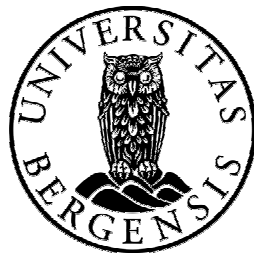


Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger?

**En studie som beskriver og forklarer helsepersonell sine handlinger i
hjemmesykepleien - i et praxeologisk perspektiv og med Bourdieus praktikk- og
feltteori - og begrepene habitus, posisjon, disposisjon og posisjoneringer som
analytiske verktøy**



Ann Kristin Berge Akselberg
Masteroppgave i helsefag - sykepleievitenskap
Forskergruppen Praxeologi
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Universitetet i Bergen
Våren 2012

FORORD

Forskning kan sees på som et håndverk. For å bli en habil forsker kreves øvelse og dyktige læremestere. For min del har læretiden vært en berikelse. Forskergruppen med Karin Anna Petersen, Jeanne Boge og Staf Callewaert i spissen, har gjennom et åpent og inkluderende miljø bidratt til nye og alternative perspektiver på hvordan samfunnet kan iakttas. Jeg vil takke dem for det. Spesielt vil jeg rette en takk til Staf Callewaert og Karin Anna Petersen som mang en gang har lest gjennom utkast og kommet med tilbakemeldinger som har bidratt til ytterligere refleksjoner.

Velvillighet og åpenhet fra sentrale aktører i - og i relasjon til det observerte hjemmesykepleiedistriktet har vært en forutsetning for at jeg kunne gjennomføre studien. En stor takk rettes derfor til kommunen og hjemmesykepleiegruppen som var arena for mine observasjoner - og en spesiell takk til de tre ansatte som innviet meg i sitt arbeid, og tanker omkring dette. Deres velvillighet var helt avgjørende for det rike datamaterialet som jeg fikk tilgang til.

Jeg vil også takke mine studievenner som gjennom koselige lunsjpauser og kaffepauser både har bidratt til å øke mitt intellektuelle refleksjonsnivå, og beriket mitt liv forøvrig. Det har vært veldig givende og jeg vil komme til å savne våre samtaler.

Til slutt vil jeg takke dem som står meg nærmest, min familie. En spesiell takk til min søster Gro, for å ha lest korrektur og kommet med gode råd - og til min kjære Jan Vidar som har gitt meg den støtten som jeg har trengt, og stilt ekstra opp på hjemmebane i perioder.

