i arbejdet og tabel 19 om plager som følge af arbejdet; tabellerne findes i bilag 9). I en studie af Bente Abrahamsen (1986), hvor hun specielt sammenligner belastninger i forskellige typer arbejde, viser det sig også, at plejearbejdet sammenlignet med andre typer arbejde i velfærdsstaten (f.eks. lærere og

⁴² Jeg har ikke nævnt dette i den første del af kapitlet, fordi nogen karakteristika først bliver vigtige, når de sammenlignes med hjemmehjælperne.

socialrådgivere⁴³), er mere belastende, og at hjælpeplejerne oplever fysisk slid og psykisk stress i arbejdet. Når jeg fokuserer på forskelle grupperne imellem i denne studie viser det sig, at hjælpeplejerne finder det fysiske arbejde mere anstrengende end det psykiske arbejde, hvilket forholder sig omvendt for sygeplejerskerne; hjemmehjælperne befinder sig mere i midten mellem disse to tendenser.⁴⁴ Fysisk og psykisk arbejde har imidlertid et forskelligt indhold hos hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen. Mens det fysiske hjemmehjælpsarbejde først og fremmest handler om husarbejde, handler det i hjemmesygeplejen om patientarbejde. Fordi de "rene" sygeplejeopgaver i mindre grad udgøres af de fysisk tunge opgaver, er det hjælpeplejerne, som i størst grad oplever det fysiske arbejde som tungest. Hjælpeplejerne rapporterer derfor også om flere plager som følge af arbejdet end sygeplejerskerne, men dog mindre end hjemmehjælperne. Når sygeplejerskerne oplever det psykiske arbejde som tungere, har det sammenhæng med, at de tildeles mere ansvar i arbejdet end hjælpeplejerne⁴⁵ (jf. også Næss og Wærness 1994, 1996). Dette bekræftes også af, at sygeplejerskerne opfatter patientens krav, ansvaret for patienten og for store

⁴³ På norsk "sosialarbeidere".

⁴⁴ Når den kvantitativt mere omfattende studie til Næss og Wærness (1994, 1996) ikke viser nøjagtig samme tendens (her opfatter specielt hjemmehjælperne det fysiske arbejde som mere tungt end det psykiske (Næss og Wærness:37)), kan det bl.a. have sammenhæng med, at de ikke skelner mellem "svært slitsomt" og "noe slitsomt". Vigtigere end at fokusere på disse forskelle i resultater er det imidlertid, at fysisk og psykisk arbejde i henholdsvis hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet ikke uden videre kan sammenlignes.

⁴⁵ I aftenvagter f.eks. er det altid en sygeplejerske, som må gå rundt med calleren (for akutte opringninger) og hun må lede fordelingen af arbejdet. Samme princip gælder for weekendarbejdet. Dette pålægger dem en stor grad af ansvarlighed i arbejdet.

patientkrav som mere anstrengende end hjælpeplejerne gør (se tabel 18, bilag 9).⁴⁶ Når hjemmehjælperne opfatter det psykiske arbejde som tungt, handler dette i mindre grad om ansvar, men mere om det psykisk anstrengende i hver dag at skulle engagere sig i mennesker. Jeg skal give et eksempel, som kan give et indtryk af, hvad psykisk tungt hjemmehjælpsarbejde kan bestå af.

Kari og jeg kommer ud til en gammel dame, som bor i en lejlighed på ca. 15m². Hun er senil dement. Lejligheden består af 1 værelse med en lille køkkenkrog (uden vask) samt et toilet. Her har hun boet i 17år. Naboerne har klaget over hende, fordi de frygter, at hun en dag vil glemme at slukke for kogepladen f.eks. De har desuden set hende gå ud om natten i underkjole. Den gamle dame har fire sønner, men kun én bor i nærheden, og han kan ikke hjælpe hende. Efter at hun har fået fast hjemmehjælp, er klagerne ophørt. Mens Kari laver morgenmad, sidder jeg og snakker med hende. Hun stiller mig de samme 3-4 spørgsmål ca. 15 gange i løbet af meget kort tid. Først da Kari kommer med et familiealbum og sætter sig på sengekanten hos hende, slutter hun med gentagelserne. Da vi går fra hende, går hun i gang med at spille kort, hendes hovedbeskæftigelse. Kari fortæller mig, at hun sommetider knap ved, hvad der er højre og venstre, når hun forlader denne klient.

(Fra min deltagende observation i 1988, hvor jeg følger Kari, individuelt arbejdende hjemmehjælper.)

Det fysiske arbejde, som består af rengøring, er ikke tungt hos denne dame, når hendes lejlighed er så lille. Til gengæld er det psykiske arbejde meget tungt, og her er det tungt, fordi damen i så høj grad er dement. Mere generelt handler det tunge altså om at skulle engagere sig i klienten, at lytte til beretninger, som hjemmehjælperen måske allerede har hørt hundredevis af gange, at være vågen for følelsesmæssig ubalance, at udtrykke forståelse, at vise at "man bryr seg".⁴⁷

⁴⁶ For "for store patientkrav" gælder dette ikke svarkategorien "ganske slitsomt", men derimod klart kategorien "svært slitsomt".

⁴⁷ Dette er ikke et citat, men et hverdagsligt norsk udtryk.

Denne type arbejde er hverken fysisk eller synlig (James 1992), og i en commonsense-forståelse vil det ikke blive betragtet som arbejde engang. Det er i udpræget grad et skjult arbejde i Wadelsk forstand (Wadel 1984). Til gengæld er det måske her, at hjemmehjælpernes vigtigste arbejdsopgave findes. Hvis dette er tilfældet, bliver det vigtigt at starte spørgsmålet om kundskab her.

6.3.3 Tavs kundskab

Hvilken kundskabstype er det, hjemmehjælperne bruger til at udføre dette skjulte arbejde? Bruger jeg de kundskabsbegreber, som jeg har introduceret gennem analysen af hjemmesygeplejearbejdet, er det både færdighedskundskab og varm kundskab, som kunne hentes frem igen. Alligevel finder jeg grund til at kaste et andet lys over indholdet i disse to begreber ved at erstatte dem med begreberne *fortrolighedskundskab* og *tavs kundskab*.⁴⁸ I hjemmesygeplejearbejdet udgør den kolde kundskab, altså påstandskundskaben, et udgangspunkt for arbejdet, og den må så at sige "varmes op" for at blive til færdighedskundskab og eventuelt også varm kundskab. "Opvarmningsprocessen" rammer således noget centralt kundskabsmæssigt i hjemmesygeplejearbejdet, når dette arbejde har

⁴⁸ Dette betyder egentlig ikke, at disse forskellige begreber ikke kan bruges om hverandre på begge typer arbejde. Men jeg er optaget af at være mest muligt empirisk nøjagtig, og dette kan netop f.eks. gøres ved at anvende de begreber, som man finder kommer aller tættest på de empiriske fund og som for denne sammenhæng kan medvirke til at fokusere på f.eks. forskelle mellem de kundskabsformer, som bliver centrale for de to typer arbejdes skjulte kundskab (hvis denne beholdes som en mere generel fællesbetegnelse).

basis i en teoretisk uddannelse. Dette betyder nemlig, at praksiskundskaben først skal læres gennem at blive erfaret (autentisk), og dermed har man en overgang mellem teori og praksis i arbejdet. Dette er også grunden til, at begrebet *færdighedskundskab* bliver specielt relevant for hjemmesygeplejearbejdet, fordi man netop kan knytte et færdighedsaspekt til enhver type arbejde, uanset graden af teoretisk basis. Færdighed er ikke noget, man har, men derimod noget, man tilegner sig gennem autentiske erfaringer med arbejdet. Teknikker skal praktiseres, før de bliver til færdigheder. Når jeg finder begrebet *færdighed* mere rammende end fortrolighed for hjemmesygeplejen, har dette især noget at gøre med studiens komparative aspekt. Det er nemlig i sammenligningen med hjemmehjælperne, at det bliver tydeligt, at fortrolighed, som baserer sig på mest mulig kvalitativ tid, fleksibilitet og uforudsigelighed, trods alt i størst grad harmonerer med de organisatoriske betingelser, som findes i hjemmehjælpsarbejdet (f.eks. den mindre fragmenterede karakter og bedre tid hos den enkelte klient.) Hjemmehjælpsarbejdet skal ikke "varmes op" i den forstand, som hjemmesygeplejearbejdet skal. Her er der snarere tale om at overføre en praksis fra eget hjem⁴⁹ til andres hjem ud fra de andre ønsker, rutiner m.m., som den enkelte klient har udviklet. Hjemmehjælperne har hidtil ikke haft status som fagpersoner; husarbejdet betragter de færreste som attraktivt og samtidig er en andre-orienteret bevidsthed udbredt (jf. kap.5.2.1). Dette er vigtige grunde til, at

⁴⁹ Altså hjemmehjælperens (eget) private hjem.

hjemmehjælperne i en kundskabsteoretisk forstand i højere grad har "brug" for omsorgsmottageren i deres arbejde, end det er tilfældet for de ansatte i hjemmesygeplejen, og derfor bliver begrebet *fortrolighed* specielt relevant her. Hos de ansatte i hjemmesygeplejen derimod må der nødvendigvis ske en oversættelsesproces fra teori til praksis; derfor behøver et engagement i mottageren ikke være et udgangspunkt. De ansatte i hjemmesygeplejen befinder sig også i den anderledes situation, at de bruger mest tid på det, de også bedst kan lide⁵⁰ i modsætning til hjemmehjælperne, som altså bruger mest tid på det, de bryder sig mindst om. De hjemmesygeplejeansatte har derfor ikke på samme måde brug for "noget andet", en hensigt, et formål med arbejdet, som det er tilfældet hos hjemmehjælperne.

Når det gælder begrebet *tavs kundskab*, som filosofen Michael Polanyi (1967) har introduceret, finder jeg, som allerede nævnt, dette begreb specielt frugtbart i forhold til at indkredse vigtige dele af hjemmehjælpernes skjulte kundskab, og dette har igen sammenhæng med det komparative aspekt. Nogen vil hævde, at man også bør tale om tavs kundskab i sygeplejen (Hamran 1987, Martinsen 1989, Miljeteig 1997)⁵¹ og jf. f.eks. også Hamrans omtale af syge-

⁵⁰ Interviewene peger på, at behandlingsopgaver er opgaver, som de ansatte i hjemmesygeplejen synes godt om. Også andre studier bekræfter dette, se Iversen 1986:23ff. og Andersson 1985:55.

⁵¹ Argumentationen for at anvende netop begrebet "tavs kundskab" frem for eller sammen med begrebet "praksiskundskab" er imidlertid ikke klar (se specielt Hamran 1987). I denne studie "tvinger" en stillingtagen til dette sig imidlertid frem på grund af sammenligningen med hjemmehjælperne. Bruges begrebet *tavs kundskab* om begge typer praksisarbejde, vil en fokusering på vigtige forskelle gå tabt.

plejerskernes "kliniske blik" (Hamran 1992). At knytte begrebet *tavs kundskab* til sygepleje kan f.eks. være frugtbart i forhold til at kunne pege på den flerkontekstuelle kompetence (Hamran 1987), som sygeplejearbejdet kræver, dvs. at sygepleje kræver kundskab om både behandling og pleje, og i de enkelte situationer vil det variere, hvorvidt behandlings- eller plejekonteksten er den dominerende. Begrebet *tavs kundskab* har fundet anvendelse indenfor en del kvindeforskning, selvom det ikke må knyttes til kvinder specifikt; Kirsten Danielsen (1993) bruger f.eks. begrebet også i forhold til uarticuleret kundskab hos mandlige faglærte arbejdere, som ikke kan verbalisere indholdet i arbejdsprocesser og brugen af redskaber i deres arbejde, fordi der er tale om en erfaret praksis. Begrebet har de senere år fået en stigende popularitet, og dette har bl.a. resulteret i en også kontekstafhængig anvendelse (Elzinga 1990). Her ønsker jeg at forsøge at være kontekstnær ved at anvende det specielt i forhold til hjemmehjælpsarbejdet, og mere præcist i forhold til at indkredse den kundskab, som kan knytte *omsorg* til *omsorgsarbejdet*. Begrebet *tavs kundskab* gør noget til kundskab, som ikke er blevet opfattet som kundskab. Polanyi hævder, at vi ved mere end vi kan fortælle, og derfor er der brug for et kundskabsbegreb, som kan indfange dette implicite og uarticulerede. Men denne tavshed kan fortolkes mere eller mindre strengt (Grimen 1991). I en svag fortolkning er tavs kundskab en viden, som bevidst holdes skjult. Denne fortolkning er helt uaktuel for hjemmehjælpsarbejdet og for mange typer

kvindearbejde. I en streng fortolkning er det en viden, som ikke kan verbaliseres overhovedet. Denne fortolkning er mere relevant, selvom den måske i højere grad rammer et generelt problem ved sprog i forhold til praksis end det, som er specifikt for hjemmehjælpsarbejdet. I en mellemliggende fortolkning derimod er der tale om en viden, som endnu ikke er verbaliseret, hvilket betyder, at den kan verbaliseres. Det er denne mellemliggende fortolkning, som bliver særlig relevant i forhold til hjemmehjælpernes tavse kundskab, og jeg finder, at der i hvert fald er to gode grunde til det. Den første grund deler hjemmehjælpsarbejdet langt på vej med hjemmesygeplejearbejdet. Den handler om, at anvendelsen og brugen af begrebet *tavs kundskab* kan få funktion som en verbalisering og synliggøring af indholdet og betydningen af specifikke typer arbejde. En hjemmehjælper, som jeg diskuterer de indholdsmæssige sider af arbejdet med og som er optaget af arbejdets lave status, siger (ironisk):

"De kaller os ufaglært arbejdskraft" (Fra gruppeinterview i 1988.)

En fokusering på tavs kundskab i hjemmehjælpsarbejdet kan således medvirke til at korrigere opfattelsen af betegnelsen "ufaglært". Det samme gælder hjemmesygeplejearbejdet, når dette sammenlignet f.eks. med andre typer sygeplejearbejde er udsat for en lignende type opfattelse (jf. tidligere i kapitlet). Den anden grund er mere specifikt knyttet til hjemmehjælpsarbejdet, fordi dette arbejde, når det kundskabsmæssigt sammenlignes med hjemmesygeplejearbejdet, på en mere klar måde indeholder verbalisering af kundskab som et problem.

Specielt før omorganiseringen har hjemmehjælpsarbejdet været organiseret som et arbejde med et begrænset rum for verbalisering af kundskaber i arbejdet. Verbalisering har været unødvendig, fordi hjemmehjælperne havde få og faste klienter og ingen kommunikation med andre arbejdskolleger. Omorganiseringen har ændret radikalt ved dette, og man kan ikke se bort fra, at denne omorganisering også har ført til en verbalisering af i hvert fald dele af hjemmehjælpernes tavse kundskab.⁵² Alligevel er tavsheden langt fra fjernet. At jeg i min dataindsamling i hjemmehjælpsstudien først og fremmest bruger deltagende observation og i mindre grad interview, mens det omvendte er tilfældet for hjemmesygeplejestudien, kan i sig selv betragtes som data for en sådan påstand. Jeg anser altså verbaliseringsproblemet for at være centralt i hjemmehjælpsarbejdet, hvilket ikke betyder, at det ikke findes i hjemmesygeplejearbejdet.⁵³ Derfor finder jeg det frugtbart især at tale om hjemmehjælpernes tavse kundskab.

Ved at fokusere på "tacit knowing" til forskel fra "tacit knowledge" gør Polanyi (1967) opmærksom på, at der indgår en aktiv og personlig side af kundskab. Tavs kundskab kan - netop som en praksiskundskab - ikke forklæres

⁵² Jeg ser f.eks. de (efter omorganiseringen) etablerede såkaldte temamøder for hjemmehjælpere (jf. materiale fra hoveddistriktet) som et specifikt eksempel på det. Her diskuteres i forhold til temaer som ansvar, sorg, etik, tavshedspligt m.v. og dette har klart en verbaliserende funktion.

⁵³ Dette må ikke forveksles med, at der ikke kan findes tavs kundskab f.eks. hos læger. Men der er da tale om en anden type tavshed, som i mindre grad har sammenhæng med, at man ikke er vant til at verbalisere elementer i arbejdet end at der er tale om elementer, som både sproget generelt og det faglige sprog ikke har betegnelser for.

via generelle vendinger, selvom man kan viderefremidle kundskaben ved at give eksempler. Den er resultatet af en egen læringsproces. Brødrene Dreyfus (1986), som har et lignende perspektiv på kundskab som Polanyi, har opstillet fem trin i en erfaringsbaseret læringsproces.⁵⁴ Modellen kan kritiseres for at fokusere på trin, og den kan også kritiseres for at fremholde muligheden for, at en læringsproces kan afsluttes, når altså det øverste trin, ekspertrollen, er nået (Molander 1990, når det gælder det sidstnævnte). Men denne model kan ligesom begrebet "tavs kundskab" synliggøre betydningen af en type ekspertice, som i stedet for at være knyttet til teoretisk kundskab, knyttes til praksiskundskab. Det sidste eksempel, jeg nævnte, hvor jeg er med ude hos den gamle dame i den lille lejlighed, kan illustrere læringsmomentet, dvs. "vanskeligheden" ved viderefremidlingen. Kari befinder sig på et af Dreyfus-modellens øverste trin.⁵⁵ Hun bruger tavs kundskab både til at organisere og indholdsbestemme det konkrete arbejde. Hun involverer ikke den gamle dame i det konkrete husarbejde, fordi den gamle dame stort set ikke forholder sig til det. Og hun lader mig snakke med hende, mens hun selv ordner det praktiske. Før vi går, giver Kari sig tid til at se i familiealbummet sammen med den gamle dame. Havde hun ikke gjort det, havde den gamle dame sandsynligvis været meget urolig efter at have stillet de

⁵⁴ I min hovedfagsopgave har jeg anvendt denne fem-trins-model til at fremstille hjemmehjælpernes læringsproces som en alternativ form for professionalisering, dvs. udvikling af ekspertice gennem praksiskundskab (Christensen 1989).

⁵⁵ Jeg finder det ikke vigtigt at skulle præcisere, hvilket trin det drejer sig om, jf. kritikken af modellens trin-inddeling.

samme spørgsmål til mig mange gange og fået de samme svar lige så mange gange. Samtalen omkring familiealbummet får imidlertid den gamle dames tanker ind i rolige og vante baner. Kari bruger både en generel kundskab om demente, men også en individualiseret kundskab for at gøre de ting, som beroliger klienten. Specielt hos demente (men selvfølgelig også hos andre) kan det være afgørende for resten af klientens dag, at de "rigtige" ting gøres. Hjemmehjælperens arbejde er således både et fysisk, et emotionelt og et intellektuelt (rationelt) arbejde.

6.4 Afsluttende kommentarer

I forhold til at indholdsbestemme begrebet *omsorg* bidrager indholdsanalysen af hjemmesygeplejearbejdet til at forstå, at denne først kommer i stand som et resultat af en selverfaret kombination af teoretisk kundskab og praktisk kundskab, hvor sidstnævnte består både af færdighedskundskab og varm kundskab. Analysen af hjemmehjælpsarbejdets indhold bidrager derudover til at forstå, at praksiskundskab knyttet til omsorgsarbejde også kan indeholde elementer af tavshed og at den på en helt grundlæggende måde kan basere sig på fortrolighed med omsorgsmottageren.

Den særlige betydning, som jeg har givet henholdsvis *varm* og *tavs kundskab* i dette kapitel har altså at gøre med, at det er disse kundskaber, som giver

specifikke muligheder for at udvikle et omsorgsarbejde gennem nærhed til modtageren og dennes ønsker og behov, dvs. et omsorgsarbejde, hvor også *omsorg* indgår. Muligheden for både at kunne udvikle og anvende disse kundskaber afhænger for en stor del af, at der findes rum for fleksibilitet og uforudsigelighed i arbejdet. Da professionaliseringen og institutionaliseringen er processer, som i mindre grad fremmer disse principper, knytter disse kundskaber sig altså snarere til modprocesserne. På trods af de dominerende udviklings-tendenser i arbejdet, findes der altså også potentialer for et personligt og individualiseret omsorgsarbejde.

Skal vi forstå hjemmehjælp og hjemmesygepleje samlet i forhold til begrebet *omsorg*, peger indholdsanalyserne på, at hjemmehjælpen bør forstås som den forebyggende del og hjemmesygepleje som den både behandelende og forebyggende del. Mens de, som på en måde er "fjernest" fra regler, organisatoriske rammer, arbejdsnormer m.m. (som hjemmehjælperne i denne studie) lettere kan have et ønske om at give *omsorg* ("caring-about") som udgangspunkt for arbejdet, kompliceres og vanskeliggøres dette i et arbejde, hvor disse regler m.v. i stærkere grad er integreret i arbejdet (som i hjemmesygeplejearbejdet i denne studie). Bruges et enkelt princip om få og faste klienter samt tilstrækkelig tid til arbejdet, vil hjemmehjælpsarbejdet forstået som et fysisk, emotionelt og intellektuelt arbejde kunne have en vigtig forebyggende funktion både helsemæssigt og socialt. I hjemmesygeplejen bliver det derimod

vigtigt at kombinere den behandlende del, som de ansatte selv er socialiseret til at fokusere på, men som også af udviklingen støttes kraftigt, med det forebyggende arbejde, som hidtil i alt for ringe grad er blevet betragtet som arbejde, fordi det i mindre grad end det behandlende arbejde er fysisk og synligt. Selvom hjemmehjælperne organisatorisk endnu har bedre betingelser for at udvikle deres skjulte kundskab, er den skjulte kundskab i hjemmesygeplejearbejdet af lige så stor betydning.

De to typer kvindearbejde (hjemmehjælp og hjemmesygepleje) indeholder altså hver sin type skjult kundskab: mens den varme kundskab skal minde os om, at omsorgsmottageren aldrig må "glemmes" i et omsorgsarbejde, skal den tavse kundskab minde os om, at arbejdets vigtighed og nødvendighed aldrig må tages for givet.

Kapitel 7

Dilemmaer for omsorgsmottageren

7.1 Indledning

Eftersom velfærdsstaten skal yde hjælp til ældre, når disse ikke er i stand til at klare sig uden offentlig hjælp, signalerer modtagelsen af hjælp en afhængighed (jf. også indledningskapitlet). Hjemmehjælps- og hjemmesygepleje-mottagere befinder sig altså i en eller anden type afhængighedssituation, og det er formålet med dette kapitel - gennem den del af det empiriske materiale, som fokuserer på mottagerens situation - at få indsigt i indholdet af denne afhængighed og ikke mindst hvilke dimensioner, der findes i et afhængighedsspekter, når det gælder hjemmeboende omsorgsmottagere. I en commonsense-opfattelse skelner vi gerne mellem typisk uafhængige grupper og typisk afhængige grupper, hvor ældre ofte placeres i sidstnævnte kategori; og på en måde bidrager velfærdsstaten til denne opfattelse, fordi den synliggør hjælpen.¹ Afhængighed er imidlertid ikke noget, som specielt kendetegner mottagere af offentlig hjælp. Den er tværtimod et grundlæggende træk ved mennesket, og derfor kan man egentlig ikke opstille et

¹ Til gengæld har dette ikke en stigmatiserende effekt på samme måde som det at modtage socialhjælp (Syltevik 1996); ældre betragtes i højere grad som værdigt trængende (Nordhus, Widding Isaksen og Wærness 1986:24).

klart modsætningsforhold mellem afhængighed og uafhængighed.² Dette udelukker imidlertid hverken, at graden af afhængighed kan variere stærkt eller at man kan tale om magt også i en afhængighedssituation, jf. f.eks. Wærness' service-begreb, som kan rumme en sådan mulighed. Det handler altså om at få indblik i nuancerne, og det er det, dette kapitel skal handle om. Da magt-begrebet imidlertid i størst grad er forbundet med en primært uafhængig position, kan det af og til være frugtbart at erstatte magt-begrebet med f.eks. de Goffmanske begreber *kontrol* og *arena* (Goffman 1970), som handler om menneskets behov for at kunne kontrollere arenaer som f.eks. et hjem.³ Det udfarende og offensive i magt-begrebet får da en mulighed for at erstattes af noget mere defensivt, som kan handle om at forsøge at kontrollere det, som endnu kan kontrolleres.

Overgangen fra ikke at være afhængig af offentlig hjælp til at blive afhængig udgør en omfattende og vigtig ændring i livet hos de ældre, det handler om. Et rolleteoretisk begreb, som fokuserer på betydningen og vigtigheden af f.eks. en sådan type overgang, er begrebet *statuspassage*. Dette begreb er oprindeligt blevet brugt til analyser af alderstilknyttede statusforandringer, men bliver hurtigt et

² På et seminar (ved institut for økonomi, universitetet i Bergen) peger Kari Wærness i et indlæg med titlen "Afhængighed i velferdsstaten" på det fejlagtige i kun at tale om nogle grupper som afhængige (alene mødre, ældre osv.), når vi faktisk alle befinder os i en afhængighedssituation, omend med forskellige karakteristika. "Bare Robinson Crusoe kan sies å ha vert uavhengig - og selv han fikk etter kort tid bruk for Fredag." (Wærness 1988).

³ Inspirationen til at inddrage netop disse begreber er hentet især fra Annica Thomas (1986), men også Ritva Gough bruger i en vis udstrækning kontrol-begrebet i sine fremstillinger af, hvordan de yngre funktionshæmmede forsøger at mestre deres situation som hjælpeafhængige (Gough 1993).

begreb, som viser sig at kunne knyttes til mange typer rolleskift (Glaser og Strauss 1971).⁴ I denne sammenhæng har begrebet relevans, fordi det kan være et redskab til at fokusere på betydningen af rolleskiftet fra ikke at modtage offentlig hjælp til at modtage denne hjælp. Men det bliver her tillige vigtigt at tage højde for betydningen af køn, fordi mænds og kvinders sociale aldring på væsentlige punkter adskiller sig fra hinanden (Nordhus, Widding Isaksen og Wærness 1986).

Konkret vil jeg analysere situationen til fire hjemmehjælpsmodtagere og fire hjemmesygeplejemodtagere. De 8 informanter er udvalgt som repræsentanter for forskellige typer modtagere i distriktet (jf. metodekapitlet, se s.123-126). I gennemgangen af dem følger jeg et mønster, hvor jeg først introducerer deres livssituation ud fra den indsigt, som primært interviewene med disse modtagere har givet mig.⁵ Derefter udleder jeg på baggrund af dette, hvad der således karakteriserer deres afhængighedssituation og hvilke statuspassager, som knytter sig til ændringer i afhængigheden. Endelig ønsker jeg at konkludere om hver enkelt modtager, hvad der fra dennes (modtager)synsvinkel således ser ud til

⁴ Et eksempel er Per Solvangs brug af begrebet i forhold til at fokusere på vitale overgangsfaser hos handicappede (Solvang 1994) eller Liv Sylteviks brug af begrebet i forhold til alenemødre med socialhjælp (Syltevik 1996).

⁵ Størsteparten af empirien for dette kapitel er hentet fra disse interview med hjemmehjælps- og hjemmesygeplejemodtagere. Men der indgår også empiri fra min deltagende observation samt uformelle samtaler med hjemmehjælpere og hjemmesygeplejeansatte, som kommer hos disse modtagere. Når det gælder interviewenes indhold, har jeg i mindre grad fokuseret på modtagernes konkrete holdning til hjælpen end jeg har forsøgt at få et indtryk af modtagernes hele liv og hvordan hjælpen fra det offentlige bliver en del af dette liv. (Jeg har ikke anvendt faste spørgsmål eller interviewguide.)

enten at åbne for en under- eller overordningsrelation til hjemmehjælperen eller den ansatte fra hjemmesygeplejen.

7.2 Fire hjemmehjælpsmodtager-typer

7.2.1 Den tidligere erhvervsaktive kvinde

Meget alene men aldrig ensom

Den tidligere erhvervsaktive kvinde: "Jeg er mye alene. Jeg er mye alene, men jeg er aldri ensom, det er to forskjellige ting... Jeg har en strålende datter, som ringer hver eneste dag og holder orden på meg hadde jeg nær sagt [smiler]..."

KC: "Giver du deg tid til, at du og hjemmehjælperen kan sitte og snakke litt engang imellom?"

Den tidligere erhvervsaktive kvinne: "Jo, det gjør vi, men hun er jo veldig nøye og grundig så hun bruker tiden, hun gjør det pent. Jeg vet nu de som går ut når hjemmehjelpen er der så de ikke går i veien, men jeg synes nu det er hyggelig å være her når hun er her. Så jeg holder meg til huset, men jeg vil så nødig - jeg kunne ha lyst på å lage en kopp kaffe og sitte en gang, men man har jo ikke lov til det?"

(Fra interview i 1988.)

Denne kvinne er erhvervsaktiv indtil hun bliver 60 år. Hun er uddannet bogholder og har haft flere høje administrative stillinger. Hendes mand var invalid de sidste 30 år af sit liv; han blev syg kort efter at være vendt tilbage fra krigen og konen plejede ham da selv indtil 1 år, før han døde. På dette tidspunkt blev han indlagt på et sygehjem, fordi det blev for belastende for hende at fortsætte med at pleje ham hjemme. De første mange år havde hun fuldtidsarbejde ved siden af at være alene om omsorgen for sin mand. De fik to børn,

hvoraf datteren i dag bor lige i nærheden, mens sønnen bor så langt væk, at de kun ses en gang om året, men da for lidt længere tid. Begge børn har familie, og desuden har et af børnebørnene fået børn. Den erhvervsaktive eller snarere dobbeltarbejdende⁶ kvinde, er således mor, bedstemor og oldemor. Datteren er en daglig kontaktperson for hende; hun ved altid, hvor moderen befinder sig uanset hvor små ture, moderen er ude på. Og endelig har denne kvinde en veninde, som hun med jævne mellemrum spiller bridge med. Således har hun både familie og en fast veninde som uformelle kontakter og hjælpere.

Helsemæssigt har hun problemer med hjertet og hun er det, hun har fået at vide kaldes at være "socialt blind", hvilket betyder, at hendes sociale muligheder er stærkt reducerede på grund af hendes svage syn. Udover det fysiske handicap, som blindheden udgør, betyder dette handicap også, at hun ikke kan videreføre vigtige dele af sin tidligere livsstil, idet hun livet igennem har været vant til at læse meget og orientere sig gennem aviser og andre nyhedsmedier. En synspædagog er imidlertid i færd med at skaffe hende forskellige hjælpemidler, bl.a. et såkaldt læse-TV med specielle forstørrelser.

Hun er altså enke, men har både en relativt god social og økonomisk situation. Hun bor i en stor lejlighed, som hun betaler huslejen for uden hjælp fra kommunen. Desuden betaler hun for hjemmehjælpen⁷, hvilket ligeledes er et

⁶ For så vidt er denne betegnelse mere korrekt. Det er kun, fordi jeg specielt ønsker at fokusere på, at hun har været i lønnet arbejde hele livet, at jeg kalder hende for "den tidligere erhvervsaktive".

⁷ Dette er i 1988 og hun betaler 10,50kr. pr./time.

udtryk for relativt god økonomi.⁸ Lejligheden bærer præg af orden, renhed og hygge. I sin erhvervsaktive tid havde denne kvinde privat vaskehjælp. I dag har hun hjemmehjælp, og hjemmehjælperen kommer tre timer hver anden uge. Den dag, jeg er med, består opgaverne af følgende: støvsuge soveværelset og stuen, vaske gulv i køkkenet, vaske køkkenskabe af for fingeraftryk, gøre rent på badeværelset, tørre støv af i lejligheden og vaske trappen udenfor lejligheden til etagen nedenunder. Dertil kommer små tillægsopgaver (denne gang skal der f.eks. ordnes med blomster ude på badeværelset). Fordi dette arbejde skal gøres grundigt, plejer hjemmehjælperen at bruge de tre timer fuldt ud.

Empirien om denne kvinde giver indsigt i tre statuspassager, hvoraf de to kan siges at ændre hendes afhængighedssituation. Den første handler om overgangen fra at drage omsorg for sin mand ved siden af et fuldtidsarbejde til at blive aleneboende og uden omsorgsansvar for ham. Denne statuspassage ændrer ikke på hendes afhængighed, selvom den har den vigtige betydning, at hendes hverdag (i hvert fald i fysisk forstand) bliver lettere. Den anden statuspassage handler om overgangen fra at være erhvervsaktiv til at blive pensioneret, og den tredje om overgangen fra at været pensioneret uafhængig (af det offentlige) til at blive afhængig af hjælp fra det offentlige. Her kan desuden flettes en mellemliggende statuspassage ind, som handler om at blive afhængig af hjælp fra sine børn, da

⁸ Se i appendix, s.574 for en specificering. Det fremgår her også, at mindstesatsen (på 10,50kr./time) i 1993 er steget til 35kr./time.

hjælpen fra det offentlige oftest kommer i forlængelse af en kortere eller længere periode med hjælp fra børnene, hvilket også har været tilfældet her. Sammenligner jeg denne kvindes statuspassager med de tre faser, som psykologen Nordhus sammen med sociologerne Widding Isaksen og Wærness opstiller for kvinders sociale aldring⁹, bliver det tydeligt, at denne kvinde til dels skiller sig ud fra sin generation ved selv at have været erhvervsaktiv og samtidig ikke oplevet en ægtefælles overgang til at blive pensioneret. Der, hvor hun imidlertid ikke adskiller sig fra kvinders traditionelle aldring, er ved at hun oplever en overgang fra at være primært omsorgsyder til at blive primært omsorgsmodtager. Det er en øget afhængighed, som må siges at ligge til grund for og samtidig synliggøres mere i denne overgang, men man kan ikke se bort fra, at hjælpen fra velfærdsstaten til gengæld gør hende mindre afhængig af specielt datteren og således giver hende bedre mulighed for at videreføre en typisk mor-datter relation, hvor hun ikke kun er afhængig af sin datter.

I relationen til hjemmehjælperen bliver flere roller vigtige: rollen som tidligere erhvervsaktiv kvinde, rollen som tidligere omsorgsgiver og rollen som husmor. Fra sin tidligere rolle i arbejdslivet har hun bl.a. erfaringer med

⁹ Nordhus, Widding Isaksen og Wærness (1986) inddeler kvinders sociale aldring i følgende tre faser, som ikke nødvendigvis alle kvinder gennemgår: overgangen fra at være husmor og eventuelt erhvervsaktiv i et hushold, hvor manden er erhvervsaktiv til at begge bliver pensionister, overgangen fra hustrurole til enkerolle, og endelig overgangen fra rollen som primært omsorgsgiver til primært omsorgsmodtager. Nordhus, Widding Isaksen og Wærness peger iøvrigt på, at denne faseinddeling må ses som et brud med forståelsen af den biologiske alder som afgørende for vendepunkter i livet.

systematisering, selvstændighed, ledelse og det at følge fastsatte regler. Af citatet fremgår, at hun oplever reglerne som blokerende for de ønsker hun kunne have samtidig med, at hun altså er optaget af at følge dem nøje. Fra sin rolle som omsorgsgiver specielt i forhold til egne børn og senere manden, er hun vant til at have ansvar. Og fra sin rolle som husmor har hun lange erfaringer både fra det husarbejde, hun selv har gjort og det husarbejde, hun har ledet. Selvom hun har været erhvervsaktiv, er hendes identitet i høj grad også knyttet til en husmorrolle. De tre roller udgør noget bagvedliggende og iboende i hendes rolle som hjemmehjælpsmodtager, men det nye består i, at hun også er blevet en hjælpemodtager. Denne modtagerrolle fjerner altså ikke bare de gamle roller, eftersom hun også i denne har mulighed for at lede arbejdet (og iøvrigt betaler for det ligesom for vaskehjælpen tidligere). Muligvis kan dette endda have gjort statuspassagen over mod at blive afhængig af offentlig hjælp lidt lettere, end den måske ellers ville have været, fordi rollen som hjemmehjælpsmodtager for hende således også indeholder en mulighed for at have en vis kontrol med arbejdet, som udføres i hendes hjem (hendes arena).¹⁰

Selvom den tidligere erhvervsaktive kvinde bor alene, har hun flere meget vigtige uformelle omsorgsgivere, først og fremmest datteren, som også udgør

¹⁰ En parallel kan her trækkes til Ritva Goughs funktionshæmmede STIL-medlemmer (Stockholmskooperativet för Independent Living), som også så at sige får modtagerrollen i tilgift til andre etablerede roller gennem livet. Men hos disse er det derudover karakteristisk, at netop denne kontrol med hjælpen formaliseres, når de funktionshæmmede selv bliver egentlige arbejdsledere for deres hjælpere (Gough 1993).

hendes vigtigste sociale kontakt i kraft af, at hun bor lige i nærheden. Dette uformelle netværk og hendes fortsatte interesser for nyhedsorientering, litteraturlæsning m.m. betyder, at hun mener, at hun ikke føler ensomhed, selvom hun reelt er en del alene. Hun giver indtryk af at have et relativt stærkt uformelt netværk, hvilket betyder, at hun i mindre grad har brug for en hjemmehjælper som social kontaktperson. Hendes tanker om at forlade eller ikke forlade lejligheden, mens hjemmehjælperen er til stede, antager jeg imidlertid ikke er et udtryk for, at hun ikke har behov for hjemmehjælperen som social kontakt, men snarere er en tankegang knyttet til hendes tidligere rolle som arbejdsgiver for en vaskehjælp. Vaskehjælpen befinder sig netop ofte i boligen alene, mens kvinden er på arbejde. I hjemmehjælpsarbejdet findes der derimod ingen traditioner for dette.

Når det gælder hendes opfattelse af hjemmehjælperen, har hun respekt for hende¹¹ og for hendes arbejde, men hun kræver hårdt og grundigt arbejde. At hjemmehjælperen skal tørre skabe af for fingeraftryk vidner om denne grundighed. At hun er så tvivlrådig i forhold til at drikke kaffe med hjemmehjælperen kan være et udtryk for, at hun er vant til at følge regler, men det kan også være et udtryk for, at hun opfatter sig selv som hjemmehjælperens arbejdsleder.¹²

¹¹ F.eks. tiltaler hun hende ikke ved fornavn, men siger "fru" til hende. I dette tilfælde er der tale om respekt, selvom dette naturligvis ikke altid vil være tilfældet, når en tiltaleform også kan bruges f.eks. ironisk.

¹² At en hjemmehjælpsmodtager ikke formelt er arbejdsleder på samme måde som f.eks. STIL-medlemmerne i Goughs materiale (Gough 1993), se note 10, udelukker altså ikke, at hun ikke kan opfatte sig selv som arbejdsleder.

Kaffedrikning vil ud fra en sådan betragtning repræsentere en for balanceret relation.

Den tidligere erhvervsaktive kvinde indgår således i en relativt svag afhængighedssituation til hjemmehjælpen, først og fremmest på grund af sit relativt stærke uformelle netværk, men også på grund af muligheden for eventuelt at kunne købe sig hjælp, hvis hun ikke får fra kommunen. Desuden har hun, især ud fra sine tidligere mangeårige erhvervs erfaringer, et grundlag for at kunne stille krav til hjemmehjælperen, til at vurdere hjemmehjælperens arbejde og eventuelt klage, hvis det skulle blive nødvendigt. Set fra denne modtager-synsvinkel går hjemmehjælperen altså potentielt ind i en underordningsrelation til den tidligere erhvervsaktive kvinde.

7.2.2 Den demente kvinde

Den demente kvinde: "Jeg har ikke fått noen hjemmehjelp."

KC: ..."Hvem er så Kari?"

Den demente kvinde: "Det er hun Kari her som går på visitt til meg av og til..."

KC: "Hvor kjenner du Kari fra?..."

Den demente kvinde: "Ja, det husker jeg ikke."

(Fra interview i 1988.)

Denne kvinde lider af stor hukommelsessvigt. Hun husker ikke, om hun har været gift, hun husker ikke, om hun har arbejdet ude, hun husker ikke, om hun har hjemmehjælp. Ud over at være dement, som hukommelsessvigten udgør en

vigtig del af hos hende, har hun dårlige ben, hvilket gør, at hun kun kan bevæge sig rundt med gangstativ. Fordi det er smertefuldt for hende, sker dette derfor kun de få gange i løbet af dagen, det er nødvendigt. Hendes hverdag består således primært af at sidde i en stol i sin stue og kigge ud ad vinduet og spise den mad, som serveres for hende af en hjemmehjælper.

Hun bor i en enebolig med en lejeboer under sig. I dette hus har hun også boet sammen med sin mand, som døde for mange år siden. Især fordi de ikke fik børn, har hun ingen nær familie, som har mulighed for at hjælpe. Der findes et par slægtninge, som besøger hende en gang imellem, men de udgør ingen stabil uformel hjælp.

Foruden hjemmehjælp får hun hjælp fra hjemmesygeplejen, når hun skal op om morgenen og i seng om aftenen. Men hun husker ikke, at der kommer nogen til hende. På trods af, at Kari, hendes faste hjemmehjælper, er meget hos hende og engagerer sig stærkt i hende¹³, har hun problemer med at genkende og huske hende (jf. indledningscitater).

Denne kvindes fremskredne demens og min relativt kortvarige kontakt med hende betyder, at det er vanskeligt at få indsigt i hendes statuspassager.¹⁴ Det er

¹³ Kari kalder selv denne kvinde for et af sine "hjertebarn"; hun beretter, at hun føler et specielt ansvar for de demente, fordi hun opfatter dem som en meget svag gruppe modtagere. Når det gælder den demente kvinde, fortæller Kari, at hun har arrangeret en fødselsdag for hende med hendes to slægtninge (tillægsarbejdet med dette var ikke lønnet arbejde).

¹⁴ Antropologen Annica Thomas (1986) viser på en særlig tydelig måde, hvor stor betydning forskerens indsigt i informantens liv har for fremstillingen af dette.

således vanskeligt at få indblik i hvilke elementer, som er vigtige for hende i overgangen til rollen som hjemmehjælpsmodtager, selvom det kan antages, at også hun må have oplevet en vigtig statuspassage fra primært at være omsorgsyder til primært at blive omsorgsmottager. At empirien ikke giver nogen videre indsigt i dette udelukker imidlertid ikke, at hun ikke er en vigtig informant i denne sammenhæng.

I sammenligning med den erhvervsaktive kvinde, er denne kvinde både socialt og helsemæssigt meget dårligere stillet. Hun har intet uformelt netværk og hendes dårlige helse gør hende stærkt afhængig af både hjemmehjælp og hjælp fra hjemmesygeplejen.

Da hun på grund af sin demens ikke har nogen klare refleksioner over sin nuværende situation, overtager hun den rolle, som hun så at sige tildeles gennem relationen til hjemmehjælpere og ansatte fra hjemmesygeplejen. Man kan sige, at hun dermed går ind i det, man kunne kalde en tilnærmelsesvis rendyrket modtagerrolle. At indtage en modtagerrolle indebærer imidlertid aldrig, at man udelukkende er modtager (jf. også de indledende betragtninger over afhængighed), men man kan tale om forskellige styrker eller grader af modtagerrollen. At være modtager karakteriseret ved en kombination af en relativt stærk afhængighed og samtidig have få muligheder for at kontrollere det arbejde, som hjemmehjælperen gør, kan da betragtes som et kerneelement i

rollen som en typisk klient.¹⁵ Derfor kan denne demente kvindes modtagerrolle repræsentere en udpræget klientrolle. Hun stiller ingen krav, modtager den hjælp, hun tildeles og reflekterer ikke over hjælpen, hverken dens karakter eller omfang. Hun har således meget få muligheder for at kontrollere det arbejde, hjemmehjælperen kommer og udfører. Set fra den demente kvindes synsvinkel, går hjemmehjælperen således ind i en overordningsrelation til hende.

7.2.3 Husmoderen

Husmoderen: "Jeg har alltid vært husmor...jeg har stelt mitt hus og min hage, og alt det som hører en husmor til...jeg var en sånn som gjerne ville være hjemme og trivdes med å være hjemme som husmor...jeg synes det var deilig å kunne være hjemme og stelle mitt hus og ha det på plass som skulle være på plass, kunne samle familien."

KC: "...du tenkte aldri på å ta utdanning?..."

Husmoderen: "Nei, for jeg synes det at mitt hjem det ga mig nok...så kunne jeg ta imot min mann når han kom, han gikk jo på de forskjelligste tider...han måtte gå både nat og dag...og da var det veldig viktig at jeg var hjemme..."

(Fra interview i 1988.)

Denne kvinde har hele sit liv været husmor og oplevet det som det rigtige for hende. I mandens erhvervsaktive tid var hun på en udpræget måde mandens bagland¹⁶, og da manden de sidste ca. 10 år af sit liv var syg, tog hun sig fuldt

¹⁵ Gough (1993) peger på, at klientrollen modsvarer en professionel paternalistisk giverrolle (karakteriseret ved autoritet og magt) i en idealtypisk udgave af denne relation.

¹⁶ At have et "bagland" er et dansk udtryk og betyder, at man har et hjem, som gør det muligt for en at fungere godt (subjektivt forstået) i hverdagen. Den, som først og fremmest udfylder dette bagland, indstiller sit liv på at hjælpe og støtte den anden part. Det betyder ikke, at ikke kvinder og

ud af ham. Først helt til sidst modtog ægteparret hjemmehjælp et halvt års tid og endelig også hjemmesygepleje. Konen fik tilbud om at få ham indlagt på sygehjem, men hun tog ikke imod tilbuddet; hun havde lovet sin mand, at han kunne være hjemme til det sidste og sådan blev det. Selv oplever hun i dag ensomhed i sin alderdom.

Husmoderen: "Jeg føler meg mest ensom når dagene begynder å lysne og bli lange. Det er ikke så ensomt når det er guffent ute og jeg kan tenne lysene, og da synes ikke jeg at det er så ille, men disse lange lyse kveldene... Jeg har alltid vært et turmenneske og derfor ble det dobbelt besværlig når jeg måtte sitte i ro...jeg synes synd på mig selv når jeg sitter i ro... Jeg mangler kontakt."

(Fra samme interview.)

Hendes stærke savn af manden er én vigtig grund til, at hun oplever ensomhed. En anden vigtig grund er, at det føles meget tungt for hende, at hun ikke længere kan være aktiv som hun kunne tidligere, ikke mindst fordi hun har en led- og muskelsygdom. Alderdommen bliver dermed for hende en kontrast til hendes aktive tidligere liv. En anden aktuel grund er, at hun nylig har mistet to familiemedlemmer. Og endnu en vigtig grund er, at hun blev "omplantet", som hun selv kalder det som 70-åring. På grund af mandens dårlige helse, solgte de deres hus og flyttede ind i denne lejlighed, som hun fortsat bor i. Der findes

mænd kan udgøre hinandens bagland i en mere balanceret relation. Når jeg specielt trækker dette frem i forhold til "husmoderen", er det fordi netop hendes tidligere funktion som bagland for sin mand får konsekvenser for hende senere i livet; hos hende efterlader det ensomhed og et tomrum.

Den danske kultursociolog Pia Ramhøj anvender i sin studie af *Livsform og alderdom* baseret på interview med 24 ældre over 65 år, betegnelsen "baglandskvinder" for at karakterisere én af de typer ældre kvinder, som indgår i hendes materiale. Det er kvinder, som pga. mandens position ikke har været nødt til at påtage sig lønarbejde, men derimod som deres primære opgave har haft at være bagland for deres mænd (se Ramhøj 1991).

hyggelige naboer omkring hende, men disse er yngre og erhvervsaktive. Boligens placering i et tilfældigt boligmiljø bidrager således også til hendes ensomhed.¹⁷

Husmoderen: "Sånn som fruen her inne ved siden av, hun er veldig hyggelig, men hun jobber, kommer hjem klokken halvfire fire, da er hun trett og sliten og vil hvile."

(Fra samme interview.)

Husmoderen har to børn, sønnen bor i dag lige i nærheden og datteren bor lidt længere væk, men hun har god kontakt med begge. Selvom datteren bor lidt længere væk, besøger hun med jævne mellemrum moderen, og moderen rejser ud til datteren og bor der op til 14 dage ad gangen. Husmoderen er desuden både bedstemor og oldemor, og disse børn kommer også på besøg hos hende.

Husmoderen: "De problemene som jeg ikke synes jeg kan ta opp med hjemmehjelpen, ...tar jeg opp med min datter når hun kommer... så er det hun som har sørget for at jeg fikk høreapparat og lysapparater ... og mange sånne ting som min datter har gjort, som har lettet meg veldig mye."

(Fra samme interview.)

Lejligheden er stor og pyntet, ren og velorganiseret med mange fine gamle møbler, personlige minder osv. Da hun selv har været en aktiv og pligtopfyldende husmor og hendes trivsel i stor grad er afhængig af orden og renhed i lejligheden, stiller hun krav til hjemmehjælperen om også at være grundig og renlig. Husmoderen får hjælp to gange i ugen, mellem 2 og 2 1/2

¹⁷ Lise Widding Isaksen viser i sin artikel "Om krenking av den personlige bluferdighet" (1987) baseret på en studie af et trykdeboligmiljø, hvor stor betydning naboskabsrelationer kan have i tilgift til hjælpen fra det offentlige. Men hun viser også, hvordan ændringer (reduktioner) i hjælpen fra det offentlige kan få følger for karakteren af naboskabsrelationen.

time til husarbejde og 1 time til at gøre indkøb i. Da sønnen bor i nærheden, er det almindeligvis ham, der hjælper med indkøbsturen, men da han i øjeblikket har en skade på benet, har husmoderen fået tildelt hjemmehjælp også til dette. Husmoderen er glad for at have en fast hjælper, ikke kun fordi hun har en social kontakt i hjemmehjælperen, men især også fordi det gør det muligt at udnytte tiden bedst muligt til at få gjort husarbejdet. De bruger kun kort tid på en kaffepause sammen.

KC: "Hvordan går det så, når der kommer vikarer inn?..."

Husmoderen: "Nei, selv om mennesket i sig selv er både søt og vennlig, så - men det blir jo ikke det det skulle være...for der må jeg si sånn 'der er botten og der er kosten, og der er det og det'."

KC: "...når så arbeidet bliver gjort, er det noe du planlegger eller forteller Sara, hva hun skal gjøre...?"

Husmoderen: "Nei, hun gjør nu nesten etter sit eget ønske... nu var vi enige om det at i dag måtte vi ta vinduene..."(mine understregninger).

(Fra samme interview.)

Empirien om husmoderen giver indsigt i følgende statuspassager: overgangen fra husmorrollen med en udearbejdende mand til en husmorrolle med en pensioneret mand, overgangen fra at være hustru til at blive enke og overgangen fra at være uafhængig (af velfærdsstaten) til at blive afhængig af hjælp. Sammenlignet med statuspassagerne til den tidligere erhvervsaktive kvinde, harmonerer disse ændringer mere entydigt med de faser, som Nordhus, Widding Isaksen og Wærness opererer med i forhold til kvinders sociale aldring (se note 9, s.371). Med andre ord har husmoderen levet et for hendes generation mere typisk kvindeliv. Det er de to sidste statuspassager, som bliver specielt vigtige i forhold

til ændringer i denne kvindes afhængighedssituation. At blive enke (og dermed miste sin funktion som mandens bagland) øger i første række denne kvindes afhængighed af sine børn, men senere også af det offentlige, fordi hun med et liv, der var koncentreret om manden og dertil en sen "omplantning" oplever en del social isolation. Når det gælder den sidste passage om overgangen til (primært) at blive omsorgsmottager, knytter det vanskelige ved dette for denne kvinde sig til den rolle, som for hende har været dominerende gennem hele livet, husmorrollen. Det er også denne rolle, som bliver særlig vigtig i relationen til hjemmehjælperen.

Husmorrollen implicerer for denne kvinde i hvert fald to vigtige karakteristika: at hun det meste af sit liv har været og har følt det rigtigt primært at være omsorgsgiver og at hun har udviklet egne rutiner og normer for sit husarbejde. At blive hjemmehjælpsmodtager bryder med begge disse for denne kvinde vitale karakteristika. Hendes ønsker om at kontrollere det arbejde, som hjemmehjælperen gør, ved at definere indholdet og også udførelsen af det, kan derfor forstås som hendes forsøg på at bevare både noget af giverrollen og hendes egne personligt udviklede rutiner. Husmoderen kan ikke styre, hvornår hjemmehjælperen kommer, hvem der kommer og hvor længe hjemmehjælperen vil være hos hende (lige så lidt som andre hjælpemottagere), når det er organisatorisk bestemt. Men det betyder ikke, at hun ikke kan kontrollere det arbejde, som gøres i hendes hjem. At styre husarbejdet i detaljer, altså at have

klare og stærke krav til det husarbejde, som hjemmehjælperen udfører, kan således forstås som denne kvindes forsøg på at kontrollere den rest af hendes liv, det endnu er muligt at kontrollere.¹⁸

Husmoderen oplever selv sit uformelle netværk som svagt i øjeblikket på grund af de to dødsfald i familien; derfor fokuserer hun en del på sin ensomhed. Men da hun har god kontakt med både datteren og sønnen samt deres familier, har hun alligevel et rimelig stærkt netværk. Men det ville være betydeligt stærkere, hvis det havde været datteren frem for sønnen, som havde boet tættest ved, eftersom det er datteren, som hjælper med mange forskellige praktiske ting, mens sønnens hjælp begrænser sig til at gøre indkøb. Men at datteren hjælper hende med mange praktiske ting betyder også, at hun ikke er afhængig af offentlig hjælp til netop disse opgaver; på den anden side betyder hjælpen fra det offentlige, at hendes afhængighed af datteren ikke bliver så stor, fordi hun da i det mindste ikke behøver bede sin datter om at hjælpe sig med husarbejdet.

Sammenfattende kan det derfor siges, at husmoderen er afhængig af den offentlige hjælp til at få gjort husarbejdet og dermed til at opretholde sin identitet som husmor, men hun er i lidt mindre grad afhængig af hjælpen til at få dækket sociale behov¹⁹ og til at få ordnet små praktiske dagligdags ting. Set fra

¹⁸ Også andre forskere har peget på betydningen af at få husarbejdet gjort på ganske bestemte måder knyttet til husmorrollen (Oakley 1974, Thomas 1986, Bergh 1993 og Gough 1993).

¹⁹ Det kan måske virke lidt som en modsætning, at hun oplever social isolation og alligevel ikke har så stort et behov for hjemmehjælperen som en social kontakt, men det er det ikke, fordi denne kvinde giver indtryk af at orientere sig stærkt mod sin familie og - på trods af, at hun efterhånden

husmoderens synsvinkel går hjemmehjælperen altså ind i en underordningsrelation til hende, selvom det ikke er husmoderens intention at underordne hjemmehjælperen; hun forsøger bare at kontrollere sit liv.

7.2.4 Betaleren

Selvom også denne kvinde har været husmor hele livet uden lønnet arbejde udenfor hjemmet, er hendes husmoridentitet ikke nær så stærk som husmorrepræsentantens. Hun stiller derfor f.eks. ikke de samme krav til renlighed, som husmoderen.²⁰ Hendes helse er relativt god, hun er ikke eneansvarlig for husarbejdet, men aflastes af sin mand og hendes trivsel er ikke så strengt afhængig af orden og renlighed, men også af at kunne snakke og diskutere; først og fremmest manden, men også hjemmehjælperen er vigtige samtalepartnere for hende. Ægteparret får ca. 2 1/2 time hjemmehjælp om ugen, og denne tid bruges på husarbejde og en lille samtale.

Helsemæssigt er ægteparret i relativt god form. De sygdomsmæssige problemer, de har, synes at udgøre små handicaps for dem, selvom de alligevel er af en karakter, som medfører, at de ikke længere selv kan udføre husarbejdet.

kender hjemmehjælperen godt - fortsætter med at opfatte hende som en slags fremmed. Man kan ikke tage for givet, at behov for social kontakt uden videre kan udfyldes af en hjemmehjælper.

²⁰ Da hun (og hendes mand) betaler for hjælpen, de får, bruger jeg hende i denne sammenhæng som en repræsentant for betalerne. Ægteparret betaler (ligesom den tidligere erhvervsaktive kvinde) 10,50kr. pr. time for hjælpen.

Manden har tidligere haft et faglært arbejde og været selvstændig næringsdrivende sammen med sin bror. Ægteparret har ét barn; en datter, som bor tæt ved. Både datteren og svigersønnen er daglige hjælpere og kontakter for ægteparret. Da jeg interviewer konen, sidder manden også i stuen.

Betaleren: "Vi har levd et liv uten krangel...men av og til gikk han og tendte av noe som ikke har vært skikkelig [mannen ler], men han er så elastisk, han bøyer sig..."

KC: "Sitter I mye alene?"

Betaleren: "I grunnen kan ikke jeg si at vi er alene, for vi har godt selskap i hverandre...Vi har levd et liv sammen, som har vært både rolig og harmonisk... Men den dagen en av oss faller vekk, da tror jeg det blir verre, det tror jeg altså [gråter nesten mens hun sier dette]... Nu da jeg ble kjørt på sykehus så var jeg så pass dårlig, og da bad jeg om at han måtte gå først. For skulle han bli alene, så tror jeg ikke, at han hadde klart sig [mannen ler litt]..."

Betaleren: "... litt hjelp trenger jeg både til det ene og det annet i huset, jeg gjør så godt jeg kan og holde det..."

KC: "...så du klarer mye selv i huset... hjelper du også til [henvendt til betalerens mann]?"

[mannen nikker]

*Betaleren: "ja, det gjør han, han støvsuger..." (mine understregninger).
(Fra interview i 1988.)*

På trods af at manden er til stede under hele interviewet, taler konen om ham, som om han ikke var til stede eller ikke kunne svare selv. Når jeg direkte henvender mig til ham, svarer hun på hans vegne. I dette ægteskab er det således kvinden, som er den dominerende, og måske bliver dette specielt iøjnefaldende, fordi interviewet jo tager udgangspunkt i deres roller som hjemmehjælpsmodtagere. Når konen har haft husarbejdet som sit ansvarsområde hele livet, da bliver det også hende, som kommer til at forholde sig mest til hjemmehjælperen

og dennes arbejde.²¹

Betaleren: "Signe er den som har litt tid tilovers, så at hun kan avlaste oss lite granne med samtaler, prate lite granne...de andre har hatt det mere husj og så ut igjen, men de har været flink... Hun gikk jo av med pensjon, hun var mange år hos oss (min understregning) ...og så hadde vi da fru Thorsen, hun var her et par år tror jeg, og hun og var veldig rask. Flink og god, men hun hadde ikke sånn litt tid til overs til å prate som hun Signe har...hun tar en kop kaffe med oss om formiddagen og prater litt, og så begynner hun...da kan vi diskutere lite granne..."

(Fra samme interview.)

Af citatet ovenfor fremgår også, at betaleren taler om hjemmehjælperne, som om hun selv har ansat dem, selvom det faktisk er hjælpere, som hun har fået tildelet af kommunen. Her har betalingsordningen sandsynligvis en virkning, fordi den således kan give en oplevelse af at være arbejdsgiver. Når den faste hjemmehjælper ikke kan komme, ønsker betaleren ingen andre (dvs. nye) hjemmehjælpere; da vil hun hellere klare det selv med hjælp fra sin mand, i hvert fald når det kun er for kortere tid. Dette peger på et karakteristisk træk ved husarbejde sammenlignet med pleje, at husarbejdet således lader sig udsætte eller i hvert fald kan gøres lidt mere nødtørftigt en overgang. Betaleren kunne iøvrigt tænke sig lidt mere hjælp, men er klar over, at det ikke er så let. Derfor taler hun om, at hun kan betale nogen (f.eks. unge) for f.eks. at vaske vinduer. I tilgift til at kunne udsættes, er det altså også karakteristisk for hjemmehjælpsarbejdet, at

²¹ Etnologen Anders Bergh (1993) har tematiseret mødet mellem mandligt og kvindeligt bl.a. indenfor hjemmebaseret omsorg og peger - på baggrund af et empirisk materiale - på vigtigheden af ikke at overse betydningen af køn i forhold til at forstå arbejdet i den hjemmebaserede omsorg. Bl.a. finder han også muligheder for kvindelig dominans i hjemmehjælpsmodtagerpositionen, når husarbejdet som en vigtig del af hjemmehjælpsarbejdet, har været kvindens ansvarsområde gennem hele livet.

der findes mulighed for at få husarbejdet gjort af andre end hjemmehjælpere.

En vigtig statuspassage for denne kvindelige betaler og hendes mand handler om overgangen fra at være selvstændige til at blive pensionister og senere hjemmehjælpsmodtagere. Det bliver noget nyt i deres tilværelse at skulle modtage hjælp, dvs. ikke længere at kunne være selvstændige i bred betydning. På den anden side giver hjemmehjælpsmodtagerrollen dem endnu mulighed for (subjektivt) at opleve, at de har "ansatte", som de f.eks. må føre kontrol med.²² Dette har sandsynligvis lettere gjort deres statuspassage. Det er også vigtigt, sammenlignet med f.eks. husmoderen (enken), at statuspassagen til at blive hjemmehjælpsmodtagere bliver en fælles oplevelse. Ægteparret har et relativt stærkt netværk på grund af muligheden for daglig kontakt med datteren og hendes familie. Samtidig er det altså også af vigtig betydning, at de har hinanden, da ægteskabet i sig selv kan siges at udgøre et vigtigt netværk for begge parter.

At de kan betale for hjemmehjælpen er et udtryk for en relativt god økonomi efter de fastsatte standarder, man opererer med. Hos dette ægtepar betyder den, at de, hvis de ville, kunne købe sig de tjenester, som ikke hjemmehjælperen har mulighed for at gøre, på et privat marked. Afhængigheden kan altså i dette tilfælde siges at mindske, når der findes økonomi og alternativer til den offentlige tildelte hjælp. Dette ægtepar har desuden erfaringer med det private

²² I interviewet fortæller manden f.eks., at han fører dagbog over hjemmehjælperens fremmøde.

marked.²³

Set fra betalerens synsvinkel går hjemmehjælperen ind i en underordningsrelation til hende, først og fremmest fordi hjemmehjælperen tildeles en rolle som en, der er ansat af ægteparret, men også fordi betaleren ønsker og har erfaringer med at styre husarbejde. Såvel betaler- som husmorrollen styrker altså mulighederne for at kontrollere hjemmehjælpsarbejdet. Betalerens husmorrolle må således heller ikke undervurderes her. Sammenlignet med de andre tre enlige kvindelige informanter tydeliggøres det netop gennem ægteparret, at det arbejde, som hjemmehjælperen gør, i høj grad er defineret af kvinder og at kvinden (som ægtefælle) - netop ved at være den styrende for husarbejdet og for hjemmehjælperens arbejde - også får en anden type relation til sin mand end det, som traditionelt og typisk er forbundet med husmorrollen, hvad enten det er en mere balanceret relation eller det er en dominerende relation, som det antagelig er tilfældet hos dette ægtepar.²⁴ Hjemmehjælpsarbejdet udelukker faktisk - i hvert fald til en vis grad - det, man kunne kalde mandens traditionelle opgaver i hjemmet, de små og lidt større tekniske, reparationsmæssige opgaver, fordi mange hjemmehjælpere undgår at udføre den type opgaver (jf. også Bergh 1993). Og dog hører de med til hjemmehjælpstjenesten, når de udføres af service-mænd tilknyttet afdelingen for Pleje og Omsorg (se note 22, s.15). Sammenlignet med

²³ Selvom det ikke gælder det private marked for huslige tjenester.

²⁴ Dette udelukker ikke, at relationen kan have en mere traditionel karakter på andre områder end det, som gælder husarbejdet.

det arbejde, som hjemmehjælperne gør, omfatter disse imidlertid en lille og perifer del af tjenesten.²⁵

7.3 Hjemmehjælpsmodtager: mellem en klientrolle som underordnet og en klientrolle som selvbestemmende

På baggrund af de fire modtagertyper, som jeg nu har gennemgået, finder jeg fire faktorer, som - hvis man ser på deres samspil - kan siges at indkredse hjemmehjælpsmodtagerens afhængighed i forhold til hjemmehjælperen. Jeg har kaldt dem hjemmehjælpsmodtagerens uformelle netværk, helse, økonomi og husmøridentitet. I praksis krydser de hinanden og kan ikke forstås isoleret fra hinanden. At jeg alligevel gennemgår dem én for én har sammenhæng med mit analytiske ønske om at indkredse bestanddelene af omsorgsmodtagerens afhængighedssituation set i relation til omsorgsgiveren.

Det uformelle netværk er af stor betydning for afhængigheden af offentlig hjælp. Har en hjemmehjælpsmodtager et stærkt netværk, styrker dette i princippet modtagerens uafhængighed i forhold til offentlig hjælp, selvom der kan påvises vigtige forskelle, bl.a. afhængig af hvem dette netværk består af (jf. Lingsom 1985). Er hjemmehjælpsmodtageren f.eks. en mand, som har en rask kone, vil

²⁵ Dette afspejles ikke mindst i, at antallet af servicemandsstillinger sammenlignet med antallet af hjemmehjælpsstillinger udgør en forsvindende lille del. I 1995 findes 51,25 hjemmehjælpsstillinger og 4 servicemandsstillinger (jf. statistisk materiale fra afdelingen for Pleje og Omsorg i hoveddistriktet).

der potentielt være store muligheder for, at konen påtager sig det omsorgsarbejde, som er muligt at gøre for hende, mens hjemmehjælperen kun supplerer arbejdet med det, konen ikke kan klare. Dette må sættes i sammenhæng med det fortsat rådende traditionelle kønsrollemønstre (i hvert fald for den generation ældre, dette gælder), som tildeler kvinden ansvaret for husarbejdet og således har gjort hjemmehjælpsarbejdet til et udpræget kvindearbejde, jf. ovenfor. Studien viser da også, at hjemmehjælp - når man har med ægtepar at gøre - potentielt først og fremmest knyttes til kvinden. Med andre ord fungerer det som et uformelt krav, at kvinder påtager sig det omsorgsarbejde, som de helsemæssigt klarer, mens dette ikke er noget krav til mænd. Når hjemmehjælpsmodtageren er en kvinde, er hendes uformelle netværk potentielt stærkest, hvis hun har en datter, som kan hjælpe hende; og jo tættere datteren bor på moderen, jo stærkere kan hendes netværk potentielt siges at være. Også sønner kan være vigtige hjælpere, men potentielt er deres hjælp mindre alsidig end døtres, fordi de almindeligvis har mindre kendskab til arbejdet i den hjemlige sfære.²⁶

I mit materiale er betaleren den, som har det stærkeste uformelle netværk, dels på grund af manden, dels på grund af datteren, som bor lige i nærheden. I

²⁶ Susan Lingsom (1996) peger i en ny studie om uformel omsorg i Norge på det interessante, at omfanget af uformel omsorg er forskelligt afhængig af, hvem man spørger. Mens (uformelle) omsorgsgivere angiver at give hjælp svarende til 118.000 årsværk, er det tilsvarende tal for modtagere kun 49.000. Og mens 40% af døtrene svarer, at de giver hjælp, er det tilsvarende tal for omsorgsmodtagerne kun 16%. Regelmæssig hjælp mener 17% af giverne at give, mens kun 6% af modtagerne mener, at de får regelmæssig hjælp. Tallene kan muligvis signalere, at en del af den uformelle hjælp "overses" af omsorgsmodtagerne i den forstand, at den altså ikke opfattes som modtaget hjælp. Men man kan heller ikke se bort fra, at dem, der har svaret, at de giver hjælp, har overdrevet omfanget af den hjælp, de giver.

den anden ende befinder den demente kvinde sig, fordi hun ikke har nær familie i det hele taget.

Konkrete betydninger af et stærkt uformelt netværk er f.eks., at hjemmehjælpsmodtageren ikke bliver afhængig af hjemmehjælperen som eneste sociale kontakt, at den ældre har talsmænd, som kan stille krav til hjemmehjælperne, evt. kritisere forhold i hjælpen og at hjemmehjælpsmodtageren ikke nødvendigvis - i samme grad som den med et meget svagt netværk - behøver være afhængig af hjælp fra samme hjemmehjælper, altså af stabilitet og kontinuitet i hjælpen.²⁷ Man kan sige, at hjemmehjælperen slet og ret får mindre betydning i hjælpemodtagerens liv.

Sammenligningen mellem betalerens og den demente kvindes uformelle netværk peger også på, at hjælpen fra det offentlige i allerhøjeste grad kan afhjælpe en svag netværkssituation samtidig med, at den aldrig kan udfylde den helt.

Helsen²⁸ er den faktor, som mest åbenbart har indflydelse på relationen til hjemmehjælperen. Og den umiddelbare observation, man kan gøre er, at når hjemmehjælpsmodtageren har relativt god helse i subjektiv forstand, findes der

²⁷ Ideelt set burde det være en norm, at hjælpen var stabil og udført af den samme person. Men når den ikke er det, synliggøres det, hvem der er mest afhængig af hjælpen, hvilket altså ikke betyder, at det ikke rammer dem med lidt flere ressourcer også. Men det betyder, at de med det svageste netværk potentielt rammest hårdest.

²⁸ Fordi dette er en norsk studie, finder jeg det hensigtsmæssigt at holde fast i ordet "helse" frem for det danske "sundhed", jf. også note 14, s.12.

potentielt gode muligheder for at involvere sig i hjemmehjælpsarbejdet, stille krav osv. Når en hjemmehjælpsmodtager derimod er meget plaget af dårlig helse, reduceres mulighederne for involvering. Tænker man sig en omsorgsmodtager, som er senil dement og afhængig af kørestol eller gangstativ, som det er tilfældet for den demente kvinde i mit materiale, bliver det tydeligt, hvordan mulighederne for involvering mindskes. En relativt rask dame derimod, som f.eks. mest har brug for hjælp til at vaske gulve og støvsuge, har et langt bedre grundlag for involvering.

Husmoderen er den af mine informanter, som har bedst helse. Dette styrker hendes mulighed for at involvere sig stærkt i det arbejde, som hjemmehjælperen gør for hende. Men man kan ikke se bort fra, at også modtagere med relativt alvorlige helseproblemer kan have grundlag for involvering, hvis f.eks. sygdommen har stabiliseret sig og vedkommende har udviklet måder at leve med sygdommens følger på. Vigtigt er det altså ikke at overse betydningen af hjælpemodtagerens egen (subjektive) oplevelse af helsen.

Økonomiens betydning her har bl.a. sammenhæng med det forhold, at der indenfor hjemmehjælpstjenesten opereres med en egenandel på hjælpen, og denne egenandel er baseret på hjemmehjælpsmodtagerens økonomi (se i appendix, s.574). Man kan derfor skelne mellem hjemmehjælpsmodtagere, som er *betalere*

og dem, som er *ikke-betalere*.²⁹ Betalerne er altså dem, som blandt hjemmehjælpsmodtagerne har bedst økonomi, hvilket ikke uden videre må betragtes som god økonomi (jf. sammenligningen med andre samfundsgrupper, se s.10). Eftersom økonomi i pensionsalderen er afhængig af økonomien før pensionsalderen, betyder det f.eks. i dette tilfælde, at det fortrinsvis er blandt betalerne, at man finder de hjemmehjælpsmodtagere, som tidligere har haft hushjælp eller vaskehjælp og dermed erfaringer i en type arbejdsgiverrolle knyttet til husmorrollen.

Konkret foregår betalingsordningen på den måde, at hjemmehjælperen modtager en kvitteringsblok til hjælpemodtageren. Hjemmehjælperen kvitterer for at have udført arbejde i et vist antal timer hos modtageren, og denne sender penge for hjælpen til kommunen via postgiro. Selvom der altså ikke nu foregår en direkte penge-udveksling mellem giver og modtager³⁰, er betalingen alligevel klart synlig på grund af kvitteringen. Alle hjemmehjælpere er således klar over, om hjemmehjælpsmodtageren er betaler eller ikke.

Hjemmehjælpsmodtageren er ikke hjemmehjælperens arbejdsgiver (det er kommunen), men betalingsordningen kan let associere til en relation mellem en arbejdsgiver og en arbejdstager, og der kan være forhold, som styrker dette. I

²⁹ Blandt betalerne opererer man i den tid, hvor jeg foretager dataindsamlingen, med 4 trin afhængig af grad af indtægt, men mine observationer viser ingen konsekvenser af graden af betaling. Det afgørende er, om man betaler eller ikke.

³⁰ Før denne postgiro-ordning blev indført, foregik en direkte pengeudveksling mellem modtageren og hjemmehjælperen.

løbet af de år, jeg indsamler empiri om hjemmehjælpsarbejdet, eksisterer der f.eks. to typer regler om tiden hos klienten: enten at tiden er afgrænset (f.eks. fast 2 timer om ugen) eller at hjemmehjælperen kan gå, når hun er færdig med arbejdet. Da reglen om at gå, når man er færdig indføres, viser det sig, at hjemmehjælperne føler det vanskeligere at gå hurtigt fra dem, som betaler end fra dem, som ikke betaler for arbejdet.³¹ En regel, som bl.a. har til hensigt at virke retfærdiggørende på hjælpetildelingen, dvs. at man tilstræber at give mest hjælp til dem med størst behov, kan altså virke nærmest modsat hensigten, fordi betalerne således får mere hjælp end ikke-betalerne. At betalerrollen således får indflydelse på omsorgsrelationen forstærkes altså af, at betalingen er synliggjort.

Den konkrete betydning af god økonomi er altså bl.a. en styrket mulighed for at få den hjælp, som hjemmehjælpsmodtageren ønsker. En anden konkret betydning består i muligheden for at kunne købe sig privat hjælp, hvis den offentlige hjælp ikke er tilstrækkelig, sådan som det er tilfældet for betaleren blandt mine hjemmehjælpsmodtager-informanter. Dette er en mulighed, som findes specielt i forhold til hjemmehjælpsarbejdet, fordi den del af arbejdet, som handler om husarbejde, kan købes på det private (ofte sorte) marked.³² God

³¹ Dette finder Kähler (1992) også i sin danske studie.

³² Der er tale om et relativt nyt fænomen, fordi privatisering af hjemmehjælpstjenester i Norge hidtil ikke har været praktiseret. Men den politiske debat om eventuelt at indføre det og igangsætte forsøgsordninger (sådan som man har gjort i Danmark) er begyndt. Man kan skelne mellem mindst tre typer privatisering. Én type handler om, at private firmaer på egen hånd tilbyder hjemmehjælpstjenester til ældre og andre (f.eks. familier med små børn, hvor også moderen er i fuldtidsarbejde). En anden type handler om, at kommunen køber private hjemmehjælpstjenester, men fortsat administrerer disse tjenester. Det er især denne type, hvor der altså gøres brug af udlicitering,

økonomi styrker altså en uafhængighedsposition på flere vigtige måder.

Husmoridentiteten er den sidste af faktorerne, jeg vil pege på. Den er både meget vigtig og samtidig mere kompliceret at få et greb om end de andre i forhold til afhængighed³³, bl.a. fordi den i noget mindre grad er en traditionel ressource-faktor på samme måde som det uformelle netværk, helse og økonomi. Dens helt centrale betydning i mit materiale hænger sammen med, at det arbejde, som hjemmehjælperen gør, er et arbejde, som hjemmehjælpsmodtageren - i størst grad, når dette er en kvinde - selv har erfaringer med at gøre. Da størsteparten af omsorgsmottagerne i denne studie er ældre kvinder, som selv har været enten heltids- eller deltidshusmødre hele livet, er dette altså en vigtig og udbredt betydningsfaktor.

Konkret indebærer en stærk husmoridentitet i subjektiv forstand³⁴, at omsorgsmottageren potentielt ønsker både at lede arbejdet og at styre det indholdsmæssigt. Mænd af samme generation vil således potentielt have en svag husmoridentitet. En række forhold spiller ind i forhold til om en kvinde kan lede arbejdet; bl.a. er det af betydning, om hun har erfaringer med ledelse, f.eks. fra tidligere lønnet arbejde, fra egen ansættelse af vaskehjælp, evt. hushjælp o.a. I forhold til det indholdsmæssige vil omsorgsmottageren med en stærk husmor-

den politiske debat har handlet om. Og endelig handler en tredje type om, at privatpersoner (evt. tidligere offentligt ansatte hjemmehjælpere) gennem annoncer tilbyder hjemmehjælpstjenester. Se bilag 3, s.523 for nogle enkelte eksempler på denne type hentet fra Bergensavisen.

³³ Det er også den, jeg empirisk finder sidst.

³⁴ Husmoridentiteten kan i endnu mindre grad end de andre tre faktorer "måles" objektivt.

identitet ønske at øve indflydelse både på, hvad hjemmehjælperen konkret skal gøre og ikke mindst på hvilken måde. Det er et karakteristisk træk for husmoderen, at identiteten som husmor netop udvikles i sammenhæng med, at hun udvikler bestemte for sig selv tilfredsstillende måder at gøre ting på (rengøring m.m.) og skabe ting på (mad, hygge i hjemmet m.m.); jf. f.eks. også Nordhus, Widding Isaksen og Wærness 1986. Når en anden skal overtage dette arbejde, fordi hun ikke længere selv kan klare det, er det derfor af stor betydning for hendes husmoridentitet, at arbejdet gøres på tilnærmelsesvis samme måde eller på den måde, som hun nu ønsker at få det gjort; det kan da kompensere lidt for det ubehag, det for mange husmødre er ikke længere at kunne gøre det selv.³⁵ For en mandlig hjemmehjælpsmodtager er det derimod potentielt mindre vigtigt, hvordan arbejdet gøres, men snarere, at det gøres.³⁶ En vigtig forskel mellem at gå til en kvindelig hjemmehjælpsmodtager (læs husmor) og at gå til en mandlig hjemmehjælpsmodtager består således i, at det hos sidstnævnte ikke bliver nødvendigt at skulle konkurrere med dennes rolle i hjemmet (Bergh 1993), hvilket derimod netop er et centralt problem hos den kvindelige modtager.

Efter den af de fire hjemmehjælpsmodtagere, jeg har kaldt "husmoderen" som

³⁵ Derfor findes der også husmødre, som aldrig bliver tilfredse med det, som gøres, uanset hvor meget, hjemmehjælperen faktisk prøver at leve op til ønskerne. Annica Thomas (1986) fremstiller netop dette meget tydeligt gennem sin informant kaldt Ethel, som hjemmehjælperne ikke bryder sig om at gå til, fordi hun er umulig at gøre tilfreds.

³⁶ Ingen af mine fire omsorgsmødtagerrepræsentanter er enlige mænd, fordi den gruppe udgør en lille andel af alle omsorgsmødtagerne i distriktet. Men jeg finder dette gennem min deltagende observation hos mandlige enlige hjemmehjælpsmodtagere, og jeg finder desuden støtte for dette i Berghs studie (1993) af hjemmehjælpsmodtagere og i Thomas' studie (1986).

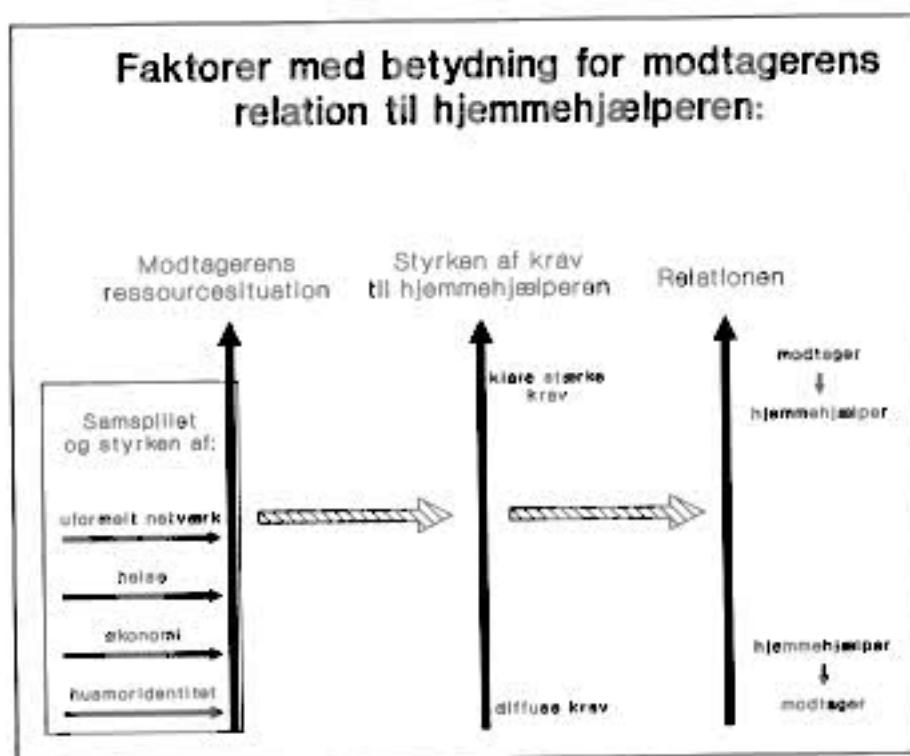
den stærkeste repræsentant for en modtager med husmoridentitet i mit materiale, følger betaleren og endelig den erhvervsaktive kvinde. Sidstnævntes husmoridentitet er (relativt set) den svageste blandt disse tre, måske fordi hun også har haft et erhvervsaktivt liv. Den demente kvinde repræsenterer i mit materiale en hjemmehjælpsmodtager med en meget svag husmoridentitet. Hendes dårlige helse med svækket hukommelse og koncentrationsevne har så at sige fjernet hendes mulighed for fortsat at opfatte sig selv som husmor.

Når det gælder det komplicerede ved husmoridentiteten består dette i, at den både kan give et grundlag for at ønske at få kontrol over hjemmehjælperens arbejde (i den forstand er det en ressource) og samtidig kan den øge afhængigheden. Den kan på den ene side være en ressource i den forstand, at husmoderen har indsigt i arbejdet, har udviklet rutiner og regler for arbejdet, kan lede arbejdet osv. På den anden side kan den også skabe mere afhængighed, fordi den gør husmoderen afhængig af, at hjemmehjælperen faktisk indvilliger i at udføre arbejdet på bestemte måder, i en bestemt rækkefølge osv., hvilket af en hjemmehjælper kan opfattes som underordning og dermed vække utilfredshed eller protester.

Endelig må det her også nævnes, at jeg altså (som nævnt) ud fra mit materiale peger på husmoridentiteten, fordi størsteparten af omsorgsmødtagerne er kvinder med mangeårige husmorerfaringer, men når denne husmoridentitet tolkes som et forsøg på at kontrollere arenaer i sit liv, tydeliggøres det, at også

andre identiteter kan give grundlag for at ønske f.eks. opgaver udført på ganske bestemte måder. Pensionisten med det fiktive navn Karl f.eks. i Annica Thomas' studie er også meget optaget af at få gjort ting på meget nøjagtige måder, selvom han ikke har nogen særlig udviklet husmoridentitet (han er gammel sømand). Men på grund af dårlig helse er han "bundet" til sin lejlighed, hvor han oftest enten ligger i sin seng eller sidder ved et bord, når han får mad. At styre hjemmehjælpsarbejdet er hans forsøg på at kontrollere sit hjem (Thomas 1986). Husmoridentiteten må således ikke forstås for snævert, men som specifikt baseret på materialet i denne studie.

Figur 14:



Faktorerne husmoridentitet, økonomi, helse og uformelt netværk kan altså

bruges til at indkredse indholdet af en hjemmehjælpsmodtagers afhængigheds-situation. Tager man hensyn til den subjektive opfattelse af husmoridentitet, helse og uformelt netværk samt det relative ved faktorerne, spreder modtagersituationen sig ud mellem to yderligheder af roller. Én rolle som knytter sig til en samlet set stærk ressourcesituation, og én rolle, som knytter sig til en svag ressourcesituation. Den stærke position kalder jeg for en rolle som selvbestemmende klient. Denne har sine "bedste betingelser", når hjemmehjælpsmodtageren har god økonomi, subjektivt oplever at have god helse og et stærk uformelt netværk og også har en stærk husmoridentitet. Rollen som arbejdsleder vil ofte være en vigtig del af en selvbestemmende rolle, men den behøver ikke at være det. Med udtrykket "at være selvbestemmede" ønsker jeg netop at pege på, at det ikke behøver at være et ønske om at lede og styre arbejdet, som er udgangspunkt, men måske noget mere grundlæggende om at være subjekt også i en afhængighedssituation. Den selvbestemmende rolle bliver i den forstand den rolle, som i størst grad giver mulighed også for magt i Weberiansk forstand, og mere konkret magt også i Wærness' forstand i forhold til at få ting gjort, som vedkommende kunne gøre selv (Wærness 1982). I den anden ende fremkommer da en rolle, som jeg kalder en underordnet klientrolle, med andre ord en typisk klientrolle. I denne sammenhæng kan den karakteriseres ved, at hjemmehjælpsmodtageren subjektivt oplever at have en svag husmoridentitet, et svagt uformelt netværk, dårlig helse og dårlig økonomi. Eftersom det må betragtes som

et grundlæggende træk ved mennesket, at man ønsker at være subjekt og dermed selvbestemmende uanset grad af afhængighed, kommer dette i modsætning til den typiske klientrolle. Derfor opstår et dilemma mellem ønsket om at være selvbestemmende og tildelingen af rollen som underordnet. Når en hjemmehjælpsmodtager befinder sig i den ene ende af spekteret mellem den selvbestemmende rolle og den underordnede klientrolle betyder det, at rollen i den anden ende er svag; men den vil altid også være der. Derfor bliver det muligt at tale om et potentielt roledilemma i hjemmehjælpsmodtagerrollen mere generelt.

Når modtageren kan karakteriseres ved en rolle som selvbestemmende, underordnes hjemmehjælperen denne modtager. Men når modtageren derimod kan karakteriseres ved en rolle som underordnet klient, vil hjemmehjælperen omvendt altså være overordnet modtageren. Da de fleste hjemmehjælpsmodtagere befinder sig et sted mellem de to rolleyderligheder, vil hjemmehjælperen således oftest gå ind i en blanding af over- og underordning.

Hvis man associerer den nye betegnelse for hjemmehjælpsmodtagere, "brugere" med valgfrihed, valgmuligheder og rettigheder (jf. udtrykket "kunden har altid ret"), findes denne modtagertype kun blandt dem med de stærkeste ressourcer, altså dem med de bedste betingelser for selvbestemmelse i modtagerrollen. Brugerbetegnelsen kan derfor siges at være en meget lidt realistisk fællesbetegnelse for alle modtagere af hjemmehjælp. I forhold til de

aktuelle ændringer i den hjemmebaserede omsorg, hvor stadig flere af modtagerne har dårlig helse samtidig med, at det faktisk er blevet sværere at få hjemmehjælp (se bilag 4, s.524-526), er betegnelsen "klient" derimod mere i overensstemmelse med de faktiske forhold. Måske er dette også en grund til, at brugerbegrebet (endnu?) ikke har erstattet betegnelsen "klient" helt; begge betegnelser bruges i hjemmehjælpernes hverdagssprog. Er det fordi det kan føles vanskeligt at betegne ressourcetsvage personer som "brugere"?

7.4 Fire hjemmesygeplejemo dtager-typer

7.4.1 Akademikeren³⁷

Akademikeren med den store bog

Akademikeren har en god hjemmesituation med kone, som også er akademiker, børn, børnebørn og et funktionelt, rent og hyggeligt hjem med god plads. Han får en del uformel hjælp fra et af børnene, som bor i nærheden og en gang imellem kommer børnebørnene på besøg. Specielt har han god kontakt med ét af børnebørnene, som ligesom ham selv lider af en sygdom; sygdomsoplevelsen har givet dem et specielt fællesskab.

Akademikeren er varig funktionshæmmet, og det betyder, at han sidder i

³⁷ Som det kommer til at fremgå, bliver akademikeren en af mine vigtigste modtagerinformanter. Det er ikke mindst ham, der gennem sine oplevelser i forhold til hjemmesygeplejen kommer til at vise, hvor vigtig også forståelsen af modtagersituationen er i forhold til at få indsigt i omsorgsrelationen.

kørestol hele dagen, er afhængig af hjælp fra hjemmesygeplejen til at komme op om morgenen og i seng om aftenen. Han har også brug for hjælp i løbet af dagen, f.eks. til at komme på toilettet, men her kan han ofte ikke vente på, at der bliver tid blandt de ansatte i hjemmesygeplejen. Derfor hjælper konen ham i stedet, og på badeværelset findes således et hejseapparat, som konen selv er i stand til at bruge for at hjælpe sin mand. Tidligere lagde hun ham også i seng m.v., men da det blev for tungt, overtog hjemmesygeplejen dette arbejde.

Ægteparret har ikke hjemmehjælp, selvom de får tilbudt det i forbindelse med nogle rygproblemer, konen har. At de ikke har hjemmehjælp skyldes, at konen ikke ønsker det, på trods af, at hun endnu er i arbejde. Manden mener, at hun overvurderer sig selv. Hendes begrundelse er, at hun ikke orker at have flere fremmede i huset. Men en anden begrundelse er også, at hun tidligere har haft vaskehjælp, og denne dame kan hun engagere igen. Med andre ord har hun mulighed for selv at købe fast hjælp udenom tilbuddet fra kommunen.

Akademikeren repræsenterer en høj klasseposition, som han har fået i kraft af sin uddannelse. Han lægger vægt på kompetence hos de ansatte i hjemmesygeplejen³⁸, men han lægger også vægt på, at de har tid til at snakke lidt med ham i tilknytning til at udføre bestemte opgaver.

Akademikeren: "Det er noe med disse nattsøstrene som er voldsomt

³⁸ I min gennemgang af disse modtagertyper skelner jeg ikke mellem hjælpeplejere og sygeplejersker, fordi mit materiale viser, at dette i denne sammenhæng er mindre relevant. Hjemmesygeplejemodtagerne er sjældent klar over, om det er en sygeplejerske eller en hjælpeplejer, de har med at gøre. De forholder sig til "de fra hjemmesygeplejen".

effektive. Jeg beundrer dem for hvor effektive de er, samtidig så kjenner jeg det som et savn når det er noen som har det så brennende travelt at jeg får nesten ikke snakke med dem før de er ute igjen."

(Fra interview i 1991.)

Hans identitet er sammensatt af en række roller, som akademiker, ægtemand, far, bedstefar og hjemmesygeplejemodtager. I forhold til de ansatte fra hjemmesygeplejen er det vigtigt, at akademikeren ikke først og fremmest oppfatter sig selv som patient, men som akademiker. Hans identitet knytter sig altså med andre ord til en rolle, som er hentet fra hans erhvervsaktive liv, en rolle, som ligger udenfor den rolle, han primært tildeles i relationen til de ansatte fra hjemmesygeplejen. At hans identitet er knyttet sterkt til akademikerrollen både forsterkes af og kommer til udtryk ved, at han endnu skriver lidt artikler, når hans sygdom gør det muligt for ham. Desuden giver han udtryk for at reflektere en del over sit liv. Han reflekterer også over arbejdet, som gøres af de ansatte i hjemmesygeplejen og fortæller, at han føler sig tryggest, når han får hjælp af uddannet personale. Sandsynligvis hænger dette sammen med, at han som akademiker både er optaget af uddannelse og måske også har tro på, at øget kundskab giver øget kompetence og dermed øget tryghed for den kompetencen udøves i forhold til, når det handler om omsorgsarbejde. På grund af akademikerrollens vigtighed, er det væsentlige i forhold til hjemmesygeplejen ikke, hvad de konkret gør, men om de respekterer ham som akademiker. Det potentielle problem handler derfor om, at - jo mindre de kender til hans hele liv - jo mere vil de blot opfatte ham som en patient. Han gav mig et klart eksempel

på dette, da han fortalte, hvor ydmygende, han havde følt det, da en sygeplejerske var kommet ind en aften, mens han sad og læste og havde udtrykt forbløffelse og begejstring for "den store bog", han læste i. Denne sygeplejerske forholdt sig kun til ham som en patient.

Akademikeren: "Senest i går så kom det en dame - som vist nok er sykesøster, men hun er her av og til - hun er sikkert flink nok, men hun har en måte å snakke til pasienten på som gir meg... Jeg blir ikke sint, men jeg blir ... Hun snakker slik at jeg kjenner meg totalt redusert, jeg er ingenting. Det er en påkjenning. (Min udhævelse.) Jeg er så glad hver gang jeg ser henne gå ut igjen."

KC: "Kan du gi et eksempel på hva hun kan si, for lissom å få det helt konkret?"

Akademikeren: "Ja, det er sånne småting. Jeg sat her i stolen med denne boken her -en tykk bok her og: 'Og du har fått en bok å lese i'. Og det synes hun altså var... Det var ikke noe merkelig i spørsmålet i og for seg, men jeg peilet tonen og regnet med at det var noe som var helt utrolig. Eller ikke helt normalt at den som ligger syk oppe i en stol skal drive med å lese en så stor bok. Det kan hende at jeg er litt nærtakende, det er sikkert ikke slik ment. Men det er altså måten å snakke på. Du merker det på mangen måter at en ikke er helt med."

(Fra samme interview.)

Eksemplet viser, hvor vigtigt det er for denne modtagertype at blive respekteret for det, de føler sig som (her akademiker), ikke det de defineres som af de ansatte i hjemmesygeplejen (patient). Sandsynligvis er der ikke tale om respektløshed fra sygeplejerskens side, men derimod manglende fokuseren og interesse for modtagerens andre roller i livet, hvilket imidlertid kommer til at virke som respektløshed. Men et andet vigtigt element i dette er også, at akademikeren selv oplever et dilemma mellem sin rolle som akademiker og sin rolle som hjælpeafhængig. Han beskriver, hvor belastende det var for ham med

den gradvise reduktion af kræfter, som er et kendetegn for hans kroniske lidelse. Først kunne han gå med krykker, så måtte han bruge rullestol og siden elektrisk rullestol, når han ikke længere var i stand til manuelt at drive rullestolen frem. På biblioteket blev det vanskeligt at få bøgerne ud af hylden og til sidst blev det vanskeligt bare at bladere i en bog. Akademikeren er med andre ord i færd med at gennemleve en smertefuld og langvarig statuspassage fra rollen som et selvstændigt tænkende, reflekterende og uafhængigt menneske (akademikerrollen) til rollen som syg og hjælpeafhængig med færre og færre muligheder for at realisere sine akademiske interesser. Det er ikke mindst sygdommens forløb, som gør statuspassagen langvarig. Selvom der findes perioder med forbedringer i sygdommen, medvirker aldersøgningen til, at akademikeren bliver stadig mere afhængig af uformel hjælp fra sin kone og offentlig hjælp fra hjemmesygeplejen. I modsætning til den mere bratte statuspassage fra erhvervsaktiv til pensionist, som er typisk for mænds sociale aldring (Nordhus, Widding Isaksen og Wærness 1986:13), oplever akademikeren på grund af specifikke træk ved sit arbejde, altså en langsom statuspassage, som udredet mere detaljeret deler sig i tre, i overgangen til at blive pensionist, til at blive afhængig af sin kone for endelig også at blive afhængig af velfærdsstatens tjenester.

Det er først og fremmest akademikeren dårlige helsetilstand, som i stigende grad gør ham afhængig af hjælp fra hjemmesygeplejen. Men at akademikeren endnu kan bo hjemme på dette tidspunkt, hænger i høj grad sammen med den uformelle

hjælp, han får fra konen. At akademikerens er mand og samtidig har en relativt rask kone tydeliggør altså betydningen af den uformelle hjælp. Hjælpen fra konen mindsker således akademikerens afhængighed både af hjemmesygepleje og af hjemmehjælp.

Når det gælder akademikerens muligheder for magt i sin afhængigheds-situation, knytter dette sig til noget mere end selve akademikerrollen; den knytter sig mere generelt til en relativt høj klasseposition, som f.eks. giver sig udslag i, at ægteparret stiller kompetencekrav til personalet fra hjemmesygeplejen og at de kan købe sig den type hjælp, de ønsker, når det gælder hjemmehjælpen. Bemærkelsesværdigt er det, at ikke manden, men konen tilbydes hjemmehjælp, hvilket signalerer, at så længe konen er der, kan hun klare det huslige. Hjemmehjælp knyttes altså til konens situation (jf. også tidligere i kapitlet).

Set fra akademikerens (modtager)synsvinkel går den ansatte fra hjemmesygeplejen ind i en underordningsrelation til denne type modtager, fordi han stiller krav til hjælpen, han reflekterer over hjælpen og han har sin kone som en nær støtte.

7.4.2 Den fattige serviteur

Serviteur hele livet, men ingen service i alderdommen

Hans far dør tidligt, og derfor må moderen overtage alt i hjemmet med ham

og hans fire søskende. Han starter sin arbejdslivskarriere som messedreng. Så går han i land og tager uddannelse som serviteur på hotelfagskole, får fagbrev fra restaurantbranchen og kommer til at bruge en del år af sit liv på at sejle og får på den måde set en del af verden. Senere bliver han bestyrer for et hotel og på det tidspunkt gifter han sig og får 3 børn, 1 dør. Hans kone er hushjælp i årene før ægteskabet. Hun dør tidligt, men han gifter sig ikke igen, da det strider mod hans opdragelse og moralske opfattelser om livet. De sidste år, før konen dør, sejler han igen.