Innhold

1.0 Introduksjon med presentasjon av forskningsspørsmålet	8
2.0 Studiens teoretiske forankring	9
2.1 ONTOLOGISKE OG EPISTEMOLOGISKE ANTAGELSER	10
2.2 TEORETISKE BEGREPER SOM BENYTTES I OPPGAVEN	11
2.3 FORSKNING SOM ER BENYTTET I STUDIEN.....	13
3.0 Metodologisk fremgangsmåte med etiske refleksjoner	17
3.1 VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	17
3.2 UTVALG.....	18
3.3 INNSAMLING AV EMPIRI	19
3.3.1 Innsamling av empiri ved ikke-deltakende observasjon	20
3.3.2 Etiske betraktninger rundt gjennomføringen av observasjonsstudiet	22
3.3.3 Innsamling av empiri ved intervjuer	24
3.3.4 Etiske betraktninger rundt gjennomføringen av intervjuene	25
3.4 STUDIENS GYLDIGHET	26
4.0 Analyse av empiri	27
FØRSTE DEL AV ANALYSEN	28
4.1 SOSIOANALYSE.....	28
4.1.1 Forskerstudentens disposisjoner	28
4.2 UTVIKLINGSTREKK I MEDISINSK-, ØKONOMISK- OG POLITISK HISTORIE I NORGE FRA 1850-1982.....	35
4.2.1 Det norske samfunnet fra 1850-1918.....	36
4.2.2 Det norske samfunnet fra 1918-1940.....	40
4.2.3 Det norske samfunnet etter 1945.....	42
4.3 HJEMMESYKEPLEIEN I ET FELTPERSPEKTIV	50
4.3.1 Hjemmesykepleiens posisjon i forhold til det politiske felt.....	52
4.3.2 Hjemmesykepleiens posisjon i forhold til det medisinske felt.....	58
4.3.3 Posisjoner innad i hjemmesykepleien.....	66
ANDRE DEL AV ANALYSEN	71
4.4 ORGANISERING, POSISJONER OG POSISJONERINGER I HJEMMESYKEPLEIEGRUPPEN	71
4.4.1 Refleksjoner rundt organiseringen, posisjoner og posisjoneringer i hjemmesykepleiegruppen, sett i lys av Bourdieus praktikkteori	73
4.4.2 Daglige rutiner på hjemmesykepleiegruppens kontor	77
4.4.3 Refleksjoner rundt daglige rutiner på hjemmesykepleiegruppens kontor, sett i lys av Bourdieus praktikkteori	79
4.5 OBSERVASJONER AV EN SYKEPLEIER, EN HJELPEPLEIER OG EN ASSISTENT.....	84
4.5.1 Sykepleierens praktikk og hvordan hennes handlinger formes	84
4.5.2 Hjelpepleierens praktikk og hvordan hennes handlinger formes	87
4.5.3 Assistentens praktikk og hvordan hennes handlinger formes.....	90
4.5.4 Refleksjoner rundt nøkkelinformantenes praktikk, sett i lys av Bourdieus praktikkteori	92
4.6 INTERVJU MED EN SYKEPLEIER, EN HJELPEPLEIER OG EN ASSISTENT	96
4.6.1 Sykepleierens beskrivelse av egen praktikk, og hennes ytringer og meninger om hjemmesykepleien som praksis	96

4.6.2 Hjelpepleierens beskrivelse av egen praksis, og hennes ytringer og meninger om hjemmesykepleien som praksis	101
4.6.3 Assistentens beskrivelse av egen praksis, og hennes ytringer og meninger om hjemmesykepleien som praksis	103
4.6.4 Refleksjoner rundt nøkkelinformantenes beskrivelse av egen praksis og av hjemmesykepleien som praksis	106
4.6.5 Nøkkelinformantenes disposisjoner	110
4.6.6 Refleksjoner omkring de nøkkelinformantenes disposisjoner, sett i lys av Bourdieus habitusbegrep.	115
5.0 Studiens avslutning	121
5.1 HVA HELSEPERSONELL GJØR NÅR DE UTFØRER HELSEARBEID I HJEMMESYKEPLEIEN	122
5.2 HVORDAN FORMES HELSEPERSONELLS HANDLINGER I HJEMMESYKEPLEIEN?	124
5.3 AVSLUTTENDE KOMMENTAR	127
Referanseliste.....	128
Vedlegg	132

Sammendrag

Studien retter søkelyset mot hjemmesykepleien som arbeidsplass, med fokus på de ansatte. Hensikten er å beskrive, forstå og forklare hva helsepersonell gjør når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan deres handlinger formes. Pierre Bourdieus teoretiske og metodologiske verktøy - og begrepene praktisk sans, habitus, og praktikk- og feltteorien benyttes for å søke svar på forskningsspørsmålet. Empiri er samlet inn, dels på bakgrunn av observasjoner i en hjemmesykepleiegruppe - og dels på bakgrunn av intervjuer med tre ansatte i gruppen. Historisk litteratur, lovverk og offentlige dokumenter benyttes også som kildemateriale.

I studien argumenteres det for at dagens hjemmesykepleie er et produkt av en nyliberalistisk ideologi, og at hjemmesykepleien er påvirket av - og underordnet både det medisinske felt og det politiske felt. Helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien utfører helsearbeid i henhold til vedtak fattet av forvaltningsenheten. Størstedelen av arbeidstiden består av brukerrettet arbeid ute i felten. Dette arbeidet består hovedsakelig av praktiske oppgaver innen pleie og behandling. Psykososiale oppgaver synes å være nedprioritert. En vesentlig del av arbeidstiden går med til transport mellom brukerne. De ansatte utfører også administrative oppgaver inne på hjemmesykepleiens kontor. Disse arbeidsoppgavene står imidlertid ikke skrevet på arbeidslistene, og det virker som det er opp til den enkelte ansatte selv å tilrettelegge arbeidsdagen, slik at de får utført denne typen oppgaver. Enkelte arbeidsoppgaver utføres av helsepersonell uavhengig av utdanning, mens andre oppgaver tildeles ut fra utdanningsbakgrunn og stilling.

Studien viser at hvordan informantene benytter sin «praktiske sans» og balanserer sine handlinger mellom krav fra dominerende instanser og krav som de stiller til seg selv, slik at det passer deres verdier og deres arbeidsdag. Studien viser også at mangel på tid ikke bare er en subjektiv følelse blant de ansatte, men at de faktisk er pålagt arbeidsoppgaver som gjør det umulig for dem å rekke over alt til ønsket tid. I studien argumenteres det for at informantene har en omsorgshabitus som medfører at de handler etter en annen logikk enn det politiske- og medisinske felts logikk. Omsorgshabitusen som er felles for de ansatte, baseres på disposisjoner fra deres sosiale bakgrunn. Men det argumenteres også for at de har individuelle habitusser som følge av at de har ulike sosial bakgrunn.

Nøkkelord: Hjemmesykepleie, helsepersonell, Bourdieu, habitus, praktisk sans, feltteori, praktikkteori.

Abstract

This study highlights the home nursing care as a workplace, with the employees in focus. The purpose of the study is to describe, understand and explain the actions of the health professionals when they carry out their tasks in the home nursing care – and how these actions are shaped. The theoretical and methodological tools of Pierre Bourdieu and the conceptions of practical sense, habitus, and the theory of practice- and field are used in order to answer the research questions. Empirical data has been collected, partly based on observations of a group of community care nurses, and partly based on interviews with three employees of this group. In addition, historical literature, legislation, and official documents have been used as source material.

The study argues that today's home nursing care is a product of a neo-liberalistic ideology, and that the home nursing care is influenced by, and subordinated both the medical and the political field. Health professionals in the home nursing care perform health work in accordance with resolutions from public administration. Most of the working hours consist of client based field work. This work mainly consists of practical tasks related to care and treatment. Psychosocial tasks seem to be given less priority. A considerable amount of the working hours is spent on transportation between the clients. In addition to this, the employees perform administrative tasks in the office. However, these administrative tasks are not given in the work description, and it seems like it is every employees own responsibility to organize the working day in order to carry out these kind of tasks. Some tasks are performed by health professionals regardless of education, while other tasks are assigned based on educational background and position.

The study shows how the informants use their practicality, and balance their actions between demands from the dominating authorities, and the goals they set for themselves in order to make their performance match their values and working day. The study also indicates that the lack of time reported is not solely a subjective feeling among the employees, but rather a consequence of the fact that the amount of work tasks imposed on the employees makes it impossible to carry through in the desired amount of time. The study argues that the informants hold a habitus of care which causes them to act

based on a different logic than the logic of the political and medical field. The habitus of care, which is mutual among the employees, is based on dispositions from their own social background. It is also argued that the employees possess individual habituses as a result of their different social backgrounds.

Key words: Home nursing care, health professionals, Bourdieu, habitus, practical sense, theory of field, theory of practice.

1.0 Introduksjon med presentasjon av forskningsspørsmålet

Denne studien retter søkelyset mot hjemmesykepleien som arbeidsplass med fokus på de ansatte.