I dag sidder han i en kommunal lejlighed og får både hjemmehjælp og hjælp fra hjemmesygeplejen. Desuden har han en delvis uformel samtalepartner fra Røde Kors, en dame, som kommer og taler lidt med ham en gang imellem. På grund af uhelbredelige hofteskader, som han sandsynligvis har udviklet i tilknytning til sit arbejde som serviteur, sidder han i rullestol. Når han er meget alene, både ryger og drikker han en del. I lejligheden, som er relativt lille, findes få og meget nedslidte møbler, ingenting på væggene. I soveværelset ligger en masse bøger på et bord, som om han netop var flyttet ind, hvilket ikke er tilfældet.³⁹ At han ejer et fjernsyn skyldes udelukkende, at en initiativrig ansat fra hjemmesygeplejen har kunnet skaffe ham et brugt apparat.

Hans søn bor lige i nærheden, men han har en stor familie, deriblandt små

³⁹ Muligvis er det min egen opfattelse af, at bøger skal stå på hylder, som har betydning for min fortolkning her; jeg kan ikke udelukke, at serviteuren opfatter det f.eks. som tilgængelighed.

børn. Derfor findes der ikke overskud til at hjælpe faderen. Desuden er det svært for dem at få økonomien til at løbe rundt. Når denne familie kommer på besøg hos serviteuren, er det derfor ofte for at bede om penge, hvilket for serviteuren har som konsekvens, at han med mellemrum tvinges til at henvende sig til socialkontoret. Serviteurens datter har ikke familie, men bor så langt væk, at hun sjældent kan komme på besøg.

KC: "Hva får du din dag til å gå med?"

Serviteuren: "Jeg skal svare på det. Jeg var oppdratt... ikke oppdratt, men fant det naturlig å yte service til alle mennesker, uansett. Titler spilte meg ingen rolle, enten det var konger eller hva de var, de fikk samme behandling alle sammen. Og det falt naturlig. Men nå når jeg kom hjem selv og sitter her, så går de forbi vinduene våres -men det er ikke en som kommer bort så jeg kan få prate. ..Ja, når en tenker på hva en har utrettet for andre mennesker med service både på den ene og den andre måten, aldri spart sig selv. Aldri tatt hensyn til familien eller noe sånt, ditt arbeid var alltid service. Og at man må sitte her å se at ikke ett menneske kommer eller snakker. Jeg har altså hjemmehjelpen og så har jeg en i fra Røde Kors, hun i fra hjelpetjenesten kommer her av og til."
(Fra interview i 1990.)

Ligesom i akademikerens tilfælde oplever også serviteuren en type statuspassage, som handler om overgangen fra et aktivt erhvervsliv (og tillige rejsende liv) til en tilværelse med sygdom og afhængighed i sin alderdom. Men overgangen har alligevel en helt anden karakter, hvilket ikke mindst hænger sammen med de forskellige typer af arbejde, de har haft. Akademikeren kan fortsætte sit arbejde efter pensionsalderen, selvom det må ske under gradvis reducerede betingelser. Serviteuren derimod må nødvendigvis holde helt op med sit arbejde og er måske tilmed lettet over det, når han har haft et fysisk krævende

arbejde, som da også har givet ham høfteproblemerne. Serviteurens negative oplevelse af statuspassagen er således mindre knyttet til et erhvervsstatus-tab end til, at han ikke får det, han selv har givet andre hele livet: "service", som for ham nu indebærer, at han ikke skal opleve ensomhed.

I modsætning til akademikerens har den fattige serviteur en sårbar hjemmesituation på flere måder. Den uformelle hjælp er meget begrænset og ustabil, og den delvis uformelle hjælp (fra en frivillig organisation) er utilstrækkelig i forhold til den udprægede ensomhed, han oplever. At han desuden hører til de økonomisk dårligt stillede betyder, at han ikke kan købe sig ud af den situation. Karakteristisk for ham er også, at han en stor del af sit liv ikke har haft et egentligt hjem, og det hævner sig nu i hans alderdom, da det tager tid at bygge et hjem op. Hans afhængighedssituation tydeliggøres og forværres også af, at han er enkemand. Derigennem oplever han større ensomhed og han har ingen nær uformel omsorgsgiver, som kan gøre hjemmet hyggeligt. Dette falder udenfor hjemmehjælpsarbejdet, som begrænser sig til vedligeholdende arbejde uden tid til yderligheder som pyntearbejde på den ene side og storrengøring på den anden side. Sammenlignet med akademikerens er den fattige serviteur endnu mere afhængig af offentlig hjælp, både af hjemmesygepleje og af hjemmehjælp, først og fremmest fordi han har et langt svagere uformelt netværk. Det er således svært at tale om et grundlag for at kontrollere plejearbejdet (for slet ikke at tale om magt) i hans afhængighedssituation i det hele taget; selvom der måske nok

ligger en kime til dette i hans ønske om at få lidt service. På den anden side har han som mangeårig serviteur ingen erfaringer i selv at sidde ved bordet.⁴⁰

Set fra serviteurens synsvinkel går den ansatte fra hjemmesygeplejen altså ind i en overordningsrelation til ham.

7.4.3 Den gamle dame

Et kvindeliv

Hun vokser op i en familie med 9 søskende. Moderen dør tidligt under spanskeepidemien på et tidspunkt, hvor familiens mindste kun er 4 år, og derfor må hun som ældste datter overtage husarbejdet, mens hun endnu selv er barn. Familien lever på en gård og de har også hushjælp. Som ung bliver hun hushjælp, hvor hun arbejder hårdt fra tidlig morgen til sen aften med en fridag hver tredje søndag og fri hver torsdag aften. Hun er hushjælp indtil hun gifter sig med en sømand, som senere tager diverse arbejder på land, bl.a. er han hjælpemaler hos en malermester. De får to børn, og på et tidspunkt tager hun selv lidt arbejde udenfor hjemmet; hun hjælper til en gang imellem på et køkken på en institution.

I dag er hun meget svækket af sin alderdom og hun klager over smerter i hele kroppen. Hun har både nedsat syn og nedsat hørsel. Hun bor i det rækkehus, som

⁴⁰ Læs: være overordnet.

hun og hendes mand byggede under krigen sammen med naboen. Hun har alt samlet på ét værelse. Sønnen disponerer et værelse i øverste etage, hvor han har kontor. Derfor ser han dagligt til hende, men opholder sig på kontoret det meste af tiden.

Hun har både hjemmehjælp og hjemmesygepleje, da hun har brug for hjælp til det meste; sønnen hjælper med at gøre indkøb. Det andet barn bor så langt væk, at han ikke kan hjælpe med noget. Hun er oldemor til tre. Der er søgt om sygehjemsplads til hende, men hun har endnu ikke fået plads.

Den gamle dame: "Men når en ikke får, så kan en ikke få noe."

KC: "Når du ser tilbage på ditt liv, er du tilfreds med..."

Den gamle dame: "Jeg har hatt det godt. ... Vi har fått det slik som Gud har lagt det til... Det er han som vet hva som var best å ha det godt."

(Fra interview i 1990.)

KC: "Hvordan skal du feire julen?"

Den gamle dame: "Jeg skal sitte her i stolen. ... De [sønnen med familie] kommer og hilser på meg julaften. Og så går de igjen. Jeg vil ha det slik"

KC: "Hvordan får du tiden til å gå?"

Den gamle dame: "[ler]... å ligger her en stund og sitte her en stund og ligge en stund."

(Fra samme interview.)

Denne gamle dame er født omkring århundredeskiftet og hendes liv repræsenterer et typisk kvindeliv for den generation. Tidligt oplært i omsorgs- og husarbejde hjemmefra, derefter hushjælp, ægteskab, børn, lidt supplerende arbejde udenfor hjemmet og så til slut alderdommen. Hun har hele livet stået til tjeneste for andre først i den familie, hun vokser op i, så den familie hun er hushjælp hos, og endelig egen familie. Men hun stiller ingen krav om, at andre

skal stå til tjeneste for hende. Dette er det særegne og samtidig typiske for hende som kvinde og adskiller hende f.eks. fra den mandlige serviteur, som hun ellers har det til fælles med, at de er arbejderklassebørn.

Hendes statuspassage over til at blive modtager af offentlig hjælp handler om ændringen fra at yde omsorgsarbejde til nu selv at modtage omsorgsarbejde. I lyset af hendes liv er dette en ny og uvant rolle.

Det afgørende for hendes afhængighed i dag er, at hun er meget svækket på grund af sin alder. Dårlig hørsel, dårligt syn og en udpræget træthed og ømhed i kroppen giver hende ikke meget lyst til socialt samvær med andre. Under interviewet svarer hun med så korte sætninger som muligt, og da interviewet er slut, må hun hvile. Hendes meget dårlige helsetilstand overskygger alt andet; derfor indtager hun i udpræget grad rollen som (typisk) patient, hvilket kan ses som en parallel til den demente kvinde blandt de fire hjemmehjælpsmodtager-typer. Den gamle dame har ingen refleksioner over, om hun får for lidt eller for meget hjælp eller for den sags skyld, hvem hjælpen er. Hun tager imod det, hun får. At hun får meget lidt uformel hjælp af sin søn i huset betragter hun som en selvfølge. Der findes ingen krav om, at han skal hjælpe mere til. Havde hun haft sin datter i huset, havde hun sandsynligvis modtaget mere hjælp og sandsynligvis også selv opfattet det som rigtigt. Den eneste form for ressource, som findes i hendes afhængighedssituation knytter sig til hendes børn som uformelle hjælpere.

At den gamle dame går ind i en udpræget og typisk patientrolle betyder, at

den ansatte fra hjemmesygeplejen - set fra modtagerens synsvinkel - går ind i en overordningsrelation til hende.

7.4.4 Mor til mange børn

Mange børn intet værn mod afhængighed i alderdommen

Hun vokser op i en familie med mange søskende, får selv ni børn og har i dag mange børnebørn. Før hun gifter sig, har hun forskelligt ufaglært arbejde som medhjælper på et sygehus, butiksarbejde og kioskarbejde. Derefter gifter hun sig og får sine børn med ca. 1 1/2 års mellemrum. Den første fødes, da krigen begynder. Manden deltager i modstandsarbejde, som hun ikke vil vide om. På grund af hans illegale arbejde, forhøres hun af tyskerne, og han tages til fange. Således har de en del krigsminder at leve med. Manden arbejder med forskellige typer ufaglært arbejde. Konen går - af sociale og økonomiske årsager - i arbejde, da det mindste barn er 2 år. Mange børn kræver økonomi og konen ønsker ikke, at børnene skal starte så tidligt som hun selv med at arbejde hårdt. Senere tager hun sig af sine døtres børn, mens døtrene tager uddannelse og går i arbejde.

I dag bor de i en relativt lille lejlighed uden f.eks. nok plads til en elektrisk kørestol, som hun kunne tænke sig. De får både hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Hjemmehjælpen blev tildelt, da hun fik en blodprop og hjemmesygepleje fik hun efter at have fået udlagt tarm.

Denne kvindes identitet er først og fremmest knyttet til husmorrollen og morrollen, roller som altså i stor grad baserer sig på en giverrolle. Den statuspassage hun oplever i overgangen til at blive omsorgsmottager bliver derfor smertefuld for hende.

"Jeg klarer ikke å gjøre noe selv. Men det som plager meg altså, det er det at jeg ønsker at vi hadde det litt mere romslig så jeg kunne få en sånn elektrisk rullestol så jeg kunne fungere mere inne. For jeg ser jo mye som min mann ikke ser. Om jeg ikke føler hva jeg tar i, men allikevel om jeg kunne ta en duk i hånden og kunne vri - så kunne jeg i alle fall tørket over kjøkkenbordet og slike ting. Og hadde jeg hatt den stolen så kunne jeg gjerne nå opp i et skap og ta ut noen kopper - så kunne jeg dekke på et bord hvis det kom noen. Det er jo forferdelig å sitte og si til ham: 'Du må gjøre det og du må gjøre det og det'. Det blir jo sånn tyting at en blir jo gjerne litt utav seg mangen ganger."

(Fra interview i 1990.)

På trods af den store og stadig voksende familie, får ægteparret meget lidt hjælp fra børnene og deres familier, heller ikke når de bor tæt ved. En stor del af kontakten går via telefon, men flere af de børnebørn, som hun har taget sig af, kommer på besøg engang imellem. Ægteparret er bitter over denne situation, men trøster sig med, at de har hinanden. Manden er både yngre og raskere end konen, derfor fungerer han som en meget vigtig uformel omsorgsgiver for hende.

KC: "Hvordan er det med dine barn? ... hjelper de deg i dag? "

Moderen: "Nei, ikke så lenge de vet at de har faren [hennes mann] ... Det er han som er litt bitter, men han skal forstå at de har sitt å kave med. ...jeg ber ikke dem om hjelp i det hele tatt. Nei, hvis de kommer frivillig å gjør noe - det er jeg takknemlig for. Men ellers så ber jeg dem ikke om hjelp. De skal ikke ha det å si at vi er avhengig av dem enda i alle tilfelle."

(Fra samme interview.)

Den smertefulde statuspassage har ikke primært sammenheng med det at

skulle gå ind i rollen som modtager af offentlig hjælp, selvom det også er vigtigt. Men vigtigst er, at hun ikke længere kan leve op til den traditionelle morrolle som omsorgsgiver og derved ændres og svækkes hendes relationer til børnene.

"Det er ikke alle steder som jeg kan komme opp til barna mine der er trapper. Det er så mye sånne vanskeligheter, så jeg kan ikke gå å besøke dem og så blir de fornærmet for det og. De kan ikke forstå min situasjon, liksom. Mor kan ikke bli syk vet du. Jeg hadde trodd at jeg kunne være litt til nytte i samfunnet. I stedet ligger jeg til byrde for samfunnet."

(Fra samme interview.)

På trods af, at manden helsemæssigt har det langt bedre end konen, tildeles hun hjemmehjælp i forbindelse med en blodprop. Det forventes ikke, at manden skal overtage husarbejdet. I den forstand knyttes hjemmehjælp også her til konen uafhængigt af om der findes en ægtefælle og dennes helse.

Konens vigtigste uformelle omsorgsgiver er manden. Han er både yngre og raskere end hende. Derfor er forholdet til de ansatte i hjemmesygeplejen præget af, at hun i lige så høj grad forholder sig til sin mand som omsorgsgiver som til dem. Hendes stærke identitet som husmor viser sig således også overfor manden, selvom den ligeledes har central betydning for relationen til de ansatte fra hjemmesygeplejen. I relation til de ansatte fra hjemmesygeplejen er det den konfliktfyldte omsorgsmodtagerrolle, som står centralt; altså det i det hele taget at skulle fungere i en modtagerrolle.

Almindeligvis er manden ældre og derfor tidligere end kvinden plaget af helseproblemer. I dette tilfælde er situationen omvendt. Derfor er det desto mere iøjnefaldende, at konen så klart udgør den dominerende part i ægteskabet

(ligesom "betaleren" blandt hjemmehjælpsmodtagerne). Muligvis kan dette også her ses i sammenhæng med, at de nu begge befinder sig i hjemmet, dét, som livet igennem har været kvindens arbejdsplads. Derfor bliver det også hende, der naturligt fortsætter styringen her, noget som forstærkes yderligere af, at manden har mistet sin position knyttet til det lønnede arbejdsliv. Mens mandens savn knytter sig til tabet af lønarbejdet, er kvindens savn at være husmor og omsorgsgiver. Både hun selv og børnene har vanskeligheder med at acceptere hendes rolle som omsorgsmødtager.

Denne mor repræsenterer den yngre generation ældre kvinder. Selvom hun er fysisk svækket, har hun fortsat styrke til at reflektere over ting, har lyst til at fortælle og dominerer manden. Hun er klar over, at hun nødvendigvis er afhængig af hjælp fra andre til det meste, men fordi hun endnu ikke har givet slip på sin rolle som omsorgsgiver, oplever hun et dilemma, der handler om, at hun er omsorgsmødtager, men ønsker at være omsorgsgiver. Det tydeliggøres her, hvor stærkt morrollen er knyttet til en giverrolle. Når mor bliver syg og afhængig af hjælp, sker der et alvorligt brud med morrollen.

Denne informant repræsenterer altså en patient med en husmoridentitet og en dermed forbundet omsorgsgiveridentitet. I relationen til den ansatte fra hjemmesygeplejen giver dette i lidt mindre grad grundlag for at kunne kontrollere plejearbejdet, end det er tilfældet med hjemmehjælpsarbejdet, hvilket har sammenhæng med, at modtageren almindeligvis (og også i dette tilfælde) har

mindre viden om det arbejde, som de ansatte fra hjemmesygeplejen gør. Den ansatte fra hjemmesygeplejen underordnes alligevel denne mor til mange børn, fordi hun stadig i så udpræget grad opfatter sig som mor (giverrollen) og fordi hun desuden har et stærkt uformelt netværk i sin mand.

7.5 Hjemmesygeplejemodtager: mellem rollen som (typisk) patient og indehaver af mange roller

Skal jeg sammenfatte de faktorer, som mit materiale viser, har betydning for relationen til omsorgsgiveren fra hjemmesygeplejen, finder jeg følgende fire: hjemmesygeplejemodtagerens helse, klasseposition, patientidentitet og uformelt netværk.

Helse. Eftersom helsen er grundlaget for, om man i det hele taget tildeles hjemmesygepleje, er dette en specielt vigtig faktor, når det gælder relationen til den ansatte fra hjemmesygeplejen. Derfor har alle hjemmesygeplejemodtagerne en relativt dårlig helse sammenlignet med dem, som kun får hjemmehjælp. Dette betyder også, at stort set alle, som modtager hjemmesygepleje, også modtager hjemmehjælp (jf. også gennemgangen). I udgangspunktet har hjemmesygeplejemodtagerne altså potentielt en stærkere afhængighed end hjemmehjælpsmodtagerne, når det gælder helsen set som en isoleret faktor.

I mit materiale kan yderpolerne repræsenteres af den gamle dame på den ene

side og mor til de mange børn på den anden side. Den gamle dame er så svækket af sin alderdom, at hun så at sige passivt modtager den hjælp, som tildeles hende. (Hendes patientidentitet bliver dermed naturligt stor. Se nedenfor.) Morrepræsentanten har også en del sygdomsproblemer, men hun er alligevel i langt mindre grad svækket af disse end den gamle dame. Derfor har hun flere muligheder for at diskutere og reflektere over den hjælp, hun får.

Klasseposition. Mens jeg hos hjemmehjælpsmodtagerne finder det vigtigt at fokusere på økonomi, vil jeg - når det gælder hjemmesygeplejemodtagerne - hellere fokusere på betydningen af en klasseposition. Økonomi har ikke en lignende selvstændig betydning, fordi man ikke kan købe sig ekstra hjemmesygepleje, som man kan med hjemmehjælp eller vaskehjælp.⁴¹ Ved i stedet at bruge *klasseposition* vil jeg altså her snarere fokusere på den samlede position baseret på ressourcer i kraft af uddannelse, erhverv, økonomi m.m. Det er akademikerens som modtagertype, der peger på relevansen af at forstå den økonomiske del bredere. Dette betyder imidlertid ikke, at økonomien må underkendes, da f.eks. muligheden for selv at købe sig hjemmehjælp eller vaskehjælp på et privat marked trods alt mindsker hjemmesygeplejemodtagerens samlede afhængighedssituation.

⁴¹ Når det gælder egenbetalingen, har det været diskuteret, om denne skulle indføres i hjemmesygeplejen også. Lovmæssigt findes der nu mulighed for at gøre dette, men i Bergen kommune har man endnu ikke indført dette (se i appendix, s.573-574). At ikke egenbetalingsordningen er indført i hjemmesygeplejen, ser jeg som et andet argument for at fokusere på klasseposition frem for økonomi i hjemmesygeplejen i denne studie.

Mens akademikerens i mit materiale repræsenterer en relativt høj klasseposition, repræsenterer den fattige serviteur en lav position. Deres forskellige ressourcer giver sig udslag i f.eks. forskellen i boligstandard. Mens akademikerens bor i en enebolig med stor have omkring, gode parkeringsforhold i et roligt boligområde, bor den fattige serviteur i en lille lejlighed i et trangt boligområde. Den giver sig udslag i en forskel i deres beskæftigelser. Mens akademikerens kan dyrke interesser ved at skrive på artikler, læse litteratur osv., tilbringer den fattige serviteur det meste af dagen med at sidde og ryge og drikke ved vinduet og vente på, at nogen kommer til ham. Endelig findes en vigtig forskel i deres uformelle hjælpere. Mens akademikerens har børn med ressourcer, som kommer og hjælper ham, opmuntrer ham til at skrive, kommer med børnebørnene til ham, er sønnen til den fattige serviteur selv ressourcesvag, slider med økonomiske problemer og en stadig voksende familie. Der er altså tale om en samlet ressourcesvag situation hos den fattige serviteur sammenlignet med akademikerens. Som tendens styrker en høj klasseposition altså magt i afhængighedssituationen.

Patientidentitet handler om i hvor høj grad hjemmesygeplejemodtageren selv opfatter sig som en patient, som "udelukkende" syg og afhængig af behandling. Det er igen akademikerens situation, som har tydeliggjort vigtigheden af denne dimension. Han oplever netop et kommunikationsbrud med enkelte ansatte fra hjemmesygeplejen, fordi disse ikke har kundskab om, at han selv identificerer

sig med akademikerrollen og mindre med en traditionel patientrolle. Modpolen til akademikerens i forhold til denne kategori er den gamle dame, som naturligt går ind i rollen som typisk (passiv) patient, fordi hendes helse tilsiger det. Hun har således ikke de samme muligheder for at prøve at undgå eller nå ud over denne rolle, som akademikerens har. Hendes relation til de ansatte fra hjemmesygeplejen er derfor i den forstand mere uproblematisk.

Materialet viser også, at der kan være mange gode grunde til at have problemer med at identificere sig med en patientrolle. Mens der for mænd specielt knytter sig problemer med statuspassagen fra en erhvervsaktiv rolle til en passiv pensionistrolle i et hjem med den statusnedgang, som oftest er knyttet til dette (se også Kähler 1992), er der for kvinder snarere problemer med statuspassagen over til i det hele taget at gå ind i en modtagerrolle, når husmor- og morrollen er så tæt knyttet til en giverrolle. Taknemmelighed og resignation knytter sig derfor potentielt lettere til kvinders modtagerrolle end til mænds (jf. også Nordhus, Widding Isaksen og Wærness 1986).

En udpræget patientidentitet betyder altså, at relationen til den ansatte fra hjemmesygeplejen bliver relativt uproblematisk, mens en svag identitet eller forsøg på ligefrem at undgå rollen som patient gør relationen til hjemmesygeplejen mere kompliceret med risiko for misforståelser o.a. Når hjemmesygeplejemodtageren har affundet sig med, at hun eller han er afhængig af hjælp til f.eks. at blive vasket, at komme på toilettet eller at komme ud af sengen, da

vil afhængighedssituationen måske opleves relativt naturlig. Når hjemmesygeplejemanden derimod føler det krænkende at skulle modtage hjælp til f.eks. den mest intime og personlige daglige pleje, da vil afhængighedssituationen potentielt opleves ubehagelig og måske ligefrem ydmygende. Denne type hjælp betyder nemlig også, at "det offentlige" når ind til de mest private dele af livet, det afprivatiseres (Skau 1994).

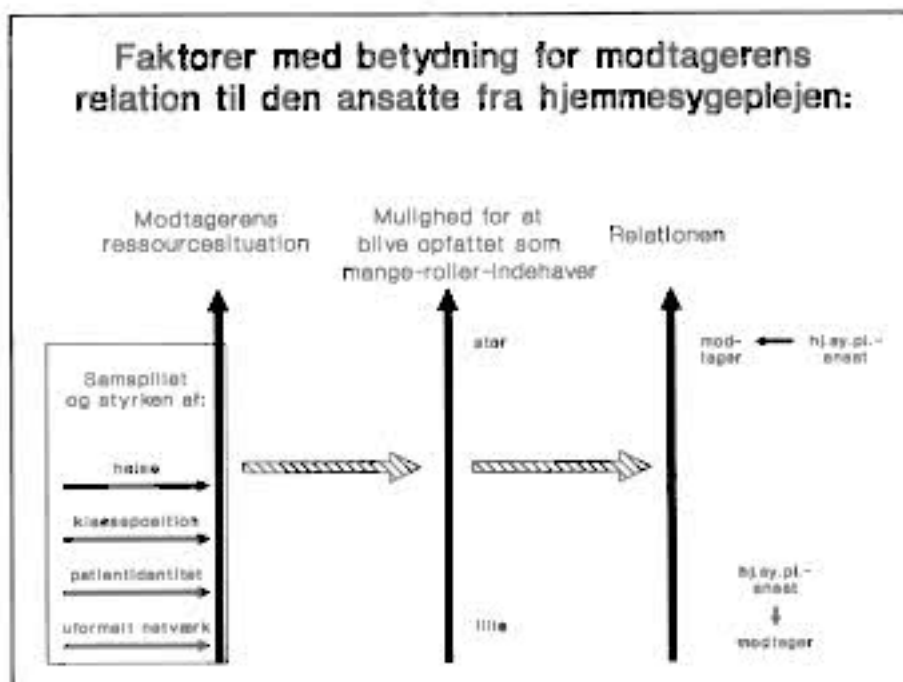
En svag eller stærk patientidentitet signalerer altså, hvordan afhængigheden opleves. En svag patientidentitet gør omsorgsmottageren mere afhængig af at få en hjælper, som er i stand til at forstå patientrollen som én ud af flere roller, altså at omsorgsmottageren ikke bare er patient men også indtager andre roller i kraft af f.eks. et tidligere aktivt erhvervsliv.

Uformelt netværk. Endelig er det uformelle netværk af vigtig betydning. Selvom de uformelle hjælpere (almindeligvis) ikke har kompetence i sygeplejearbejde, findes der mange opgaver, der kan varetages af disse, som f.eks. hjælp til at blive vasket, få mad, give medicin i form af piller osv. Når en hjemmesygeplejemand f.eks. ikke længere selv kan klare at gå på toilettet eller hente et glas vand, så kan man ikke engang klare sig med hjælp tre gange om dagen, men en rask ægtefælle vil muligvis kunne hjælpe med alle disse mange små tjenester. Også hjælp fra børn kan have stor betydning, men sjældent af det omfang og den kontinuitet, som kan gives af en ægtefælle, når børn sjældent bor hjemme længere og endnu sjældnere ikke enten er i arbejde eller har

egen familie. Når institutionspladser friholdes på grund af et stærkt uformelt netværk, skyldes dette derfor oftest ægtefællers hjælp, oftest kvinders (jf. tidligere).

I forhold til det uformelle netværk repræsenteres mine yderpoler igen af akademikerens versus den fattige serviteur. Hvor førstnævnte har et trygt og stabilt bagland i kraft af sin kone som nær uformel omsorgsgiver, er den fattige serviteur uden nær uformel hjælp. Materialet viser tydeligt, hvor afgørende betydning den uformelle hjælp har. Den sikrer hjælp, som er nær, stabil, kontinuerlig og har desuden en talerørsfunktion i forhold til det offentlige, hvis hjælpemodtageren ikke længere selv kan varetage egne interesser og krav. Et stærkt uformelt netværk styrker altså kontrolmuligheder i afhængighedssituationen til hjemmesygeplejen, men alligevel findes der ikke de samme muligheder for en overtagelse af hjemmesygeplejeopgaver, som det gælder hjemmehjælpsopgaver.

Figur 15:



Hjemmesygeplejemodtagerens afhængighedssituationen betinges således af samspillet og styrken af de fire faktorer. Når en modtager har relativt god helse (subjektivt forstået), en relativt høj klasseposition, et stærkt uformelt netværk og kun i mindre grad identificerer sig med en rolle som "udelukkende" patient, findes de "bedste" betingelser for en ressourcestærk rolle. At have kontrol i denne rolle knytter sig til det at kunne "tvinge" den ansatte fra hjemmesygeplejen til at forholde sig til modtageren som en *indehaver af mange roller*. Når modtageren derimod befinder sig i en ressourcevag situation, bliver muligheden for at nå ud over patientrollen meget mindre; derfor knytter jeg denne svage position til *patientrollen*, altså en typisk patientrolle, hvilket for så vidt ikke betyder, at der ikke kan findes magt i denne rolle også, men at den i begrænset omfang giver mulighed for at blive opfattet som andet end patient. Sammenlignet med indehaveren af mange roller, er patienten i langt højere grad afhængig af den måde, den enkelte ansatte fra hjemmesygeplejen har valgt at forholde sig til modtageren på.

At der potentielt vil være tale om et rolledilemma for den enkelte modtager har sammenhæng med, at selvom modtageren befinder sig nærmest den ene ende af spekteret, f.eks. i rollen som (typisk) patient, vil vedkommende altid også (måske ikke nødvendigvis bevidst) have en eller anden grad af ønske om at blive opfattet som mange-roller-indehaver. Befinder modtageren sig i den ressourcestærke ende, vil denne modtager alligevel ikke kunne undgå også at

blive tildelt patientrollen. I sin kerne handler dette dilemma om forskellen mellem primært at være objekt eller primært at være subjekt.

I rollen som typisk patient underordnes modtageren altså potentielt den ansatte fra hjemmesygeplejen, mens modtageren har større chance for at indgå i en balanceret relation, når vedkommende kan manifestere sig som indehaver af mange roller (se figur 15). I modsætning til relationen mellem hjemmehjælper og hjemmehjælpsmodtager, finder jeg, at der ikke findes tilsvarende muligheder i hjemmesygeplejerelationen for at indgå i en overordnet relation til giveren. Den ansatte i hjemmesygeplejen har i udgangspunktet en stærkere autoritet i sin giverrolle end hjemmehjælperen (jf. kap.5). Derfor bliver det meget vanskeligere at vende magtforholdet.

Ligesom for hjemmehjælpsmodtagere bruges også begrebet *bruger* om hjemmesygeplejemodtagerne. Men også her er dette en meget lidt realistisk fællesbetegnelse, som ikke engang kan bruges om dem med de stærkeste ressourcer, når der f.eks. ikke findes alternative markeder at hente hjælp fra. Hjemmehjælpsmodtagerne kan derimod i dag både hente hjælp fra frivillige organisationer og fra et privat (indtil videre mest sort) marked for rengøring, men der sælges endnu ingen, eller i hvert fald i meget begrænset omfang, pleje på disse markeder.

Kapitel 8

Omsorgsmødet: en forhandling om nærhedsgrænser

8.1 Indledning

Jeg har hidtil i relativt høj grad behandlet omsorgsgiver- og omsorgsmottagersiden hver for sig, hvilket har været nødvendigt med henblik på at få udredt det specifikke på hver side af omsorgsrelationen. Kapitlerne 4-7 om henholdsvis giver- og mottagersiden kan således betragtes som en indkredsning af det, som hver af parterne møder hinanden med. For at understrege betydningen af, at to parter mødes og kommunikerer, vil jeg i dette kapitel, udover at fokusere på dette møde som en relation, i særlig grad også fokusere på mødet som en omsorgsinteraktion, dvs. en interaktion, som indeholder omsorgsarbejde og desuden også kan indebære *omsorg* (jf. kap.6); mere specifikt vil jeg også kalde denne interaktion for en *forhandling*.¹ Begrebet "omsorgsinteraktion" skal rette opmærksomheden mod indholdet i omsorgsrelationen, men det skal ikke forudsætte noget om, hvorvidt relationen er symmetrisk eller asymmetrisk og heller ikke noget om parternes styrke eller svaghed og et

¹ Mens begrebet "omsorgsinteraktion" relaterer til generel sociologisk sprogbrug, skal begrebet "forhandling" pege på det empirisk specifikke og nye forhold, at omsorgsmottager og -giver i deres relation til hinanden i stigende grad har fået karakter af to individuelle parter i en forhandling. Med forhandlingsbegrebet vil jeg altså fokusere på en empirisk funderet og relativt ny tendens i mødet mellem omsorgsgiver og -mottager i den hjemmebaserede omsorg.

eventuelt indhold i disse. Formålet med dette kapitel bliver at belyse hvorfor og hvordan mødet og den praksis, som mødet resulterer i, må adskilles fra det, som hver af parterne kommer med. Mødet er med andre ord et nyt socialt produkt, fordi det er et resultat af en interaktion mellem to parter. Som udgangspunkt for dette vil jeg starte med at sammenkoble de rolledilemmaer, som den empiriske analyse så langt har vist findes på henholdsvis giver- og modtagersiden. Derfor bliver der også tale om en begyndende sammenfatning af studiens empiriske analyse. Men samtidig bliver denne begyndende sammenfatning en indledning til at uddybe omsorgsinteraktionen, idet jeg derefter vil inddrage den del af min empiri, som yderligere og mere særskilt kan belyse denne interaktion, herunder specielt opfattelsen af den anden i omsorgsrelationen.² Endelig ønsker jeg så på baggrund af dette at forsøge at vise, hvordan denne empiriske studie kan bidrage til også teoretisk at forstå *omsorgsinteraktionen*, og det viser sig her, at specielt inddragelsen af begrebet *altruisme* bliver frugtbar.

8.2 Rollepar i omsorgsrelationen

Den bevidsthed, som jeg finder, er helt central i hjemmehjælperens

² Kapitlet vil empirisk - eftersom det også indeholder en begyndende sammenfatning - bygge på alle data fra studien, men de data, som jeg særskilt bruger som udgangspunkt til at belyse opfattelsen af den anden, er hentet fra mine interview med de ansatte i hjemmesygeplejen, fordi der i denne del af datamaterialet findes flest konkrete refleksioner over forholdet til omsorgsmodtagerne.

husmorrolle, har jeg hidtil kaldt for en "andre-orientering". Der er tale om en bevidsthed, som finder sit motivationsgrundlag i en sympati for modtageren, og som drejer sig om at orientere sin adfærd og sine handlinger mod det, som anses for at være et gode for omsorgsmodtageren (jf. kap.5.2.1). (Jeg skal senere knytte denne bevidsthed til begrebet *altruisme*.) Når *husmorrollen* er præget af denne andre-orientering, harmonerer dette på modtagersiden med det, jeg har kaldt *en selvbestemmende klientrolle*. Set ud fra et under-/overordningsperspektiv, vil hjemmehjælperen i rollen som husmor potentielt underordne sig sin modtager, hvilket imidlertid ikke behøver at indebære, at hjemmehjælperen subjektivt oplever underordnethed³, og for den sags skyld behøver det heller ikke indebære, at modtageren opfatter sig selv som den overordnede i relationen. Opfattelse af over- eller underordning er med andre ord subjektivt bestemt, og forskelle i alder, køn og socialisering kan her være vigtige indflydelsesfaktorer for denne subjektive opfattelse.⁴ Den andre-orienterede bevidsthed kan altså føre til underordning i forhold til modtageren, men den behøver ikke gøre det. Den vil

³ I artiklen "Et kvindesyn på ældreomsorg" (Christensen 1991), som handler om underordning og altruisme i omsorgsrelationen, refererer jeg til en hjemmehjælper i mit materiale, som er en erfaren husmor, og som følger sin omsorgsmodtagers (en ældre dame) meget detaljerede anvisninger på at koge kaffe. Udefra set ligner dette en underordning i forhold til modtageren. Hjemmehjælperen selv oplever imidlertid ikke denne situation som underordning, og dette hænger sammen med hendes andre-orienterede bevidsthed. I den forstand er denne bevidsthed og underordning sammenblandet på en diffus måde.

⁴ Min deltagende observation blandt hjemmehjælperne sandsynliggør f.eks., at de yngre hjemmehjælpere har en lavere tolerance for underordningsfaktorer end ældre med mange års husmorerfaringer. F.eks. oplever en yngre hjemmehjælper, jeg følger, det som ydmygende, at en af hendes hjemmehjælpsmodtagere, en gammel dame, kort efter, at hjemmehjælperen er færdig, gentager hendes arbejde. En af de ældre hjemmehjælpere derimod glæder sig snarere over den egenaktivitet, dette er udtryk for.

imidlertid mere sjældent føre til det modsatte, fordi den almindeligvis vil tage udgangspunkt i den andens ønsker og dette er mere vanskeligt at forene med overordnethed, som snarere bevæger sig i retning af formynderi. Men den kan også tage udgangspunkt i, hvad omsorgsgiveren eller kommunen (og på et mere generelt niveau velfærdsstaten) mener er at øge omsorgsmottagerens velfærd. Man kan f.eks. forestille sig en husmor, som på en måde bliver upåvirket af, hvad omsorgsmottageren selv ønsker og mener, men som er overbevist om, at hun gør det, som er bedst for klienten, hvad enten dette "bedste" er baseret på egne forestillinger, velfærdsstats-idéer eller en blanding af disse. Formynderi kan med andre ord variere en del i sin form. På trods af disse mulige afvigelser finder jeg, at den rendyrkede husmor-rolle med sin grobund i en andre-orientering mest typisk vil underordne omsorgsgiveren under omsorgsmottageren i sine handlinger, men uden at hun selv oplever sine handlinger som underordning, fordi betydningen af underordning på en måde skubbes til side af ønsket om at gøre en indsats for den anden.

Når det gælder den anden af hjemmehjælperens roller, *arbejdstagerrollen*, finder jeg som noget centralt i denne en lønarbejderbevidsthed, hvilket i denne sammenhæng og på baggrund af den socialisering, som disse kvinder i dette materiale har, betyder, at hjemmehjælperen i højere grad vil være optaget af at følge fastsatte arbejdstagerregler og kun gå ind på mottagerens ønsker i den grad disse ikke kommer i modstrid med reglerne for arbejdet. I modsætning til andre-

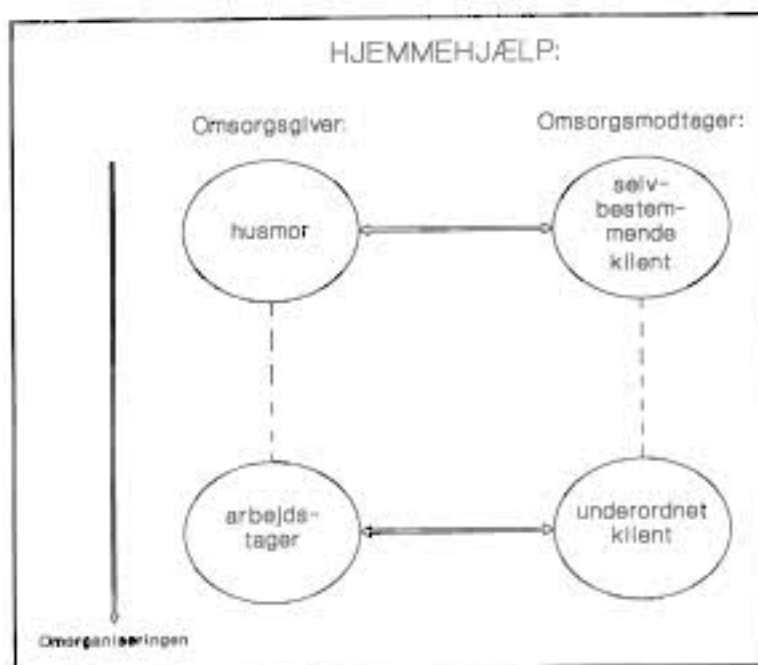
orienteringen er lønarbejderbevidstheden i højere grad selv-orienteret⁵. Her bliver det f.eks. vigtigere at undgå underordning end at tilstræbe at opfylde alle klientens ønsker. Det bliver vigtigt at beskytte sig selv som en arbejdstager mod klientens potentielt ubegrænsede ønsker og behov. Denne giverrolle harmonerer således med *en underordnet klientrolle*⁶, som først og fremmest baserer sig på at modtage hjælp og i mindre grad på f.eks. at stille krav. Mens der altså findes et potentielt underordningsforhold mellem husmoderen og den selvbestemmende klient - dvs. at risikoen for underordning er større end for overordning - findes der potentielt et overordningsforhold mellem arbejdstageren og den underordnede klient. Og mens den andre-orienterede bevidsthed giver modtagerens ønsker forrang, giver lønarbejderbevidstheden arbejdstagerreglerne forrang og tilpasser den enkelte modtager til disse regler. De to typer bevidstheder er altså to forskellige måder at forholde sig til modtageren på, og studien viser, at udviklingen har bevæget sig mod sidstnævnte type interaktion, jf. begrebet "professionalisering", som netop bl.a. viser hen til, at hjemmehjælperne har fået en stærkere lønarbejderbevidsthed; og det vil altså specifikt for denne sammenhæng sige, at hjemmehjælperen i stigende grad (udover at fungere i en

⁵ Denne selv-orientering må imidlertid ikke uden videre sidestilles med egoisme. Se senere i kapitlet.

⁶ Indholdet af en klientrolle vil naturligvis kunne variere en del, men oftest associeres indholdet med en eller anden type ikke-magt eller underordning. Det, som jeg i denne sammenhæng kalder "en underordnet klientrolle" er altså det, som vi ofte associerer med "klient". Men dette udelukker altså ikke, at en klient ikke kan være selvbestemmende.

"omsorgsrolle") også oplever rollerne som ansat, fagperson og arbejdskollega (se figur 2, s.63).

Figur 16:



Når det gælder de ansatte i hjemmesygeplejen finder jeg, at rollen som en, der udfører *personligt individualiseret omsorgsarbejde*, baserer sig på en holistisk orienteret bevidsthed, altså en bevidsthed, som i størst mulig grad tager hensyn til modtagerens hele livssituation, når en opgave skal udføres hos denne. Med andre ord underordnes den enkelte opgave en helhed.⁷ Det er rollen som *indehaver af mange roller*, som på modtagersiden harmonerer med denne giverrolle, og der vil her potentielt blive tale om et balanceret forhold. Som anført tidligere, finder jeg, at de ansatte i hjemmesygeplejen kun i mindre

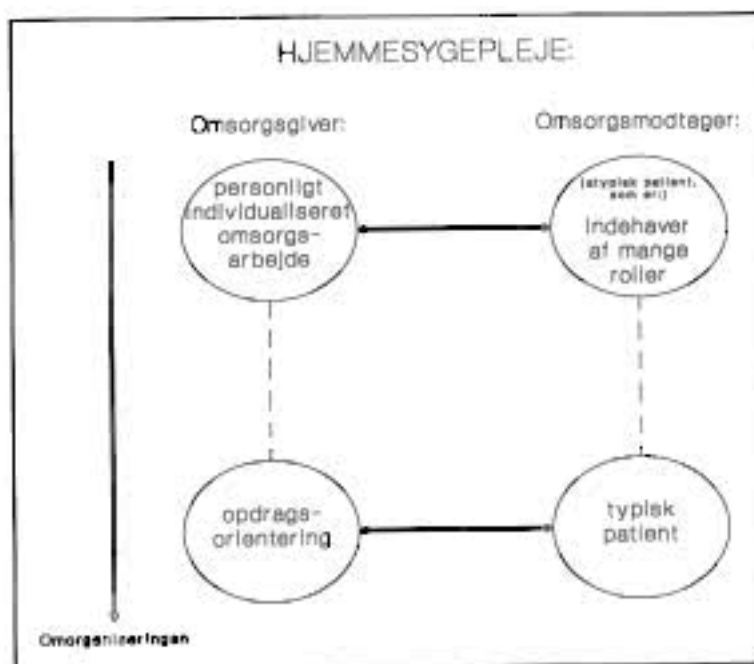
⁷ Uforudsigelighed og modtagerstyring er komponenter, som kan være knyttet til en holistisk orientering (se kap.5.3.5).

udstrækning kan siges - i hvert fald systematisk - at have risiko for underordning i forholdet til modtageren, fordi hjemmesygeplejerollen i sammenligning med hjemmehjælpsrollen mere klart indeholder mange typer autoritetsopbyggende elementer (jf. kap.5.3.2). Et balanceret forhold vil derfor være det nærmeste disse typisk kan komme underordningen.

Den *opdragsorienterede rolle*, altså en rolle baseret på en opgave- og mere specifik opdragsorienteret bevidsthed, hvor den ansatte i hjemmesygeplejen kun koncentrerer sig om at udføre et opdrag uden noget klart hensyn til hvem, der modtager opgaven og at opdraget udføres i opdragsmodtagerens hjem, vil på den anden side potentielt skabe grobund for et overordningsforhold til modtageren. Det er derfor, at *den typiske patientrolle*⁸, forstået som modsætningen til rollen som indehaver af mange roller, vil harmonere bedst med denne. Når det gælder udviklingen med omorganiseringen, har denne styrket det rollepar, som består af henholdsvis den opdragsorienterede rolle på giversiden og den typiske patientrolle på modtagersiden, jf. også begrebet "institutionalisering", når dette bl.a. indebærer en tilnærmelse til at følge det formaliserede og traditionsudviklede og dermed principper om arbejdsdeling (fragmentering af arbejdet), forudsigelighed i arbejdet gennem regelstyring og en dertil knyttet ovenfra-styring af det omsorgsarbejde, den enkelte patient modtager.

⁸ Ligesom jeg skelner mellem en underordnet og en selvbestemmende klientrolle, skelner jeg her mellem en typisk og ikke-typisk patientrolle. Her er det "den typiske patientrolle", som vi oftest associerer med det at være "patient".

Figur 17:



8.3 Magt i omsorgsgiver- og omsorgsmottagerrollen

Magt knyttet til enkeltmennesket kan siges at basere sig på strukturelle og personlige forudsætninger som to hovedbestanddele. Det handler både om at have betingelser for at kunne gennemføre noget og om at kunne gennemføre det.⁹ I den forstand er individets magt altid både subjektiv og objektiv. Socialpsykologen Johan Asplund (1987) finder, at det er de allermest elementære former for magt, som findes i ansigt til ansigt relationer. I almindelige hverdagslige ansigt til ansigt relationer anvendes magt ofte ikke, men det betyder ikke, at den ikke findes her; tværtimod er magt altid *latent* tilstede. Ved at

⁹ Jf. også Webers definition om muligheden for at sætte sin vilje igennem (jf. s.49).

anvende begrebet *mikromagt* understreger Asplund nødvendigheden af at se på magt i ansigt til ansigt relationer som en særegen type magt.¹⁰ For denne sammenhæng finder jeg, at dette er et vigtigt teoretisk udgangspunkt i forhold til at diskutere magt i omsorgsinteraktionen, når denne skal forstås som et nyt socialt produkt.

Når jeg i det foregående har talt om *potentielle over- og underordningsforhold* (i stedet for at tale om magt), er det bl.a. også for at adskille den diskussion fra diskussionen om magt og anvendelsen af magt. En potentielt overordnet position indebærer, at de strukturelle og personlige forudsætninger for at kunne udøve magt er til stede, men det behøver ikke indebære, at magten tages i brug eller at omsorgsmotageren eller -giveren for så vidt i det hele taget er interesseret i at tage den i brug. Magt er altså et fænomen ved omsorgsrelationen, som kommer i tilgift til under- og overordningsproblematikken, fordi den altid findes latent, men ikke behøver at anvendes. Og indsigten i over- og underordningsforholdene viser da hen til de muligheder, som findes for hvem, der evt. kan tage magt i brug og på hvilket grundlag.

Gennem den empiriske analyse har jeg bl.a. forsøgt at indkredse, hvad forudsætningerne for magt på såvel giver- som modtagersiden faktisk indeholder ved at konkretisere indholdet i de roller, som giver grundlag for henholdsvis en

¹⁰ Selvom Asplunds analyse af mikromagten giver en værdifuld indsigt i denne særegne type magt, kan man indvende, at han i mindre grad vægter de strukturelle forudsætninger for denne magt, hvilket til dels har sin forklaring i, at han fokuserer på magtens allermest elementære former.

over- og underordnet rolle. På giversiden er det dels arbejdstagerrollen og dels den opdragsorienterede rolle, som giver de bedste forudsætninger for magt og magtanvendelse. På hjemmehjælpsmodtagersiden har jeg konkretiseret forudsætningerne ved at pege på samspillet af faktorerne helse, økonomi, uformelt netværk og husmoridentitet, og når det gælder hjemmesygepleje-modtagersiden: helse, klassetilhørsforhold, uformelt netværk og patientidentitet.¹¹ Der er tale om en blanding af personlige og strukturelle forudsætninger. Andre mere eksterne (strukturelle) forudsætninger kommer f.eks. fra organiseringen af hjemmetjenesterne, fordi denne organisering sætter rammer for mødet med omsorgsmottageren (jf. kap.3). Det er af betydning, om modtageren får hjælp af den samme eller af mange forskellige, om modtageren ved, hvornår hjælpen kommer, og hvor længe hjælpen vil vare.¹² Og disse forhold vil igen afhænge af strukturelle forudsætninger på et højere niveau, f.eks. gennem ressourcetildeling til den hjemmebaserede omsorg, gennem de principper og regler, som pålægges den hjemmebaserede sektor via love, lokale politiske regler osv. En omsorgsmottager kan altså have personlige forudsætninger for at udøve magt, og alligevel ikke have mulighed for at anvende disse forudsætninger, hvis ikke også de strukturelle forhold på forskellige niveauer danner grundlag for dette.