I Norge ble rett til hjemmesykepleie lovfestet som kommunal helsetjeneste i 1982 ved «Lov om helsetjenesten i kommunene».¹ Enhver som har behov for nødvendig helsehjelp i sitt private hjem, har rett til vederlagsfri hjelp fra hjemmesykepleien i den kommunen hvor vedkommende bor eller oppholder seg midlertidig. Det er ingen øvre grense for hvor mange brukere² et hjemmesykepleiedistrikt skal kunne yte hjelp til og dette medfører at det kan være stor variasjon i arbeidsmengden. Brukergruppen er dessuten sammensatt, og selv om det hovedsakelig er eldre mennesker som trenger hjelp til dagligdagse gjøremål, omfatter helsetilbudet også palliativ omsorg, rehabilitering, oppfølging av psykisk syke mennesker og rusavhengige, helsehjelp til kronisk syke mennesker med et stadig økende hjelpebehov og tidsbegrenset helsehjelp til pasienter med midlertidig oppfølgingsbehov.

De senere år har det skjedd en markant økning av antall brukere som mottar hjelp fra hjemmesykepleien, noe som delvis kan forklares ut fra reformer og endringsprosesser i andre deler av helsevesenet, for eksempel nedbygging av aldershjem, mer poliklinisk behandling på sykehus, kortere liggetid på sykehus, samt en desentralisering av tilbudet til psykisk syke mennesker. I media skrives det med fete typer om syke og eldre mennesker som ikke får den hjelp de mener de har krav på, og mangel på kvalifisert helsepersonell omtales som et økende problem, spesielt i førstelinjetjenesten som hjemmesykepleien er en del av. Av helsepersonell selv, blir hjemmesykepleien gjerne rangert som en mindre prestisjefylt arbeidsplass enn for eksempel sykehus. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til senere i oppgaven. Likevel er det mange helsearbeidere som velger å arbeide i hjemmesykepleien. Jeg har selv tretten års erfaring som sykepleier hvorav seks år som sykepleier i hjemmesykepleien. For meg var det seks lærerike og utfordrende år, som var preget av endringsprosesser og stadig økende fokus på tidsbruk og økonomi - såkalt kostnadseffektiv drift. Jeg valgte å slutte i hjemmesykepleien, blant

1. «Lov om helsetjenesten i kommunene» er senere erstattet med Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 01.01.2012.

2. I hjemmesykepleien brukes betegnelsen «brukere» om mottakere av helsetjenestene.

annet fordi jeg mente at jeg ikke hadde tilstrekkelig tid til å utføre mine arbeidsoppgaver på den måten som jeg ønsket. Interessen for hjemmesykepleien som praksis er imidlertid fremdeles til stede, og dette er bakgrunnen for at jeg har ønsket å fordype meg i et tema som har sitt utspring i hjemmesykepleien som praksis.

Hensikten med studien er å *beskrive, forstå og forklare* hvordan helsepersonell i hjemmesykepleien former sin arbeidsdag innenfor de organisatoriske rammene de er underlagt. For å besvare forskningsspørsmålet som fremkommer i neste avsnitt, har jeg benyttet en teori om praktikk som er utviklet av den franske sosiologen Pierre Bourdieu. Bourdieus praktikkteori er et vitenskapelig studium av praktikernes praksis (Callewaert & Petersen, 1995), og hans mål var å bli klok på virkeligheten, ikke for å foreskrive praksis for praktikerne, men for å gi praktikerne en mulighet for å se virkeligheten på en ny måte slik at de selv kan reflektere over sin praksis (Hamann Johnsen, 1999 s. 54).

Mitt mål er at studien skal bidra til økt forståelse omkring hjemmesykepleien som praksis, og hvordan det kan være at helsepersonell utformer sin praktikk som de gjør. Dette munner ut i følgende forskningsspørsmål:

Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger?

2.0 Studiens teoretiske forankring

Studien inntar et praxeologisk perspektiv. Som mastergradsstudent er jeg tilknyttet forskergruppen praxeologi under veiledning av professor Karin Anna Petersen. Praxeologi defineres som empiriske og teoretiske studier av sosiale praktikker³ (Universitetet i Bergen) Petersen som også er min formelle veileder i denne studien, er en av de første Bourdieu kjennere i Norden som har hatt fokus på det medisinske felt. Professor emeritus Staf Callewaert, som er gjesteforeleser i forskergruppen - og en av Europas fremste Bourdieu kjennere, bidrar også i stor grad som veileder i denne studien. Jeg har med andre ord hatt en unik mulighet å dra nytte av deres ekspertise omkring den kjente sosiologen Pierre Bourdieus vitenskapelige arbeid og da spesielt det som er gjort

3. Praktikk defineres her som «det hver enkelt av oss gjør». All praktikk blir utøvd i en kontekst. Denne konteksten omtaler vi som praksis (Universitetet i Bergen).

innen for medisin, omsorg og pleie i Norden. På bakgrunn av dette har jeg latt meg inspirere av Bourdieu sin praktikk- og feltteori - og benyttet noen av hans teoretiske verktøy for å konstruere mitt forskningsobjekt.

2.1 Ontologiske og epistemologiske antagelser

Bourdieu tilhører den fransk historisk-epistemologiske forskertradisjonen. Å innta et historisk perspektiv i forhold til det feltet en studerer, samt forklare under hvilke samfunnsvilkår feltet oppstod, er et viktig bidrag for å bryte med doxa.⁴

Som følge av at jeg i likhet med mine informanter er et produkt av den sosiale verden (prekonstruert), må jeg i tillegg til å se historisk på feltet, reflektere over mitt eget utgangspunkt og spesielt min relasjon til forskningsobjektet (Prieur, Esmark, Sestoft, & Rosenlund, 2006). For Bourdieu var *refleksivitet* et essensielt verktøy for å kunne bryte med egen forforståelse. Ikke bare skal forskeren være *årvåken* i forhold til det som er gjenstand for forskning, forskeren må også rette blikket mot seg selv og reflektere over sin egen posisjon.

I den bourdieuske tradisjonen kreves det at forskeren setter parentes rundt prekonstruerte begreper og selv tar kontroll over forskningsobjektet og konstruerer dette (Willig, Hammerslev, & Arnholtz Hansen, 2009). En forutsetning for vitenskapens objektivisering er bruddet med det prekonstruerte. Men i følge Bourdieu må man også bryte med dette bruddet (med objektiveringen), slik at man får et dobbelt brudd. I den bourdieuske tradisjon oppnår en sannhet og virkeligheten først når en kombinerer objektivisering og de agerendes subjektive synspunkt på virkeligheten (Prieur, et al., 2006 s 234). Informantenes egne historier og synspunkter er derfor også viktig å sette søkelys på i denne tradisjonen.

4. Et felts doxa er en betegnelse på hva som ansees som spillereglene og den tause enigheten som finner sted i feltet (Kropp, 2009).

2.2 Teoretiske begreper som benyttes i oppgaven

I denne studien er habitus, den praktiske sans og felt sentrale teoretiske begreper som jeg vil bruke for å konstruere mitt forskningsobjekt. I det følgende gis en kort innføring i begrepene:

Habitus

Carsten Sestoft (Prieur, et al., 2006, kap.1) beskriver Bourdieus habitusbegrep⁵ som «*Det system av disposisjoner for å handle som en gjennom sin sosialisering har inkorporert*». Disposisjonene kan være mentale og kroppslige som for eksempel væremåte (språkbruk, klesmåte og bevegelsesmønstre), holdninger og tilbøyeligheter (Prieur, et al., 2006). Disposisjonene er ikke absolutte, det vil si at de *kan* benyttes, men at de ikke nødvendigvis behøver benyttes. Bourdieus teori om habitus (praktikkteorien) dreier seg med andre ord om at mennesker kroppsliggjør objektive sosiale strukturer som de fødes inn i og vokser opp under, og at disse ytre strukturene blir til indre strukturer, i form av hvordan vi tolker og inndeler verden. Det er disse indre strukturene som utgjør habitus (Prieur, et al., 2006).