¹¹ Altså identiteten som "typisk patient".

¹² Betydningen af disse organisatoriske tilrettelæggelser har Szebehely (1995) vist specielt tydeligt i sin afhandling. Men også Annica Thomas (1986) giver indsigt i dette, men mere specifikt set fra et modtagerperspektiv.

Den mikromagt, som latent findes i ansigt til ansigt relationer har en karakter, som adskiller den fra makromagt. Den har f.eks. ikke karakter af økonomiske transaktioner, men er derimod det, Asplund kalder *nøgen* (ibid.). Holder en mand op med at hilse på sin nabo, udtrykker han f.eks. vrede, og dette udgør en sanktion, men der er ikke tale om nogen økonomisk sanktion.¹³ I den forstand er mikromagt *nøgen*, den er udtryk for en ren underkastelse.¹⁴ De personlige og strukturelle betingelser for mikromagt, som jeg har gennemgået ovenfor, kan på én måde betragtes som betingelser for *nøgen* magt og samtidig er de betingelser for magt båret oppe af økonomiske sanktioner. Når det gælder det sidste har dette sammenhæng med, at omsorgsinteraktionen (knyttet til den hjemmebaserede omsorg) ikke længere kun indeholder de mest elementære former for magt sådan som dagligdagens hilseceremonier, når en tredje part, nemlig kommunen, også kontrollerer interaktionen udefra, sætter rammer, betingelser osv. og klienten således f.eks. kan klage over hjælpen (man kan derimod ikke klage til *nøgen* over, at naboen ikke hilser). Desuden koster såvel hjemmehjælpstjenester og potentielt også hjemmesygeplejetjenester penge, og dette er vigtigt, selvom der ikke sker nogen direkte udveksling af penge mellem omsorgsgiver og -modtager.

¹³ Hele bogen "Om hälsningsceremonier, mikromakt och pratsomhet" (Asplund 1987) er bygget op omkring hilseceremonier fra hverdagen. Asplund finder, at de allermest elementære former for magt kan anskueliggøres gennem disse hilseceremonier.

¹⁴ "Att utöva denna form av makt är inte att framtvinga ekonomisk kompensation. Det är kanske inte att framtvinga någon kompensation över huvud. Det är snarare att framtvinga ren underkastelse." (Asplund 1987: 25)

Endelig regnes velfærdstjenester i dag for et velfærdsgode, der er knaphed på. At forstå magt i omsorgsinteraktionen bare ud fra dette perspektiv vil imidlertid betyde, at det bliver let at overse et vigtigt aspekt, og det er dette aspekt, som kan indfanges gennem Asplunds begreb om nøgen magt, fordi denne nøgne magt ikke udspiller sig mellem en arbejdstager og en velfærdsklient, men mellem Kari og fru Amundsen. Det, som jeg tidligere i figuren over inter- og intrarollekonflikten har kaldt for en "egen historie" (se figur 2, s.63) knyttet til omsorgsgiverrollen, bliver altså et vigtigt element i forhold til at tale om magt i den konkrete interaktion mellem to mennesker. På omsorgsmottagersiden kunne dette illustreres på samme måde, nemlig som en "egen historie" udenfor en rolle som modtager af en velfærdstjeneste.

Måske kan det ovenstående give et vist indtryk af, at forståelsen af magt i omsorgsrelationen er uafhængig af, om vi ser på omsorgsgiver- eller omsorgsmottagersiden, men dette er ikke tilfældet. Selvom begrebet om den nøgne magt indfanger noget vigtigt, tager det imidlertid ikke specifikt højde for, at de to parter i interaktionen kan møde med meget forskellige præmisser. For at få denne specifikke forskel i forhold til en giver- og en modtagerposition frem, vil jeg inddrage to typer præciseringer, som specielt tager hensyn til dette og som bygger på empiriske fund fremlagt i kapitel 5 (om giversiden) og kapitel 7 (om modtagersiden).

Det er en tilgang til at forstå, hvad magt handler om i modtagerpositionen at

fokusere på, at det at være modtager af hjælp fra velfærdsstaten - uanset alle de variationer, som kan findes her (jf. kap.7) - i sit udgangspunkt betyder *afhængighed* (Graham 1989, Land 1989, Wærness 1989a). I denne position kan afhængigheden siges at aktualisere de begrænsninger, som findes for at kunne handle "frit". I en model, som skal klarlægge medborgernes handlingsveje¹⁵, udredes fire handlingsveje. Den første handlingsvej kaldes magtudøvelse. Her befinder borgeren sig i en situation, som vedkommende er utilfreds med. Utilfredsheden resulterer i et initiativ til at forandre den, og dermed udøves magt. Den anden handlingsvej kaldes magtesløshed. Her er situationen den samme bortset fra, at initiativet til forandring mislykkes, og dermed er borgeren magtesløs. I en tredje handlingsvej forholder borgeren sig passivt og tavst, fordi vedkommende ikke er utilfreds med sin situation; derfor bliver anvendelsen af magt uaktuel. Og i en sidste handlingsvej, som kaldes "tavs afmagt"¹⁶ er borgeren utilfreds med sin situation, men tager alligevel af en eller anden grund ikke initiativ til at forandre den (Söder et al. 1990). Det er altså, når omsorgsmodtageren af en eller anden grund er utilfreds, at betingelserne for magt bliver afgørende, og selvom der tages et initiativ til forandring, behøver dette ikke lykkes. At komme helt frem til at lykkes i sin magtudøvelse er således en lang vej. Set udelukkende fra modtagerperspektivet i denne studie vil

¹⁵ Modellen, som er hentet fra den svenske magtudredning om "Medborgarnas makt" (Pettersson - Westholm - Blomberg 1989), er refereret i Söder et al. 1990.

¹⁶ Er oversat efter det svenske "tyst vanmakt".

"akademikeren" blandt hjemmesygeplejemoedtagerne have størst chance for at nå så langt og "den tidligere erhvervsaktive kvinde" blandt hjemmehjælpsmodtagerne. Men tager vi hensyn til interaktionen med den enkelte ansatte fra hjemmesygeplejen og den enkelte hjemmehjælper, bliver det straks mere kompliceret, når den ansatte fra hjemmesygeplejen vil opfatte akademikeren som "en typisk patient" (og dermed som afhængig og uden magt), og hjemmehjælperen vil reagere på det, som kan have ligheder med en placering i en hushjælpslignende rolle i forhold til klienten. Måske er det en omend mindre begrænsning ved modellen, at den så klart forudsætter en utilfredshed med situationen for at kunne handle. Magt knyttes på den måde meget klart til ønsket om forandring og til aktiv handling. Den indeholder således i mindre grad muligheden for et mere generelt ønske om kontinuerligt at påvirke situationen uden nødvendigvis at føle et behov for at forandre noget.¹⁷ Det er imidlertid modellens styrke, at den knytter modtagerens afhængighedssituation sammen med mulige handlingsveje.

En vigtig forskel i forhold til en magt-problematik, når det gælder modtager- og giversiden er, at mens udgangspunktet på modtagersiden er en afhængighedssituation, er udgangspunktet på giversiden derimod det, jeg vil kalde en *relativ autoritetsfrihed*. Denne indebærer, at giveren altid i en eller

¹⁷ Dette forhold har imidlertid også noget at gøre med, at modeller altid i en eller anden grad er virkelighedsforenklende.

anden grad har funktion som en autoritet i mødet med omsorgsmottageren; med andre ord har giveren altid i en eller anden grad sanktionsmuligheder (Asplund 1987, Skau 1994, Gough 1993). Og når denne autoritet og disse sanktionsmuligheder findes, er det fordi der her findes et handlingsrum for udførelsen af arbejdet.¹⁸ Det er en del af baggrunden for dette, at fordelingen af velfærdsstatens personlige tjenester - til forskel fra økonomiske overføringer - ikke hovedsagelig baserer sig på konkrete og specificerede individuelle rettigheder, men i højere grad på udøverens skøn, altså på en vurdering af den enkeltes behov (Kjønstad 1990, Ramsøy og Kjølørød 1986), og i dette skøn ligger sanktionsmuligheder. Derfor findes et grundlag for en giverautoritet, et grundlag for en norm om giverautoritet knyttet til velfærdsstatens tjenesteudøvere.¹⁹ Denne studie viser, at denne giverautoritet har forskellig nedslag i forskelligt professionaliserede erhverv, idet autoritetsgrundlaget for de ansatte i hjemmesygeplejen er stærkere end det, som er tilfældet for hjemmehjælperne, jf. de forskellige over- og

¹⁸ Amerikaneren Michael Lipsky (uddannet i statsvidenskab), som har introduceret begrebet "street-level bureaucracy" og som mere generelt behandler situationen for mange typer græsrodsbureaukrater, peger på et fænomen, som har ligheder med det, jeg kalder "den relative autoritetsfrihed", når han fokuserer på (frit oversat) den relative autonomi fra organisationsmæssig autoritet (Lipsky 1980:16ff.). I dette peger Lipsky måske mindre på den giverautoritet, som bliver vigtig for denne specifikke sammenhæng, end på det, som imidlertid også bliver vigtigt; nemlig at der i denne relative løsrivelse fra den organisationsmæssige autoritet opstår et handlingsrum.

Lipsky definerer græsrodsbureaukrater som offentligt ansatte, der i deres arbejde har direkte kontakt med borgere og som har et rum for handlingsfrihed i udførelsen af deres arbejdsopgaver. Ud fra denne definition er både hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen græsrodsbureaukrater.

¹⁹ I Ritva Goughs studie af yngre funktionshæmmede, som er STIL-medlemmer (Stockholmskooperativet för Independent Living), bliver denne norm om en giverautoritet specielt tydelig, fordi STIL-medlemmerne oplever, at de må bryde med denne norm for at kunne gå ind i rollen som arbejdsledere (Gough 1993).

underordningsforhold nævnt ovenfor. Med andre ord har den relative frihedsgrad af autoritet altså sammenhæng med professionaliseringsgraden. I den konkrete interaktion mellem omsorgsgiver og -modtager har vi altså i udgangspunktet, omend i forskellig grad, at gøre med et magt- og afmagtsforhold, når vi indtager giverperspektivet, men de parvise rendyrkede roller, som jeg har opereret med i roledilemmaerne, viser, at dette netop kun er et udgangspunkt. Den konkrete interaktion kan med andre ord ændre væsentligt på udgangspunktet for omsorgsrelationen, jf. også den for en stor del uforudsigelige nøgne magt i ansigt til ansigt relationer.

I forhold til en magt-problematik er det således væsentligt at fokusere på den relative autoritetsfrihed og det handlingsrum, som findes i giverrollen. Samtidig findes også et andet meget vigtigt indhold knyttet til denne *giverautoritet*, som Gough (1993) betegner den, hvilket jeg har forsøgt at indkredse specielt i tilknytning til den rendyrkede husmorrolle hos hjemmehjælperne og rollen orienteret mod personligt individualiseret omsorgsarbejde hos de ansatte i hjemmesygeplejen. Det drejer sig om det, vi kunne indkredse med det hverdagslige begreb om medmenneskelighed, altså en eller anden grad og form af emotionelt engagement i omsorgsmodtageren. Indenfor traditionel professionaliseringsteori er dette blevet kaldt for "altruisme", selvom denne samtidig har været det mest omdiskuterede punkt på professionernes karakteristika-liste (jf. gennemgangen af begrebet i kap.2.10). Sammenknytningen af autoritet og

medmenneskelighed er blevet tematiseret af flere (Beckman 1981, Martinsen 1989 og 1993, Maciej Zaremba 1992, Andersen 1990, Skau 1994) og kaldes f.eks. af Andersen for en "professionel næstekærlighed", altså en næstekærlighed, som finder sted indenfor regulerede rammer med retningslinier og principper for arbejdet. Det specifikke ved denne sammenknytning af giverautoritet og næstekærlighed er altså, at der er tale om et spændingsforhold²⁰, hvilket imidlertid også betyder, at de ikke er uforenelige. Jeg finder, at dette spændingsforhold er et kerneelement i forhold til forståelsen af dilemmaer i omsorgsgiver-rollen. Men hvad er så det konkrete indhold af denne blanding af autoritet og kærlighed, når det gælder interaktionen med omsorgsmottageren, og hvordan kommer den til udtryk? Det er det, jeg i det følgende skal forsøge empirisk at redegøre nærmere for.

8.4 Mødet med omsorgsmottageren

I de refleksioner, som de ansatte i hjemmesygeplejen har med hensyn til deres forhold til patienterne, viser sig tre væsentlige forhold: betydningen af den konkrete kommunikation, inddragelsen af omsorgsmottagerens præmisser og det, jeg vil kalde *omsorgsgrænser*.

²⁰ Specielt Maciej Zaremba (1992) eksemplificerer og præciserer dette spændingsforhold meget tydeligt i sin artikel "Den obarmhertige samaritanen".

Den konkrete kommunikation

KC: "Hvordan vil du beskrive dit forhold til pasientene, hvem er du for dem?"

Birgitte: "Nei det har jeg ikke tenkt på så mye hvem jeg er for de, det kommer helt an på dagsformen ... av og til så kjenner du det at det klaffer ikke 100%, det klaffer sånn passelig og du går jo der selvfølgelig for det, men det er ikke alle du får et sånt nært forhold til. Noen får du automatisk et godt nært forhold til, og du føler det at de blir glad fordi du kommer. Andre steder er du veldig mye mer korrekt, blitt avmålt hvor du bare gjør det du skal. Og egentlig sat ikke de spesielt pris på at du, de synes at det var greit, at det ble gjort, men bare kom deg ut igjen. Det er ikke ofte, men det forekommer og du kjenner jo det når du går til pasienten. Av og til så føler eg gud, eg har en sånn god kontakt [dette sies med en beveget stemme] og andre gange kjenner jeg, at ah, det liker jeg, vi har det flott, og da kan jo det være greit at jeg følger opp sånn så langt..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Kristina: "Enkelte får du veldig god kontakt med en gang, litt sånn spesielt nære forhold. De sitter bak i her [peker på sitt hode] lenge etter de enten er utregistrert eller at de faller fra...og enkelte har du jo sånn mer profesjonelt forhold til, altså du går inn og gjør det du skal, og går igjen. Gjør det som forventes av deg."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Signe: "Enkelte av oss er helt utålelige for pasienten...det får vi jo stadigvekk tilbakemeldinger på."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Mødet med omsorgsmottageren er et selvstændigt socialt produkt, som kommer i stand gjennom den helt konkrete interaksjon mellom de to involverede mennesker. Alle betingelserne kan være til stede for en god kommunikation mellom giver og mottager og alligevel behøver kommunikationen ikke fungere i det hele taget. Og omvendt kan alle betingelserne være dårlige for en god kommunikation, og den kan oppstå alligevel. Med andre ord kan "den gode

samtale i et hjem²¹ ikke vælges, selvom man kan tilstræbe den og der organisatorisk kan lægges op til den. I den forstand er omsorgsinteraktionen uforudsigelig. Hvis det i en konkret interaktion bliver aktuelt at anvende magt fra giver- eller modtagerside, vil denne konkrete kommunikation få den afgørende betydning for det konkrete og specifikke indhold af den nøgne magt.

Når det gælder sammenligningen med hjemmehjælperne, peger kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen på, at konfrontationen med omsorgsmodtageren i hjemmesygeplejen er mere sårbar end det, som er tilfældet blandt hjemmehjælpsmodtagerne. De ansatte i hjemmesygeplejen rapporterer både om mere udsældning fra modtagerne og også om flere aggressioner fra disse, end det hjemmehjælperne gør (se tabel 20, bilag 9). Dette har bl.a. sammenhæng med de forskellige organisatoriske forhold, som de ansatte i hjemmesygeplejen og hjemmehjælperne arbejder under, men jeg antager, at også kombinationen af størst autoritet og ansvarlighed i giverrollen hos de ansatte i hjemmesygeplejen her må tillægges en vigtig betydning, og i lidt højere grad for sygeplejerskernes vedkommende end for hjælpeplejernes vedkommende.

Inddragelsen af modtagerens præmisser

Katrine: "Jeg tror det, at det er veldig viktig at man husker på at man går inn på pasientens premisser. At det er derfor vi går inn og ikke for at vi skal absolutt få gjennomført det vi har satt i hodet på forhånd. Men lytte til pasienten og høre, hva er egentlig behovet, hva er egentlig

²¹ Dette udtryk bruges af en af de to ledere fra hoveddistriktet, som jeg i efteråret 1995 og hele 1996 holder månedlige møder med.

ønsket..."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Svanaug: "Etter så mange år så vet jo du og hvordan du skal, ja når du kommer inn i et nyt hjem, så vet du ofte hvordan du skal oppføre deg, ikke sant? Du skal jo tross alt være en gjest der hos de..."

(Fra interview i 1990 med en hjelpeplejer.)

Citaterne peger på to dimensioner i det "at gå ind på patientens præmisser", hvoraf den ene handler om autoritet og den anden om graden af involvering i omsorgsmottageren. Jeg har forsøgt at samle de forskellige roller, som på en eller anden måde kombinerer en grad af autoritet med en grad af involvering og illustreret dem i en figur²² (se figur 18 næste side). I den ene ende findes da kombinationen af en autoritær rolle og kommunikationssvigt, mens der i den anden ende findes en kombination af at have meget tæt kontakt uønsket²³ og at være "tjener". I den første kombination ignoreres mottagerens præmisser; der tages ikke hensyn til dem. I den anden kombination inddrages de så stærkt, at omsorgsgiveren bliver en "tjener" for sin omsorgsmottager.

Under hensyntagen til den forenkling en figur altid indebærer, finder jeg, at de ansatte i hjemmesygeplejen tilstræber det, som ligger indenfor cirklen omkring kombinationen af rollen som "gæst" på hver dimension.²⁴ En rolle som

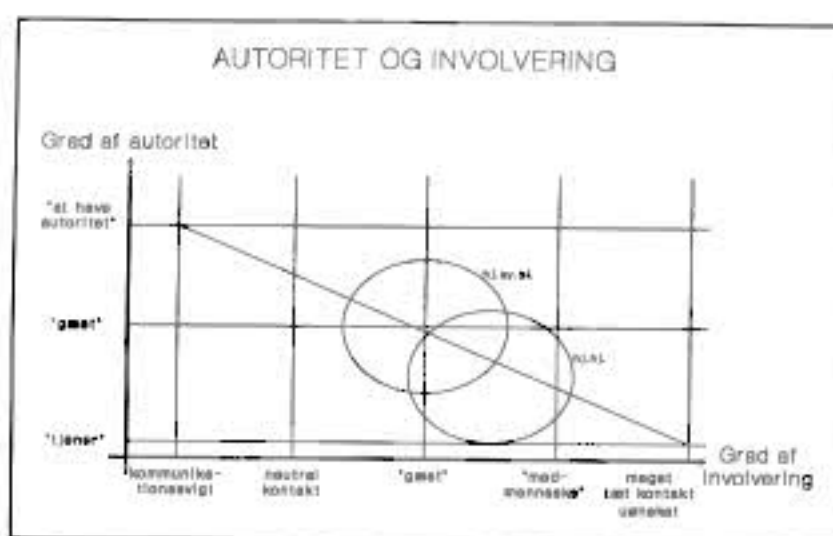
²² De betegnelser i figuren, som har citationstegn, er empiriske begreber og specielt hentet fra den del af interviewene med de ansatte i hjemmesygeplejen, som handler om refleksioner i forhold til opfattelsen af omsorgsmottageren.

²³ Også Ritva Gough finder, at en meget tæt kontakt kan være uønsket (Gough 1993:150ff.).

²⁴ Også Karen Jensen finder i en studie af arbejdet med psykisk udviklingshæmmede i egne hjem, at de ansatte oplever at befinde sig i en gæsterolle (Jensen 1992:103).

gæst indebærer, at man respekterer og på en eller anden måde involverer sig i den, man er "inviteret" af. Men samtidig indebærer gæsterollen også en frivillighed, som betyder, at respekten og involveringen vil have grænser. Bliver vi f.eks. fornærmet af den, som har inviteret os, vælger mange af os at gå. Gæsterollen peger med andre ord på vigtige karakteristika hos de ansatte i hjemmesygeplejen; karakteristika, som i den ene ende handler om grænser for modtagerens indflydelse og i den anden ende om grænser for hvor tæt kontakten til omsorgsmottageren må blive. (Dette skal blive mere klart ud fra det næste punkt.)

Figur 18:



Skal jeg placere hjemmehjælperne i denne figur, som altså er konstrueret ud fra refleksioner hos de ansatte i hjemmesygeplejen, vil hjemmehjælpernes "cirkel" befinde sig forskudt lidt nedad mod højre. De vil befinde sig lidt nærmere den "medmenneskelige" rolle og på den anden dimension mellem

"gæsten" og "tjeneren". I forhold til inddragelsen af omsorgsmottagerens præmisser, kan denne forskel udtrykkes på følgende måde: mens de ansatte i hjemmesygeplejen tilstræber *at gå ind på mottagerens præmisser*, er det snarere karakteristisk, at hjemmehjælperne i stedet *har mottageren med som præmis for deres handlinger*. Det er den holistiske bevidsthed knyttet til rollen orienteret mod personligt individualiseret omsorgsarbejde, som altså drejer sig om at respektere patientens præmisser, mens det er andre-orienteringen knyttet til den rendyrkede husmorrolle, som handler om at inddrage den anden som præmis for sine handlinger. Eksemplet med den stærkt andre-orienterede hjemmehjælper, som køber en lille bold til en klient, er et eksempel på at have den anden med som præmis for sin handling. Et andet eksempel kan være denne hjemmehjælperes refleksioner over sin brug af tiltaleform overfor klienterne :

"Jeg bruker aldri fornavn på mine brukere. Altså, aldri kan jeg ikke si. Når du kommer inn til en bruker, så er det en type bruker som gjør at vi bruker fornavn eller fruennavn. Det er ingen selvfølge at vi skal bruke bare fornavn. Det er brukere som vi kommer til som du... Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det. Det er noe som du kjenner i deg og noe med nivået i det huset. Men i alle fall så må du be om det. Jeg synes at det er greit at de sier Susanne til meg - det synes jeg er helt flott. Men jeg sier 'fru'. Uansett hvor nært de er så sier jeg 'fru' og etternavn. For det er nok til å markere min respekt for dem. De trenger hjelp til så mye... Jeg vet ikke, men det er noe inni meg selv... At jeg bruker 'fru' og etternavn det er ikke for å gjøre dem fjernere, men det er for å markere min respekt. Jeg må hjelpe dem med så mye intime ting og komme så nært inn på livet deres, og da oppretter jeg samtidig respekten... Jeg viser respekten som jeg har for dem og samtidig så markerer jeg tross alt at de bor inne i huset hos seg selv... De fleste bruker fornnavnet, men jeg føler at det er riktig å markere det og så kan jeg være så nært det vil

ellers med dem." ²⁵

(Fra interview i 1995 med Susanne, hjemmehjælper.)

Såvel andre-orienteringen som den holistiske tænkemåde er altså udtryk for en bevidsthed hos giveren, som tager hensyn til omsorgsmottageren, men på forskellige måder. Disse forskellige måder kan klargøres gennem de forskelle, som jeg finder i forhold til det, jeg altså har valgt at kalde "omsorgsgrænser".

Omsorgsgrænser

KC: "Synes du at du kjenner dem [pasientene] godt?"

Ingrid: "Ja du vet, de fleste pasientene her rundt omkring er jo mennesker som har bodd her hele sitt liv og det har jeg og, så jeg kjenner de ... Derfor er det mange ganger jeg sier, nei der må dere gå for jeg kjenner de for godt."

(Fra interview i 1990 med en hjelpeplejer.)

Katrine: "Noen ganger så spør de litt mer end andre ganger om familie og sånne ting. Det er ikke alltid du utleverer deg selv noe særlig, for det du vil jo ha litt privatliv også."

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Wanda: "Enkelte får en jo litt mere forhold til. Eg kan ikke gå rundt og bli glad i alle pasienter, det er ikke det eg mener, men det er jo, enkelte i hvert fall føler en litt mere for enn andre, ikke sant? Men eg gjør jo det samme arbeide hos alle."

(Fra interview i 1990 med en hjelpeplejer.)

Liv: "Når du er der så må du jo føle og så bry deg om pasienten. Så de føler det at du betyr mye for de, ikke sant?... Men det er jo veldig kjekt og det er en veldig god følelse når pasienten siger: 'hvor kjekt, at det er deg, kommer du igjen, du må komme igjen?' Men samtidig så må ikke det være sånn at de ikke tar imot hjelp fra andre da, og at det er sånn at hvis du blir syk, at de blir så avhengig...og at de blir misfornøgd med andre."

²⁵ At denne hjemmehjælper anvender betegnelsen "bruger" i stedet for klient har sammenheng med, at dette er et interview, som finder sted i 1995, hvor en del af hjemmehjælperne er begyndt at overtage denne betegnelse i stedet for "klient".

KC: "Hva er de for deg pasientene?"

Liv: "Jeg klarer, altså når jeg går hjem, så kutter jeg det ut. Det skal være noe helt spesielt hvis jeg tenker på de etter de kommer igjen altså. For du må skille, altså det er jobb og så er det fritid ikke sant? Og du må tenke sånn, men de betyr noe for deg for det. Men du kan ikke ta dem med hjem for da blir du utbrent selv og da får ikke du krefter til å yte noe, gi noe neste gang, for vi skal jo være profesjonelle i vårt yrke og det bør vi."

KC: "Ja, hva mener du, når du sier det?"

Liv: "Det går jo på holdninger, ikke sant? Hva vi har og hvordan vi takler problemene, ikke sant? Det er greit hvis det er nødvendig å grine med pasienten og sånn, ikke sant? Så skal du jo gjøre det, men du skal ikke gi dig over og grine så du blir hysterisk, ikke sant?"

(Fra interview i 1990 med en sygeplejerske.)

Citaterne peger på, at der eksisterer et rum for omsorgsgrænser, altså et rum, som giver omsorgsgiveren mulighed for at sætte grænser. Det kan være :

- grænser i forhold til tiden
- grænser i forhold til den enkelte patients krav, når der findes flere patienter
- grænser i forhold til hvad modtageren skal få at vide om giverens privatliv
- grænser i forhold til hvad giveren vil bruge af kræfter i det lønnede arbejde, når hun også ønsker at reservere kræfter til fritiden, familien m.m.
- grænser i forhold til arbejdsopgaver, som giveren anser, at familiemedlemmer kan gøre
- grænser i forhold til patienter, som giveren fra tidligere kender alt for godt
- grænser i forhold til de patienter, som giveren ikke kommer overens med

De to førstnævnte er dem, som har mest strukturel karakter i den forstand, at indflydelsen her er begrænset til det handlingsrum, som de organisatoriske rammer for arbejdet afsætter. I modsætning til hjemmehjælperne, som har

problemer med at sætte disse omsorgsgrænser, er det karakteristisk for de ansatte i hjemmesygeplejen, at de i langt højere grad bevidst og ønskeligt tilstræber at holde sig indenfor grænserne. Datamaterialet fra bl.a. spørgeskemaundersøgelsen sandsynliggør, at det er sværere for hjemmehjælperne end for de ansatte i hjemmesygeplejen at sætte grænser i forhold til gratisarbejde (se tabel 10, bilag 9), i forhold til at gå på arbejde, selvom man er syg (se tabel 21 og 22²⁶, bilag 9) og i forhold til følelsen af forpligtethed overfor modtageren, når man er syg (se tabel 23, bilag 9).

Før jeg på baggrund af disse empiriske fund i forhold til mødet mellem omsorgsgiver og modtager skal vise frugtbarheden af at knytte altruismebegrebet til omsorgsinteraktionen, vil jeg gennemgå nogle konkrete organisatoriske ændringer knyttet til omorganiseringen, som jeg finder på en særskilt og væsentlig måde kan siges at have grebet ind i omsorgsinteraktionen og derfor må inddrages i tænkningen omkring denne interaktion.

8.5 Primærhjælp, computeren og omsorgskontrakten

De tre organisatoriske ændringer, som jeg ønsker at trække specielt frem, drejer sig om indførelsen af omsorgskontrakter, af computeren som redskab i

²⁶ Når det gælder at blive hjemme, selvom man ikke er direkte syg, gør forskellen sig kun gældende mellem sygeplejerskerne og hjemmehjælperne; hjælpeplejerne svarer her som hjemmehjælperne.

arbejdet og af obligatorisk primærsygepleje.

Primærhjælp

Idéen om primærsygepleje henter sin inspiration fra USA og er en organisationsmodel for sygepleje, som modsvarer den tidligere gruppesygepleje kaldet *teamnursing*.²⁷ Primærsygepleje indebærer - i modsætning til gruppesygepleje - at den enkelte primærsygeplejerske tildeles ansvar for et (oftest mindre) antal patienter, et ansvar, som skal vare fra indskrivning til udskrivning. I praksis skulle dette indebære, at man i stedet for at fordele arbejdsopgaver, fordeler personer mellem sig. Omsorgsarbejdet for den syge skal derigennem forbedres gennem en styrkelse af kontinuitet, helhed og nærhed. Og sygeplejerskernes tilfredshed skal øges via den øgede indflydelse og selvstændighed i arbejdet i forhold til primærpatienterne, som denne arbejdsmåde indebærer. Teoretisk bygger idéen om primærsygepleje på en adaptationsmodel, som indeholder et samspil af tre kontinuum: et helse- og sygdomskontinuum, som klargør patientens helsetilstand, et kontinuum med grundlæggende udækkede behov i en eller anden grad, og endelig et kontinuum over evnen til tillempling, som handler om patientens mestringsevne. Formålet med sygeplejepraksis ud fra denne model bliver da at varetage de fysiologiske og

²⁷ I Norge praktiseres modellen første gang i 1975 på Diakonhjemmets sygehus i Oslo; herefter spredte modellen sig ud til at blive den dominerende organisationsmodel både i og udenfor institutioner. Formålet med at ændre organisationsmodellen i USA var på den ene side at forbedre omsorgsarbejdet for patienterne og på den anden side at øge sygeplejerskernes tilfredshed med deres arbejde (Carlsen 1982).

psykosociale behov, at hjælpe til at se det, som ikke kan forandres og samtidig at fokusere på det, som kan tillempes. Det nye i denne model i forhold til den tidligere sygepleje handler dels om vægtningen af at blive bevidst om behandlingens begrænsninger og dels om vægtningen af patientens egne ressourcer i forhold til de muligheder, som foreligger. Såvel egenomsorg som læring og indsigt i egen situation bliver dermed vigtige nye faktorer i sygeplejen. Primærsygepleje handler da samlet om at kombinere begge sider, altså det man kunne kalde behandling og inddragelse af den behandlede i behandlingsprocessen (Carlsen 1982). Det "primære" handler altså både om at gøre bestemte patienter til primære patienter for sygeplejerskerne og om at inddrage patienten i behandlingsprocessen. Hele idéen om primærsygepleje knytter sig således til den mere generelle individualiseringsproces i samfundet og den deraf følgende demokratiseringsproces med øget fokus på patientrettigheder m.m. på den ene side, men også den større vægtning af førsteliniearbejdernes kontakt med "publikum" på den anden side.²⁸ Mere specifikt i forhold til de hjemmebaserede tjenester harmonerer primærsygepleje-idéen også med rehabiliteringsideologien (se i indledningskapitlet s.24-25).

Den samme idé, som primærsygepleje bygger på, bruges også af andre erhvervsgrupper. I den hjemmebaserede omsorg har både sygeplejersker,

²⁸ Jf. "Aksjon Publikum", regeringens handlingsplan for publikumsrettet offentlig virksomhed (1983).

hjelpeplejere og hjemmehjælpere funktioner som primærkontakter, hvilket er effektiviserende i den forstand, at kun disse behøver at medvirke i planlægningen af arbejdet i forhold til de enkelte patienter (jf. de tværfaglige møder omtalt bl.a. på s.189). Idéen forudsætter til en vis grad, at både nærheden til omsorgsmottageren og lysten til at arbejde med den enkelte modtager følger med en ansvarlighed. Lipsky definerer (i forhold til sin mere generelle gennemgang af græsrodsbureaukrater, se note 18, s.439) ansvarlighed som et bindeled mellem bureaukrati og demokrati (Lipsky 1980:160). Ansvarlighed indebærer med andre ord, at den enkelte græsrodsbureaukrat ikke kun pålægges at anvende regler m.v., men også delagtiggøres i denne proces gennem sin konkrete og faktiske tolkning og udøvelse af reglerne. Lipsky peger også på det vigtige, at ansvarlighed både har et relationelt aspekt, dvs. at den fungerer i en relation, og at den refererer til en adfærd. Dette betyder med andre ord, at en tildeling af ansvar ikke behøver at føre til en bestemt adfærd, hvilket er centralt for denne sammenhæng. Hos hjemmehjælperne kán den tildelte ansvarlighed f.eks. komme i modsætning til det uforudsigelige i, hvem der bliver den enkelte hjemmehjælperes *hjerdebarn*²⁹, altså som hjemmehjælperne får et specielt godt og nært forhold til, når den tildelte ansvarlighed ikke kan sikre en bestemt adfærd, som her kan dreje sig om, at "den gode samtale" kommer i stand. Hos de ansatte i hjemmesygeplejen kan

²⁹ Dette er et empirisk begreb, som jeg bl.a. finder hos de to hjemmehjælpere, Kari og Susanne, som arbejder individuelt.

det samme gøre sig gældende. Men hos dem får det også speciel betydning, at ansvarligheden for den enkelte patients hele situation efter omorganiseringen faktisk er mindsket, fordi idéen om primærhjælp er indført samtidig med indførelsen af gruppelederne, som har overtaget en del af arbejdet hos patienterne, nemlig de administrative opgaver (jf. tidligere). Denne fragmentering af arbejdet snarere øger end mindsker mulighederne for nærhed til patienten, når nærhed har sammenhæng med muligheden for at forstå et andet menneskes hele situation. Derfor kan man sige, at idéen om primærhjælp i hjemmesygeplejen reelt ikke er realiseret og at den faktisk havde bedre vilkår, før den blev gjort obligatorisk.

Sprogbrugen knyttet til modtagerne kan illustrere lidt af denne udvikling og måske ikke mindst forskelle i udvikling i henholdsvis hjemmehjælpstjenesten og hjemmesygeplejen. Før indførelsen af primærkontakter, bruger man betegnelsen "faste klienter" og "faste patienter". Før indførelsen af gruppearbejde i hjemmehjælpsarbejdet betyder "faste klienter", at hjemmehjælperen har disse klienter fast, altså altid; med andre ord går ikke andre hjemmehjælpere her, med mindre den faste hjemmehjælper er syg eller af anden grund fraværende. Med indførelsen af gruppearbejde kommer "faste" til at betyde midlertidige, dvs. at også andre hjemmehjælpere kommer her, at der foregår bytninger osv. sommetider efter et rullelignende skema. Senere afløses det "faste" altså af "primærkontakt", hvilket fjerner fokuseringen på, hvor ofte den samme kommer

hos klienten og i stedet fokuserer på hvem, der har fået tildelt ansvaret for klienten. Når det gælder de ansatte i hjemmesygeplejen, må vi længere tilbage i tiden for at kunne tale om "faste" patienter i ordets egentlige betydning.³⁰ I gruppearbejdet før omorganiseringen betyder "faste" midlertidige, og det varierer, hvor længe denne midlertidighed varer, sommetider en uge, andre gange mere. Med indførelsen af primærhjælp, fjernes - på samme måde som hos hjemmehjælpen - fokuseringen på tilknytningen til den enkelte modtager og erstattes af en fokusering på ansvarsfordeling.³¹ En ansvarstildeling må imidlertid holdes adskilt fra en reelt større ansvarlighed i udførelsen af arbejdet.

Computeren

Når computeren indføres i den hjemmebaserede omsorg, er det som et redskab. Det anses for muligt, at computeren ikke gør noget andet end det, som tidligere er sket via Kardex-systemet (se s.171 og s.189). Med andre ord antages det, at computeren ikke ændrer på nærheden eller distancen til omsorgsmottageren; den er bare et andet redskab for arbejdet. Empirien i denne studie viser imidlertid, at ændringen af redskabet også ændrer på såvel kundskabstilgangen som indholdet af kundskaben om den enkelte omsorgsmottager og at det er indenfor hjemmesygeplejen, at denne proces er kommet

³⁰ En hjælpeplejer (Ingrid) beretter f.eks. om tiden før hun bliver ansat i hoveddistriktet, hvor hun arbejder i en menighedspleje og fast plejer 2-3 patienter helt til de dør.

³¹ Jeg vil ikke se bort fra, at der findes afvigelser fra disse sprogbrugsændringer, men som tendens peger empirien fra hoveddistriktet på dette.

længst.³² I lighed med bl.a. Ingunn Elstad (1996) og Marie Campbell (1992), som også har set på betydningen af computerens indførelse, finder jeg således, at det bliver nødvendigt at problematisere muligheden for, at computeren kan fungere som et neutralt redskab.

Organisatorisk fjerner computerens indførelse tendentielt den tidligere mundtlige ansigt til ansigt kommunikation om gruppens plejemodtagere og erstatter den med "rapportering" til computeren (jf. også kap.3.4). Der findes endnu en mundtlig kommunikation om morgenen, men der er her primært tale om en fælles korrektion af planen for dagens arbejde; der er ikke tale om en mundtlig rapport, hvor hver enkelt modtager ajourføres og diskuteres. Endelig findes der en uformel kommunikation om modtagerne, men fordi den er tilfældig og usystematisk, kan den ikke siges at erstatte den mundtlige rapport. Den mundtlige rapport har formelt funktion som en faglig ajourføring og udveksling af information om omsorgsmottagerne, men i den mundtlige rapport ligger også muligheder for en kundskabstilgang til modtagerne, som går ud over disse formelle funktioner. Det drejer sig om en uformel og ikke i traditionel forstand faglig kundskab om den enkelte modtager, som kan give en diagnose og et behandlingsskema et menneskeligt ansigt. Elstad, som er filosof, har sammen med sociologen Hamran (begge også sygeplejersker) fokuseret på den mundtlige

³² I hjemmesygeplejen i studiens hoveddistrikt er computeren taget i brug af alle ansatte her, måske bortset fra midlertidigt ansatte; i hjemmehjælpstjenesten bruges den endnu kun af ledende hjemmehjælpere (jf. bl.a. s.340). Det følgende baserer sig derfor på data fra hjemmesygeplejen.

rapports betydning indenfor sygehuspleje og har kaldt denne type kundskab for *individualiserende* (Elstad og Hamran 1995:105, se også Hamran 1992:78,83). I denne sammenhæng kommer det, jeg har kaldt den holistiske orientering, nærmest denne individualisering. Computerprogrammet Stella både er og opleves som et mere offentligt dokument end det gamle Kardex-system. Det er det bl.a. fordi programmet kan være tilknyttet andre programmer som f.eks. Gerix, der giver mulighed for at indhente oplysninger fra Stella og bruge dem til at få oversigt over forbrug m.m. (jf. også kap.3.4). Større offentlig tilgængelighed betyder også, at det bliver endnu vigtigere at holde øje med, hvad der skrives og at det skrevne er i overensstemmelse med reglerne. En viden om dette gør, at det også opleves som mere offentligt. For de oplysninger, som nedfældes i Stella betyder dette, at kun det mest nødvendige skrives her. Computeren kan således siges både at gribe ind i og begrænse den formelle og den uformelle kundskab om omsorgsmottagerne.

Marie Campbell, som i et empirisk forskningsarbejde specielt har fokuseret på betydningen af en "computerisering" af canadiske sygeplejerskers arbejdsproces, finder bl.a., at computeren ikke erstatter de uformelle andre redskaber i arbejdet, men derimod kommer i tilgift til disse. Hendes fund peger således på umuligheden af "helt" at fjerne de uformelle redskaber. Samtidig finder hun, at computeriseringen ikke desto mindre forandrer kvaliteten af sygeplejerskernes kundskab om patienterne. Campbell perspektiverer desuden forståelsen af denne

computerisering ved at sætte den i sammenhæng med stærke indslag af både "management"-fokusering, altså fokusering på mulighederne for ledelse og styring, samt effektiviseringsstrategier i det canadiske helsevæsen; og i forhold til den sammenhæng har computeren en vigtig funktion som dokumentation af og kontrol med arbejdet (Campbell 1992). Campbells fund kan således underbygge den kritiske forståelse af computeriseringen, som også denne studie viser, altså at det ikke er muligt at indføre krav om dokumentation af arbejdet, uden at det også får konsekvenser udover selve dokumentationen.

Set fra et arbejdstagerperspektiv kan rapporteringen til computeren imidlertid virke som en lettelse af arbejdet og dermed aflaste de ansatte; måske ikke mindst i forhold til den psykisk tunge del af arbejdet, fordi de ansatte da ikke længere behøver at gå og huske hinanden på forhold hos plejemodtageren, de behøver ikke tage så meget med sig hjem i tankerne, de kan lettere gøre sig færdige med arbejdet. Computerens indførelse gør det mindre nødvendigt med fællesbearbejdnings af f.eks. stærke følelsesmæssige indtryk fra arbejdet som denne fra før omorganiseringen:

"Jeg tar aldri arbeide med mig hjem sånn tankemessigt egentlig, men jeg var oppe i en situasjon, som var forferdelig med en mor som døde fra tre små barn og det gikk veldig inn på mig, og da kunne jeg komme inn og jeg kunne begynne å gråte på gruppen og alle var der, og de lukket døren og vi hadde lunch der og pratet veldig mye om det, så vi er flinke til å ta vare på hverandre".

(Fra interview i 1990 med Kirsten, sygeplejerske.)

Computerens indførelse har gjort det mindre selvfølgeligt at tilstræbe nærhed

til den enkelte plejemodtager, fordi rapporteringen til Stella potentielt giver en oplevelse af at have færdiggjort arbejdet både konkret og psykisk. I sin kerne indeholder dette et brud med det, som man kunne kalde for en af de individualiserede omsorgsarbejdes byggesten, nemlig muligheden for involvering i plejemodtageren, optagetheden af denne, koncentrationen om denne. Computeren medvirker til at gøre det lettere at koncentrere arbejdet hos den enkelte omsorgsmodtager om opdraget. Dette behøver imidlertid ikke stå i modsætning til, at computeren også kan opleves som et godt værktøj i dagligdagen; et lignende forhold gælder for omsorgskontrakten.

Omsorgskontrakten

Det er ikke ualmindeligt at gøre brug af en eller anden type kontrakter, også når der findes klare og stærke emotionelle bånd mellem mennesker, som f.eks. i ægteskabelige relationer, selvom kontrakter måske først og fremmest forbindes med lejeforhold, ansættelser o.lign. Alligevel peger det empiriske materiale i denne studie på, at der knytter sig modsætningsfulde forhold til indførelsen af kontrakter³³ i den hjemmebaserede omsorg.

Indførelsen af omsorgskontrakter kan knyttes til den samme generelle individualiseringsproces som idéen om primærsygepleje, fordi den både fokuserer på modtagerrettigheder og egenomsorg (altså egne pligter) på den ene side og indkredser omsorgsgiverens pligter på den anden side. Med andre ord baserer

³³ Af og til kaldes disse omsorgskontrakter også for tjenesteaftaler.

idéen om omsorgskontrakten sig på *en gensidig ansvarlighed*, hvilket er en tendens, som også på et mere generelt niveau kan findes indenfor velfærdsstatens udvikling.³⁴ Den øgede ansvarlighed betyder altså flere pligter på både giver- og modtagersiden. Det er specielt denne indførelse af omsorgskontrakten, som giver associationer til at betragte omsorgsinteraktionen også som en *forhandling* mellem to parter. Samtidig kan omsorgskontrakten siges at legitimere anvendelsen af betegnelsen *bruger* for omsorgsmottagerne. Jeg skal gennem to konkrete eksempler på omsorgskontrakter forsøge at vise, hvordan både brugerbegrebet og forhandlingsaspektet bliver fremtrædende (se bilag 2a og 2b, s.516-522).

Når en person får tildelt hjemmehjælp eller hjemmesygepleje, får denne en orientering om disse tjenester og der fattes et "vedtak".³⁵ "Vedtaket" er det formelle grundlag for en eventuel klage, dvs. at det kun er det, som står i "vedtaket", der kan klages over.³⁶ Ligesom i andre aftaler kan det konkrete indhold af kontrakten i en eventuel konflikt således blive af væsentlig betydning

³⁴ Jf. også den ændring, som følger sprogbrugsændringen fra "forsorg" til "omsorg" til "tjenester", se i appendix s.570.

³⁵ Det norske ord *vedtak* kan oversættes med "beslutning" eller "aftale", men jeg bruger og har brugt det norske ord i teksten, fordi oversættelsen medfører en nuanceforskel og derved ikke i tilstrækkelig grad viser hen til, at der er tale om noget formaliseret.

³⁶ "Den som er uenig i selve tildelingen av sosiale tjenester, det vil si i vedtaket, kan klage til fylkesmannen. Består uenigheten i måten tjenesten utføres på, eller at man mener at kvaliteten er for dårlig, faller dette utenfor sosialtjenestelovens klagesystem. I slike tilfeller må man - som for vanlige tjenestekjøp - ta saken opp med den ansvarlige for tjenesten, som regel kommunen." (Utkast til rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Sosial- og helsedepartementet. 1996)

for konfliktens udfald. I det ene eksempel, som gælder hjemmesygepleje, indvilliges hjælp til to typer injektioner, og under punktet "vilkår" står nævnt modtagerens pligter, som her drejer sig om, at patienten selv må sørge for, at de aktuelle medikamenter til brug for injektionerne befinder sig i hjemmet, når den ansatte fra hjemmesygeplejen kommer.³⁷ Således er altså også modtageren pålagt et ansvar i tilknytning til denne tildeling af en hjemmesygeplejetjeneste. Når det gælder det andet eksempel om tildeling af hjemmehjælp, gælder tildelingen her følgende opgaver: vask af gulve i køkken og badeværelse, støvsugning, vinduesvask 2 gange pr. år, hjælp til at hænge vasketøj op og hjælp til at rede sengen. Hjemmehjælpsmodtagerens pligter drejer sig dels om at have de fornødne hjælpemidler til brug for rengøringen hjemme (jf. "Orientering om hjemmehjælp"), dels om en betaling af en egenandel, som i dette tilfælde altså er 35kr. pr. time og endelig om at udføre de opgaver, som vedkommende selv er i stand til. Det drejer sig her om at tørre støv af, vaske tøj, skrive indkøbsliste (som hjemmehjælperen afleverer hos købmanden), lave mad og vaske op. De tjenester, som modtageren ifølge kontrakten tildeles, er nøje afpasset det, som modtageren selv kan klare at udføre af opgaver. Omsorgskontrakten er i den forstand baseret på en forhandling om det, som hver af parterne kan tilbyde at gøre. Af aftalen fremgår altså nøjagtigt, hvad tjenestens (altså forbrugets) indhold

³⁷ Jeg antager, at det er fordi denne patient har en helse, som gør vedkommende i stand til selv at skaffe sig medicin, at vedkommende bliver pålagt en sådan type pligt. Ofte vil dette imidlertid ikke kunne lade sig gøre.

består af og hvad det koster (når det gælder hjemmehjælpen). Det er denne detaljerede beskrivelse af det konkrete indhold i tjenesten, som medvirker til tendentielt at give tjenesten en karakter af forbrugsvare, som kunden enten kan være tilfreds med eller klage over.³⁸ I forhold til klagesager har disse kontrakter vist sig at være nyttige, fordi de klargør hvilke krav, som kan stilles til tjenesteudøveren, og gennem bl.a. Stella bliver det da muligt at dokumentere det arbejde, som faktisk er gjort. I forhold til klagesagerne kan kontrakterne altså have en praktisk anvendelig funktion. På den anden side er denne detaljerede beskrivelse af arbejdet en indgriben i den konkrete omsorgsinteraktion, fordi den bryder med principper som fleksibilitet og uforudsigelighed i interaktionen. Samtidig bliver den en indgriben i prioriteringen af forskellige typer opgaver, fordi dét, som ikke står i kontrakten, ikke kan forventes at modtages. Har hjemmehjælpsmodtageren f.eks. et sølvfad, som er et arvestykke, hun ønsker at få pudset, kan hjemmehjælperen holde sig til kontrakten for at afvise en sådan opgave. Eller har en hjemmehjælpsmodtager f.eks. oplevet et dødsfald i familien og vil bruge tid på at snakke dette igennem, kan vedkommende strengt taget ikke forvente dette, når det ikke fremgår af kontrakten, at der kan bruges tid på støttende samtaler. Kontrakten styrker med andre ord en prioritering af synlige og verbaliserbare konkrete opgaver og bidrager samtidig til at fastholde *det*

³⁸ Statens eldreråd har udgivet en lille pjece "Om klage og klagebehandling", som bruges af afdelingen for Pleje og Omsorg.

skjulte omsorgsarbejde i sin usynlighed (jf. kap.6). Det er ligeledes en konsekvens af den formalisering, som kontrakten er udtryk for, at den styrker et omsorgsarbejde, som er fragmenteret, fordi detaljepræciseringen betyder, at der er en række konkrete enkeltopgaver, som skal gøres; dermed fjernes fokuseringen fra omsorgsmottageren til opgaverne, hvilket netop er i strid med den helhedsorientering, som også har været en intention med idéen om primærhjælp. Selvom man således kan sige, at omsorgskontrakten i praksis har en nyttig funktion, er den altså på den anden side et væsentligt brud med den fleksible hensyntagen til den enkelte modtagers behov, individualiseringen af modtageren og det at have et rum for, at giveren og modtageren gennem deres konkrete interaktion selv definerer indholdet af mødet.