Som mennesker erfarer vi alltid verden fra et bestemt ståsted. Kjønn, sosial bakgrunn, kultur, trosretning, tid og sted er noen av de faktorene som vil prege oss. Sestoft og Esmark (Prieur, et al., 2006) hevder at selv om habitus kan forandres gradvis av nye erfaringer, vil den habitus man har etablert gjennom den grunnleggende sosialiseringen i hjemmet i stor grad ligge til grunn for hvordan en erfarer verden senere i livet. En persons habitus avspeiler dermed foreldrenes og besteforeldrenes historie og sosiale posisjon. Habitus kan til en viss grad endres, men det skjer langsomt. I boka «*La Distinction*» fra 1979, viser Bourdieu hvordan valg som vanligvis sees på som individuelle og bestemt av smak eller overbevisning, i virkeligheten har en sterk sammenheng med sosial bakgrunn, og han viser hvordan menneskers kulturelle, sosiale og økonomiske disposisjoner korrelerer med den posisjon de har i samfunnet (Prieur, et al., 2006). Det vil si at bestemte posisjoner i et felt ofte viser seg å besittes av personer

5. Bourdieu er ikke den første som bruker dette begrepet. Ordet stammer fra latin og har tidligere blitt brukt av både Marcel Mauss, Norbert Elias og Erwin Panofsky (Prieur, et al., 2006, kap. 2).

med en bestemt habitus (Prieur, et al., 2006). En persons habitus kan ikke observeres, men kan rekonstrueres ved å observere den praktiske sans i handling.

Den praktiske sans

Bourdieu hevder at det et menneske kan si om sin handling vanligvis er noe helt annet enn sannheten om denne handlingen. Dette skyldes ikke et bevisst usant forhold til virkeligheten, men at handling er en praktisk logikk og derfor ikke lar seg verbalisere (Bourdieu 1980: 152, i Prieur, et al., 2006). Bourdieus tenkning går ut på at vi mennesker handler ut fra kroppsliggjorte disposisjoner (habitus) som settes i spill i sosiale felter (Prieur, et al., 2006). Mens den praktiske sans kan beskrives som en kroppsliggjort egenskap til å orientere seg på en viss måte, er habitus en teoretisk rekonstruksjon av den praktiske sans.

Karin Anna Petersen (Callewaert & Petersen, 1995) beskriver den praktiske sans som den aktiviteten håndverket er, i dette tilfelle pleie og omsorg. Hun beskriver videre den praktiske sans som ubevisst for den enkelte håndverker. Lorentzen (2004) beskriver den praktiske sans som en praktisk logikk, hvor praktikeren ikke handler etter foreskrevne regler, men i stedet etter innøvde handlingsorienteringer som fungerer som en innebygd guide, basert på ens habitus.

Felt

Feltteorien er sentral innen bourdieuinspirert forskning. Bourdieu definerer felt som «*et nettverk av objektive relasjoner mellom posisjoner*» (Bourdieu 1992:321, i Prieur, et al., 2006 :165). En posisjon er definert av en relativ kapitalform som skiller den fra andre posisjoner (Prieur, et al., 2006). Kulturell kapital (for eksempel formell utdanning), sosial kapital (slektskap og bekjentskap) og økonomisk kapital (økonomiske verdier) er eksempler på ulike kapitaler som kan virke inn og sammen øke den symbolske kapitalen (anerkjennelsen i et gitt felt). I følge Carsten Sestoft (Prieur, et al., 2006) kan feltteorien brukes til å begrepsliggjøre en avgrenset del av det sosiale rom, slik at det gir mening og blir mulig å studere systematisk. Ved å bruke feltteorien kan en for eksempel definere hvem som er del av feltet og således hvem som er aktuelle studieobjekter. Det å fokusere relasjonelt og se de enkelte delene av den sosiale virkeligheten ut fra den sosiale helheten er også et bourdieusk redskap som kan hjelpe forskeren å bryte med egen forforståelse (Willig, et al., 2009).

Som Bourdieu har vist gjennom ulike forskningsstudier foregår det kontinuerlige kamper i feltet, kamper som tar sikte på å forbedre og opprettholde posisjoner (Larsen, 2009). Noen posisjoner dominerer mens andre blir dominert. Sosial dominans handler om herredømme over persepsjonskategoriene og vurderingskriteriene for hvordan verden skal oppfattes og vurderes (Prieur, et al., 2006).

2.3 Forskning som er benyttet i studien

Det er gjort mange studier på feltet hjemmesykepleie, både i Norge og internasjonalt. Jeg har foretatt søk i Norart⁶, Google scholar, BORA⁷, SveMed⁸ og Bibsys. Jeg har også funnet aktuell litteratur ved å lese referanselister i ulike faglitteratur. Søk i overnevnte databaser indikerer imidlertid at hovedvekten av studiene omhandler forskning som retter seg mot intervensjoner i forhold til brukere, gjerne knyttet til ulike diagnoser som demens, palliasjon, KOLS etc. Det synes for meg som om langt færre studier retter fokus mot personellet som arbeider i hjemmesykepleien – studier som har til hensikt å studere praksis for å forstå og forklare praksisen slik den *faktisk er*.

Jeg vil i det følgende presentere forskning som er relevant i forhold til min studie fordi den på ulike måter belyser temaet « Helsepersonell i hjemmesykepleien ».

Marianne Hamann Johnsen (1999) sin kandidatavhandling søker forklaring på sykepleiernes handlinger i et hjemmesykepleiedistrikt i Danmark ved hjelp av Bourdieus praksisteori. Hensikten med studien var å undersøke hvilke oppgaver sykepleierne i hjemmesykepleierne ivaretok og hva som gjorde dem frustrerte. Empiri ble innhentet ved hjelp av ikke-deltakende observasjonsstudier og intervju med to sykepleiere, samt dagboksnotater fra seks andre hjemmesykepleiere.

Studien konkluderte med at manglende tid var et stort problem for sykepleierne. Hamann-Johnsen hevdet at sykepleierne gikk på akkord med seg selv fordi de gjerne ville rekke over alt og samtidig ha et åpent, personlig og dypt kjennskap til alle brukere. Hamann Johnsen mente også at de høye kravene som sykepleierne stilte til seg selv,

6. En database som inneholder referanser til artikler fra ca. 450 norske og nordiske tidsskrifter og årbøker.

7. BORA er UIB sitt digitale arkiv som inneholder vitenskapelig materiale produsert ved institusjonen.

8. SveMed+ inneholder referanser til nordiske artikler innen det medisinske felt.

kombinert med opplevelsen av ikke å ha tilstrekkelig tid, medførte at sykepleierne slet med dårlig samvittighet og frustrasjon. Studien konkluderte også med at hjemmesykepleien som praksis i stor grad var regelstyrt, det vil si at sykepleierne visste inngående hva de skulle hjelpe den enkelte bruker med. Likevel ønsket sykepleierne at myndighetene kunne angi klarere retningslinjer for hva deres arbeidsoppgaver skulle bestå av, for dermed å hjelpe dem med å avgrense arbeidet.

Herdis Alvsvåg (1999) har studert ansatte og brukere i et hjemmesykepleiedistrikt i Norge sin hovedfagsoppgave i sosiologi. Hun fant, i likhet med Hamann- Johnsen, at helsepersonell i hjemmesykepleien først og fremst bidro med praktiske gjøremål og at de selv mente at det ble for liten tid til sosial kontakt. De ansatte selv ønsket å prioritere til de svakeste brukerne og ellers tildele hjelp etter behov. Dilemmaet for de ansatte syntes ut fra Alvsvågs betraktninger å stå mellom hensynet til brukernes behov for hjelp og omsorg på den ene siden og hensynet til kommunens stramme budsjett på den andre. Alvsvåg konkluderte blant annet med at helsepersonellet syntes å dreie fokus fra en omsorgsorientering og over mot en oppgaveorientering.