Både primærhjælp, indførelsen af computeren og omsorgskontrakten harmonerer altså med en udvikling, som man også på et mere generelt niveau kan finde knyttet til velfærdsstaten. I det følgende skal jeg vende tilbage til det konkrete møde mellem omsorgsgiver og -modtager og jeg skal forsøge at udrede, hvordan en kønsspecifik forståelse af giverens orientering i denne interaktion kan medvirke til at forstå den specielle type gensidighed, som kan findes i omsorgsinteraktionen.

8.6 Altruisme - mellem ensidighed og gensidighed

På trods af at altruismebegrebet har en sociologisk oprindelse, anvendes det meget lidt indenfor samfundsvidenskaberne. August Comte, som var den første, der definerede begrebet *sociologi*, var også den, som definerede begrebet *altruisme*, som *ikke-selvisk hensyn til andres velfærd* (jf. Wispé 1978). Bl.a. fordi interaktionsteori i sociologien til dels har været præget af traditionel bytte-teoretisk tænkning, har altruismebegrebet ikke haft nogen større udbredelse, eftersom denne type tænkning vanskeligt kan inkludere handlinger, som ikke styres af ønsket om at vinde egne fordele. Begrebet er desuden blevet brugt forskelligt. Mens biologerne har givet det et indhold, som handler om heroisk og selvdestruktiv adfærd til fordel for den anden, har samfundsvidenskaberne derimod inkluderet enhver ikke-selvisk adfærd orienteret mod andre som altruistisk adfærd. Fælles for disse indholdsbestemmelser er imidlertid orienteringen mod den andens velfærd og en ikke-trivial selvopofrelse i forhold til denne orientering. Graden af selvopofrelse er således én af dimensionerne i altruismebegrebet, som kan variere. En anden knytter sig til tolkningen af, hvad man skal opfatte som altruistisk adfærd. Dette punkt hænger ikke kun sammen med selve det at skulle afklare, hvad der er altruistiske handlinger, men også med noget essentielt i altruismen, som handler om, at det - på samme måde som begrebet *omsorgsarbejde* - ikke kan defineres og indkredses konkret; det er slet og ret diffust i sit indhold. Og en tredje diskussion handler om, hvad der betinger

en altruistisk adfærd, og her går yderlighederne mellem sociale forklaringer i den ene ende og biologiske forklaringer i den anden ende (ibid.). Altruismebegrebet kan altså indsnævres og udvides afhængig af, hvilket indhold disse dimensioner gives. Desuden kan altruismebegrebet bruges på forskellige niveauer. Oftest bruges begrebet i forhold til adfærd på et mikro-niveau, men det kan også bruges i forhold til et mere generelt niveau. Velfærdsstatens fordeling af økonomisk hjælp og tjenester kan f.eks. betragtes som social altruisme (Pinker 1979).

En væsentlig indvending mod begrebet i forhold til studier af social adfærd har været, at det forudsætter muligheden for en ensidighed i en interaktion. Begrebet kan således kritiseres for at bryde med de mest karakteristiske former for social adfærd; mens den "rene" egoist har svært ved i det hele taget at finde en mening i socialt liv, er det sociale liv for den "rene" altruist en umulighed. Medvirkende til den strenge forståelse af ensidigheden har ikke mindst været, at der i forholdet mellem altruisme og egoisme fokuseres mere på deres modsætningsforhold end på deres ligheder.³⁹ Andre peger imidlertid på, at denne divergens er misvisende, fordi egeninteresse og fællesinteresser oftest er stærkt sammenblandede (ibid.). Ser vi f.eks. på hjemmehjælpernes fagforeningsinteresse, er dette på den ene side udtryk for en egeninteresse (set i relation til andreinteressen for klienten), men samtidig er denne interesse også udtryk for en fællesinteresse (med de andre hjemmehjælpere). Egeninteressen kan altså i dette

³⁹ Se f.eks. Martinussen 1984:52.

eksempel fremmes gennem fællesinteresse, som i dette tilfælde indeholder solidaritet. Åbner man op for at lade begrebet altruisme være meget bredt, kan det blive vanskeligt at adskille det fra f.eks. begreber som *hjælp* og *omsorg* og bliver det for snævert, kommer det altså til at bryde med forståelsen af mennesket som et grundlæggende socialt væsen.

Hele denne diskussion om ensidighed og gensidighed rammer noget helt centralt i omsorgs-interaktionen, og specielt, når altruismen knyttes til køn. En række kvindestudier peger på orienteringen mod andres velfærd som en kvindespecifik adfærd udviklet gennem det traditionelle socialiseringsmønster (Prokop 1978, Ve 1982 og 1984, Sørensen 1982, Wærness 1989a). Kvinder socialiseres mere end mænd til at orientere sig mod andres behov og velbefindende. Bjørg Aase Sørensen finder, at denne altruistiske adfærd i kvinders dobbeltarbejdende rolle som lønarbejdere og mødre/ægtefæller kan føre til udviklingen af en type rationalitet, som hun kalder "ansvarsrationalitet"⁴⁰ og som står i modsætning til den dominerende rationalitetsform i virksomheder (Sørensen 1982). Ansvarsrationalitet knytter sig således specifikt til kvindens dobbelt-arbejdende rolle, fordi ansvarlighed i forhold til hjemmet og familien tvinger kvinden ind i at skulle forholde sig både til virksomhedens⁴¹ rationalitetsform (ofte kaldet "den teknisk begrænsede rationalitet" (Sørensen

⁴⁰ Begrebet er oprindeligt udviklet i tilknytning til en kvindestudie af Berit Ås (1976), men er da videreudviklet af Sørensen (jf. Ve 1989).

⁴¹ På norsk "bedrift".

1982, Ve 1989) og til ansvarsrationaliteten. På samme måde knytter Wærness' begreb om "omsorgsrationalitet" (1984) sig til omsorgsarbejdet (udviklet i tilknytning til studier af det lønnede omsorgsarbejde) og står i modsætning til det, som traditionelt betragtes som rationelle handlinger på arbejdsmarkedet. Ofte bruges begreberne "ansvarsrationalitet" og "omsorgsrationalitet"⁴² således om hinanden, selvom de er udviklet i forhold til forskellige empiriske felter. Det er et kerneelement i disse alternative rationalitetsformer, at andre mennesker ikke er midler for udøverens handlinger, men derimod mål, og i denne studie finder jeg eksempler på denne type alternativ rationalitet gennem dels hjemmehjælpernes andre-orientering og dels de hjemmesygeplejeansattes orientering mod personligt individualiseret omsorgsarbejde. Der er tale om handlinger, som er aktive, bevidste og reflekterende. Derfor er de rationelle. Samtidig harmonerer de ikke med den dominerende udvikling i arbejderne, som jeg har samlet i begreberne *professionalisering* og *institutionalisering*. Derfor er de alternativer.

Det særegne ved altruismen er altså kombinationen af undertrykkelse og protest, og derfor bliver det specielt vigtigt at forholde sig til ensidighedsdiskussionen i denne sammenhæng. På hvilken måde er omsorgsinteraktionen ensidig, hvis den er det, og hvad handler denne selvopofrelse om? Dette bliver vigtige spørgsmål i forhold til forståelsen af omsorgsinteraktionen.

⁴² Hamran kalder også denne omsorgsrationalitet, specifikt i forhold til sygepleje, "plejerationalitet" (se Hamran 1987).

Asplund definerer det, han kalder *social responsivitet* på følgende måde :

"Två (eller flera) personer är socialt responsiva, när de inom ramen för en pågående process eller beteendesevens tar notis om varandra och den ena partens beteende är ett äkta gensvar på den andra partens beteende - och vice versa i ett fortgående växelspel" (Asplund 1987:10,11).

Han exemplificerer dette med to mennesker, som i en samtale vekselvis tager ordet og derigennem udfylder hinanden i en samtale. Dette er på en måde en streng fortolkning af "gensidighed" og samtidig peger den på det vigtige, at det "rene" sociale er betinget af ensartede funktioner for de to parter, som indgår i interaktionen: man hilser på naboen og modtager en genhilsen og det samme gælder naboen. Begge er både givere og modtagere. I omsorgsinteraktionen har vi derimod at gøre med en interaktion, hvor den ene er defineret som giver og den anden som modtager. Denne forskel bliver tydelig, når man relaterer omsorgsinteraktionen til Asplunds begreb om "social responsivitet". I en eller anden grad foregår der et vekselspil, men dette kan ikke karakteriseres som social responsivitet. Derfor er det måske mere frugtbart - i stedet for at stille spørgsmål ved gensidigheden - at tage udgangspunkt i, at der altid findes en gensidighed i omsorgsinteraktionen, men at denne har en specifik og særegen karakter sammenlignet med f.eks. de mest elementære hverdagslige sociale interaktioner, som Asplund behandler. Når den altruistiske handling skal eksemplificeres, er det ofte forholdet mellem mor og barn, som fremhæves (se f.eks. Martinussen 1984), men mødre selv vil næppe karakterisere interaktionen med barnet som ensidig; den er jo tværtimod noget af det mest gensidige, som

findes. Indenfor antropologi findes et begreb, som knytter altruisme sammen med gensidighed, og én af de tre varianter af gensidighed⁴³, som opstilles, bliver specielt nyttig for denne sammenhæng. Det er begrebet *generaliseret gensidighed* (Sahlins 1965). Det defineres som en altruistisk handling karakteriseret ved, at der gives en eller anden type hjælp til den anden part uden nogen forudsætninger om "returnering", og specielt vigtigt er, at der ikke forventes nogen "returnering" af materiel karakter. Det vigtige består altså ikke i, at der ikke sker nogen returnering, men at returneringen ikke forventes. Returneringen er med andre ord irrelevant, men det betyder på den anden side ikke, at der ikke findes en gensidighed. At Sahlins bruger en mor, der ammer sit barn, som eksempel på en generaliseret gensidighed, klargør dette. Begrebet *generaliseret gensidighed* er således frugtbart for denne sammenhæng, fordi det giver en teoretisk indfaldsvinkel til at få indsigt i den særegne type gensidighed, som findes i omsorgsinteraktionen. Der er altså kun tale om ensidighed i omsorgsinteraktionen, hvis man begår den fejl at bruge samme målestok for både omsorgsgiverens og omsorgsmotagerens handlinger. Generaliserer man derimod forståelsen af det gensidige, bliver det netop muligt at indfange den type

⁴³ Antropologen Marshall Sahlins (1965) model (refereret i Ve 1984) indeholder generaliseret, balanceret og negativ gensidighed. Modellen er udviklet i tilknytning til studier af primitive samfund. Mens den generaliserede gensidighed er mest personlig, er den negative gensidighed mest økonomisk præget. Den negative gensidighed og den balancerede gensidighed adskiller sig fra hinanden ved at førstnævnte er udtryk for en interessekonflikt mellem parterne iværksat ved, at hver af parterne søger at maksimere sine interesser mest på bekostning af den anden part, mens den sidstnævnte er udtryk for fælles interesser.

handlinger, som findes indenfor omsorgsinteraktionen. Socialpsykologen Harriet Holter anvender et begreb, som har stærk lighed med begrebet om generaliseret gensidighed, nemlig begrebet *identitetsfællesskab*, som indebærer, at den ene part identificerer sig med den anden parts velfærd, og at dette kan ske i et sådant omfang, at det skader vedkommendes egne interesser.⁴⁴ I forhold til Wærness' indholdsbestemmelse af begrebet *omsorgsarbejde* findes altså her en type specificering, som kan siges at supplere fokuseringen på omsorgsarbejde som et arbejde, der udveksles i en *relation* med en fokusering også på relationens indhold og tilblivelse. Man kunne kalde denne supplerende forståelse for en interaktionistisk indfaldsvinkel, som også skal sætte fokus på parternes gensidige fortolkning af hinandens adfærd og mødet mellem disse fortolkninger. Mens den relationelle forståelse sætter spørgsmålet om over-/underordning og magt i fokus, sætter den interaktionistiske forståelse altså indholdet af gensidigheden i fokus og herunder også en eventuel anvendelse af magt. Skal vi forstå det konkrete omsorgsmøde, peger denne empiriske studie på, at det bliver vigtigt at inddrage begge disse indfaldsvinkler.

⁴⁴ Holter skelner mellem tre typer interaktion: interessekonflikt mellem parterne, fælles interesser mellem parterne og identitetsfællesskab (Holter og Hem 1982).

8.6 Afsluttende kommentarer

Omsorgsinteraktionen handler i sin kerne om i den ene ende frivillige og i den anden ende tvungne valg i forhold til et uendeligt spekter af nærhed og distance. I denne studies empiriske materiale er det hjemmehjælpernes husmorrolle og de hjemmesygeplejersattes orientering mod personligt individualiseret omsorgsarbejde, som aktualiserer diskussionen om nærhed, mens det er arbejdstagerrollen og den opdragsorienterede rolle, som aktualiserer diskussionen om distance. Og når det gælder modtagersiden viser de otte typologier (jf. kap.7), at variationerne i forhold til behovet for nærhed eller distance er uendelige, ikke kun blandt modtagerne indbyrdes, men også hos hver enkelt modtager. I modsætning til hvad man måske kunne forvente, er det vigtigt ikke at tage ønsket om nærhed som en selvfølge, specielt ikke fra modtagersiden. Nærhed kan i visse tilfælde netop indebære distance, fordi det er nærheden, som gør det muligt at få indsigt i et eventuelt ønske om distance. Samtidig er nærheden et grundlæggende princip for omsorgsinteraktionen, når omsorgsarbejdet skal gives med *omsorg*.

Det er hjemmehjælpernes andre-orientering, som aktualiserer inddragelsen af altruismebegrebet, og defineres altruisme bredt nok, som det f.eks. gøres af Comte, så kan også orienteringen mod personligt individualiseret omsorgsarbejde hos de ansatte i hjemmesygeplejen inkluderes. Dette finder jeg imidlertid mindre frugtbart i forhold til en forståelse af omsorgsinteraktionen, fordi det derved

bliver for let at springe hen over selvopofrelsesaspektet og dermed undertrykkelsesproblematikken. Eller sagt på en anden måde: da tages der ikke nok hensyn til, at betydningen af køn samspiller med mange andre faktorer. Som kvinder socialiseres både hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen til en orientering mod andres velfærd, men allerede her findes en forskel, som i dette materiale måske ikke mindst har med generationsforskelle at gøre (jf. kap.4). Mens den ældre generation i høj grad kan siges (ensidigt) at være socialiseret til at orientere sig mod andres velfærd, er den yngre generation - i dette materiale først og fremmest repræsenteret ved sygeplejerskerne - socialiseret til denne orientering på en sådan måde, at den ikke skader egen velfærd. Orienteringen mod andres velfærd skal med andre ord kunne kombineres med egen velfærd. Derfor indstiller den nye generation kvinder sig tidligt på et liv, som kan gøre dem selvstændige og uafhængige, og det er da indenfor disse rammer, at orienteringen mod andres velfærd (egen familie, offentlige tjenester m.v.) kan komme ind. Undertrykkelsesdimensionen har således at gøre med graden af autonomi i kvindens situation; dvs. at når kvinder har en svag autonomi, som det har været udbredt indenfor ægteskabet, får altruismen en klarere undertrykkende effekt (Ve 1984). Graden af autonomi kan også forklare, hvorfor hjemmehjælperne i denne studie har større risiko i denne retning, end det er tilfældet for de ansatte i hjemmesygeplejen, idet professionaliseringen har graden af autonomi som én af sine udslag. Professionaliseringen må således også

betragtes som en faktor med væsentlig betydning for, hvordan orienteringen mod andres velfærd konkret kommer til udtryk.

De betragtninger, som jeg har gjort i forhold til at forstå omsorgsinteraktionen viser, at denne i høj grad er præget af uforudsigelighed og gensidighedsfortolkninger, som giver den karakter af en egen social virkelighed. Nærhed kan ikke skabes gennem tvang, pligter samt defineret og tildelt ansvarlighed, men må i høj grad basere sig på frivillighed, subjektive forståelsesrammer og egen oplevelse af ansvar. I forhold til omsorgsinteraktionen peger denne studie således på, at hvis man skal tilstræbe (frivillig) nærhed i mødet mellem giver og modtager, må dette møde gøres mest muligt uafhængigt af de strukturelle betingelser for mødet. Ud fra en Lipsky'sk tænkning er det med andre ord vigtigt at bevare et handlingsrum i omsorgsmødet. I stedet for at detaljeregulere indhold og pligter vil nærheden snarere kunne styrkes ved at lade den enkelte omsorgsgiver og -modtager forhandle sig frem til en egen løsning. Da vil man måske kunne styrke grundlaget for, at det er Kari og fru Amundsen, som mødes. Den type forhandlingssituation, som udviklingen i den hjemmebaserede omsorg har skabt mellem parterne, er imidlertid snarere karakteriseret ved en afpersonificering. Men forhandlingssituationen indeholder også muligheder for at personificere og individualisere parterne, og især hvis man erstatter detaljestyringen med en langt højere grad af fleksibilitet for, at de to parter, indenfor visse nødvendige rammer, kan forhandle sig frem til en i højere grad uformel aftale imellem sig.

Kapitel 9

Afslutning: Omsorg som arbejde

9.1 Et sammenfattende overblik

Arbejdets delings- og specialiseringsproces er indenfor en sociologisk teoritradition af sociologiens klassikere blevet set på som kernen i den moderne kulturudvikling (Beckman 1981:24). Der er med andre ord tale om en af de mest grundlæggende processer i samfundet siden industrialiseringens begyndelse og den kønsbestemte arbejdsdeling, som har gjort kvinder til de ansvarlige for husholdet og mænd for indtægten til husholdet, er en del af denne grundlæggende proces. Fremvæksten af velfærdsstaten medvirker til at rokke ved grundvoldene for denne kønsbestemte arbejdsdeling, ikke fordi det er et formål, men fordi denne fremvækst sætter en differentieringsproces af omsorgsarbejdet i gang. Ligesom samfundet som helhed har gennemgået en moderniseringsproces - via altså ikke mindst arbejdsdeling og -specialisering - kan dette også siges om omsorgsarbejdet. Udviklingen af velfærdsstaten har ført til, at der i dag findes en lang række varianter af omsorgsarbejde og at der ikke længere findes en selvfølgelig forbindelseslinie mellem omsorgsarbejde - kvinder - og ulønnet arbejde. Variationerne hænger sammen med graden af lønnet, graden af

nærhed til modtageren, graden af formalisering og graden af offentlighed i arbejdet; og i historisk forstand er det det uformelle, ulønnede familiære kvindelige omsorgsarbejde i den private sfære, som udgør en oprindelig type omsorgsarbejde. Velfærdsstaten overtager ikke dette arbejde, men lægger grundlaget for, at en mængde nye typer kommer i tilgift og forandrer dermed samtidig også den oprindelige type. Differentieringen af omsorgsarbejdet betyder, at vi i dag ikke længere kan tale om omsorgsarbejde under ét, men må præcisere hvilken type omsorgsarbejde, vi taler om. Jeg antager, at det aldrig har været enkelt at definere omsorgsarbejde, heller ikke da kun den oprindelige type var dominerende, men differentieringsprocessen har ikke desto mindre medvirket til at øge kompleksiteten i dette og har iøvrigt selv bidraget til i det hele taget at gøre dette forskningsmæssigt interessant.

I den (historisk) oprindelige type omsorgsarbejde udveksles dette arbejde i en personlig og nær (ofte familiær) relation mellem to parter. Det socialt set relativt enkle i denne relation¹ handler om, at der kun findes to parter knyttet til denne type omsorgsarbejde. Differentieringsprocessen øger det komplekse ved at føje en tredje part til relationen. Hvis vi ser på dette fra omsorgsrelationens perspektiv, bliver den tredje part velfærdsstaten. Men ser vi på dette fra arbejdstager-arbejdsgiver-relationens perspektiv, er det omsorgsmodtageren, som bliver den tredje part. Det er indenfor dette sidstnævnte perspektiv, at man kan

¹ Dette udelukker ikke, at relationen f.eks. emotionelt set kan være meget kompliceret.

karaktisere det lønnede omsorgsarbejde som et "trekantyrke" (Sellerberg 1973), når det sammenlignes f.eks. med industriarbejde; eller med andre ord som et arbejde specifikt karakteriseret ved denne relation til en omsorgsmottager, også når det sammenlignes f.eks. med bureaukratiske funktioner (Gundelach og Schmidt 1991). Forfølger vi den type kompleksitet, som drejer sig om, at velfærdsstaten bliver den tredje part, betyder dette, at omsorgsgiveren må igennem en proces, som gør vedkommende til arbejdstager og omsorgsmottageren må igennem en proces, som gør vedkommende til klient eller patient. Dermed forandres samtidig relationen mellem omsorgsgiver og mottager, selvom disse to parter stadig findes som to parter også. Når mottageren forholder sig til omsorgsgiveren, forholder vedkommende sig i tilgift til en repræsentant for velfærdsstaten, en kommunalt ansat og en erhvervsudøver (altså en person med en bestemt type erhverv). Og når omsorgsgiveren forholder sig til -mottageren, forholder vedkommende sig også til en velfærdsclient (eller -patient). Relationen får med andre ord flere "liv"; den udgør fortsat en personlig relation mellem to mennesker, men disse to må nu forholde sig til hinanden som flere typer partere, fordi de begge to også indgår i en relation til velfærdsstaten. Velfærdsstaten både organiserer relationen mellem omsorgsgiver og omsorgsmottager og indgår i en relation til hver af parterne, som arbejdsgiver for omsorgsgiveren og som stat for en medborger. Denne kompleksitet har jeg i afhandlingen analytisk grebet an ved hjælp af rollebegrebet (jf. også figur 2, s.63). Rollebegrebet gør det muligt både

at samle og holde dele indenfor samme rolle (omsorgsgiver- og omsorgsmottagerrolle) adskilt. Og rolleteori gør det muligt at fokusere både på forhåndskonstruktioner af en rolle (rolle som forventninger om en bestemt adfærd) og på konstruktioner af en rolle (den enkeltes fortolkning og praktiseren af rollen). Med andre ord er rollen både socialt bestemt og socialt konstrueret. Denne blanding af forhåndskonstruktion og ny konstruktion kán, men behøver ikke at foregå gnidningsfrit; og da det i denne studie bliver særlig vigtigt at behandle de situationer, hvor denne blanding ikke foregår gnidningsfrit, har det været frugtbart at inddrage roledilemma-begrebet, præciseret ved en sociologisk ambivalens (Merton 1976) for at holde det adskilt fra en psykologisk ambivalens.

Det dilemma, som jeg behandler i afhandlingen, handler om det, som opstår i et omsorgsarbejde, når dette sammensættes af (det historisk oprindelige) omsorgsarbejde og den type arbejde, som samfundsmæssigt er og har været det mest dominerende, altså det lønnede arbejde i den offentlige sfære (Wadel 1977, 1984; Sørensen og Gustavsen 1980). Af skærpende omstændigheder for dette dilemma er for det første, at dette arbejde skal finde sted i omsorgsmottagerens eget hjem frem for i et offentligt rum, således at konkurrencen mellem de værdier, som er knyttet til det offentlige rum og de værdier, som omsorgsmottageren har udviklet og efterlever i sit private hjem, skærpes. Men for det andet er det også skærpende for dilemmaet, at den ene af de to typer arbejde, tilsvarende en samfundsmæssig norm for arbejde og dermed bliver et ideal for den

anden type. Dilemmaet opretholdes af, at disse forskellige typer arbejde i princippet repræsenterer forskellige typer rationalitet. Det offentlige lønnede omsorgsarbejde skal både indeholde den type rationalitet, som specifikt knytter sig til denne type arbejde og som Wærness (1984) har kaldt en omsorgsrationalitet, og samtidig skal det indordnes en rationalitet, som på et overordnet niveau kan siges at herske på det offentlige lønnede arbejdsmarked, nemlig en formålsrationalitet. Mens den formålsrationelle handling er karakteriseret ved, at den, som udfører handlingen, anvender formålstjenlige midler for at nå et resultat, som ligger ud over handlingen, er den omsorgsrationalitet handling derimod karakteriseret ved, at handlingen i sig selv er målet (Løvlie 1990, Næss 1996). Her er altså tale om et sammenstød mellem to typer rationalitet, mellem en produktorientering og en procesorientering, mellem at gøre mennesker til midler og mennesker til mål for handlinger (Ve 1990). De specifikke dilemmaer, som jeg har behandlet i afhandlingen, altså mellem at være husmor eller arbejdstager for hjemmehjælpernes vedkommende, mellem opdragsorienteret omsorgsarbejde og personligt individualiseret omsorgsarbejde for de hjemmesygeplejeansattes vedkommende og mellem at være henholdsvis underordnet og selvbestemmende klient samt typisk og ikke-typisk patient (mange-roller-indehaver) kan alle ses som et udslag af et sammenstød mellem disse to rationalitetsformer set fra henholdsvis en giver- og en modtagerside. Når det gælder hjemmehjælperne, kan deres rationalitet knyttet

til arbejdstagerrollen mere specifikt også betegnes som en lønarbejderrationalitet (Szebehely 1995), fordi overgangen til lønarbejdet er en særlig både aktuel og historisk forankret ændring for deres vedkommende. Formålsrationaliteten (og lønarbejderrationaliteten) medvirker til at lægge grunden for principper om tidsstrukturering, produktivitet, effektivitet, forudsigelighed og ikke-nære relationer i omsorgsarbejdet. Disse momenter er alle indeholdt i de to processer for det hjemmebaserede omsorgsarbejde, som jeg har kaldt *professionalisering* og *institutionalisering* og jeg skal forklare, hvordan disse hænger sammen med de dilemmaer, jeg finder.

Når Prokop (1978) kæder de kvindelige produktivkræfter sammen med de kvindelige produktionsforhold på samme måde som i de oprindelige marxistiske begreber, peger hun på vigtigheden af at betragte disse produktivkræfter indenfor rammen af det system, som afsætter såvel begrænsninger som muligheder i forhold til produktivkræfterne (Eriksen 1989). Det er et lignende forhold, jeg ønsker at pege på, når jeg knytter arbejdstagerrollen og det opdragsorienterede omsorgsarbejde samt den underordnede klient og typiske patient til professionaliseringen og institutionaliseringen, mens jeg knytter den anden side af rolleparrene til modprocesserne. De dominerende processer og deres kulturer afsætter altså præmisserne for omsorgsarbejdet, og selvom dette først og fremmest handler om begrænsninger, findes her også muligheder, hvorfor det har været vigtigt også at tale om modprocesser. Tilsammen udgør de dominerende

processer og deres modprocesser omsorgsarbejdets produktivkræfter bare med den forskel, at mens produktivkræfterne i Prokops model samler undertrykkelse og protest eller det, som for denne sammenhæng mere præcist kunne kaldes for tilpasning og modstand, er disse i denne sammenhæng adskilt. Ligesom Prokop definerer de kvindelige produktionsforhold som en del af de samfundsmæssige produktionsforhold, gælder dette også professionaliserings- og institutionaliseringsprocesserne. Også de følger den dominerende udvikling og de dominerende kulturer i samfundet. Derfor er hverken den tavse kundskab, som jeg finder hos hjemmehjælperne, eller den varme kundskab, som jeg finder hos de ansatte i hjemmesygeplejen, indeholdt i de dominerende processer, eftersom disse kundskabsformer, fordi de er praksis- og erfaringsbaserede kundskaber, er underordnet teoretisk og videnskabeligt baserede kundskaber i en dominerende forståelse. Derfor anser jeg dem snarere for at være momenter i modprocesserne; men samtidig befinder disse modprocesser sig altså indenfor systempræmisserne, jf. også den Prokopske model.²

² Ifølge min gennemgang af Grounded Theory-traditionen (se s.96-105) er teoriudvikling et centralt træk ved denne tradition. En substantiv teori (se s.102) om det offentlige hjemmebaserede arbejde i den organisation, som jeg empirisk baserer analysen på, kan altså ud fra det foregående, sammenfattes i følgende: Det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde har gennemgået en moderniseringsproces, som giver sig udslag i en professionalisering, når det gælder hjemmehjælpsarbejdet, og en institutionalisering, når det gælder hjemmesygeplejearbejdet. Men fordi det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde har en både historisk forankret og en opretholdt tilknytning til et arbejde med en anden type rationalitet end den, som på et overordnet niveau knytter sig til den offentlige sfære, findes i dette offentlige omsorgsarbejde et modsætningsforhold, som i analysen er indkredset gennem de dominerende processer og deres modprocesser og som på et individniveau giver sig udslag i rolledilemmaer i form af sociologiske ambivalenser. Moderniseringen af omsorgsarbejdet følger altså den dominerende samfundsmæssige udvikling, men efterlader samtidig et rum for en modkraft.

Indenfor en klassisk norsk arbejds sociologisk studie (Lysgaard 1961) finder man, at en modstand mod den dominerende virksomhedskultur kan danne udgangspunkt for et *arbejderkollektiv*, altså en sammenslutning af arbejderne kollektivt mod virksomhedsledelsen. Indenfor omsorgsstudier kan man finde eksempler på en overførsel af denne teori på omsorgsarbejde (Ressner 1981). Frugtbarheden ved denne overførsel er måske snarere, at den viser de specifikke træk ved omsorgsarbejdet sammenlignet med arbejdet i en industriel virksomhed end at den egentlig er anvendelig i forhold til at få indsigt i den type af modprocesser, som findes her. Det specifikke ved omsorgsarbejdet er jo netop, at denne modstand ikke "kun" handler om en modstand mod en ledelse eller et system, men på en kompleks måde er sammenvævet med det, som er indeholdt i relationer til klienter og patienter, således at modstanden f.eks. kan tage udgangspunkt i et forsvar for eller en loyalitet med omsorgsmottagerne eller den kan tage udgangspunkt i et forsvar for én omsorgsmottager i forhold til en anden eller andre omsorgsmottagere i stedet for at tage udgangspunkt i mere specifikke egne arbejdstagerinteresser. Disse kan både indeholde en beskyttelse i forhold til arbejdsgiveren (velfærdsstaten), i forhold til omsorgsmottagerens potentielt umættelige krav samt ikke mindst altså også en blanding af disse. Når jeg i afhandlingen på omsorgsgiversiden behandler konflikten mellem en arbejdstagerinteresse (dette kan også omfatte en interesse for opdragsorienteret arbejde) og den samtidige interesse for mottagerens velfærd (dvs. de

bestræbelser, som gøres for at imødekomme henholdsvis den selvbestemmende klient og patienten som mange-roller-indehaver) som et kernedilemma, er dette altså et sammensat dilemma. At udføre et arbejde, som indeholder disse dilemmaer, betyder ikke, sådan som man måske kunne antage, at de ansatte altid er tvivlrådige og usikre i deres konkrete optræden i omsorgsmødtagernes hjem. Der er netop ikke tale om et psykologisk dilemma, men derimod et sociologisk dilemma, hvilket betyder, at bestemte strukturelle forhold mødes af den individuelle oplevelser af disse forhold og sammen skaber disse rolledilemmaet. Dilemmaerne kan således ikke uden videre løses, men de kan derimod mestres, dvs. at det er muligt at arbejde (ikke mod, men) med dem. Her finder jeg, at det princip, som de ansatte i hjemmesygeplejen anvender for at mestre dette dilemma, drejer sig om at gå ind på patientens præmisser, mens det princip, som hjemmehjælperne sammenlignet med de ansatte i hjemmesygeplejen anvender for at søge at mestre dilemmaet, snarere drejer sig om at medtage omsorgsmotagerens præmisser for deres handlinger. De to principper repræsenterer to forskellige måder hvorpå man kan inddrage omsorgsmotagerens virkelighed i sine handlinger knyttet til omsorgsarbejdet på. Modstanden mod den dominerende kultur, som disse principper også er et udtryk for, kan med andre ord ikke adskilles fra det, som den enkelte arbejdstager indenfor de specifikke rammer, som henholdsvis hjemmehjælpsarbejdet og hjemmesygeplejearbejdet er underlagt, udvikler som omsorgsgivere i de konkrete relationer til omsorgs-

modtagere.

Som et resultat af differentieringen af omsorgsarbejdet taler man i dag om to hovedformer for omsorgsarbejde, det uformelle omsorgsarbejde i familien (som jeg har kaldt den historisk oprindelige type) og det offentlige lønnede omsorgsarbejde (se f.eks. Jensen 1990). I kritikken af denne sidste, altså det omsorgsarbejde, som foregår i regi af velfærdsstaten, peges der af og til på, at idealerne for dette arbejde bør hentes fra det nære familiære omsorgsarbejde. Denne empiriske studie kan ikke støtte en sådan socialromantisk tænkning om omsorgsarbejde (ibid.). Den er urealistisk alene af den grund, at en historisk model for omsorgsarbejde ikke så at sige kan "genindføres". Den er utilstrækkelig, når denne oprindelige model ikke indeholder nogen retningslinier i forhold til, at der findes en tredje part (velfærdsstaten). Og endelig er den også et misvisende ideal, når den ikke forholder sig til de underordningsproblemer, som også findes i denne oprindelige type omsorgsarbejde. Denne studie viser netop, at den yngre generation kvinder i modsætning til den ældre generation i højere grad føler ubehag ved underordningssituationer (se f.eks. s.427); og på baggrund af de ændringer, som er påvist i arbejdet (det gælder særligt professionaliseringen) vil dette betyde, at accepten af underordningsaspekter i arbejdet vil blive stadig mindre i tiden fremover. Modprocesserne handler da heller ikke om en tilbageføring til den historisk oprindelige type omsorgsarbejde (og figur 3, s.76 i indledningskapitlet må derfor ikke fortolkes på den måde),

men derimod om, at der findes en modstand mod den dominerende kultur, som peger i en anden retning end den, som professionaliseringen og institutionaliseringen peger i. Den måde, jeg inddrager køn på i studien, kan medvirke til at klargøre dette.

Forståelsen af køn i empiriske studier kan inddrages på forskellige måder (Widerberg 1992). I denne studie er køn inddraget dels ved at studien behandler et kvindearbejde, som fortsat næsten kun udføres af kvinder og for en stor del også modtages af kvinder, og dels ved at køn også er et perspektiv, altså at analysen tager specifikt hensyn til, at det er relevante forhold for kvinderne selv, som inddrages til at forklare forhold i omsorgsarbejdet. Det er særligt de roller på både giver- og modtagersiden, som jeg knytter til modprocesserne, som varetager dette kønsperspektiv, fordi de dominerende kulturer i mindre grad ejer rum for netop de forhold, som ikke har deres rødder i den offentlige lønnede sfære. Men studien viser også hen til vigtige forskelle, som kan komme til udtryk mellem altså f.eks. forskelligt professionaliserede grupper af kvinder (som hjemmehjælperne og de ansatte i hjemmesygeplejen); og her ser jeg ikke bort fra, at disse forskelle bliver mere tydelige, når flere grupper kvinder, som i denne studie, studeres samtidig, end når de behandles hver for sig. Derfor må figur 3 i indledningskapitlet ikke fortolkes sådan, at det er den nøjagtig samme alternative omsorgsmodel de to modprocesser peger på, men derimod som en markering af, at begge modprocesser viser hen til en alternativ model. For at

indkredse denne model bliver det vigtigt at føre diskussionen om omsorg og omsorgsarbejde videre.

9.2 Omsorg

Når Wærness (1982) adskiller begrebet *omsorg* fra *omsorgsarbejde*, er det bl.a. fordi hun vil pege på nødvendigheden af at se på omsorg som en kvalitet ved omsorgsarbejde, når begrebet *omsorg* ses i forhold til begrebet omsorgsarbejde.³ Omsorg kan da med andre ord betragtes som en normativ dimension ved omsorgsarbejde. Eftersom der ikke findes muligheder for at måle denne kvalitet ved hjælp af objektive standarder endside fremstille dens helt konkrete indhold, er det empirisk vanskeligere at nærme sig forståelsen af omsorg end af omsorgsarbejde, også selvom omsorgsarbejde, som denne studie viser, bl.a. indeholder usynlige eller skjulte sider og således også har vanskeligt målbare sider. Indkredsningen af disse sider af arbejdet kan imidlertid være en tilgang til at få indsigt i mulighederne for at yde omsorg. Når kvaliteten således er subjektivt bestemt, kunne en evaluering af omsorgen altså ske via modtagerens vurderinger, altså ved at lade modtageren afgøre, hvorvidt der er tale om omsorg eller ikke. Det er imidlertid et problem, at en sådan type traditionel tænkning i

³ Dette udelukker altså ikke, at omsorg kan være noget mere omfattende end omsorgsarbejde (se i det følgende).

forhold til evaluering er baseret på, at de evaluerende personer er raske og relativt uafhængige mennesker. Mennesker, som derimod er afhængige af offentlig hjælp og dermed altid potentielt må antages at have en angst for at miste hjælpen - og i en forstærkende grad med de nye ændringer, som omorganiseringen har indført i den hjemmebaserede omsorg - kan ikke antages at evaluere hjælpen uden at de medtænker denne afhængighed. Hvis man i stedet lod omsorgsgiveren evaluere hjælpen, ville dette imidlertid give endnu større problemer, både fordi modtageren kan være helt uenig og fordi omsorgsgiveren selv kan forveksle sin omsorg med formynderi, altså en egen opfattelse af, hvad der er omsorg for den enkelte modtager uafhængig af denne modtagers subjektive vurderinger. Vanskelighederne med at få indsigt i, hvad omsorg handler om, betyder, at det ikke er muligt at komme den nærmere end ved at forsøge at indkredse den, f.eks. ved at pege på momenter, som kan udgøre potentialer for den, hvis de altså anvendes. Afhandlingen kan derfor i den forstand siges først og fremmest at behandle omsorgsarbejde; men gennem analysen af dette arbejde, og særligt gennem behandlingen af modprocesserne, peger afhandlingen samtidig på potentialer for at yde omsorgsarbejde med omsorg.

Den amerikanske filosof Nel Noddings (1984) skelner mellem en naturlig

omsorg (*natural caring*) og en etisk omsorg (*ethical caring*).⁴ Den naturlige omsorg modsvarer den type, jeg har kaldt den (historisk) oprindelige type omsorgsarbejde; den er baseret på nærhed til den anden som grundlag for at give hjælp. Det "naturlige" drejer sig om, at den så at sige opstår af sig selv på grundlag af nære (familiære) bånd. Den etiske er derimod den, som samler det bedste fra denne oprindelige omsorg i en alternativ form ved at gøre nærheden til et etisk krav. Det er en lignende tænkning, man kan finde hos den danske filosof Uffe Juul Jensen (1985), når han diskuterer det moralske princip om ansvaret for de svage på grundlag af det forhold, at mennesket er et socialt væsen og derfor lever i afhængighedsforhold til andre. Den alternative omsorgsmodel (se figur 3, s.76 igen) kunne med Noddings og Jensens begreber kaldes for en etisk omsorg baseret på et moralsk ansvar for de svage. Det etiske handler netop også om at overføre den nærhed, som det uformelle omsorgsarbejde baserer sig på, til en solidaritet og loyalitet også for andre hjælpetrængende. Den etiske omsorg er med andre ord et alternativ, som også varetager et kvindespæktiv i forhold til den socialromantiske model (jf. s.482), fordi den ikke gør det indelukkede og underordnede omsorgsarbejde i den private sfære til et ideal, men alligevel trækker de momenter med sig, som på en eller anden måde handler om nærhed til omsorgsmottageren og som er overførbare

⁴ Naturlig og etisk omsorg er ikke præcise oversættelser af *natural* og *ethical caring*, fordi ordet *caring* ikke findes på dansk (og norsk). I forhold til diskussionen her, ville en mere præcis oversættelse være at tale om naturligt omsorgsarbejde og etisk omsorgsarbejde, men fordi det ikke er almindeligt at oversætte på den måde, gøres det heller ikke her.

også til et offentligt lønnet omsorgsarbejde, hvis de gøres til et etisk princip og et moralsk ansvar. Det er en implikation i dette, at der findes noget universelt i omsorgsarbejdet uafhængig af den specifikke variant, det har i forhold til dimensioner som offentlighed, lønnethed, grad af formalisering m.m.⁵ Men det er også en implikation i dette, at dette universelle netop ikke kommer af sig selv, men må gøres til et krav eller princip. Overført på distinktionen mellem omsorg og omsorgsarbejde betyder dette, at distinktionen støttes, fordi den etiske omsorg som et omsorgsarbejde ikke uden videre indebærer *omsorg* (der må nødvendigvis findes en række mellemlid mellem den naturlige og etiske omsorg). Dette fører frem til en anden vigtig diskussion, som handler om, hvorvidt omsorgsarbejde og omsorg forudsætter hinanden. Da adskillelsen af *omsorgsarbejde* fra *omsorg* tager sit udgangspunkt i, at omsorgsarbejde kan udføres uden omsorg, betyder dette med andre ord, at omsorgsarbejde ikke forudsætter omsorg (jf. side 320-321). Uanset f.eks. graden af nærhed mellem omsorgsgiver og -modtager og graden af formalisering af arbejdet, vil denne mulighed findes. Men når det gælder spørgsmålet, om omsorg forudsætter omsorgsarbejde, må den diskussion derimod føres i forhold til mere specifikke typer omsorgsarbejde. Taler vi f.eks. om venskabsrelationer, vil man her kunne finde omsorg uden at denne nødvendigvis behøver at give sig udslag i et arbejde. En person kan være

⁵ Sturle Næss (1996) peger også på dette universelle i omsorg, når han knytter en diskussion om omsorg som både fornuft og følelser til begreber fra Aristoteles' etik.

bekymret for en ven uden iøvrigt at følge bekymringen op af et arbejde for vennen. Dette adskiller sig imidlertid fra det offentlige lønnede omsorgsarbejde⁶, som netop er karakteriseret ved, at omsorgen har en forpligtende karakter; den må følges op af et arbejde for omsorgsmottageren. Her vil det være utilstrækkeligt at lade omsorg handle om f.eks. bekymringer for omsorgsmottageren, hvis dette ikke på en eller anden måde får indvirkning på eller giver sig udslag i omsorgsarbejdet. Omsorg er altså i den forstand knyttet stærkere sammen med omsorgsarbejde, når det gælder det offentlige lønnede omsorgsarbejde, end når det gælder de typer af omsorgsarbejde, som har en mindre forpligtende karakter. At betragte omsorg som en kvalitet ved omsorgsarbejde er altså en type forståelse, som specifikt retter sig mod en forståelse af det offentlige omsorgsarbejde. Her kan omsorgen ikke så at sige eksistere fritstående og uafhængig af arbejdet, men må få konsekvenser for dette arbejde; konsekvenser, som handler om, at omsorgsarbejdet udføres på en sådan måde, at omsorgsmottagerens virkelighed forsøges inddraget i arbejdet.⁷ Dette er således også en anden vigtig forklaring på, at afhandlingen i første række behandler omsorgsarbejde og på grundlag af dette en indkredsning af omsorg.

⁶ Dette gælder ikke bare offentligt hjemmebaseret omsorgsarbejde, men alle typer offentligt lønnet omsorgsarbejde, altså også det arbejde, som foregår på institutioner.

⁷ I det offentlige omsorgsarbejde vil der findes situationer, hvor det ikke er muligt at inddrage omsorgsmottagerens virkelighed i arbejdet; det kan f.eks. være tilfældet i forhold til nogle typer respiratorpatienter. I det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde vil en sådan type situationer kun undtagelsesvis gøre sig gældende, men med de stadig kortere sygehusophold grundet rationalisering på sygehusene og den stærkere integrering af hjemmebaseret omsorgsarbejde med institutionsbaseret omsorgsarbejde, vil der også findes øgede muligheder for dette her.

Denne empiriske studie viser, at der indenfor de rammer, som det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde er underlagt, findes momenter af en etisk omsorg i Noddings forstand. Når det oprindelige omsorgsarbejde gennemgår en kollektiviseringsproces, følger der med dette en standardisering af arbejdet, fordi der udformes kollektive regler og principper for arbejdet. Dette sætter først og fremmest begrænsninger for det unikke ved hver enkelt konkret relation mellem omsorgsgiver og -modtager, men omsorgsarbejdets karakter efterlader også et rum for at overskride begrænsningerne og således lade det unikke komme til udtryk; rummet kan indskrænkes stærkt, det behøver ikke udnyttes overhovedet og det vil ikke engang nødvendigvis opdages. Når det er velfærdsstaten, der som en overordnet instans tildeler den enkelte borger hjemmetjenester, må vi nødvendigvis tage udgangspunkt i en giverautoritet knyttet til omsorgsgiverrollen. Eller sagt på en anden måde; hvis vi skal diskutere mulighederne for *omsorg*, må vi starte hos den, som har magt til at give eller ikke give den i tilknytning til et omsorgsarbejde. Såfremt omsorg - når den har en forpligtende karakter - drejer sig om at inddrage den andens virkelighed og lade dette få konsekvenser for omsorgsarbejdet, betyder dette, at denne proces kun kan finde sted via udviklingen af en erfaringsbaseret kundskab om omsorgsmotageren; og det er netop gensidigheden i relationen til omsorgsmotageren, som her bliver helt afgørende, altså det, som sker og ikke mindst udveksles i hver enkelt konkret ansigt-til-ansigt-relation mellem omsorgsgiver og -modtager. Det er med andre

ord den varme eller tavse kundskab, der ikke kan udvikles på afstand, men kun gennem hver enkelt konkret interaktion, som giver mulighed for at overskride standardiseringen i arbejdet og gøre brug af momenter som uforudsigelighed og procestid (eller kvalitativ tid). Mens uforudsigeligheden handler om at udnytte det rum, som findes for at imødekomme omsorgsmottagerens individuelle ønsker, handler procestiden om at imødekomme den individuelle rytme, som omsorgsmottageren har udviklet igennem sit hverdagsliv. Uforudsigelighed og procestid er momenter, som kan tilføres det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde og (indenfor denne konkrete interaktionskontekst) gøre det irrelevant at tale om omsorgsgiverens eller omsorgsmottagerens interesser adskilt fra hinanden. De specifikke og særskilte omsorgsgiver- og omsorgsmottagerinteresser skal varetages gennem organiseringen og gennem tilrettelæggelsen af arbejdet, men skal omsorgsarbejde ydes med omsorg, må interesserne i interaktionen mellem giver og modtager mødes; og fra omsorgsgivers side kan dette ske via en generaliseret gensidighed, altså gennem altruistiske handlinger, hvor ingen gengældelse forventes.

9.3 Omsorgsarbejde - relation, interaktion og normopfyldelse

Det er et vigtigt sociologisk bidrag til forståelsen af omsorg, Wærness har introduceret ved at betone vigtigheden af at betragte omsorg som noget, der altid

vil være knyttet til en relation mellem to mennesker. At udføre et omsorgsarbejde betyder både, at omsorgsarbejdet ydes (gives) i forhold til et andet menneske og at arbejdet modtages af denne anden part. At udføre og modtage omsorgsarbejde er i den forstand relationelle handlinger. I denne studie har jeg udnyttet frugtbarheden ved denne tænkning, men jeg har også fundet, at den kan suppleres. Når det gælder den ene supplerende del, som jeg finder, er denne allerede defineret af Svante Beckman. Den anden del kan siges at være supplerende i den forstand, at den inddrager de historisk specifikke ændringer i forhold til omsorgsarbejde, som denne studie viser i sammenligning med Wærness' empiriske studie fra slutningen af 1970'erne.

Fokuseringen på den relationelle handling betyder, at det konkrete indhold af omsorgsarbejdet er underordnet typen af relation mellem omsorgsgiver og -modtager. Det betyder f.eks., at det samme arbejde kan være enten omsorgsarbejde eller servicearbejde afhængig af hvilken relation, der er tale om. Både omsorgsarbejde og servicearbejde udføres indenfor asymmetriske relationer, men mens omsorgsgiveren er overordnet sin omsorgsmodtager, når omsorgsarbejde udføres, er omsorgsgiveren underordnet, når servicearbejde udføres; sidstnævnte relation finder sine historiske rødder i herre-knægt-forholdet. Når jeg behandler det lønnede hjemmebaserede omsorgsarbejde, drejer dette sig altså i udgangspunktet om den første type af asymmetri, og samtidig findes her potentielt en diskussion i forhold til servicearbejdet. I min behandling af

modtagerrollen peger jeg netop på de muligheder, som findes for at gå ind i en asymmetrisk relation af den type, som Wærness har skilt ud fra det lønnede omsorgsarbejde (fordi det altså er servicearbejde). Og når det gælder relationen i hjemmesygeplejen peger jeg på nødvendigheden af at tale om en type "symmetri" i relationen, som imidlertid ikke må forveksles med den type symmetri, Wærness peger på kan findes blandt f.eks. ægtefæller, som gensidigt udveksler hjælp i et balanceret forhold. Det er en anden type relation, som mere udspringer af, at modtagerens magt ikke kan nå op over giverens magt end den udspringer af et balanceret ligeværdigt giver-og-modtager-forhold. Studien peger med andre ord på, at magt forstået som muligheden for at få udført arbejde, som omsorgsmodtageren fysisk set selv kunne gøre, må udvides. Jeg skal give et enkelt lille eksempel for at illustrere dette. Af de omsorgsmottagere jeg inddrager i forhold til at konstruere typologier af modtagere, er flere mænd, men disse har alle et relativt dårligt helbred. Under min deltagende observation møder jeg imidlertid andre mandlige modtagere, og heriblandt nogle, som er i relativt god fysisk form. På trods af forskellen i helbredstilstanden mellem disse og de andre mandlige modtagere, finder jeg ingen nævneværdig forskel i omfanget af det omsorgsarbejde, som udføres for dem. Hvis det er det dårlige helbred, som er begrundelsen for, at de fysisk svage mandlige modtagere får hjælp, hvad er da begrundelsen for, at også de, som har helbred til at gøre arbejdet selv, får samme hjælp? Hvad betinger deres "magt" til at få udført arbejde, de selv kunne

udføre, når der er lighed i de andre ressourcemæssige faktorer, som har betydning for den samlede situation? Her findes med andre ord systematiske undtagelser, som ikke kan forklares ad den vej, som Wærness har defineret. Da køn tydeligvis har en betydning her, kunne man søge at forklare denne type afvigelser gennem en henvisning til det traditionelle kønsrollemønster. Selvom dette mønster er under forandring, tilhører denne enkemand en generation for hvem dette kønsrollemønster fortsat er dominerende. Derfor kan denne enkemand antages at have "magt", fordi der findes normer, som tilsiger, at han bør få hjælp og at velfærdsstaten ikke kan kræve af ham, at han lærer sig noget, som han ikke har gjort hele livet og ville bryde med den dominerende kønsrolleforståelse knyttet til hans socialisering. Men specielt vigtigt i denne relation - og i forhold til Wærness' definition - bliver, at denne enkemand samtidig vil være underordnet sin giver. På trods af, at han altså får udført arbejder, han fysisk set selv kunne gøre, er han altså underordnet sin omsorgsgiver. Med Wærness' begreber findes her en blanding af servicearbejde og en type asymmetrisk relation, som egentlig kendetegner omsorgsarbejde (og ikke servicearbejde). Med andre ord peger dette lille eksempel på, at definitionen af det relationelle må udvides, fordi magten i tilgift til at være bestemt af afhængighed (af at få arbejder udført) også er betinget af de til enhver tid gældende normer for selvhjulpenhed. Det er denne normopfyldende funktion i omsorgsarbejdet, som Svante Beckman

(1981) har peget på i sin definition af *omsorg*.⁸ Beckman tager udgangspunkt i det til enhver tid gældende moralsk forpligtende fællesskab, som findes (op. cit.:45ff.). I forhold til dette fællesskab findes risikozoner, altså zoner med risiko for at falde udenfor fællesskabet; det kan være på grund af fattigdom, alderdom, sygdom m.m. De typer af virksomhed, som anvendes i forhold til at bringe de mennesker, som rammes af disse risici tilbage til fællesskabet, er omsorgsarbejde i Beckmans forstand. Omsorgsarbejde handler altså ifølge den definition om at forhindre, at nogen falder udenfor fællesskabet, for ved at falde udenfor bryder de de eksisterende normer om f.eks. selvhjulpenhed (jf. også introduktionen af denne definition s.49). Det er et helt centralt forhold ved denne definition - og det er også grunden til, at denne definition bliver relevant her - at omsorgsarbejde og fællesskab knyttes tæt sammen. Definitionen nedbryder adskillelsen mellem omsorg for et individ og omsorg for en gruppe⁹, fordi den enkelte omsorgsgiver ud fra den definition ikke motiveres bare af at udføre et arbejde til bedste for omsorgsmottageren, men også for fællesskabet. Omsorgsgiveren opretholder da sit eget medlemskab af fællesskabet ved at medvirke til, at andre også forbliver i det. Fællesskabet bliver med andre ord omsorgsarbejdets

⁸ Det vil sige omsorgsarbejde, når det gælder denne specifikke sammenhæng.

⁹ Ud fra Beckmans definition er det altså ikke et problem at tale om f.eks. rusmiddelomsorg eller kriminalomsorg, men det er det til gengæld i denne sammenhæng. Selvom jeg finder Beckmans definition meget frugtbar, overtager jeg den ikke, men anvender den til at udfylde et moment ved det offentlige omsorgsarbejde, som Wærness' oprindelige definition ikke rummer. Denne studie viser netop, at man i og for sig godt kan tale om f.eks. kriminalomsorgsarbejde, men derimod ikke om kriminalomsorg, med mindre der her skulle være tale om at yde et omsorgsarbejde på baggrund af en erfaringsbaseret kundskab om den enkelte modtager.

objekt (op. cit.:46). Det er en svaghed ved denne definition, i hvert fald så længe den ses isoleret, at den er så bred, som Beckman også selv peger på; men dens fokusering på betydningen af fællesskabet og de normer, som udvikles gennem dette, gør den velegnet som supplement til Wærness' definition, fordi denne, selvom den faktisk inkluderer betydningen af normer om selvhjulpethed, alligevel gør det relationelle til det afgørende. Magt kan imidlertid siges ikke kun at være knyttet til den enkelte modtager eller giver gennem den specifikke relation, som udvikles mellem dem. Magt er også betinget af, hvordan fællesskabets normer virker ind på omsorgsrelationen. Det supplerende i forhold til Wærness' definition handler altså om, at der til omsorgsarbejdet også altid vil knytte sig rimelighedsbetragtninger, dvs. betragtninger over hvilke kriterier, som skal lægges til grund for at yde omsorgsarbejde.

Vigtige dele af de ændringer, som er tilført relationen mellem omsorgsgiver og omsorgsmodtager siden slutningen af 1970'erne er ændringer, som jeg har indkredset gennem professionaliseringen og institutionaliseringen som processer; det er forandringer, som bl.a. handler om, at såvel modtagerrollen som giverrollen er blevet både stærkere og klarere. Denne studie kan supplere forståelsen af det relationelle i omsorgsarbejde og den normopfyldelse, som omsorgsarbejde også handler om, med en tredje forståelse, som drejer sig om, at omsorgsarbejde bliver til og konstrueres gennem en interaktion. Det er en forståelse, som særskilt skal sætte fokus på den fortolkning, som ligger i både

giverens og modtagerens handlinger og interaktionen mellem giver og modtager. At fokusere på omsorgsarbejde som en relationel handling udelukker ikke dette, men det nødvendiggør det heller ikke. Denne studie peger imidlertid på dette som en nødvendighed bl.a. ved at fremlægge de mange mulige varianter, som findes, selv når relationen er defineret fra den ene eller den anden synsvinkel. Studien peger på nødvendigheden af at se på omsorgsmødet som et eget socialt produkt, som skabes gennem den specifikke type af interaktion, som foregår mellem den enkelte omsorgsgiver og -modtager, mellem Kari og fru Amundsen og som dermed udgør noget mere og noget andet end bare summen af det, som hver af parterne møder relationen med. Mens den relationelle forståelse handler om at gøre magt-forholdet mellem giver og modtager til det centrale, handler fokuseringen på interaktionen snarere om den forhandling, der sker om denne magt. Teorier udviklet i tilknytning til græsrodsbureaukraters arbejde kan her være et bidrag til at søge klarhed i, hvad der foregår i denne interaktion eller i hvert fald i udgangspunktet for denne interaktion.

I studier af græsrodsbureaukraters arbejde (Lipsky 1980, Johansson 1992) peges på dilemmaer, som opstår i dette arbejde, når en klientificeringsproces skal foregå, dvs. når konstruktionen af en klient skal ske. Eftersom det ikke er græsrodsbureaukraternes arbejde at forholde sig til hele klientens liv, handler klientificeringen om at udskille de forhold, som ikke vedrører rollen som klient, og som ikke kan rummes af en bureaukratisk identitet (Johansson 1992:55ff.).

Professionaliseringen og institutionaliseringen kan forstås netop som en sådan type konstruktionsproces. Der er tale om processer, som skal gøre de ansatte i den hjemmebaserede omsorg i stand til kun at forholde sig til (den underordnede) klient og den (typiske) patient og udskille de dele af disse modtageres liv, som ikke har med disse roller at gøre. Hos akademikerens (se s.400-405) handler dette således f.eks. om ikke at forholde sig til hans identitet som akademiker, men derimod til det forhold, at han har en bestemt sygdom, som har som konsekvens, at han har behov for hjælp til en række bestemte funktioner og opgaver i sit hjem. Sammenlignet med det dilemma, som en græsrodsbureaukrat kan opleve i konstruktionsprocessen, bliver det kendetegnende for den ansatte i den hjemmebaserede omsorg og dennes møde med en modtager, at konfrontationen med de dele, som den bureaukratiske identitet ikke kan rumme, bliver særlig fremtrædende, når mødet finder sted i dennes hjem, i nær kontakt til et eventuelt uformelt netværk osv. Standardiseringen er altså et vigtigt led i denne konstruktionsproces; konstruktionen af både den underordnede klient og den typiske patient handler om at underordne og tilpasse disse modtageres interesser de rammer, regler og standarder, som er forhåndsdefinerede. Professionaliseringen er i den forstand en parallel proces til klientificeringen (Wadel 1984), og det samme gælder institutionaliseringen, som tilsvarende er en proces, der giver anvisninger på at konstruere den typiske patient. Dilemmaerne knyttet til denne konstruktionsproces opstår da, fordi der - særligt pga. konfrontationen

med det individuelle hjem og liv - også fremkommer modprocesser, som til gengæld handler om at inddrage disse for bureaukratiet irrelevante sider ved at udnytte de rum, som findes for at gøre dette. Fordi interaktionen mellem omsorgsgiver og -modtager som nævnt altså tager udgangspunkt i en giverautoritet, er det nødvendigt at starte med at analysere disse konstruktionsprocesser fra giverside. Men det er dernæst modtagernes reaktioner på disse konstruktioner, som bliver vigtige i forhold til den interaktionsproces, som kommer til at foregå. Interaktionsprocessen kan i den forstand ses som en proces, der tager sit udgangspunkt i konstruktionen af en bestemt type modtagere og dernæst udvikles af den specifikke type forhandling, som opstår mellem de to parter, fordi omsorgsgiveren konfronteres med de ud fra de dominerende kulturer ikke-relevante sider hos modtagerne og modtagerne samtidig selv fremviser dem for giveren, når rollerne som underordnet klient og typisk patient ikke er brede nok til at rumme modtagerens situation. I forhold til de ændringer, som er påvist gennem denne studie vil det problematiske for omsorgsmødtagerne i forhold til denne konstruktionsproces specielt handle om at anerkende afhængigheden af hjælp. Individualiseringsprocessen i samfundet betyder netop også, at det fremover vil blive stadig vanskeligere at modtage hjælp.

Det diskuteres i tilknytning til disse græsrodsbureaukrati-studier, hvorvidt bureaukratiet enten efterlader et handlingsrum (Lipsky 1980) eller det snarere virker begrænsende i forhold til en handlingsfrihed (Johansson 1992). I denne

studie forsøger jeg snarere at diskutere disse begrænsninger og dette handlingsrum i forhold til hinanden ved at behandle både de dominerende processer i det hjemmebaserede omsorgsarbejde og deres modprocesser.

Jeg finder således, at det offentlige hjemmebaserede omsorgsarbejde har tre væsentlige bestanddele, som handler om, at det bliver til gennem en relation mellem en omsorgsmodtager og omsorgsgiver, gennem en opretholdelse af fællesskabets normer om selvhjulpenhed og endelig gennem en interaktion mellem de to parter, hvori indgår vigtige konstruktionsprocesser. Den relation, som opstår og udvikles mellem de to parter, vil definere magtforholdet mellem dem, men denne relation er altså influeret af interaktionen mellem parterne, dvs. af forhandlingen mellem dem, og den er influeret af de til enhver tid gældende normer for selvhjulpenhed.

9.4 Slutord

Det er vigtigt at holde fast ved det forhold, som velfærdsstaten danner grundlag for, at afhængighed er et kollektivt ansvar. Men det er lige så vigtigt at erkende denne velfærds begrænsninger, som handler om, at velfærdsstaten ikke kan tilrettelægge forholdene mere end for en mindstestandard (jf. s.3). Med distinktionen mellem omsorgsarbejde og omsorg kan dette udtrykkes på følgende måde. Velfærdsstaten kan danne grundlag for, at der eksisterer et omsorgsarbejde

som f.eks. det hjemmebaserede offentlige omsorgsarbejde; den kan således på sin vis garantere borgerne denne type hjælp, men den kan til gengæld aldrig garantere, at dette omsorgsarbejde også indebærer *omsorg* for den enkelte borger. Dette betyder ikke, at velfærdsstaten ikke kan forhindre, at vilkårene for omsorgsarbejdet bliver så dårlige, at det også indskrænker mulighederne for at give omsorg, og de idealtypiske processer *professionalisering* og *institutionalisering*, som jeg finder i denne empiriske studie, viser netop til en sådan indskrænkingsproces. Men det betyder, at udfordringerne for omsorgsarbejdet altid vil bestå i at forsøge at indkredse og udvikle de momenter, som giver mulighed for at udvikle omsorg i tilknytning til omsorgsarbejdet, således at også *omsorg* bliver arbejde.

Referencer

- Abrahamsen, Bente (1986) "Harde yrker i myk sektor. Sammenliknende analyser av belastninger i forskjellige yrker", *ISF arbeidsnotat 1/86*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, Bente (1991) "Pleiearbeid og helse. Daglige belastninger, slitasjelidelser og sykefravær blant hjelpepleiere", *ISF rapport 6/91*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, Bente (1994) "Ustabilitet blant hjelpepleiere - jobb eller familie?", *ISF rapport 9/94*, Oslo: Institutt for Samfunnsforskning.
- Abrahamsen, Bente (1997) *Kvinner i omsorgsykker. En generasjonsstudie av hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Alvsvåg, Herdis (1985) *Har sykepleien en framtid? Et oppgjør med den teoretiske sykepleien*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, Herdis (1989) *Grenser vi ikke vil se. Om hvorfor det går grenser for det å bo hjemme når man er syk og bor alene*, hovedfagsoppgave i Sosiologi, Universitetet i Bergen.
- Andersen, Svend (1990) "Den professionelle næstekærlighed", s.86-101 i Lindhardt (red.) *Under kærlig behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*, København: Munksgaard.
- Andersson, Aud-Norun (1985) "Hjemmesykepleien i Oslo - på rett vei", *SIFF rapport nr.6*, Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Asplund, Johan (1987) *Om hälsningsceremonier, mikromakt och asocial pratsamhet*, Göteborg: Korpen.
- Aubert, Vilhelm (1964) *Sosiologi*, Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Beauvoir, Simone de (1992) [1949] *Det annet kjønn* (originaltittel: "Le deuxième Sexe"), Oslo: Pax Forlag.
- Beckman, Svante (1981) *Kärlek på tjänstetid. Om amatörer och professionella inom vården*, rapport 17/81, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Belenky, Mary Field, Blythe Mcvicker Clinchy, Nancy Rule Goldberger and Jill Mattuck Tarule (1986) *Women's Ways of Knowing. The Development of Self, Voice and Mind*, New York: Basic Books.
- Benner, Patricia (1984) *From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, California: Addison-Wesley.
- Bergh, Anders (1993) "Mänskligt, kvinnligt, manligt. En etnologisk studie av mötet mellan vårdbiträden och gamla i de gamlas hem och vid en sjukhemsavdelning", *FoU rapport 16/93*, Stockholms socialtjänst: Forsknings- och utvecklingsbyrån.
- Birkelund, Gunn Elisabeth (1992) *Social Class, Gender and Occupational Segregation*, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen: Skriftserien.
- Birkelund, Gunn Elisabeth and Rachel A. Rosenfeld (1995) "Women's Part-Time Work: A Cross-National Comparison" i *European Sociological Review* vol.11, nr.2, s.111-134.
- Blumer, Herbert (1986) [1930] "Science without Concepts", s.153-170 i *Blumer Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

- Blumer, Herbert (1986) [1954] "What is Wrong with Social Theory?", s.140-152 i Blumer *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*; Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Blumer, Herbert (1986) [1956] "Sociological Analysis and the 'Variable'", s.127-139 i Blumer *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*; Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Blumer, Herbert (1986a) [1969] *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*; Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Blumer, Herbert (1986b) "The Methodological Position of Symbolic Interactionism" s.1-60 i Blumer *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*; Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Brante, Thomas (1988) "Sociological Approaches to the Professions" i *Acta Sociologica* vol.31, nr.2, s.119-142.
- Bryman, Alan (1984) "The debate about quantitative and qualitative research" i *The British Journal of Sociology* vol.XXXV, nr.1, s.75-92.
- Bølstad, Jan (1983) i samarbejde med Arnhild Fjose, Jan Atle Andersen, Erna Eiersted og Peter Skytte *Hjemmehjelp. Håndbok for hjemmehjelpere*, Oslo: Aschehoug.
- Campbell, Marie L. (1992) "Nurses' professionalism in Canada: A labor process analysis" i *International Journal of Health Services* Vol.22, nr.4, s.751-765.
- Carlsen, Liv Berit (1982) *Primærpsykepleie - Ny omsorgsmodell?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Christensen, Karen (1989) *Professionalisering og modprofessionalisering i et omsorgsarbejde*, hovedfagsoppgave i Sosiologi, Universitetet i Bergen.
- Christensen, Karen (1990) "Professionalisering og modprofessionalisering i et omsorgsarbejde", *SEFOS notat* 34, Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Christensen, Karen (1990) "Et kvindekritisk syn på rehabilitering i eldreomsorgen. Et innlegg i debatten om aldreplassvisering" i *Aldring & Eldre* nr.2, s.23-25.
- Christensen, Karen (1990/91) "Hjemmehjelpere - husmor eller arbeidstaker" i *Fagbladet* nr.18, s.54 og nr.19, s.60-61, Oslo: Norsk Kommuneforbund.
- Christensen, Karen (1991) "Et kvindesyn på eldreomsorg" i *Social kritikk* nr.12, s.6-18.
- Christensen, Karen (1992) "Slutrapport fra projektet 'Endringer i den kommunale hjemmebaserte omsorgen'", *SEFOS notat* 69, Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Christensen, Karen (1993) "To pleiekulturer i den åpne omsorgen" i *Fag-Sykepleien* nr.2, s.51-54.
- Christensen, Karen (1994) "Hvad innebærer det at utvikle empiristyret sosiologisk teori?" i *Sosiologisk tidsskrift* årgang nr.4, s.243-261.
- Cornwell, Jocelyn (1984) *Hard earned lives: Accounts of Health and Illness from East London*, London: Tavistock Publications.
- Daatland, Svein Olav (1989) "Den kjære plikt. Om holdninger til familieansvar" i *Aldring og Eldre* 1, s.24-27.
- Daatland, Svein Olav (1990) "What are families for? On family solidarity and preference for help" i *Ageing and Society* 10, s.1-15.
- Daatland, Svein Olav (1991) "Eldreomsorgen i Norden", *GerArt* 2, Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Daatland, Svein Olav (1994) "Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester", *NGI rapport* 1, Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Daatland, Svein Olav og Gerdt Sundström (1985) "Gammal i Norden. Boende, omsorg och

- service 1965-1982", *delrapport 1. fra projektet "Åtgärder inom service- och bostadssektorn för äldre"*; Oslo, Stockholm: Norsk Gerontologisk Institutt, Socialhögskolan, Stockholm Universitet.
- Danielsen, Kirsten "Livshistoriens hvite flekker" i *Tidsskrift for samfunnsforskning* årgang 34, s.333-360.
- Davies, Karen (1996) "Omsorgens struktur - tidens kärna", s.36-52 i Eliasson (red.) *Omsorgens skiftninger. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, Lund: Studentlitteratur.
- Denzin, Norman K. and Yvonna S. Lincoln (1994) "Introduction. Entering the Field of Qualitative Research", s.1-17 i Denzin and Lincoln (ed.) *Handbook of Qualitative Research*; Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Dreyfus, Hubert L. and Stuart E. Dreyfus with Tom Athanasiou (1986) *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*, Oxford: Basil Blackwell.
- Edebalk, Per Gunnar og Björn Lindgren (1996) "Från bortauktionering till köp-sälj-system. Svensk äldreomsorg under 1900-talet", s.138-150 i Eliasson (red.) *Omsorgens skiftninger. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsen, Rolf (1992) "Rekrutteringen til hjemmehjelperyrket", *NAVVF rapport 7/92*, Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd.
- Einarsen, Ståle, Bjørn Inge Raknes, Odd H. Hellesøy, Rolf Eide, Jan Erik Rasmussen og Anders Skogstad (1991) "Arbeidsmiljø og sykefravær i pleie og omsorg. En undersøkelse av arbeidsmiljø, helse og sykefravær i Bergen kommune, Kommunalavdeling Helse og sosiale tjenester, Pleie og omsorg, Hjemmebaserte tjenester", *FAHS rapport 1/91*, Bergen: Forskningscenter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet.
- Ekerwald, Hedvig og Stina Johansson (1989) "Vetenskap som byråkrati eller som kunst?" i *Sociologisk forskning* nr.2, s.15-33.
- Eliasson, Rosmari (1987) "Forskningsetik og perspektivval", *FOU rapport nr.7A*, Stockholms socialförvaltning, Stockholm: Forsknings- og utvecklingsbyrå.
- Eliasson, Rosmari (1992) "Omsorg som lönarbete: om taylorisering og professionalisering", s.131-142 i Eliasson (red.) *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*, Lund: Arkiv Förlag.
- Eliasson, Rosmari (1996) (red.) *Omsorgens skiftninger. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, Rosmari och Marta Szebehely (1991) "Äldreomsorgens särart och särbehandling" i *Socialmedicinsk tidskrift* nr.2-3, s.69-77.
- Ellefsen, Bodil (1991) *Omsorgstjenesteforskning - en veiviser? En kommenteret bibliografi*, Oslo: NORAS, Norges råd for anvendt samfunnsforskning, Velferdsstatsprogrammet.
- Ellingsæter, Anne Lise (1989) "Normalisering av deltidsarbeidet. En analyse av endring i kvinners yrkesaktivitet og arbeidstid i 80-årene", *Sosiale og økonomiske studier* 71; Oslo, Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Elstad, Ingunn og Torunn Hamran (1995) *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Elstad, Ingunn (1996) "IT i sjukepleien - del 1: Verktøy eller automatikk?" og "IT i sjukepleien - del 2: Den elektroniske kontrollen" i *Sykepleien* nr.7, s.59-64 og nr.8, s.59-63.
- Elvbakken, Kari Tove (1989) *Mat og ernæringsarbeid i hjemmebasert eldreomsorg. Mat -*

- midt mellom sårstell og golvvask, Delrapport 1, Kommunalavdeling helse og sosiale tjenester, En rapport fra Bergen Kommune.
- Elzinga, Aant (1990) "Intervju med Aant Elzinga. Vem talar om tyst kunnskap - och varför?" i *Nordisk Pedagogik* nr.3, s.115-121.
- Eriksen, Tine Rask (1989) "Kvindeverden og offentlig sektor" i *Social kritik* årgang 1, nr.3, s.6-16.
- Finch, Janet (1986) *Research and Policy. The Uses of Qualitative Methods in Social and Educational Research*; London, Philadelphia: The Falmer Press.
- Fosse, Elisabeth (1986a) *Samordning av hjemmesykepleie og hjelpeordningene for hjemmene*, Bergen kommune.
- Fosse, Elisabeth (1986b) *Organisering av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i distriktene - beskrivelse og vurdering*, Bergen kommune.
- Geertz, Clifford (1991) "Tjock beskrivning. För en tolkande kulturteori" i *Tidskrift för kritiska studier* nr.3, s.13-33.
- Giddens, Anthony (1993) *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies*, Cambridge: Polity Press.
- Gilligan, Carol (1982) *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*; Cambridge, London: Harvard University Press.
- Glaser, Barney G. (1978) *Theoretical Sensitivity*, Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, Barney G. (1992) *Basics of Grounded Theory. Emergence vs. Forcing*, Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, Barney G. and Anselm L. Strauss (1964) "Awareness Contexts and Social Interaction" i *American Sociological Review* vol.29, nr.5, s.669-679.
- Glaser, Barney G. and Anselm L. Strauss, (1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine.
- Glaser, Barney G. and Anselm L. Strauss (1971) *Status Passage*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Goffman, Erving (1967) [1961] *Anstalt og menneske. Den totale institution socialt set* (originaltittel: "Asylum"), København: Jørgen Paludans Forlag.
- Goffman, Erving (1970) [1967] *När människor möts* (originaltittel: "Interaction ritual"), Stockholm: Aldus.
- Gough, Ritva (1987) "Hemhjälp till gamla", *Forskningsrapport 54*, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Gough, Ritva (1993) *Personlig assistans. En social bemästringsstrategi för människor med omfattande funktionshinder*, (upubliceret udgave). Publiceres i 1994, Göteborg: GIL-förlaget, Göteborgskoopertivet för Independent living.
- Gough, Ritva og Thelma Vuonokari (1988) "Långvårdens arbetsmiljö. En arbetsplatsstudie", *Arbetsrapport*, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Graham, Hilary (1983) "Caring: a labour of love", s.13-31 i Finch and Groves (ed.) *A Labour of Love: Women, Work and Caring*; London, Boston, Melbourne and Henley: Routledge & Keagan.
- Grimen, Harald (1991) "Taus kunnskap og organisasjonsstudier", *LOS arbeidsnotat 28*, Bergen: Norsk senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring.
- Guba, Egon G. (1990) "The Alternative Paradigm Dialog" s.17-31 i Guba (ed.) *The Paradigm Dialog*; Newbury Park, London, New Delhi: Sage.
- Gullestad, Marianne (1989) *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*, Oslo: Universitetsforlaget.

- Gundelach, Peter og Dorrit Schmidt (1991) "De professionelle og moderniseringen" i *Nordisk sosialt arbeid* årgang 1, nr.3, s.45-62.
- Gustavsen, Bjørn og Bjørg Aase Sørensen (1982) "Aksjonsforskning" s.148-166 i Holter og Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, Torunn (1987) *Den tause kunnskapen*; Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Hamran, Torunn (1992) *Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, Jan, Kurt Orre og Hans Knut Otterstad (1990) "Hjemmebaserte tjenester eller institusjonsbehandling" i *Helsetjenesten* nr.3/90, s.6-7 og s.9.
- Hastrup, Kirsten og Kirsten Ramløv (1988) (red.) *Feltarbejde. Oplevelse og metode i etnografien*, København: Akademisk Forlag.
- Hatland, Aksel (1992) *Til dem som trenger det mest? Økonomisk behovsprøving i norsk sosialpolitikk*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hatland, Aksel (1994) "Trygdepolitikken ved et veiskille?" s.160-169 i Hatland, Kuhnle og Romøren *Den norske velferdsstaten*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hearn, Jeff (1982) "Notes on Patriarchy, Professionalization and the Semi-Professions" i *Sociology* vol.16, nr.2, s.183-202.
- Hellevik, Ottar (1977) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*; Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Hoel, Marit (1991) "Sykepleieryrket: Fra kvinneyrke til profesjon?", *ISF-rapport 2/91*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Hoel, Marit og Clara Åse Arnesen (1991) "Likelønn og lønnstruktur i kommunesektoren" *NAVFs rapport 18/91*, Oslo: NAVFs utredningsinstitutt, Norges allmennvitenskapelige forskningsråd.
- Holter, Harriet (1982) "Data, tolkning og sosiale relasjoner i forskning" s.9-19 i Holter og Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Holter, Harriet og Lars Hem (1982) "Om relasjonslogikk. Innledning" s.371-378 i Holter (red.) *Kvinner i fellesskap*; Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Iversen, Anne (1986) *Hva gjør vi i hjemmesykepleien? Om det å gi og å få hjelp hjemme*, Oslo: Tano.
- James, Nicky (1992) "Care = Organisation + Physical Labour + Emotional Labour" i *Sociology of Health & Illness* 14 (4), s.488-509.
- Jensen, Karen (1990) "Innledning" s.9-32 i Jensen (red.) *Moderne omsorgsbilder*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jensen, Karen (1992) *Hjemlig omsorg i offentlig regi. En studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Jerdal, Else (1992) *Sosiologisk kunnskapsproduksjon. Forholdet mellom kunnskapsteori og praktisk forskning hos Bourdieu*, videnskapsteoretisk innlæg for dr.polit-graden ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Bergen.
- Johansson, Roine (1992) *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*, Lund: Arkiv avhandlingsserie 39.
- Johansson, Stina (1991) "Avlönat och oavlönat omsorgsarbete i hemmet. Kvinnostrategier och politiske målsättningar" i *Socialmedicinsk tidskrift* nr.7-8, s.344-354.
- Johansson, Stina (1995) "Introduktion", s.9-43 i Johansson (red.) *Sjukhus och hem som*

- arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*, Stockholm: Bonnier; Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansson, Stina (1995) (red.) *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*; Stockholm: Bonnier; Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnson, Terence J. (1979) *Professions and Power*; London, Basingstoke: The Macmillan Press.
- Jonassen, Wenche (1990) "Hvem blir morgendagens hjemmehjelpere? Resultater fra en spørreundersøkelse i Oslo kommune", *NIBR notat 117/90*, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Jones, Kathleen and A. J. Fowles (1984) *Ideas on Institutions. Analysing the Literature on Long-Term Care and Custody*; London, Boston, Melbourne, Henley: Routledge & Kegan Paul.
- Juul Jensen, Uffe (1985) *Moralsk ansvar og menneskesyn. Om holdninger i social- og sundhedssektoren*, København: Munksgaard.
- Kalleberg, Ragnvald (1982) "Kvalitative metoder i sosiologisk forskning", s.19-35 i Holter og Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Kildal, Nanna (1986) "Tidsnorm og arbeidsform" i *Tidsskrift for samfunnsforskning* bd. 27, s.115-133.
- Kjønstad, Asbjørn (1990) *Rett til helsehjelp og sosiale tjenester - særlig om hjemmesykepleie og hjemmehjelp*, Oslo: Ad Notam.
- Kuhnle, Stein (1983) *Velferdsstatens utvikling. Norge i komparativt perspektiv*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, Steinar (1978) "Det kvalitative forskningsinterview - ansatser til en fænomenologisk - hermeneutisk forståelsesform", s.160-185 i Broch m.fl. (red.) *Kvalitative metoder i dansk samfunnsforskning*, København: Nyt fra samfunnsvidenskabene.
- Kvale, Steinar (1989) "To validate Is to Question" s.73-92 i Kvale (ed.) *Issues of Validity in Qualitative Research*, Lund: Studentlitteratur.
- Kähler, Margrethe (1992) *Faste forhold ønskes - om gamle mennesker og deres hjemmehjelpere*, København: SIKON.
- Lahnstein, Geir og Kjell-Henrik Henriksen (1995) (red.) *Aktuelle lover for helse- og sosialsektoren*, Oslo: NKL.
- Land, Hilary (1989) "The construction of dependency", s.141-160 i Bulmer, Lewis and Piachaud (ed.) *The Goals of Social Policy*, London: Unwin Hyman.
- Larsen, Steen (1984) *Den arbeidende hjerne*, København: Gyldendal.
- Leira, Arnlaug (1992) "Hankjønn, hunkjønn, intetkjønn -? Forståelser av kjønn i norsk kvinnesosiologi" s.171-200 i Taksdal og Widerberg (red.) *Forståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lie, Bente (1987) *Et yrke tar form. En analyse av hjemmehjelpernes yrkesrolle og yrkesutdanning*, hovedfagsoppgave i Sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Lie, Jenny-Anne Sigstad og Leiv Solheim (1995) "Statistiske mål for funksjonsevne hos brukere av pleie- og omsorgstjenesten", Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway, *SSB notater* nr.28.
- Lingsom, Susan (1985) *Uformell omsorg for syke og eldre*, Samfunnsøkonomiske studier 57; Oslo, Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- Lingsom, Susan (1996) *The Substitution Issue Care Policies and their Consequences of Family Care*, Oslo: INAS, manuskript under publicering.
- Lipsky, Michael (1980) *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public*

- Services*, New York: Russell Sage Foundation.
- Lofland, John (1971) *Analyzing Social Settings. A Guide to Qualitative Observation and Analysis*; Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Loubser, Jan J. (1968) "The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. By Barney G. Glaser and Anselm L. Strauss" i *American Journal of Sociology* vol.73, nr.6, s.773-774.
- Lysgaard, Sverre (1991)[1961] *Arbeiderkollektivet. En studie i de underordnedes sosiologi*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Løvlie, Lars (1990) "Omsorgsperspektiver", s.33-60 i Jensen (red.) *Moderne omsorgsbilder*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, Kari (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*, Oslo: Tano.
- Martinsen, Kari (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*, Oslo: Tano.
- Martinsen, Kari og Kari Wærness (1991) *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag.
- Martinussen, Willy (1984) *Sosiologisk analyse. En innføring*; Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Merton, Robert K. (1976) *Sociological Ambivalence and Other Essays*; New York, London: The Free Press.
- Miljeteig, Margareta (1997) *Den praktisk handling i hjemmesykepleien; møteplass for tanke sansing og moral. En beskrivelse og analyse av praktisk kunnskap og en bestrebelse på synliggjøring av taus kunnskap i hjemmesykepleie*, hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, Sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Mills, C. Wright (1959) *The Sociological Imagination*, Oxford: University Press.
- Molander, Bengt (1990) "Kunskapers tysta och tystade sidor" i *Nordisk Pedagogik* nr.3, s.99-115.
- Moen, Atle (1995) "Val og utryggleik i dagleglivet", kronik i *Bergens Tidende* i juli.
- Nagel, Anne-Hilde (1991) "Innledning. Kommunene og velferden", s.9-23 i Nagel (red.) *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Bergen: Alma Mater Forlag.
- Nergård, Trude B. (1989) "Hjemmehjelperne i Oslo. En beskrivelse av hvem hjemmehjelperne er og hvordan de opplever jobben sin", *DIASOS rapport 29/89*, Oslo: Diakonhjemmets Sosialhøgskole.
- Nilsen, Ann (1992) *Women's Ways of 'Carreering'. A Life Course Approach to the Occupational Careers of Three Cohorts of Engineers and Teachers*, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen: Skriftserien.
- Nilsen, Ann (1996) "Stories of Life - Stories of Living: Women's Narratives and Feminist Biography" i *NORA* nr.1, s.16-30.
- Noddings, Nel (1984) *Caring. A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*; Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Nordenstam, Tore (1983) "Ett pragmatisk perspektiv på datautvekklingen", s.17-27 i Bo Göransson (red.) *Datautvekklingens filosofi. Tyst kunnskap och ny teknik*, Stockholm: Carlsson & Jönsson Bokförlag.
- Nordhus, Inger Hilde, Lise Widding Isaksen og Kari Wærness (1986) *De fleste gamle er kvinner*; Bergen, Oslo, Stavanger, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Næss, Sturle (1996) *Omsorg og vitenskap*, videnskapsteoretisk indlæg for dr.polit-graden ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Bergen.

- Næss, Sturle og Kari Wærness (1994) "Arbeidssituasjonen i hjemmebasert omsorg. Rapport fra en spørreskjemaundersøkelse", *SEFOS notat* 102, Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Næss, Sturle og Kari Wærness (1995) "Fra pasient til bruker. Utviklingen fra tradisjonell kommunal eldreomsorg til rehabiliteringsorienterte tjenester i Hurum kommune", *SEFOS notat* 115, Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Næss, Sturle og Kari Wærness (1996) "Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-95", *SEFOS notat* 135, Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Oakley, Ann (1981) "Interviewing Women: A Contradiction in Terms", s.30-59 i Roberts (red.) *Doing Feminist Research*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Oakley, Ann (1990) [1974] *The Sociology of Housework*, Cambridge: Basil Blackwell.
- Olsen, Bjørn (1995) "Hjemliggjøring' av eldreomsorgen på 1990-tallet?" i *Samfunnsspeilet* nr.4.
- Olsen, Bjørn og Per Erik Solem (1993) "Egenbetaling for hjemmetjenester - stadig i støpeskjeen", *NGI-rapport* nr.5, Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Olsen, Henning og Ole Gregersen (1988) *De eldre og hjemmehjelpen*, rapport 1/88, København: Socialforskningsinstituttet.
- Olsen, Henning og Ole Gregersen (1988) *De eldre og dagcentrene*, rapport 12/88, København: Socialforskningsinstituttet.
- Ones, Torunn (1988) *Organisering av omsorgsarbeid. En kvalitativ undersøkelse av muligheter og begrensninger for utøvelsen av god omsorg, med utgangspunkt i en selvstyrt hjemmehjelpsgruppe i Bergen kommune og et utvalg av denne gruppens mottakere*, hovedfagsoppgave i Helse og sosialpolitikk, Universitetet i Bergen.
- Pinker, Robert (1979) "Egoism and Altruism: A Critique of the Divergence", s.3-13 i Pinker *The idea of Welfare*, London: Heinemann.
- Polanyi, Michael (1967) *The Tacit Dimension*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Prokop, Ulrike (1978) [1976] *Kvindelig livssammenheng: om strategiernes indskrænkethed og de umådelige ønsker* (originaltitel: "Weiblichen Lebenszusammenhang. Von der Beschränktheit der Strategien und den Unangemessenheit der Wünsche", Kongerslev: GMT.
- Ramhøj, Pia (1991) *Livsform og alderdom: hvordan ældre mestrer et midlertidigt sygdomsforløb*, København: Akademisk Forlag.
- Ramsøy, Natalie Rogoff og Lise Kjølørød (1986) "Velferdsstatens yrker" s.233-262 i Alldén, Ramsøy og Vaa (red.) *Det norske samfunn*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rein, Martin (1983) *From Policy to Practice*, London: Macmillan.
- Repstad, Pål (1993) *Mellom nærhet og distanse*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Ressner, Ulla (1981) *Vårdarbetarkollektivet och facket inom omsorgsvården*, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Robrecht, Linda C. (1994) "Grounded Theory: Evolving Methods" i *Qualitative Health Research* vol.5, nr.2, s.169-177.
- Romøren, Tor Inge (1991) "Tre reformer som endret det kommunale hjelpeapparatet", s.152-164 i Nagel (red.) *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Bergen: Alma Mater Forlag.
- Sahlins, Marshall D. (1965) "On the Sociology of Primitive Exchange" s.139-238 i Banton (ed.) *The Relevance of Models for Social Anthropology*, New York: Praeger.
- Scott, John S. (1971) "The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. By Barney G. Glaser and Anselm Strauss" i *American Sociological Review*

- nr.36, s.335-336.
- Seip, Anne-Lise (1979) "Velferdsstatens framvekst i Norge" i *Historisk tidsskrift* nr.1, s.43-69.
- Sellerberg, Ann-Mari (1973) *Kvinnorna på den svenska arbetsmarknaden under 1900-talet. En sociologisk analys av kvinnornas underordnade position i arbetslivet*, Lund: CWK Gleerup.
- Skau, Greta Marie (1994) *Mellom makt og hjelp*, Oslo: Tano.
- Skrede, Kari (1986) "Gifte kvinner i arbeidslivet", s.145-168 i Alldén, Ramsøy og Vaa (red.) *Det norske samfunn*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slagsvold, Britt (1994) *Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*, Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Slagsvold, Britt (1995) "Rolle som analytisk begreb; illustreret i en analyse av sykehjem", selvvalgt prøveforelesning for dr. philos graden, Universitetet i Oslo.
- Solberg, Anne (1982) "Erfaringer fra feltarbeid", s.123-136 i Holter og Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Solberg, Anne (1984) "Metodekapitlenes blanke sider", s.85-112 i Dale, Jones og Martinussen (red.) *Metode på tvers. Samfunnsvitenskapelige forskningsstrategier som kombinerer metoder og analysenivåer*, Trondheim: Tapir.
- Solvang, Per (1992) *Forskeren, den intervjuede og livshistorien - et trekantdrama? Noen momenter til forståelsen av det kvalitative livsløpsintervjuet som sosial hendelse*, videnskapsteoretisk innlegg for dr.polit. graden ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Bergen.
- Solvang, Per (1994) *Biografi, normalitet og samfunn: En studie av handikappedes veier til utdanning og arbeid i Skandinavia*, Bergen: Sosiologisk institutt/Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen.
- Starrin, Bengt (1994) "Om distinktionen kvalitativ - kvantitativ i social forskning", s.11-39 i Starrin og Svensson (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, Lund: Studentlitteratur.
- Stinchcombe, Arthur L. (1984) "The Origins of Sociology as a Discipline" i *Acta Sociologica* vol.27, nr.1, s.51-61.
- Strauss, Anselm L. (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*, New York: Cambridge University Press.
- Strauss, Anselm L. and Juliet Corbin (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*; Newbury Park, London, New Delhi: Sage.
- Strauss, Anselm L and Juliet Corbin (1994) "Grounded Theory Methodology: An Overview" s.273-285 i Denzin and Lincoln (ed.) *Handbook of Qualitative Research*; Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Strauss, Anselm L. and Juliet Corbin (1997) (ed.) *Grounded Theory in Practice*; Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Syltevik, Liv (1992) *Å ta de utforskede perspektiv*, videnskapsteoretisk innlegg for dr.polit. graden ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Bergen, senere publisert i *Sosiologisk tidsskrift* årgang 1, 1/93, s.51-68.
- Syltevik, Liv (1996) *Fra relasjonelt til individualisert alenemoderskap. En studie av alenemødre som mødre, lønnsarbeidere og klienter i velferdsstaten*, afhandling for dr.polit. graden, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Szebehely, Marta (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbitråden och gamla i hemtjänsten*, Lund: Arkiv förlag.

- Szebehely, Marta (1996) "Om omsorg och omsorgsforskning", s.21-35 i Eliasson (red.) *Omsorgens skiftninger. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, Lund: Studentlitteratur.
- Söder, Märten, Karin Barron og Ingrid Nilsson (1990) *Handikapp och välfärd? Redovisning av en intervjuundersökning*, SOU 90/19, Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Sørensen, Bjørg Aase (1982) "Ansvarsrasjonalitet: Om mål-middelstenkning blant kvinner", s.392-402 i Holter (red.) *Kvinner i fellesskap*; Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Sørensen, Bjørg Aase og Bjørn Gustavsen (1980) "Linjer i norsk samfunnsforskning om arbeid" i Halvorsen (red.) *Arbeid og sysselsetting foran 80-åra*, Oslo: Pax Forlag.
- Thomas, Annica (1986) "Vardagsvanor och ritualer", *FoU rapport nr.52*, Stockholms socialförvaltning, Stockholm: Forsknings- och utvecklingsbyrå.
- Thorsen, Kirsten (1994) "Uformell omsorg for eldre og offentlig støtte til omsorgsgivere", *Ger Art* (Gerontologisk artikkel) nr.1/94, Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Torgersen, Ulf (1972) *Profesjons sosiologi*; Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Ungerson, Clare (1983) "Why do women care", s.31-49 i Finch and Groves (ed.) *A Labour of Love: Women, Work and Caring*; London, Boston, Melbourne and Henley: Routledge & Keagan.
- Vabø, Mia (1994) "Klient- og brukerkrav til forvaltningen" i *Nordisk juridisk tidsskrift* nr.65, 17.årgang, s.17-34.
- Ve, Hildur (1982) "Kvinnefellesskap og relasjonslogikk. Om altruisme som samhandlingspremiss", s.416-425 i Holter (red.) *Kvinner i fellesskap*; Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Ve, Hildur (1984) "Women's Mutual Alliances. Altruism as a Premise for Interaction", s.119-135 i Holter (ed.) *Patriarchy in a Welfare Society*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Ve, Hildur (1989) "Kvinner, byråkrati och välfärdsstat" i *Sociologisk forskning* 4, s.3-18.
- Ve, Hildur (1990) "Kvinnens kunnskap - forutsetning for en alternativ framtid". s.75-91 i Halsaa og Viestad (red.) *I pose og sekk*, Oslo: Emilia Forlag.
- Venner, Britt (1986) (red.) *Samordning av tilbud til hjemmeboende eldre. Eldreomsorgsprojektet i Laksevåg*, Bergen kommune og Sosialdepartementet.
- Wadel, Cato (1977) "Hva er arbeid?" i *Tidsskrift for samfunnsforskning* bd.18, s.387-411.
- Wadel, Cato (1984) *Det skjulte arbeid*; Stavanger, Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Wallace, Ruth A. and Alison Wolf (1980) *Contemporary Sociological Theory*; Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Weber, Max (1994) *Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Widerberg, Karin (1992) "Teoretisk verktøykass - angrepsmåter og metoder", s.285-299 i Taksdal og Widerberg (red.) *Forståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Widding Isaksen, Lise (1984) *Omsorg i grenseland. En analyse av hjemmehjelpsklienters forhold til offentlig og privat avhengighet*, hovedfagsoppgave i samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Widding Isaksen, Lise (1987) "Om krenking av den personlige bluferdighet. En studie av et nabonettverk i et trygdeboligmiljø", i *Tidsskrift for samfunnsforskning* bd.28, s.33-46.
- Widding Isaksen, Lise (1994) *Den tabubelagte kroppen. Kropp, kjønn og tabuer i dagens omsorgsarbeid*, afhandling for dr.polit. graden, Sosiologisk institutt, Universitetet i

- Bergen.
- Wispé, Lauren (1978) "Toward an Integration", s.303-328 i Wispé (ed.) *Altruism, Sympathy, and Helping. Psychological and Sociological Principles*; New York, San Francisco, London: Academic Press.
- Wærness, Kari (1978) "Kvinnekultur og husmorrolle", s.119-131 i Ragnhild Grenness (red.) *Hvis husmoren ikke fantes*, Oslo: Pax Forlag.
- Wærness, Kari (1980a) "Kvinnerens omsorgsarbeid i den ulønnede produksjon", s.131-160 i Halvorsen (red.) *Arbeid og sysselsetting foran 80-åra*, Oslo: Pax Forlag.
- Wærness, Kari (1980b) "Omsorgen som lønarbete - en begreppsdiskusjon" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr.3, s.6-17.
- Wærness, Kari (1982) *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*; Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget.
- Wærness, Kari (1984) "The Rationality of Caring" i *Economic and Industrial Democracy* 5, s.185-211.
- Wærness, Kari (1988) "Avhengighet i velferdsstaten", innlegg på seminaret "Arbeid, trygd og levekår", Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Wærness, Kari (1989a) "Dependency in the Welfare State", s.170-176 i Bulmer, Lewis and Piachaud (ed.) *The Goals of Social Policy*, London: Unwin Hyman.
- Wærness, Kari (1989b) "Hvem skal ta vaskebøtta?" i *Socialmedicinsk tidskrift*, s.7-8.
- Wærness, Kari (1989c) "Refleksjoner fra et feltforskningsarbeid i den hjemmebaserte omsorgen" i *Socialmedicinsk tidskrift* årgang 66, hæfte 5-6, s.255-261.
- Wærness, Kari (1992) "Privat og offentlig eldreomsorg. Endringstendenser i dagens velferdsstat" s.168-180 i Daatland og Solem (red.) *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, Kari (1995) "Den hjemmebaserte omsorgen i den skandinaviske velferdsstat. En offentlig tjeneste i spenningsfeltet mellom ulike kulturer", s.119-140 i Johansson (red.) *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige og Finland*; Stockholm, Oslo: Bonnier, Universitetsforlaget.
- Wærness, Kari (1996) "'Omsorgsrationalitet'. Reflexioner över ett begrepps karriär", s.203-220 i Eliasson (red.) *Omsorgens skifninger*, Lund: Studentlitteratur.
- Zaremba, Maciej (1992) "Den obarmhertige samariten" i *Moderna Tider* nr.18, s.16-22.
- Østerberg, Dag (1984) *Sosiologiske nøkkelbegreper og deres opprinnelse*, Trondheim: J.W.Cappelens Forlag.
- Ås, Berit (1976) "Forsørgerrolle, kvinnekultur og kvinners utdannelses- og yrkesønsker", s.88-121 i Grønseth (red.) *Familie og kjønnsroller. Arbeid - forsørgelse - likestilling*, Oslo: J.W. Cappelens Forlag.

Offentlige dokumenter m.m.

- Aksjon publikum. Handlingsplan for en publikumsrettet offentlig virksomhet. Forbruker- og administrasjonsdepartementet. 1983.
- Bergen kommune. Årsberetning 1983, 1984.
- Bergen kommune. Årsrapport 1984 til 1994.
- Bergen kommune Helse og sosiale tjenester. Årsrapport 1992-1994.
- Bergen kommunes regnskaper for 1994. Rådmannens årsberetning til bykasseregnskapet.

- En rapport fra Bergen Kommune (1987) *Eldrepolitikk i Bergen 1988-2000*, Kommunalavdeling helse og sosiale tjenester.
- Forskrifter for statsstøttede hjelpeordninger for hjemmene 1974. Forbruker og administrasjons-departementet.
- Helse- og sosialplan for Bergen kommune 1992-1995 *Velferd, omsorg og trygghet*, Bergen kommune.
- Om klage og klagebehandling. (Pjece udgivet af Statens eldreråd.)
- Norges Offentlige Utredninger, NOU 1985(18) *Lov om sosiale tjenester m.v.*
- Norges Offentlige Utredninger, NOU 1992(1) *Trygghet - Verdighet - Omsorg.*
- NSF faghefte 1995 nr. 2 "Omsorgsarbeideren - opplæring og funksjon", Norsk Sykepleierforbund.
- St. meld. nr.120 (1980-81) *Om hjelpeordningene for hjemmene.*
- St.meld. nr.37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.* Sosialdepartementet.
- St. meld. nr 35 (1994-95) *Velferdsmeldingen*, Sosial- og helsedepartementet.
- Utkast til rundskriv om: Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Sosial- og helsedepartementet. Våren 1996
- Rundskriv I - 1/93. Lov om sosiale tjenester m.v. Sosialdepartementet.
- Rådmannens budsjettforslag 1997, "Hvordan bør Bergen kommune bruke pengene til neste år?", Bergen kommune. (Annoncebilag til Bergens Tidende 2/11-1996).

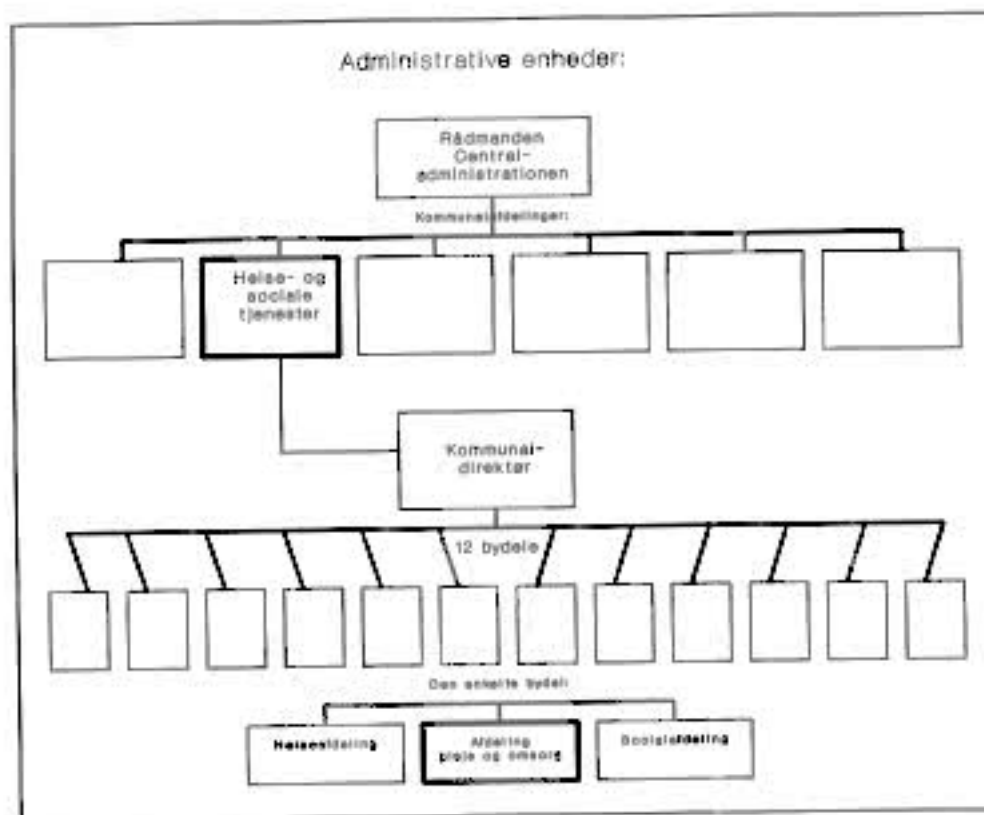
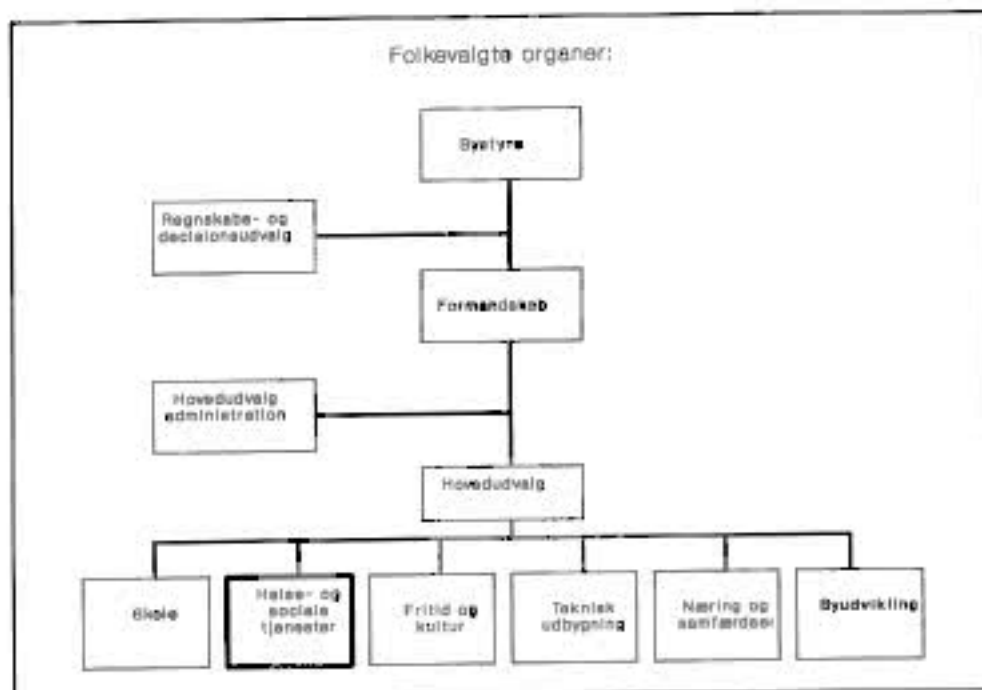
Løve

- Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.82
- Lov om sosiale tjenester av 13.12.91

Statistikk

- Bergen Kommune, Helse- og sosialstatistikk for bydelene i Bergen 1995.
- Helsestatistikk 1970, NOS, Norges offisielle statistikk.
- Helsepersonellstatistikk 1979, 1985, NOS, Norges offisielle statistikk.
- Lønns- og personalstatistikk kommunale arbeidstakere. Statistikk basert på PAI-registeret. Hovedoversikt, 1988-1991 og 1992-1993. Kommunenes Sentralforbund.

Bilag 1: Afdeling for Pleje og Omsorgs placering blandt folkevalgte organer og administrative enheder



Bilag 2a: En omsorgskontrakt for hjemmehjelp
(Dette eksempel på "vedtak" er konstruert.)

KONFIDENSIELT

MELDING OM VEDTAK:

Dato:
Ref.: /

Navn:
Fødselsnr.:

Adresse:
Postnr.:

SØKNAD OM HJEMMEHJELP - INNVILGELSE.

Vi viser til Deres søknad av 04.05.95.

I henhold til sosialtjenestelovens § 4-2 pkt. a, jfr. § 4-3 innvilges De hjemmehjelp fra den **08.05.95** og foreløpig til den **13.11.95** hvor ny vurdering vil finne sted.
Hjemmehjelp innvilges med **inntil 4 timer pr. måned.**

VILKÅR

Det kan stilles vilkår etter vanlige forvaltningsmessige prinsipper. Hjemmehjelp ytes ut i fra de retningslinjer som er oppgitt i vedlagte skriv "Orientering til hjem som får hjemmehjelp".

Til Dem stilles i tillegg følgende vilkår:

Ønske om å få hjelp til handling kan vi ikke imøtekomme da der er butikk i nærheten som kjører varer.

For hjemmehjelp betales det er abonnement pr. måned jfr. gjeldende betalingsregler for Bergen kommune.

Deres betalingsatts blir **kr. 35,- pr. time.**

Beløpet innbetales på postgiroblankett som blir tilsendt en gang pr. måned.

KLAGE

Vedtaket kan påklages til fylkesmannen innen 3 - tre - uker fra De mottar dette brev, jfr. Sosialtjenestelovens § 8-6, Forvaltningslovens § 29.

Klage må i tilfelle sendes til: Pleie og omsorgskontoret i bydel,

Spørsmål vedrørende klagen kan rettes til undertegnede. Klagen må begrunnes og nevne den endring som ønskes.

AVD. PLEIE OG OMSORG - BYDEL

Pleie- og omsorgssjef

Gruppenleder

AVTALE OM HJEMMEHJELP

AVTALE MELLOM: AVD.PLEIE OG OMSORG, BYDEL, OG
HJELPEMOTTAKER:

PERSONNR.:

ADRESSE:

SJEKKLISTE:	DETTE GJØR BRUKER SELV	TRENGER HJELP TIL
<u>RENGJØRING:</u> * STØVTØRKING * VASK AV GULV/TRAPPER * STØVSUGING * VINDUSVASK <u>KLESVASK:</u> <u>INNKJØP AV MATVARER:</u> * NÆRMESTE BUTIKK <u>MATLAGING:</u> <u>BEHOV FOR ANDRE TILBUD</u> <u>HJELPEMIDLER:</u> * STØVSUGER * BØTTE/LØVANG/KLUTER * GUMMIHANSKER * VASKEMASKIN	<i>Tørker støv selv</i> <i>Klarer å sette på maskinen selv.</i> <i>Hun skriver handlelapp, hjemmehjelp leverer på butikken og varene blir tilkjørt av forretningen.</i> <i>Lager mat selv og tar oppvask selv som følger med.</i>	<i>Vaske gulvene på kjøkkenet og bad.</i> <i>Støvsuging</i> <i>Vindusvask 2 x pr år</i> <i>Hjelp til å henge opp klesvask.</i> <i>Hjelp til å bytte på sengen</i>

dato:.....

.....

bruker

.....

Led.hjemmehjelper

Avtalen er tidsbegrenset og vil bli evaluert.

ORIENTERING OM HJEMMEHJELP

ORGANISERING

Formidling av hjemmehjelp i Bergen Kommune og den daglige administrasjon av denne virksomhet er tillagt Avdeling Pleie og omsorg.

Hjemmehjelpenes nærmeste overordnede er ledende hjemmehjelper/gruppeleder.

Hjemmehjelp er tilknyttet en gruppe som yter hjelp innenfor et bestemt geografisk område.

De får hjelp fra

Gruppe: Tlf: Trefftid:

Ledende hjemmehjelp:

Gruppeleder:

OPPGAVER

Hjemmehjelpere utfører bl.a. følgende oppgaver:

- Rengjøring (vindusvask etter nærmere avtale). Det blir avtalt hva bruker selv kan gjøre og hva hjemmehjelper skal utføre i hjemmet.
- Matlaging etter nærmere avtale.
- Lettere innkjøp. Tyngre innkjøp avtales med nærmeste forretning hvor hjemkjøring er mulig eller etter avtale.
- Enklere pleieoppgaver der dette er mulig etter anvisning av sykepleier/gruppeleder.
- Ved alvorlig sykdom eller i helt spesielle tilfeller kan hjemmehjelper være behjelpelig med henting av pensjon og betaling av regninger. Det forutsettes at der da ikke er andre pårørende som kan påta seg ansvaret. Ledende hjemmehjelper skal stadfeste inngåtte avtaler.

VILKÅR

Kommunen kan stille vilkår til mottaker av hjelpen. Dette kan bl.a. være at det finnes nødvendige hjelpemidler i hjemmet, f.eks. støvsuger, vaskemaskin, vaskemidler og løvvang el.l.

HJELP TIL SELVHJELP

Hjemmehjelpen skal hjelpe brukeren til å aktivisere seg i de daglige gjøremål. Dette skal skje utfra brukerens helse- og resursmessige tilstand.

AVTALE

Tildeling av hjemmehjelp skjer etter en vurdering av søkerens behov. Behovet for slik hjelp vil bli vurdert underveis. Hjemmehjelpen er lønnet av Bergen kommune og har ikke adgang til å motta gaver eller kontanter av brukerne. Den ansatte har ikke anledning til å inngå individuelle arbeidsavtaler med bruker.

TAUSHETSPLIKT

Hjemmehjelperne har taushetsplikt om forhold de blir kjent med i sitt arbeid etter § 8-8 i Sosialtjenesteloven.

“Enhver som utfører tjenester eller arbeid for et forvaltningsorgan eller en institusjon i forhold til loven her, har taushetsplikt etter Forvaltningslovens § 13 E. Overtredelse straffes etter Straffelovens § 121”.

KLAGE

Det er mulig å klage på tildeling av hjemmehjelp. Klagen sendes innen 3 - tre - uker etter vedtaket er mottatt til Avdeling Pleie og omsorg,
Spørsmål vedr. klage rettes til gruppeleder.

AVDELING PLEIE OG OMSORG

PLEIE OG OMSORGSSJEF

Bilag 2b: En omsorgskontrakt for hjemmesykepleje
(Dette eksempel på "vedtak" er konstruert.)

KONFIDENSIELT

MELDING OM VEDTAK:

Dato:
Ref.: /

Navn:
Fødselsnr.:

Adresse:
Postnr.:

SØKNAD OM HJEMMESYKEPLEIE - INNVILGELSE.

Vi viser til henvendelse den 3.08.95 fra **Haukeland Sykehus**.

I medhold av kommunehelsetjenestelovens (Kht) § 2-1 har enhver rett til nødvendig helsehjelp. Etter en vurdering av Deres **faktiske** situasjon finner vi å:

Innvilge Dem hjemmesykepleie til følgende oppgaver:

Hjelp til seting av Myocrisen.

Hjelp til seting av Influensavaksine.

Hjemmesykepleie tildeles etter en konkret og løpende vurdering. Hjelp gis så lenge det etter en faglig vurdering er et behov til stede.

VILKÅR

Det kan stilles vilkår etter vanlige forvaltningsmessige prinsipper. Hjemmesykepleie ytes ut ut fra de retningslinjer som er oppgitt i vedlagte skriv "Orientering til hjem som får hjemmesykepleie".

Til Dem stilles i tillegg følgende vilkår:

Medikamentene må foreligge i hjemmet før hjelp til setting av injeksjon kan finne sted.

KLAGE

Vedtaket kan påklages til bydelens klientutvalg innen 4 uker fra De mottar dette brev, jfr. Kht § 2-3. Klage må i tilfelle sendes til: Avdeling pleie og omsorg,

Klagen må begrunnes og nevne den endring som ønskes.
Spørsmål vedrørende klagen kan rettes til undertegnede på
Tlf. Nr.

AVD. PLEIE OG OMSORG - BYDEL

Pleie- og omsorgssjef

Gruppeleder

ORIENTERING TIL IJEM SOM FÅR HJEMMESYKEPLEIE

ORGANISERING

Tildeling av hjemmesykepleie i Bergen Kommune og den daglige administrasjon av denne virksomhet er tillagt Avdeling pleie og omsorg. Til hjemmesykepleien er hovedsakelig tilknyttet sykepleiere og hjelpepleiere. Deres nærmeste overordnede er gruppeleder. Personalet er tilknyttet en gruppe som yter hjelp innen for et bestemt geografisk område.

De får hjelp fra

gruppe:

tlf.nr.: Treffetid:

Gruppeleder:

OPPGAVER:

Hjemmesykepleien kan blant annet utføre følgende oppgaver:

- Hjelp til personlig hygiene
- Hjelp til sårskift
- Hjelp til håndtering av medikamenter etter nærmere avtale
- Tilsyn
- Psykiatrisk sykepleie

VILKÅR

Kommune kan stille vilkår til mottaker av hjelpen.

Dette vil f.eks. Alltid være at nødvendig hjelpemidler kan installeres i hjemmet og at hjemmet møbleres slik at personalet har tilfredsstillende arbeidsforhold.

HJELP TIL SELVBJELP

All hjelp ytes ut i fra et prinsipp om hjelp til selvhjelp.
Det vil si at bruker ut fra sin situasjon må gjøre mest mulig selv eller være villig til å trene eller lære seg opp til dette.

AVTALE

Hjemmesykepleie tildeles etter en konkret og løpende vurdering.
Personalet er lønnet av Bergen kommune og har ikke adgang til å motta gaver eller kontanter av brukerne.
Personalet har ikke anledning til å inngå individuelle arbeidsavtaler med bruker.

TAUSHETSPLIKT

Pleiepersonalet skal i henhold til forvaltningsloven og etter bestemmelser om yrkesmessig taushetsplikt være pliktig til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han eller hun får vite om personlige forhold.

Overtredelse straffes etter Straffelovens § 121.

AVDELING PLEIE OG OMSORG, BYDEL

Pleie og omsorgssjef

Hjemmehjelpstjenester

i sentrum, Åsane og Fana utføres fagmessig og etter individuelle behov. I tillegg til vanlig husarbeid, ytes hjelp til handling, evt. ved bruk av bil, samt fotpleie m.v.
Kontakt meg på tlf. 56*****

(Fra Bergens Tidende, december 1996.)

2 hjemmehjelper tar utvasking, julerengjøring, boning. Grundig og effektivt. Pensjonister egen pris. Ring May tlf. 55***** el. Monica 55*****

(Fra Bergens Arbeiderblad, december 1995.)

Hjemmehjelp tar utvasking, teppebank/rens og boning. Garantert 100% fornøyd. Gode referanser. tlf.55***** Monica el. Mai tlf.55*****

*(Fra Bergens Arbeiderblad, februar 1996.
Samme annonse som ovenfor, men omskrevet.)*

Bilag 4: Tabeller, som giver oversigt over hjemmetjenestevirksomheden i Bergen kommune og i studiens hoveddistrikt.

Antal stillinger i de hjemmebaserede tjenester, Bergen kommune 1991-1994:

	1991	1992	1993	1994
Totalt antal stillinger:	1296,00	1456,50	1504,50	1491,20

Årsværk for hjemmetjenester i boliger for psykisk udviklingshæmmede indgår. Tallene er hentet fra Årsrapport, Bergen kommune, helse og sociale tjenester, 1994.

Antal stillinger (specificeret) i de hjemmebaserede tjenester, Bergen kommune 1990-1992:

Antal stillinger	1990	1991	1992	Øgning 1990-92
Sygeplejersker*	172,0	179,50	199,89	16,2
Hjælpeplejere	100,50	106,50	113,55	13,0
Hjemmehjælpere/ husmorvikarer	675,00	681,00	752,69	11,5

Ansatte, som yder tjenester i bolig til mennesker med psykisk udviklingshæmmede, indgår. Tallene er fra Årsrapport, Bergen kommune, Helse og sociale tjenester, 1992.

* I årsrapporten betegnes denne kategori "utearbejdende sygepleiere", men det specificeres ikke hvem disse er. Hvis det er ledere, som ikke er medtaget, kan dette forklare den noget større øgning blandt sygeplejersker i hoveddistriktet end i kommunen som helhed.

Antal stillinger i de hjemmebaserede tjenester i hoveddistriktet 1992-1995:

Antal stillinger	1992	1993	1994	1995	Øgning 1992-95
Sygeplejersker*	***	18,75	18,75	25,75	37,3%
Hjælpeplejere	***	23,94	28,93	28,99	21%
Hjemmehjælpere/husmorvik.	65	53,64	64,1	46,35	-28,7%
Pårørende som hj.hj.**	3,0	3,5	4,58	4,9	63,3%

Tallene er baseret på statistisk materiale (som sendes til Statistisk sentralbyrå) fra hoveddistriktet.

* Her indgår kategorierne "psykiatrisk sygepleier", "geriatrik sygepleier" og "andre sygepleiere". I sidstnævnte kategori indgår også ledere ("pleie- og omsorgssjef", "nestleder" og "gruppeledere") og det er ikke specificeret, hvor mange stillinger der medgår til disse. Derfor er de medtaget. "Vernepleiere" (som arbejder hos psykisk udviklingshæmmede) er ikke medtaget.

** Disse er altså ikke medregnet under hjemmehjælpere/husmorvikarer. Personer med omsorgsløn er talt med blandt pårørende som hjemmehjælpere.

*** Registreringsmåden er en anden for dette år og derfor er tallene fra dette år ikke medtaget.

De to første tabeller på siden foran viser dels, at de hjemmebaserede tjenester i Bergen kommune (ligesom på landsbasis) har fået flere årsværk, men at hjemmehjælperne imidlertid er den gruppe, som procentvis er øget mindst sammenlignet med de ansatte i hjemmesygeplejen. Selvom hjemmehjælperne således fortsat udgør langt den største gruppe indenfor den hjemmebaserede omsorg, knytter stigningen sig imidlertid til plejegrupperne. Den samme tendens gælder hoveddistriktet (se nederste tabel på siden foran); her findes desuden en væsentlig reduktion i antal hjemmehjælpsstillinger, selvom der sker en øgning i antallet af stillinger til pårørende som hjemmehjælpere.

Antal modtagere af hjemmetjenester i Bergen kommune 1992-1994:

	1992	1993	1994	Øgning
Antal modtagere kun af hjemmesygepleje	993	995	1018	2,5%
Antal modtagere kun af hjemmehjælp/husmorv.	3914	3430	3495	-10,7%
Antal modtagere både af hj.sy.pl. og hj.hj.	3445	3116	2841	-17,5%
Antal modtagere totalt	8352	7541	7354	-11,9%

Tallene er hentet fra Årsrapport Bergen kommune, Helse og sociale tjenester, 1994. Tallene går kun tilbage til 1992, fordi registreringsmåden i tidligere årsmeldinger har været en anden.

Antal modtagere af hjemmetjenester i hoveddistriktet 1992-1995

	1992	1993	1994	1995	Øgning 1992-95/ 1992-94
Antal modtagere kun af hjemmesygepleje	84	72	52	58	-30,9%/ -38,0%
Antal modtagere kun af hj.hj./husmorv.	387	321	315	294	-24,0%/ -18,6%
Antal modtagere både af hj.sp. og hj.hj.	173	189	147	139	-19,6%/ -15,0%
Antal modtagere totalt	644	582	514	491	-23,7%/ -20,2%

Som det fremgår af første tabel på denne side, er det totale antal modtagere af hjemmetjenester i Bergen kommune reduceret med 12% fra 1992 til 1994. Også på landsbasis viser sig en nedgang i antallet af modtagere (Olsen 1995). I årsrapporten til Bergen kommune forklares nedgangen med ændringen i modtagergruppen, hvilket indebærer, at den enkelte hjælpetrængende får mere hjælp, når flere meget plejetrængende bor hjemme. Af andre grunde

anføres bl.a. den hurtigere udskrivning af patienter fra sygehus, HVPU-reformen og terminalpleje i hjemmet (pleje til døende). Man kan imidlertid også fortolke tallene (jf. Olsen) på den måde, at det er blevet sværere at få hjælp, og dette gælder særligt dem, som modtager både hjemmehjælp og hjemmesygepleje, samt dem, som kun modtager hjemmehjælp. Det fremgår også af tabellen, at det kun er antal modtagere af hjemmesygepleje, som øger. Når det gælder hoveddistriktet (se sidste tabel på siden foran) er det totale antal modtagere her reduceret med nærmere det dobbelte af det, som gælder hele kommunen. Desuden er reduktionen her størst for dem, som kun modtager én af tjenesterne. Tallene for hoveddistriktet sammenlignet med dem fra hele Bergen kommune peger altså på, at situationen i hoveddistriktet er dårligere end i kommunen som helhed; det er med andre ord vanskeligere at få hjælp her end i kommunen som helhed.

Bilag 5:

**EN SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE
BLANT HJEMMEHJELPERNE**

(I HOVEDDISTRIKTET)

HØSTEN 1988.

Skjemaet returneres i vedlagte frankerte konvolutt til:

Kari Wærness
Sosiologisk institutt
Hans Holmboesgt. 22/24
5007 Bergen

Del I: Din Arbeidssituasjon

1) I din nuværende arbeidssituasjon

a) Er du (sett kryss)

- Fast ansatt
- Ikke fast ansatt

b) Hvor mange timer pr. uke arbeider du vanligvis?

Jeg arbeider vanligvis ... timer pr. uke.

c) Går du i turnus?

- Ja, og jeg har helgevakt hver ... uke.
- Nei.

d) Arbeider du alene, i en ren hjemmehjelpsgruppe eller i en integrert gruppe?

- Alene
- I en ren hjemmehjelpsgruppe
- I en integrert gruppe (sammen med sykepleiere)
- Annet

e) Hvis du arbeider i gruppe, hvor ofte har dere møte i gruppen?

- 2 ganger om dagen
- 3 ganger om dagen
- 1 gang i måneden
- 2 ganger i måneden
- Annet

f) Hvor lang lunsjpause har du vanligvis?

Jeg har vanligvis minutters lunsjpause.
(Skriv 0 hvis du vanligvis ikke har lunsjpause.)

g) Hvor mange klienter har du vanligvis pr. dag?

Jeg har vanligvis klienter pr. dag.

h) Omtrent hvor lang tid bruker du hos hver klient pr. gang?

Jeg bruker vanligvis ... timer og ... minutter pr. gang.

i) Hvis tiden hos hver klient varierer svært mye; hva er den korteste tid og hva er den lengste tid, du bruker hos hver enkelt?

Den korteste tid er ... timer og ... minutter.

Den lengste tid er ... timer og ... minutter.

j) Har du klienter som du går til 2 ganger pr. dag?

- Ja
- Nei

k) Har du klienter som du går til 3 ganger pr. dag?

- Ja
- Nei

l) Har du klienter som du går til mer enn 3 ganger pr.dag?

- Ja
- Nei

m) Hvor mange faste klienter har du for øyeblikket?

Jeg har for øyeblikket ... faste klienter.

Del II: Din tilknytning til yrket

2) Hvor bor du?

- I samme bydel/distrikt som jeg arbeider
- I en annen bydel/et annet distrikt i Bergen
- Utenfor Bergen (i en annen kommune)

3) Hvor lenge har du alt i alt arbeidet som hjemmehjelper?
Jeg har arbeidet ialt ... år og ... måneder som hjemmehjelp.

4) Har du deltatt på hjemmehjelpskurs?

- Ja
- Nei
- Annet, spesifiser

5) Er du medlem i hjemmehjelpernes fagforening?

- Ja
- Nei
- Annen fagforening, hvilken?

6) Betrakter du hjemmehjelpsarbeidet som (sett bare ett kryss):

- Et arbeid jeg ønsker å ha i en kort periode/korte perioder.
- Et arbeid jeg ønsker å ha inntil videre (1 eller 2 år).
- Et arbeid jeg ønsker å ha i lengre tid.

7) Nedenfor er nevnt en del grunner til at mange velger hjemmehjelpsyrket. Kan du for hvert av disse si hvor viktig dette er for at du arbeider som hjemmehjelper?
(Sett ett kryss på hver linje)

		svært viktig	viktig	lite viktig	vet ikke
a)	En type arbeid jeg kan	-	-	-	-
b)	Kjenner at jeg gjør en innsats for andre	-	-	-	-
c)	Lar seg kombinere med andre forpliktelser (familie, skolegang osv.)	-	-	-	-
d)	Liker å arbeide med eldre	-	-	-	-
e)	Vanskelig å finne annet passende arbeid	-	-	-	-
f)	Selvstendig arbeid	-	-	-	-

- 8) Har hjemmehjelpsyrket den anseelse/status i samfunnet det etter din mening bør ha?
- Ja
 - Til en viss grad
 - Nei
 - Vet ikke
 - Spiller ingen rolle

- 9) En ny hjemmehjelpsutdanning organisert som voksenopplæring og som avsluttes med en eksamen svarende til nivået på videregående skole er planlagt.

a) Hva er ditt syn på en slik utdanning? (Sett ett kryss på hver linje)

	Enig	Uenig	Vet ikke
1. Jeg tror at jeg kunne ha nytte av en slik utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg tror at en slik utdanning vil være en fordel for hjemmehjelperne som yrkesgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg tror at en slik utdanning kan medvirke til å øke hjemmehjelpernes anseelse/status i samfunnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Kunne du tenke deg å delta i en slik utdanning?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Annet, spesifiser

Del III: Ditt arbeid som hjemmehjelper

- 10) Alt i alt; hvordan liker du arbeidet som hjemmehjelper?

- Svært godt
- Godt
- Både og
- Dårlig
- Svært dårlig

11) Hvis du selv skulle velge din arbeidsform, ville du velge å arbeide i rene hjemmehjelpsgrupper, i integrerte grupper med felles ansvar for klientene, eller ville du arbeide alene?

- Jeg ville velge å arbeide i en ren hjemmehjelpsgruppe
- Jeg ville velge å arbeide i en integrert gruppe
- Jeg ville velge å arbeide alene
- Det spiller ingen rolle
- Jeg vet ikke
- Annet

12) Synes du at du har for lite, passelig eller for mye kontakt med de andre hjemmehjelperne i ditt distrikt?

- For lite kontakt
- Passelig mye kontakt
- For mye kontakt
- Vet ikke

13) Synes du stort sett du har for lite tid hos klientene, at du har passelig tid, eller at du har for mye tid?

- For lite tid
- Passelig med tid
- For mye tid
- Annet, spesifiser

14) Hender det at du gjør en av følgende ting for dine klienter? (Sett kryss for ja selv om du betrakter hjelpen som en vennetjeneste)

	Ja	Nei
Tar med klientens tøy hjem for å vaske det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar med klientens tøy hjem for å stryke det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legger ut penger for klienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjør innkjøp for klienten i din fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet arbeid, som går ut over instruksene,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I tilfelle ja, hva slags arbeid?		
.....		

15) Hva er etter din mening det mest positive ved arbeidet som hjemmehjelper?

Ikke noe positivt

Det mest positive er (bruk egne ord):

.....

16) Hva er etter din mening det mest negative ved arbeidet som hjemmehjelper?

Ikke noe spesielt negativt

Det mest negative er (bruk egne ord):

.....

Del IV: Din opplevelse av arbeidsbelastninger

17) Hender det at du føler deg sliten etter jobben?

Ja, svært ofte

Ja, ganske ofte

Av og til

Sjelden eller aldri

18) Nedenfor er nevnt noen sider ved hjemmehjelpsarbeidet som kan være slitsomme. Kan du for hver av dem si i hvilken grad du opplever dem som slitsomme? (Sett ett kryss på hver linje)

	svært slitsomt	ganske slitsomt	ikke særlig slitsomt	vet ikke
a) Det fysiske arbeidet (spesielt det praktiske husarbeidet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Det psykiske arbeidet (engasjement i klientene, samtaler med klientene m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Klientenes krav og for- ventninger til deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

forts. neste side

d)	At arbeidet er ensformig	-	-	-	-
e)	Det store ansvaret for klienten	-	-	-	-
f)	At klientens behov for hjelp er større enn det jeg kan oppfylle	-	-	-	-
g)	Krav fra andre yrkesgrupper (f.eks. fra andre i gruppen eller fra kontoret)	-	-	-	-
h)	Den personlige pleie av klienten	-	-	-	-

19) Opplever du besvær i arbeidet på grunn av (Sett ett kryss på hver linje):

	Nei	Noe besvær	Mye besvær
Ryggsmerter eller ryggverk	-	-	-
Skulderverk	-	-	-
Verk/smerter i hender, armer ben eller knær	-	-	-
Muskelspenninger eller muskelkramper	-	-	-
Hudsykdom, eksem, hudirritasjon	-	-	-
Mageondt, sure oppstøt	-	-	-
Hodepine, migrene	-	-	-
Nervøse plager som angst og uro	-	-	-
Overanstrengelse, fysisk eller psykisk utmattelse	-	-	-
Stadige infeksjonssykdommer	-	-	-

- 20) Har det forekommet at du som hjemmehjelper er blitt utsatt for (sett ett kryss på hver linje)

	Nej	Ja	Det har forekommet
Utskjelling fra andre ansatte	-	-	-
Vansker i samarbeidsforhold med andre ansatte	-	-	-
Utskjelling fra klienter	-	-	-
Fysisk aggresjon fra klienter	-	-	-
Seksuelle tilnærminger fra klienter	-	-	-

- 21) Hvor mange ganger har du sykmeldt deg i løpet av det siste året?

Jeg har vært sykmeldt ... ganger det siste året.

- 22) Hender det at du går på arbeid selvom du føler deg dårlig?

- Nei, det hender aldri
- Ja, det hender av og til
- Ja, det hender ofte

- 23) Hvis du har svart ja på spørsmål 22; hva er den viktigste grunn til at du likevel går på arbeid? (Velg bare ett svar).

- Min innsats er nødvendig selv om jeg er syk.
- Det føles ubehagelig å sykmelde seg når en vet at det er vanskelig å skaffe vikar.
- Arbeidskollegaene får mer arbeid hvis jeg ikke kommer.
- Det er verre å være hjemme.

- 24) Hender det at du blir hjemme, selvom du ikke er direkte syk, men bare trett og sliten?

- Hender aldri
- Hender av og til
- Hender ofte

Del V: Litt om bakgrunnen din

- 25) Hvor gammel er du? (Sett kryss ved den aldersgruppe du tilhører)
- 18 - 20 år
 - 21 - 22 år
 - 23 - 24 år
 - 25 - 29 år
 - 30 - 34 år
 - 35 - 39 år
 - 40 - 44 år
 - 45 - 49 år
 - 50 - 54 år
 - 55 - 59 år
 - 60 - 64 år
 - 65 - 70 år
- 26) Har du hatt lønnet arbeid før du begynte som hjemmehjelper?
- Ja, jeg har hatt lønnet arbeid i ... år
 - Nei
- 27) Har du noen gang vært hjemmeværende husmor før du begynte som hjemmehjelper?
- Ja, jeg var hjemmeværende husmor i ... år
 - Nei
- 28) Hvor mange års utdanning har du alt i alt, når folkeskole/grunnskole regnes med?
- Jeg har ialt ... års utdanning.
- 29) Hva er din sivilstatus? (Sett kryss ved det som passer for deg)
- gift
 - samboende
 - ugift (ikke samboende)
 - skilt/separert
 - enke

- 30) a) Har du barn?
- Nei
 - Ja, men alle er flyttet ut
 - Ja, og minst en av dem bor hjemme
- b) Alderen på **det** yngste barn som bor hjemme er ... år.
- 31) Hvor lang tid pr. uke bruker du omtrent til arbeid i din egen husholdning? (Regn ikke med pass av barn, syke o.l.)
- Under 10 timer
 - 10 - 19 timer
 - 20 - 29 timer
 - 30 timer og over
- 32) Gir du regelmessig noe ulønnet hjelp til slekt, venner eller naboer ved siden av dit hjemmehjelpsarbeid? (Vi tenker her på hjelp til eller tilsyn med syke, uføre, eldre, pass av andres barn eller andre former for praktisk hjelp).
- Nei, jeg gir ikke hjelp/tilsyn
 - Ja, jeg gir hjelp/tilsyn
- I tilfelle ja; til hvem gir du hjelp?
- 33) Omtrent hvor mange timer pr. uke gir du slik hjelp?
- Jeg gir omtrent ... timer hjelp pr. uke.

MANGE TAKK FOR HJELPEN.

Hvis det er spørsmål som du ikke har besvart fordi du var i tvil om et eller annet, så ring enten til Kari Wærness på tlf. om dagen eller om kvelden, eller til Karen Christensen på tlf. om kvelden.

Andre kommentarer og synspunkter:

EN SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE
BLANT ANSATTE I HJEMMESYKEPLEIEN
HØSTEN 1990 (hoveddistriktet)
HØSTEN 1992 (5 andre Bergens-distrikter).

(Høsten 1992:)

Ditt distrikt :

.....

Ditt yrke :

- Hjelpepleier
- Sykepleier. Hvis du har satt kryss her, er du gruppeleder?
 - Ja
 - Nei

Evt. spesialisering (f.eks.
psykiatrisk sykepleie)?

.....

- Annet?

(Høsten 1990 og 1992)

Din tilknytning til yrket :

1. Hvor bor du?
 - I samme bydel/distrikt som jeg arbeider
 - I en annen bydel/et annet distrikt i Bergen
 - Utenfor Bergen (i en annen kommune)

2. Alt i alt; hvordan liker du ditt arbeid i hjemmesykepleien?
 - Svært godt
 - Godt
 - Både og
 - Dårlig
 - Svært dårlig

3. Betrakter du ditt arbeid i hjemmesykepleien som (sett bare ett kryss):

- Et arbeid jeg ønsker å ha i en kort periode/korte perioder.
- Et arbeid jeg ønsker å ha inntil videre (1 eller 2 år).
- Et arbeid jeg ønsker å ha i lengre tid.

4. Hvor lenge har du alt i alt arbeidet i

- a) Hjemmesykepleien i (hoveddistriktet) år ogmnd.
- b) Hjemmesykepleien andre steder år ogmnd.
- c) Institusjon (sykehus, sykehjem m.m.....år ogmnd.

5. Nedenfor er nevnt en del grunner til å velge å arbeide i hjemmesykepleien. Kan du for hvert av disse si hvor viktig dette er for at du arbeider her?
(Sett ett kryss på hver linje)

	svært viktig	viktig	lite viktig	vet ikke
a) Vanskelig å finne annet passende arbeid	-	-	-	-
b) Arbeidstiden	-	-	-	-
c) Synes arbeid i den åpne omsorgstjenesten er interessant	-	-	-	-
d) Lønnsnivået	-	-	-	-
e) Kjenner at jeg gjør en innsats for andre	-	-	-	-
f) Arbeidet ligger nært der jeg bor	-	-	-	-
g) Selvstendig og variert arbeid	-	-	-	-
h) Lar seg kombinere med andre forpliktelser (familie, fritidsinteresser osv.)	-	-	-	-

forts. neste side

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| i) | Det er naturlig å fortsette i et eller annet slags hjelpepleier/sykepleier arbeid ettersom jeg en gang har utdannet meg til det | - | - | - | - |
| j) | Det er bedre muligheter for å utføre en helhetlig sykepleie i hjemmesykepleien enn i institusjon | - | - | - | - |

6. Er du medlem i Norsk Sykepleierforbund/Norsk Hjelpepleierforbund?

- Ja
- Nei
- Annen fagforening, hvilken?

Uansett om du har svart ja eller nei på forrige spørsmål, så skriv kort din mening om det forbund du kunne være eller er medlem av:

.....

Ditt arbeid i hjemmesykepleien :

7. Synes du stort sett du har for lite tid hos pasientene, at du har passelig tid, eller at du har for mye tid?

- For lite tid
- Passelig med tid
- For mye tid
- Annet, spesifiser

8. Hender det at du gjør pasientene en tjeneste utenfor arbeidstid?

- Ja
- Nei
- I tilfelle ja, hva slags tjeneste?.....

9. Hvor mange ganger har du sykmeldt deg i løpet av det siste året?
Jeg har vært sykmeldt ganger det siste året.
10. Hender det at du går på arbeid selvom du føler deg dårlig?
- Nei, det hender aldri
 - Ja, det hender av og til
 - Ja, det hender ofte
11. Hvis du har svart ja på spørsmål 10; hva er den viktigste grunn til at du likevel går på arbeid? (Velg bare ett svar).
- Min innsats er nødvendig selv om jeg er syk.
 - Det føles ubehagelig å sykmelde seg når en vet at pasientene kanskje vil få hjelp av en de ikke kjenner.
 - Arbeidskollegaene risikerer å få mer arbeid hvis jeg ikke kommer.
 - Det er verre å være hjemme.
12. Hender det at du blir hjemme, selvom du ikke er direkte syk, men bare trett og sliten?
- Hender aldri
 - Hender av og til
 - Hender ofte
13. Har det forekommet at **du** som hjelpepleier/hjemmesykepleier er blitt utsatt for (sett ett kryss på hver linje)

	Nei	Ja	Det har forekommet
Utskjelling fra andre ansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vansker i samarbeidsforhold med andre ansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utskjelling fra pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk aggresjon fra pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuelle tilnærminger fra pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvilken gruppe arbeider du i?

.....

15. Hvilke faglige og/eller personlige behov mener du at du får oppfylt i gruppen?

.....

16. Hvis du fritt kunne velge mellom forskjellige organiseringsformer for arbeidet i den åpne omsorgstjenesten, hva ville du velge av følgende:

- a) Integrerte grupper (dvs. daglig samarbeid mellom sykepleiere/hjelpepleiere og hjemmehjelpere organisert i en og samme gruppe)
- b) Parallelt arbeidende grupper (dvs. at hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien er organisert hver for seg med samarbeid via bl.a. hjemmehjelpsmøter, jfr. situasjonen idag)
- c) Annet.....

Kan du begrunne ditt svar:

.....

Din opplevelse av arbeidsbelastninger:

17) Hender det at du føler deg sliten etter jobben?

- Ja, svært ofte
- Ja, ganske ofte
- Av og til
- Sjelden eller aldri

- 18) Nedenfor er nevnt noen sider ved arbeidet i hjemmesykepleien som kan være slitsomme. Kan du for hver av dem si i hvilken grad du opplever dem som slitsomme? (Sett ett kryss på hver linje)

	svært slitsomt	ganske slitsomt	Ikke særlig slitsomt	Vet ikke
a) Det fysiske arbeidet (stell av tunge pasienter i sengen m.m.)	-	-	-	-
b) Det psykiske arbeidet (engasjement i pasientene, samtaler med pasientene m.m.)	-	-	-	-
c) Pasientenes krav og for- ventninger til deg	-	-	-	-
d) Det store ansvaret for pasienten	-	-	-	-
e) Pasientens behov for hjelp er større enn det jeg kan oppfylle	-	-	-	-
f) Kontakten med pårørende	-	-	-	-
g) Kjøringen mellom pasientene	-	-	-	-
h) Arbeidet på kontoret:	-	-	-	-
h1) Samarbeid med kollegaer	-	-	-	-
h2) Møter, administrativt arbeid m.m.	-	-	-	-

19) Opplever du besvær i arbeidet på grunn av (Sett ett kryss på hver linje):

	Nei	Noe besvær	Mye besvær
Ryggsmerter eller ryggverk	-	-	-
Skulderverk	-	-	-
Verk/smerter i hender, armer, ben eller knær	-	-	-
Muskelspenninger eller muskelkramper	-	-	-
Hudsykdom, eksem, hudirritasjon	-	-	-
Mageondt, sure oppstøt	-	-	-
Hodepine, migrene	-	-	-
Nervøse plager som angst og uro	-	-	-
Overanstrengelse, fysisk eller psykisk utmattelse	-	-	-
Stadige infeksjonssykdommer	-	-	-

Litt om bakgrunnen din :

20) Hvor gammel er du? år

21) Når tok du din sykepleier-/hjelpepleiereksamen?

År:

22) Hva er din sivilstatus? (Sett kryss ved det som passer for deg)

- gift
- samboende
- ugift (ikke samboende)
- skilt/separert
- enke

23) a) Har du barn?

- Nei
- Ja, men alle er flyttet ut
- Ja, og minst en av dem bor hjemme

b) Alderen på det yngste barn som bor hjemme er ... år.

24) Har du noen gang vært hjemmearbeidende husmor, før du begynte som hjelpepleier/sykepleier?

- Ja, jeg var hjemmearbeidende husmor i ... år
- Nei

25) Hvor lang tid pr. uke bruker du omtrent til arbeid i din egen husholdning? (Husarbeid, matlaging, vask osv. Regn ikke med pass av barn, syke o.l.)

- Under 10 timer
- 10 - 19 timer
- 20 - 29 timer
- 30 timer og over

26) Gir du regelmessig noe ulønnet hjelp til slekt, venner eller naboer ved siden av ditt arbeid i hjemmesykepleien? (Vi tenker her på hjelp til eller tilsyn med syke, uføre, eldre, pass av andres barn eller andre former for praktisk hjelp).

- Nei, jeg gir ikke hjelp/tilsyn
- Ja, jeg gir hjelp/tilsyn

I tilfelle ja: til hvem gir du hjelp.....

Omtrent hvor mange timer pr. uke gir du slik hjelp?

Jeg gir omtrent ... timer hjelp pr. uke.

MANGE TAKK FOR HJELPEN.

Hvis det er spørsmål som du ikke har besvart fordi du var i tvil om et eller annet, så ring til Karen Christensen, tlf. (ml. 10-15), eller tlf. (etter 16.30).

Når du er ferdig med å svare på spørsmålene, så legg ditt svar i vedlagte konvolutt og gi den til Dine svar vil være helt anonyme. Ingen vil få vite hvem, som har svart hva; vi er bare interessert i å få en oversikt.

Andre kommentarer og synspunkter :

Bilag 7a: Interviewguide - hjemmehjælperne

Temaer :

Arbejdet (opfattelsen af arbejdet m.m.)

Arbejdet og familien (kombinationen af forpligtelser hjemme med lønnet omsorgsarbejde ude m.m.)

Kontoret (kontakten til kontoret, afdeling for Pleje og Omsorg, m.m.)

Gruppearbejde (ændringer i forholdet til klienter, holdning til samarbejde med andre hjemmehjælpere, andre erhvervsgrupper m.m.)

Uddannelse (holdning til hjemmehjælpskursus, den frivillige 1-årige uddannelse, hvad lærer man gennem uddannelsen, betydningen af praksis i arbejdet m.m.)

Bilag 7b: Interviewguide - de ansatte i hjemmesygeplejen

Temaer for den fælles del af interviewet:

Den individuelle erhvervshistorie (uddannelsestidspunkt, ansættelsessteder, hvor længe ca., m.m.)

Valget af hjemmesygepleje (hvorfor hjemmesygepleje?)

Hvad er hjemmesygepleje?

Positivt og negativt i arbejdet?

Relationen til patienten (hvordan opfattes den?)

Hvem styrer den hjælp, patienten får?

Forholdet til ledelsen?

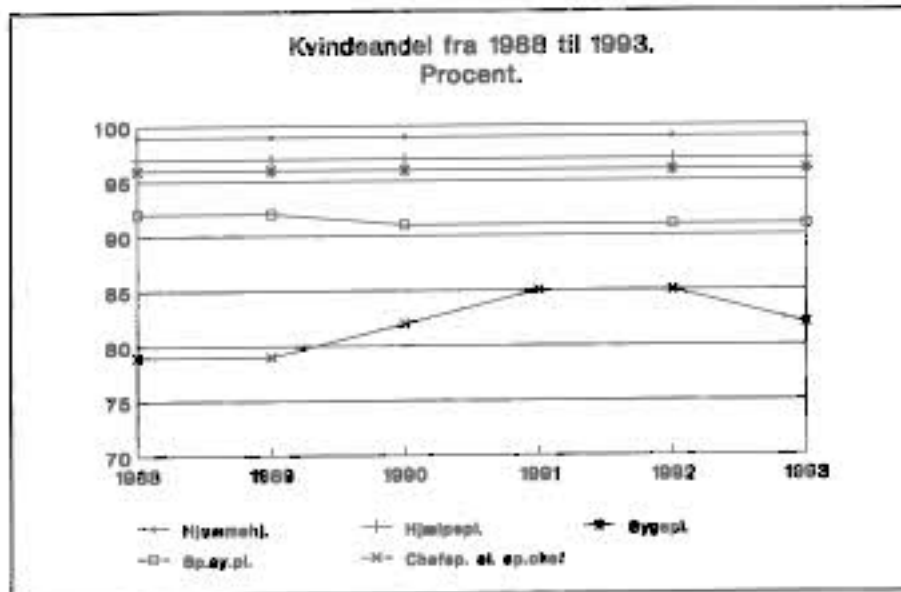
Forholdet til kollegaer i hjemmesygeplejen?

Forholdet til hjemmehjælperne?

Oplevelse af respekt i arbejdet og evt. fra hvem?

Bilag 8: Kvindeandel og fuldtidsarbejde blandt hjemmehjælpere og ansatte i hjemmesygeplejen (hele landet)

Figur 1:



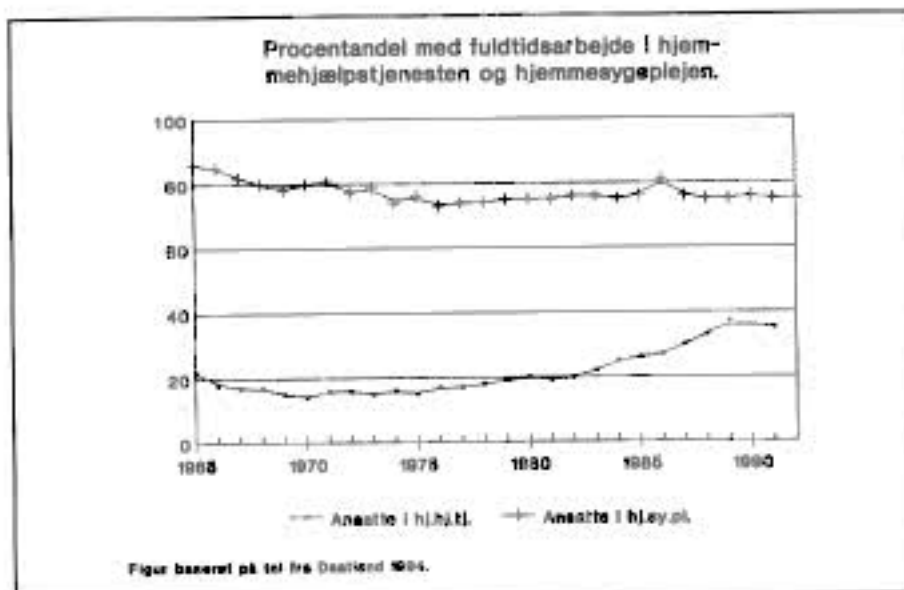
Tallene er hentet fra "Lønns- og personalstatistik kommunale arbejdstakere" 1988-93 udgivet af Kommunenes Sentralforbund, Kommuneforlaget. Statistikken er baseret på Personaleadministrativt Informationsystem (PAI-registeret). Registeret omfatter arbejdstagere i faste stillinger og timelønnede (i faste stillinger) med mindst 14 timers arbejde pr. uge. Engagementer under 6 måneders varighed er ikke medtaget.

Når det gælder hjælpeplejerne og sygeplejerskerne er disse altså ansat i den kommunale omsorg enten i den hjemmebaserede omsorg eller på institutioner (som f.eks. sygehjem), som hører ind under den kommunale omsorg. De er altså ikke ansat på sygehuse, siden disse rubriceres under amter (norsk: fylker), ikke kommuner.

Når det gælder hjemmehjælperne, viser figuren en stabil kvindeandel på 99%. Men siden statistikken ikke omfatter dem, som ikke har et fast forpligtende arbejdsforhold, er det sandsynligt at antage, at netop en del af mændene dermed ikke er kommet med og at kvindeandelen således faktisk ligger lidt lavere end det, kurven viser.

Chefsygeplejersker er ledere af den samlede kommunale sygeplejetjeneste i primærhelsetjenesten i en kommune. Sygeplejechefer er ledere af hjemmesygeplejevirkigheden i en kommune.

Figur 2:



Figur baseret på tel fra Datalink 1994.

Bilag 9: Tabeller, som viser resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Table 1: Arbejder i hvilket distrikt efter erhverv. Procent (N).

	Hoved-distriktet	distrikt 2	distrikt 3	distrikt 4	distrikt 5	distrikt 6	N(192)
Sypl.	21(12)	10(6)	19(11)	14(8)	21(12)	16(9)	58*
Hjpl.	19(6)	13(4)	16(5)	22(7)	19(6)	13(4)	32
Hjhj.	100(101)						101
Total**	62	5	8	8	9	7	191

* 1 sygeplejerske fra et af distrikterne 2-6 har ikke svaret på, hvilket distrikt hun er fra.

** Pga. afrundede tal er den totale % ikke 100.

Table 2: Bosted efter erhverv. Procent

	Bor i samme bydel	Bor i anden bydel	Bor udenfor Bergen	N(192)
Sypl.	46	49	5	59
Hjpl.	44	38	19	32
Hjhj.	87	7	6	99
Total	67	25	8	190

Table 3: Civilstatus og børn efter erhverv. Procent.

	Gift eller førgift		Ugift eller samboende		N(192)
	Børn	Ikke børn	Børn	Ikke børn	
Sypl.	68	7	13	12	59
Hjpl.	74	0	3	23	31
Hjhj.	84	3	4	9	99
Total	77	4	7	12	189

Tabel 4: Gennemsnitlig alder på yngste barn hjemme efter erhverv.

	Mean	Standardafvig	N(192)
Sypl.	8	6	43
Hjpl.	11	5	21
Hjhj.	14	6	47
Total	11	7	111

Tabel 5: Gennemsnitlig antal år husmor for ansættelsen i den åbne omsorg efter erhverv.

	Mean	Standardafvig	N(192)
Sypl.	1	3	58
Hjpl.	4	7	31
Hjhj.	12	9	95
Total	6	9	184

Tabel 6: Gennemsnitlig antal år i andet lønnet arbejde for hjemmehjælpsarbejdet.

	Mean	Standardafvig	N(101)
Hjhj.	8	7	93

Tabel 7: Fuldtidsarbejde efter erhverv. Procent.

	Fuldtidsarbejde	Deltidsarbejde	N(192)
Sypl.	51	49	43
Hjpl.	55	45	22
Hjhj.	28	72	95
Total	38	62	160

Fuldtidsarbejde er at arbejde 35 eller 35,5 timer i ugen og samtidig gå i turnus, eller at arbejde 37 timer i ugen eller mere uafhængig af turnus.

Tabel 8: Antal arbejdstimer pr. uge efter erhverv. Procent.

	<16	16-30	31-37	37,5	>37,5	Mean (tim./uge)	N(192)
Sypl.	2	37	23	33	5	31	43
Hjpl.	4	39	35	22	0	30	23
Hjhj.	12	59	11	18	1	26	95
Total*	8	50	17	22	2	28	161

* Pga. afrundede tal er den totale % ikke 100.

**Tabel 9: Antal timer, som bruges i egen husholdning pr. uge/
antal timer i lønnet arbejde pr. uge efter erhverv. Procent.**

	<10		10-19		20-29		≥30		N(192)	
	hjem- me	ude	hjem- me	ude	hjem- me	ude	hjem- me	ude	hjem- me	ude
Sypl.	25	0	59	23	10	12	5	65	59	43
Hjpl.	25	0	56	13	13	30	6	57	32	23
Hjhj.	19	3	45	15	30	38	7	44	92	95
Total*	22	2	51	17	21	30	6	52	183	161

19,5 timers lønnet arbejde er placeret i gruppen 10-19, 29,5 timer er placeret i gruppen 20-29. * Pga. afrundede tal er den totale % for "ude" ikke 100.

Tabel 10: Gør ulønnet ekstraarbejde efter erhverv. Procent.

	Ja	N(192)
Sypl.	42	59
Hjpl.	42	31
Hjhj.	75	96
Total	59	186

Tabel 11: Medlemskab i fagforening efter erhverv. Procent.

	Ja	Nej	N(192)
Sypl.	83	17	59
Hjpl.	91	9	32
Hjhj.	61	39	98
Total	73	27	189

Tabel 12: Gennemsnitlig antal måneder (afrundet antal år) ansat hvor efter erhverv.

	På nuværende arbejdsplads i den åbne omsorg.	I hjemmesygeplejen andre steder.	På institution.	N(192)
Sypl.	40 (3)	16 (1)	73 (6)	59
Hjpl.	71 (6)	11 (1)	73 (6)	32
Hjhj.	98 (8)	-	-	93
Total	70 (6)	14 (6)	73 (6)	184

Tabel 13: Hjemmehjælpernes grunde til at vælge dette arbejde. Procent.

	Jeg gør en indsats for andre. ("svært vigtig")	Jeg kan lide at arbejde med ældre. ("svært vigtig")	Dette er en type arbejde, jeg kan. ("svært vigtig")	Det er vanskeligt at finde andet passende arbejde. ("svært vigtig")
Hj.hj.	67	66	52	10
N (101)	97	97	97	88

Tabel 14a: "Jeg gør en innsats for andre" som grund til at vælge dette arbejde efter organiseringsform. Hjemmehjælper. Procent.

	"svært vigtig"	"viktig"	"lite vigtig"	N
Individuelt arbejde	65	33	2	60
Gruppearbejde	73	27	0	15
Integreret gruppearbejde	70	30	0	20

Tabel 14b: Gennemsnitlig antal klienter pr. hjemmehjælper pr. dag efter organiseringsform.

	Mean	Standardafvig	N
Individuelt arbejde	2	1	60
Gruppearbejde	3	1	15
Integreret gruppearbejde	3	1	20

Tabel 14c: Gennemsnitlig antal minutter (timer) pr. hjemmehjælper pr. klient efter organiseringsform.

	Mean	Standardafvig	N
Individuelt arbejde	170 (ca.3tim.)	32	55
Gruppearbejde	143 (ca.2,5tim.)	43	13
Integreret gruppearbejde	149 (ca.2,5tim.)	32	17

Tabel 15: Hjelpeplejernes og sygeplejerskernes grunde til at vælge dette arbejde. Procent.

	Arbejdet er selvstændigt og varieret. ("svært vigtig")	Arbejdet kan kombineres med andre forpligtelser. ("svært vigtig")	Arbejdet er interessant. ("svært vigtig")	Der findes muligheder for en helhedsorienteret omsorg. ("svært vigtig")	Jeg gør en indsats for andre. ("svært vigtig")	Arbejdstiden. ("svært vigtig")	Det er vanskeligt at finde andet passende arbejde. ("svært vigtig")
Sypl.	76	56	53	51	49	48	4
Hjpl.	72	28	81	55	61	29	15
N sypl. (59) / N hjpl. (32)	58/32	59/29	58/31	59/31	57/31	59/31	56/26

Tabel 16: Hvor godt kan man lide dette arbejde efter erhverv. Procent.

	Svært godt	Godt	Både og	Svært dårlig	N(192)
Sypl.	56	41	3	0	59
Hjpl.	72	22	6	0	32
Hjhj.	44	44	10	1	99
Total*	53	40	7	1	190

* Pga. afrundede tal er den totale % ikke 100.

Tabel 17: Erhvervstilknytning: hvor længe ønsker man at være i dette arbejde? Efter erhverv. Procent.

	For en kort periode	Indtil videre	For længere tid	N(192)
Sypl.	2	41	58	59
Hjpl.	0	9	91	32
Hjhj.	2	17	81	98
Total	2	23	75	189

Tabel 18: Opfattelser af belastninger i arbejdet efter erhverv. Procent.

	"Svært slitsomt"			"Ganske slitsomt"			N		
	Sypl.	Hjpl.	Hjhj.	Sypl.	Hjpl.	Hjhj.	Sypl.	Hjpl.	Hjhj.
Det fysiske arbejde	10	19	9	44	63	62	59	32	96
Det psykiske arbejde	12	3	12	58	48	35	59	31	94
Patientens/klie- ntens krav	9	3	6	39	26	29	59	31	94
Ansvar for patient- ten/klie- nten	9	3	11	41	26	32	58	31	91
For store patient- klie- ntens krav	31	13	34	53	58	33	59	31	91

Tabel 19: Plager som følge af arbejdet efter erhverv. Procent

	"Mye besvær"			"Noe besvær"			N		
	Sypl.	Hjpl.	Hjhj.	Sypl.	Hjpl.	Hjhj.	Sypl.	Hjpl.	Hjhj.
Ryggen	3	16	16	36	47	55	58	32	95
Skuldrene	3	7	13	31	55	51	59	31	97
Hænder arme,-ben	0	3	9	19	25	42	58	32	96
Muskel spændinger	3	9	10	34	22	42	59	32	95

Tabel 20: Udskældning og fysiske aggressioner fra patienter/klienter efter erhverv. Procent.

	Udskældning (Svaret "ja" eller "det har forekommet")	N	Fysiske aggressioner (Svaret "ja" eller "det har forekommet")	N	N total
Sypl.	90	53	42	25	59
Hjpl.	72	23	45	14	32/31
Hjhj.	35	35	19	19	99

Tabel 21: Går på arbejde selvom man føler sig dårlig. Procent.

	Nej, det hænder aldrig	Ja, det hænder af og til	Ja, det hænder ofte	N(192)
Sypl.	7	80	14	59
Hjpl.	0	81	19	32
Hjhj.	4	67	29	98
Total	4	74	22	189

Table 22: Bliver hjemme selvom man ikke er direkte syg. Procent.

	Det hænder aldrig.	Det hænder af og til.	Det hænder ofte.	N(192)
Sypl.	86	14	0	59
Hjpl.	94	6	0	32
Hjhj.	92	8	0	96
Total	90	10	0	187

Table 23: Opgivet grund til at arbejde på trods af sygdom. Procent.

	Min indsats er nødvendig.	Det føles ubehageligt at vide, at modtagerne måske ikke får hjælp af en, de kender.	Arbejdskollegerne risikerer at få mere arbejde, hvis jeg ikke kommer.	Det er værre at være hjemme.	N(192)
Sypl.	30	2	65	4	54
Hjpl.	7	7	74	13	31
Hjhj.	28	53	17	2	90
Total*	25	29	42	5	175

* Pga. afrundede tal er den totale % ikke 100.

Bilag 10: Tidsforbrug i det hjemmebaserede omsorgsarbejde

Tidsforbrug i hjemmesygeplejen i % af totaltiden. Før omorganiseringen.					
	Patient- besøg:	Admini- stration:	Kørsel:	Lunch- pause:	Total
Totalt gennemsnit	35	32	22	12	101
Samme excl. aften og weekend	34	37	20	11	102
Gennemsnit hjælpeplejere	37	28	23	12	100
Samme excl. aften og weekend	37	31	20	12	100
Gennemsnit sygeplejersker	34	34	21	11	100
Samme excl. aften og weekend	32	39	19	11	101
Gennemsnit weekend	48	21	26	7	102
Gennemsnit aften	34	15	33	17	99
Gennemsnit weekend og aften	40	17	30	13	100

Tabellen er baseret på 15 arbejdsdage med sygeplejersker, 7 arbejdsdage med hjælpeplejere; heraf 1 lørdag (med en hjælpeplejer), 1 søndag (med en sygeplejerske) og 3 aftener (med to sygeplejersker og en hjælpeplejer).

Tidsforbrug i hjemmesygeplejen i % af totaltiden. Efter omorganiseringen.					
	Patient- besøg:	Admini- stration:	Kørsel:	Lunch- pause:	Total
Totalt gennemsnit	43	25	26	7	101

Tabellen er kun baseret på arbejdsdage med 2 sygeplejersker. Statistisk set er der derfor knyttet usikkerhed til resultaterne, men faktisk har antallet af dage mindre betydning, da det er den organisatoriske ændring, som består i at erstatte eftermiddagens administrationsarbejde med patientarbejde, som straks giver sig udslag i en klar tendens til mindre administrativt arbejde og mere patientarbejde efter omorganiseringen.

Tidsforbrug i hjemmehjælpsarbejdet i % af totaltiden. Efter omorganiseringen.					
	Klient- besøg:	Admini- stration:	Kørsel:	Lunch- pause:	Total
Totalt gennemsnit	71	6	18	5	100

Tabellen er baseret på et konstrueret uge-tidsforbrug ud fra de to dage, jeg efter omorganiseringen følger to hjemmehjælpere. Ugedagene kan variere en del i indhold afhængig af, om der er hjemmehjælpsmøde og om hjemmehjælperen holder lunchpause på kontoret eller sammen med klienten (i sidstnævnte tilfælde bliver det således ikke muligt at skille lunchpausen ud fra klientbesøget). Derfor har jeg ud fra de to observationsdage konstrueret et ugetidsforbrug, der består af 1 dag, hvor et hjemmehjælpsmøde finder sted (hjemmehjælpsmødet finder sted fast 1 gang i ugen), 2 dage, hvor hjemmehjælperen holder lunchpause på kontoret og 2 dage, hvor hjemmehjælperen spiser hos klienten. Selvom også denne tabel rent statistisk set kan siges at være usikker, giver den alligevel et billede af det faktiske tidsforbrug i hjemmehjælpsarbejdet, som kan danne grundlag for en sammenligning med hjemmesygeplejearbejdet. Tidsforbruget gælder det typiske hjemmehjælpsarbejde; den nye type arbejde på ældrecentre er således ikke medtaget, fordi dette arbejde kun udføres af nogle af hjemmehjælperne.

Appendix

Love og lovændringer

Kommunehelsetjenesteloven¹

Den mest overordnede lov af betydning for den hjemmebaserede omsorg er Lov om helsetjenesten i kommunerne af 19.11.82, som bliver indført 1.4.84. Formålet med denne lov er følgende:

"Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sociale og miljømæssige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen." (§ 1-2)

Som det fremgår af denne formålsparagraf, gives kommunen gennem denne lov et ansvar for helsetjenesten, og samtidig et ansvar for at arbejde efter et hjælp-til-selvhjælpsprincip i forhold til sine borgere. Faktisk gives dermed både pligter til kommunen som til den enkelte borger i kommunen.

Indenfor norsk helsevæsen betragtes kommunehelsetjenesteloven som en meget betydningsfuld reform, først og fremmest fordi den indebærer, at kommunen dermed får ansvaret for det meste af helsetjenesten udenfor institution. Det er et karakteristisk træk for tiden fra midten af 70'erne til nu, at forholdet mellem stat og kommune er præget af decentralisering, hvilket giver sig udslag i en overførsel af mange og store opgaver til kommunerne.² Men decentraliseringen behøver ikke nødvendigvis betyde, at den enkelte kommunes magt øges. Først og fremmest er der tale om en stor udvidelse af kommunens virkefelt (Nagel 1991). Fordi decentraliseringen indebærer, at kommunen skal overtage administreringen af en lang række velfærdsordninger, aktualiserer denne decentralisering begrebet *velfærdskommunen*, et begreb som først og fremmest har reference til efterkrigstidens begreb om *velfærdsstaten* (ibid.). Men denne reference betyder også, at begrebet ikke må opfattes for snævert. Det handler både om kommunens rolle som ansvarlig for lovbestemte velfærdsordninger og om

¹ Loven kaldes også forkortet "kommunehelsetjenesteloven".

² Der findes imidlertid allerede i begyndelsen af 1996'erne tegn på, at decentraliseringen vil vende. F.eks. har det såkaldte Rattsø-udvalg foreslået en ny fordelingspolitik for kommunerne, som betyder, at de største kommuner tildeles mest (ifølge nyhedsmedier, heriblandt Bergens Tidende uge 2 og 3 1996, f.eks. BT d.22/1-96: "Her er distrikts-Norges nye skjellsord").

kommunens rolle som initiativtager. Det er således kun den ene side af velfærdskommunens rolle, som tages op her, altså forvaltningen af velfærdsordninger.

Kommunehelseloven er først og fremmest en forvaltningsreform med fokus på organisatoriske problemer (Romøren 1991), den flytter mere ansvar nedover i systemet til kommunerne og den giver grundlag for reorganisering. Formålet med reorganiseringen er at medvirke til at give befolkningen bedre helse og bedre tilbud om helse, og Romøren sammenfatter de tre vigtigste motiver for gennemførelsen af denne reform i følgende: Man mener, at ansvaret for primærhelsetjenesten³ er alt for spredt og at man gennem en reorganisering kan få bedre oversigt over hele sektorens mål og økonomi. Et sådant overblik vil give et bedre grundlag for at styrke denne sektor og samtidig give et bedre grundlag for at koordinere primærhelsetjenesten med institutionshelsetjenesten. Og ved at tildele kommunerne ansvaret for primærhelsetjenesten kan man også bedre koordinere helsetjenesten med socialtjenesten gennem en ny organisatorisk enhed for kommunal helse- og socialtjeneste. Det er også et vigtigt formål med loven at sikre en større grad af lighed i adgangen til at få hjælp uafhængig af kommune⁴. Reformen indeholder således centrale socialpolitiske principper for 1980'ernes velfærdsordninger om lighed og retfærdighed i forhold til velfærd gennem decentralisering, koordinering og samordning. Med hensyn til planlægningen af helsetjenesten, fremgår af kommunehelseloven, at kommunen skal planlægge denne ud fra lov af 19.nov.1982 om planlægning af helse og socialtjenesten. Ifølge denne lov skal der i hver kommune udarbejdes en plan for sociale tjenester og helsetjenesten. For Bergen kommune findes således en plan om *Eldrepolitikk i Bergen 1988-2000* (En rapport fra Bergen kommune, Kommunalavdeling Helse og sociale tjenester) samt en *Helse- og sosialplan for Bergen kommune 1992-95* (Bergen kommune, Helse og sociale tjenester).⁵ Hvert af distrikterne i Bergen arbejder således efter retningslinierne i disse rapporter forstået på den måde, at hvert distrikt sørger for at harmonere sine hovedmål med signalerne fra disse rapporter.

Når det gælder kommunens opgaver som følge af ansvaret for helsetjenester, fremgår

³ Primærhelsetjenester er de tjenester, som er kommunalt ansvar og består af alle offentlige tjenester udenom sygehusjenester (somatisk og psykiatrisk). Primærhelsetjenesten afløser den tidligere distriktshelsetjeneste. Sidstnævnte udgør andrelinietjenesten og er fylkeskommunalt ansvar. Derudover er speciallisterne også et fylkeskommunalt ansvar. (Fylker har deres parallel i de danske "amter".)

⁴ Dette fremgår af ot.prp. nr.36 1980-81, jf. Romøren 1991.

⁵ En ny helse- og socialplan har været planlagt til at udkomme i foråret 1996.

følgende af kommunehelsesloven:

"Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebyggelse av sykdom, skade eller lyte ...
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. almenlegetjeneste ...
2. fysioterapitjeneste
3. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og **hjemmesykepleie** (min fremhævelse)
4. jordmortjeneste ..
5. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
6. medisinsk nødmeldetjeneste" (§1-3)

Det er altså kommunehelsesloven, som pålegger kommunen og derefter de enkelte distrikter i kommunen at sørge for, at hjemmesykepleie finnes som én af tjenestetypene. Med andre ord er kommunehelsesloven den juridiske baggrund for ansættelsen af bl.a. sygeplejersker og hjælpeplejere i hjemmesykeplejen. Kommunen har ansvar både for at tjenesten findes og for de enkelte personalegrupper.⁶

Ud fra de fire punkter om opgaver, som nævnes, kan man antage, at der bagved dette ligger et sundhedsbegreb, der både indeholder sygdomsbehandling og sygdomsforebyggelse. I den ene ende af denne forståelse har vi da "diagnose" og "behandling" og i den anden ende "forebyggelse av sykdom" og "omsorg". Det er vigtigt at lægge mærke til, at det imidlertid kun er hjemmesykepleie, som nævnes her af tjenester i den hjemmebaserede omsorg, mens hjemmehjælp således udelades, selvom netop kombinationen af sygdomsbehandling og forebyggelse og også brugen af begrebet "helse" (frem for f.eks. sundhed) kunne lægge op til også at anføre hjemmehjælp sammen med hjemmesykepleie. Når det netop er på grundlag af kommunehelsereformen, at hjemmehjælp og hjemmesykepleie samordnes, bliver det endnu vanskeligere at forstå denne adskillelse. Allerede Gjærevoll-udvalget gør da også opmærksom på dette problem :

"Utvalget vil imidlertid bemerke at vi fortsatt har to forskjellige lovverk for h.h.v. helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene, og mener at det vil være ønskelig å komme fram til et felles lovverk for den kommunale helse- og sosialtjeneste." (NOU

⁶ Det er ikke nyt, at kommunen overtager ansvaret for drift og personaleansvar for hjemmesykeplejen. Men det er nyt, at kommunen også tager ansvar for læger, fysioterapeuter og helsesøstre for at nævne de vigtigste (Romøren 1991).

Der findes imidlertid endnu ingen tegn på ændringer i forhold til denne adskillelse. Hjemmehjælpens og hjemmesygeplejens tilknytning til to forskellige love kan derfor siges at signalere for det første en fortsat (retslig) adskillelse af hjemmesygepleje og hjemmehjælp, men for det andet også en sammenknytning af hjemmesygepleje med det, vi traditionelt kalder "fagligt arbejde" og hjemmehjælp med det, som traditionelt kaldes "ufaglært" arbejde.⁷ Jeg antager imidlertid, at en vigtig forklaring på adskillelsen af disse to typer tjenester er, at retten til helsetjeneste og herunder hjemmesygepleje skal være stærkere end retten til en social tjeneste og herunder hjemmehjælp.⁸ Det viser sig nemlig f.eks., at indførelsen af omsorgsløn, en løn som gives til pårørende med stort omsorgsansvar, som træder i kraft 1. januar 1988, først tages ind i kommunehelseloven, men fra 1993 overføres til socialtjenesteloven netop fordi dette ikke skulle være en tjeneste, som den hjælpetrængende har krav på på linie med hjemmesygepleje og de andre tjenester under lov om helsetjenester. Tværtimod er det op til kommunen - ud fra kommunens ressourcer - at vurdere, om den enkelte kan få omsorgsløn (Velfærdsmeldingen 1994-95:161). Denne ændring betyder nemlig også, at en eventuel klage over ikke at få omsorgsløn går til fylkesmanden i stedet for fylkeslægen⁹; mens klager over tjenester med hjemmel i helsetjenesteloven går til fylkelægen, går klager over tjenester med hjemmel i socialtjenesteloven til fylkesmanden. Eftersom omsorgsløn oftest gives til pårørende uden faguddannelse, harmonerer den lovmæssige placering således iøvrigt også med en placering under lov om sociale tjenester. I modsætning til princippet om samordning, lægger placeringen af hjemmesygepleje under lov om helsetjenester og hjemmehjælp under lov om sociale tjenester altså op til en adskillelse af det faglærte og "ufaglærte" omsorgsarbejde. Den nye udvikling i forhold til uddannelse, som vil føre til, at en del af bl.a. hjemmehjælperne vil få 4 års uddannelse (omsorgsarbejderen) og dermed have mere uddannelse end hjælpeplejerne, harmonerer da heller ikke med en sådan adskillelse.¹⁰ Der er således viet for lidt opmærk-

⁷ Se kapitel 6 for et indsyn i det ufrugtbare ved sådanne betegnelser.

⁸ Jeg ser imidlertid ikke bort fra, at der også ligger historisk vigtige forklaringer på adskillelsen, eftersom forarbejdet både med loven om helsetjenester og loven om sociale tjenester er omfattende og langvarigt.

⁹ De tilsvarende danske betegnelser for henholdsvis "fylkesmanden" og "fylkeslægen" er embedsmanden og embedslægen.

¹⁰ Man ved endnu ikke, hvor den nye omsorgsarbejder lovmæssigt skal placeres.

somhed omkring denne adskillelse, og man kan sige, at loven tendentielt er omgæet i den forstand, at princippet om samordning af behandlende og forebyggende helsearbejde ikke er fulgt op i lovteksten. Samtidig vil man kunne forvente, at diskussionen om denne adskillelse i forhold til love ikke mindst vil komme til at blive aktualiseret som følge af den nye omsorgsarbejderuddannelse.

Når det gælder punkt 5 om sygehjem, er dette et ansvarsområde, som først bliver kommunens 4 år efter kommunehelseslovens ikrafttræden, altså i 1988. Denne lovændring, som også kaldes sygehjemsreformen¹¹, er en følge af princippet om koordinering (her af hjemmebaseret omsorg med institutionsomsorg). Sygehjemsreformen kommer til at indebære en kraftig udbygning af kommunens ansvarsområde. Målt i årsværk viser det sig f.eks. at Oslo ved indgangen til 1989 har 59% af sine årsværk knyttet til sygehjem sammenlignet med f.eks. 11% til hjemmesygeplejen og 14% til lægetjenesten (Årsstatistik for kommunehelsetjenesten, Oslo 1989, jf. Romøren 1991). Denne reform kan siges at være af vigtig betydning, fordi den sætter fart i udviklingstendenser, som kommunehelsereformen af 1984 starter op. Det gælder f.eks. udviskningen af stadig flere grænser mellem hjemmebaseret og institutions-omsorg. Med sygehjemsreformen bliver "sygehjem" det samme som "boform for heldøgns omsorg og pleie" (jf. punkt 5), hvilket indebærer en bevægelse væk fra opfattelsen af institutionen som en lukket og langvarig boform for de sygeste hjælpetrængende. Det gælder muligheden for at styrke den hjemmebaserede omsorg gennem erstatning af lange sygehjemsophold med kortere rehabiliteringsophold på sygehjem. Og det gælder udbygning af døgntilbud i den hjemmebaserede omsorg og udbygning af de såkaldte serviceboliger frem for udbygning af sygehjemspladser. Gennem tildelingen af sygehjemsansvaret gives kommunen således en række af muligheder for gennem den tættere forbindelse til institutionsomsorgen at styrke den hjemmebaserede omsorg. Det nye syn på boformen følges desuden op at et nyt syn på modtagerne af helsetjenester med fokus på modtagernes pligter og rettigheder. Dette nye syn gælder ikke bare modtagere af helsetjenester, men modtagere af alle typer offentlig hjælp, tjenester m.v.; noget som bl.a. sættes i gang i Norge via regeringens handlingsplan "Aksjon

¹¹ Måske bør man sætte spørgsmålstegn ved det formelt korrekte i at tale om en reform, når der faktisk ikke er tale om en egen ny lov, men en ændring knyttet til kommunehelsetjenesteloven. At jeg alligevel kalder den en reform (på baggrund af specielt Tor Inge Romøren (1991), men også Gjærevolludvalgets betegnelse (se f.eks. NOU 1992(1):115) er begrundet i, at ansvarsoverførselen af sygehjemmene har en betydningsfuld virkning knyttet til signalerne i kommunehelsetjenesteloven, som det vil fremgå af det følgende.

publikum" (Vabø 1994). Via denne proces indføres begrebet *bruger*, bl.a. i forhold til helsetjenester og sociale tjenester. Hvad kommunchelseloven indeholder konkret i forhold til modtagerne af helsetjenester skal fremlægges i det følgende.

"Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig opholder sig i kommunen." (§1-1)

...
"Enhver har rett til **nødvendig helsehjelp** (min fremhævelse) i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg."

...
"For vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie gjelder likevel forvaltningslovens regler.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de likevel ikke som parter i samme sak, og en søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen." (§2-1)

...
"Den som søker helsehjelp, kan påklage avgjørelsen etter §2-1 til det organ kommunestyret bestemmer." (§2-4)

Lov om helsetjenester fastlægger altså både kommunens (retslige) forpligtelse til at give nødvendig helsehjælp og den enkelte borgers ret til at kræve nødvendig hjælp, yderligere forstærket af, at det er muligt at klage over den tildelte hjælp; i forhold til klagerne bruges Forvaltningsloven (jf. §2-1). Retten til at få helsehjælp træder imidlertid ikke i kraft, før borgeren selv henvender sig til kommunen og søger om hjælp (Kjønstad 1990). Kjønstad er en af de få jurister, som har rettet opmærksomheden mod det konkrete indhold af denne rettighed til helsehjælp (og specielt hjemmesygepleje og hjemmehjælp). Han peger bl.a. på, at "nødvendig" helsehjælp er et forholdsvis strengt kriterium for at modtage hjælp, at "nødvendig" indebærer, at den altså ikke er ubegrænset og at "nødvendig" altid vil hvile på et skøn, da det ikke er muligt at have et finmasket tildelingskriterium for tildeling af tjenester på samme måde som tildeling af økonomisk hjælp (ibid.).

Gennem indførelsen af de såkaldte "vedtak" formaliseres relationen mellem den, som giver helsetjenesten og den, som modtager den og det er "vedtaket", som bliver grundlag for en eventuel senere klage, fordi dette indeholder en præcisering af den aftale, som er gjort mellem kommunen (repræsenteret ved personale) og den enkelte tjenestemodtager. Lovændringen styrker en opfattelse af helsetjenestemodtagerne som aktive brugere med rettigheder og klageadgang. Af forarbejdet til loven fremgår, at der i loven er anført en klageadgang, fordi afgørelser om helsehjælp ofte træffes på et uformelt grundlag af helsepersonale, heriblandt

hjemmesygeplejersker (ot.prp. nr.66 for 1981-82 s.32, jf. Kjønsstad 1990). Ved at indføre "vedtak" bliver disse afgørelser gjort mere formelle, og dette betragtes således som en styrke for begge parter i forhold til at fastholde aftalens indhold. Denne styrke har også sin baggrund i, at adgangen og behandlingen af klager er præciseret i Forvaltningsloven. Klagen skal først gå til et organ, som kommunestyret bestemmer, hvorefter den - med mindre den accepteres - går videre til fylkeslægen. Forvaltningsloven bruges både i forhold til "vedtak" om hjemmesygepleje hos en modtager (men også om tildeling af sygehjemsplads m.v.), men også f.eks. om "vedtak" i forhold til ansættelse af personale. I forvaltningsloven findes således regler for arbejdstvister (lov af 1927), om behandlingsmåden i forvaltningssager (lov af 1967), om arbejdsvern og arbejdsmiljø m.v. (lov af 1977), om personregistre m.m. (lov af 1978), om ferie (lov af 1988) m.fl. Indførelsen af disse "vedtak" samt klager indebærer imidlertid en betydelig udvidelse af det administrative arbejde; den enkelte afdeling tilføres således mere bureaukrati gennem (bl.a.) denne del af reformen.¹²

Samlet set tilfører kommunehelsereformen og sygehjemsreformen den hjemmebaserede omsorg betydningsfulde ændringer indholdsmæssigt, organisatorisk og administrativt.

Lov om sociale tjenester

Mens hjemmesygeplejen altså hører ind under lov om helsetjenesten i kommunerne, hører hjemmehjælpen derimod - omend ikke på samme klare måde - ind under lov om sociale tjenester af 13.12.91. Denne lov erstatter bl.a. lov af 5.juni 1964 nr.2 om social omsorg og før den den tidligere forsorgslov af 19.maj 1900 (først kaldet "fattigloven"). Den nye lov om sociale tjenester træder i kraft 1.1.93.

Et kort historisk tilbageblik giver indblik i, hvordan ansvaret for hjælpetrængende langsomt og gradvist flyttes fra det private til det offentlige. Fattigloven af 19.maj 1900 og lov om social omsorg af 1964 er to milepæle i denne udvikling. Indtil fattigloven trådte i kraft var ansvaret for hjælpetrængende først og fremmest placeret hos dem, som var arvtagere til den hjælpetrængende, og blev dette ikke overholdt, fik vedkommende straf. Havde den hjælpetrængende ingen slægt, som kunne hjælpe, var det bygdesamfundet som gennem en såkaldt "legdordning" var forpligtet til at give den hjælpetrængende husvære, mad og pleje.

¹² Noget, som ledelsen i mit hoveddistrikt klart bekræfter på flere af vore månedlige møder i 1995.

Den hjælpetrængende blev således sendt fra gård til gård. Efter fattiglovens indførelse var det kun børn, forældre og ægtefæller, som fortsat var ansvarlige (Kjønstad 1990, Nagel 1991). Efter 1964 indskrænkes ansvaret yderligere til kun at gælde forældre for deres børn indtil 18 års alderen (Kjønstad 1990). Børn har efter 1964 ingen retslige forpligtelser til at tage sig af sine forældre og ægtefæller imellem sig har ikke pligt til at give pleje eller personlig hjælp til den anden ud over almindeligt husarbejde. Det er imidlertid vigtigt her at være opmærksom på, at retslig pligt ikke behøver at være sammenfaldende med f.eks. moralsk eller emotionelt baseret pligt, hvilket i dette tilfælde giver sig udslag i, at familien eller andre nærtstående i praksis giver hjælp, som går langt ud over det, som de retsligt er forpligtet til.

I løbet af tiden fra århundredeskiftet og frem til nu er der altså udviklet et offentligt forsørgelsessystem, som dels består af folketrygden og dels består af tjenester, trygdeordninger og tjenesteydelser. Men alt for ofte associeres velfærdsstaten bare med den økonomiske hjælp, hvorved det overses, at velfærdsstaten faktisk har disse to sider (Ramsøy og Kjølørød 1986). Man kan nok heller ikke se bort fra, at tjenester som et mere kvalitativt fænomen er langt vanskeligere at forholde sig til end økonomisk hjælp som et trods alt mere kvantitativt fænomen, hvilket skyldes, at tildelingen af en tjeneste i højere grad end økonomisk hjælp er afhængig af et skøn. Dette diskuteres da også i forarbejdet til loven.

Fra forsorgsloven over lov om social omsorg til lov om sociale tjenester, findes altså en ændring i begrebet fra *forsorg* til *omsorg* til *tjenester*. Mens det først og fremmest er ønsket om at komme væk fra den stigmatisering, som specielt tidligere blev knyttet til det at få hjælp fra det offentlige, som står i fokus i overgangen fra "forsorg" til "omsorg", er det snarere vægtningen af omsorgsmottageren som både afhængig og uafhængig, som står i fokus i overgangen til nu at tale om "tjenester". Bagved denne sproglige ændring findes således en bevægelse fra en opfattelse af omsorgsmottageren som svag og passiv (en umyndiggjort) henimod en opfattelse af omsorgsmottageren som stadig mere ressourcestærk og aktiv.

Lov om sociale tjenester af 1991 betragtes i stor grad som en styrings- og samordningslov. Den skal ikke løse ideologiske problemer, men skal hjælpe med til at regulere kommuners og fylkeskommuners opgaver samt den enkeltes ret til tjenester (Sosialdepartementets rundskriv I-1/93).

"Formålet med denne loven er:

- a) å fremme økonomisk og social trykghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
- b) bidra til at den enkelte får mulighed til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv

og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre." (§1-1)

Hvor formålsparagraffen i loven om helsetjenester fokuserer på helse og sundhed, fokuserer loven om sociale tjenester altså på det så at si mere grunnleggende om økonomisk og sosialt trygge levevilkår og lighet i forhold til dette borgerne imellem. En annen forskjell er, at den ikke fokuserer på borgernes egne forpliktelse. Som det vil fremgå av det følgende, er kriteriet for at mottage en sosial tjeneste imidlertid endnu strengere end kriteriet for at få helsehjelp.

Om de sociale tjenester, står således nævnt følgende:

"De sosiale tjenester skal omfatte

- a) praktisk bistand og opplæring til dem som har **et særlig hjelpebehov** på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har **et særlig tyngende omsorgsarbeid**,
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,
- d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- e) lønn til personer som har **et særlig tyngende omsorgsarbeid**." (§4-2)
(Det er mine fremhævelser i lovteksten.)

....

"De, som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, **har krav på hjelp** (min fremhævelse) etter §4-2 bokstav a-d." (§4-3)

Sammenlignet med lov om helsetjenester, skal der altså findes et "særligt" behov for at få tildelt en sosial tjeneste, mens det er tilstrækkelig med et "nødvendig" behov for at få helsehjelp.¹³ En viktig forskjell er også, at hjemmesygepleje direkte nævnes som en af de tjenester, som kommunen har ansvar for findes, mens hjemmehjelp ikke nævnes eksplisitt, men kommer ind under "praktisk bistand". Skåre-udvalget¹⁴, det udvalg, som skulle udrede forslag til den nye sociallov, har følgende betragtninger over denne manglende konkretisering.

"Sosialtjenesten administrerer en rekke tjenester som ikke er nevnt i lov om sosial omsorg. ... Ulike tjenester i hjemmet finnes i praktisk talt alle kommuner.

Det kan reises spørsmål om den enkelte bør gis en *rett* til sosiale tjenester. Utvalget har imidlertid ikke gått inn for dette. Det er vanskelig å gi kriterier for hva som skal utløse retten, og enda vanskeligere å gi bestemmelser om hvor meget den

¹³ Det er ledelsen fra mit hoveddistrikt, som først gør mig opmærksom på denne vigtige formuleringsforskjell i de to love.

¹⁴ Sosialdepartementet udnævner dette udvalg i 1980. Udredningen offentliggøres i NOU 1985(18), Lov om sosiale tjenester m.v.

enkelte skal kunne kreve. Og da har det etter vor mening liten hensikt å si at den enkelte har en rett.

... Vi har derfor nøyet oss med å foreslå en forholdsvis generell oppregning av tjenester som skal finnes i hver kommune...

Dette utgangspunkt er supplert med bestemmelser som gir den enkelte rettigheter i mer konkrete situasjoner. For det første foreslår vi en rett til hjelp for den som ikke er i stand til å dra omsorg for seg eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. ..." (NOU 1985(18):16)

Man kan altså si, at en borger ikke har ret til tjenesten hjemmehjelp, men ret til at få hjelp, når vedkommende ikke kan klare sig selv. Med andre ord har kommunen ikke plikt til at have hjemmehjelpstjeneste, men plikt til at give den enkelte hjelp, hvilket imidlertid i praksis innebærer, at hjemmehjelpstjeneste i prinsippet finnes i alle kommuner. Kjønstad peger på, at der altså i modsætning til lov om helsetjenester ikke brukes en tilsvarende retsterminologi, når det gjelder sociale tjenester, selvom det er muligt at tolke "har krav på" som en rettighet og det i praksis må forstås sådan (Kjønstad 1991). Den såkaldte Fusa-sag¹⁵, som både handler om retten til hjemmehjelp og retten til hjemmesygepleje viser, at hvis forudsætningerne er tilstede, så findes en rettighed til begge dele, men den vil altid hvile på et skøn. Gjærevoll-udvalget udtaler følgende om dette:

"Et av de mest misbrukte uttrykk i dagens debatt er at "brukeren (pasienten, klienten) må få de tjenester en har *krav* på". Realitetene er at det er svært diffust og usikkert hva en har *krav* på (med unntak av en usikker minstestandard for økonomisk sosialhjelp og en usikker tolkning av hva som er "nødvendig helsehjelp"). Etter Høyesteretts behandling av den såkalte "Fusa-saken" står vi igjen med følgende konklusjon: Brukeren har rett til (krav på) *noe* hjelp, men det er ikke mulig å spesifisere hva dette "noe" omfatter." (NOU 1992(1):252)

Fusa-sagen viser iøvrigt også, at en omsorgsmottager ikke kan tvinges til at bo på institusjon, men har ret til at modtage hjelp i hjemmet. Når det gjelder muligheten for at klage, finnes også en klageadgang i lov om sociale tjenester, men her er det som nævnt fylkesmanden, der skal klages til og ikke fylkeslægen, fordi fylkesmanden har ansvar for

¹⁵ Fusa-sagen handler om en kvinne, som fødes i 1938 og fra to-årsalderen utvikler en muskelsykdom, der medfører, at hun bliver afhængig af kørestol fra 7-årsalderen. Hun dør i 1989. Det meste af livet bor hun hos sine forældre; fra 1971 får hendes mor løn som hjemmesygeplejerske og fra 1977 får hun også hjemmehjelp og husmorvikar. Da moderen går af med pension i 1983, tager Fusa kommune sagen op og beslutter først at lægge hende ind på en institusjon og dernæst (fordi hun ikke vil) at reducere både hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen betydelig. Sagen kommer for domstolene og er vist nok hidtil den eneste sag om ret til hjælp i hjemmene, som er kommet for retten (Kjønstad 1990).

hjemmehjælpstjenesten, mens fylkeslægen har ansvar for hjemmesygeplejen. Kjønstad peger på, at der faktisk ikke findes nogen saglig grund til, at der således findes forskellige sagsbehandlingsregler for hensholdsvis hjemmehjælp og hjemmesygepleje (Kjønstad 1990:77). Vigtigt for denne sammenhæng er også, at der findes særregler for hjælpeordninger i hjemmet (Stortingsmelding nr. 120 (1980-81)) og at disse ikke er direkte knyttet til loven om sociale tjenester, hvorfor det har været hævdet, at en borger ikke kan påberåbe sig ret til hjemmehjælp ud fra lov om sociale tjenester, men ud fra disse særregler. Lov om sociale tjenester er altså en rammelov i den forstand, at den afsætter rammerne for hjælp til trængende, men den præciserer ikke indholdet af f.eks. tjenesten og den præciserer heller ikke kriteriet for at få hjælp. Den er derimod udformet med henblik på brug af skøn i hvert enkelt tilfælde. I tider med rigelige ressourcer, kan dette være et gode for borgerne. Når der bliver tale om knappe ressourcer, vender billedet imidlertid. Derfor finder Kjønstad det nødvendigt at skelne mellem et principielt retskrav i den ene ende og i den anden ende en rettighed til at konkurrere med andre om knappe ressourcer (Kjønstad 1990).

Det har været et karakteristisk træk for ældreomsorgen de sidste år 10-15år, at den i stigende grad er præget af knappe ressourcer, og før kommune- og fylkestingsvalget i 1995 og stortingsvalget i 1994, er ressourcerne til ældreomsorgen da også et vigtigt debattema. Det fremgår af loven om planlægning af helse- og socialtjenesten i kommunerne, at kommunen må tage hensyn til sine ressourcer:

"For å sikre befolkningen en best mulig sosialtjeneste og helsetjeneste innen rammen av de foreliggende og påregnelige ressurser, skal det i en hver kommune utarbeides en plan for sosiale tjenester og helsetjenesten." (Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene, §2).

For denne sammenhæng bliver disse knappe ressourcer altså vigtige, fordi de indebærer, at dette skøn i forhold til tildeling af tjenester bliver endnu vigtigere. Det er åbenbart, at en fortolkning af udtrykket "særlig nødvendig" i knappe ressource-tider vil måtte blive strengere, men samme tendens vil også gælde retten til "nødvendig helsehjælp". Indenfor ældreomsorgen er det således først og fremmest retten til at konkurrere om knappe goder, som er den aktuelle type rettighed.

De knappe ressourcer har bl.a. medført, at egenbetalingen de sidste år har fået en øget betydning som supplerende finansieringskilde for helse- og socialtjenesterne (Olsen og Solem 1993); egenbetalingen er således stigende. På dette punkt har hjemmehjælp og hjemmesygepleje (lovmæssigt) faktisk nærmet sig hinanden. I begge love findes nu hjemmel

for at tage betaling for hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

"For hjælp fra kommunens hjemmesygepleie kan kommunen kreve at mottaker betaler vederlag innenfor de rammer som er fastsatt i forskrift." (Lov om helsetjenester, §2-3)

"Kommunen kan pålegge den som mottar tjenester etter denne loven, å dekke kostnadene helt eller delvis." (Lov om sosiale tjenester, §11-2)

Mens egenbetaling har været praktiseret længe indenfor hjemmehjælpstjenesten, er dette først indført for hjemmesygeplejen fra 1991. Kommunerne har imidlertid frihed til selv at definere ordningen nærmere, og de har også frihed til at undlade at kræve betaling for hjemmesygepleje.¹⁶ I 1992 var der således kun 44% af kommunerne, som krævede egenbetaling for hjemmesygepleje (Olsen og Solem 1993). Indholdsmæssigt varierer indbetalingen mellem timebetaling og abonnementsordninger, og disse abonnementsordninger kan enten indeholde både hjemmehjælp og hjemmesygepleje eller bare en af delene. Der findes således forskellig praksis fra kommune til kommune. I Bergen kommune har man hidtil valgt ikke at tage betaling for hjemmesygepleje, men kun for hjemmehjælp.¹⁷ Diskussionen går imidlertid mod muligheden for senere at indføre en abonnementsordning, som både dækker hjemmehjælp og hjemmesygepleje, da der allerede nu viser sig en del praktiske problemer med på den ene side at samordne hjemmehjælp og hjemmesygepleje, også i forhold til den enkelte omsorgsmottager, og på den anden side kun at tage betaling for den ene type tjeneste. En abonnementsordning, der gælder hjemmehjælp, indføres i løbet af 1996 i Bergen kommune.¹⁸

Samlet set kan det derfor siges, at der lovmæssigt set kun findes et svagt grundlag for at samordne hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

¹⁶ Indenfor hjemmehjælpstjenesten har dette været praktiseret meget længe; spørgsmålet om at fjerne egenbetaling er ikke aktuelt.

¹⁷ *Satserne for egenbetaling i Bergen kommune pr. 1. jan. 1995:*

Indtægt inkluderet trygd	Pris pr.mdr.	Timesats
0-76.152	0kr.	0kr.
76.153-114.228	140kr.	35kr.
114.229-152.304	300kr.	75kr.
over 152.305	380kr.	95kr.

¹⁸ Der betales en fast pris uafhængig af, hvor meget hjælp, den enkelte får, men får den enkelte mindre end 4 timer hjælp pr. måned, betaler vedkommende i stedet en timepris. (Rådmannens budsjettforslag 1997, "Hvordan bør Bergen kommune bruke pengene til neste år?", Bergen kommune.)