Siri Tønnessen (2011) har i sin ph.d. avhandling i sykepleievitenskap studert sykepleieres prioriteringer i hjemmesykepleien, basert på intervjuer med 9 brukere og 17 sykepleiere. I følge Tønnessen beskrev samtlige sykepleiere mangel på tid som en dominerende og begrensende faktor for å fremme omsorgsfull pleie, både fordi det ikke var tilstrekkelig tid til å dekke individuelle behov, men også fordi knapphet på tid medførte at fokus først og fremst ble rettet mot praktiske oppgaver. Også brukerne beskrev at medisinske behov ble ivaretatt, men at psykososiale behov ble nedprioritert. Samtlige brukere som ble intervjuet, mente at tjenestene dekket deres behov. De hevdet likevel at de ikke fikk individuelt tilpassede tjenester, fordi hjelpen ble gitt på hjemmesykepleiens premisser.

Tønnessen konkluderte med at ressursene i hjemmesykepleien ikke ble fordelt ut fra idealet om likhet og rettferdighet. Et av studiens funn var at brukere som stilte krav eller hadde pårørende som stilte krav, fikk mer ressurser enn de brukerne som ikke hadde noen som representerte dem. Også brukere som hadde hjelpsomme pårørende, fikk mindre hjelp, i følge Tønnessen. Sykepleierne fant situasjonen urettferdig og uetisk, men aksepterte den likevel for å unngå konfrontasjoner.

I forbindelse med sin masteroppgave, intervjuet Anita Grostøl (2009) syv sykepleiere som arbeidet i et hjemmesykepleiedistrikt, organisert ut fra en såkalt bestiller-utførermodell.⁹ Hensikten var å undersøke hvordan det oppleves å være sykepleier i en utførerrolle. I følge Grostøl hevdet de intervjuede sykepleierne at forvaltningsenheten lyttet til - og tok deres fagkunnskap med i betraktningen når de skulle fatte vedtak på hjelp av hjemmesykepleien. De mente også at den nye måten å organisere tjenesten på medførte at de nå fikk mer tid til brukerrettet arbeid som følge av at de i mindre grad enn før tok seg av det administrative arbeidet. Sykepleierne sa samtidig at de ofte brukte tid på å dokumentere forandringer slik at faktisk tidsbruk skulle samsvare med vedtakstid.

Ifølge Grostøl, skildret sykepleierne også et arbeid preget av krav om effektivitet, og i følge sykepleierne gikk dette på bekostning av kravet om god kvalitet på tjenesten. Sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket å kunne tilby helhetlig pleie og de ønsket seg mer tid hos den enkelte bruker, men dette fant de ikke rom for. De opplevde det lite tilfredsstillende å arbeide under det de mente var et stramt tidsskjema.

Førsteamanuensis Jörg W Kirchhoff (2011) har skrevet om yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. Artikkelen er basert på empiri innhentet ved hjelp av intervju med tre sykepleiere og tre hjelpepleiere i hjemmebaserte tjenester i Østfold. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge årsaker til, og mestring av yrkesrelatert stress. Begge yrkesgruppene rapporterte at opplevelsen av ansvar og redusert kvalitet på arbeidet var viktige stressfaktorer. Sykepleierne oppga opplevelsen av økt ansvar gjennomgående oftere som årsak til yrkesrelatert stress enn hjelpepleierne. Også hjelpepleierne oppga at opplevelsen av ansvar kunne bidra til stressfylte situasjoner, men denne yrkesgruppen mente at kollegialt stress, det vil si en oppjaget stemning blant arbeidskolleger, var en større kilde til yrkesrelatert stress. Begge yrkesgruppene mente at det å føle at en utfører pleien med dårlig kvalitet hadde stor betydning for opplevelsen av yrkesrelatert stress. De løftet frem tidspress og krav om effektivisering som faktorer som bidro til at de måtte redusere kvaliteten i helsehjelpen. De ansatte mente at de mestret arbeidet sitt ved

9. En bestiller- utfører organisering innebærer at kommunen har etablert en forvaltningsetat som blant annet behandler søknader om hjemmesykepleie. På bakgrunn av søknader og lovverk fattet forvaltningsetaten vedtak (bestilling) på den helsehjelpen som hjemmesykepleien skal bidra med (utføre).

å prioritere hva de selv mente var viktig fremfor hva som var pålagt dem av rammebetingelser.

Kristian Larsen som er professor ved avdeling for sykepleierutdanning ved HIO, har gjort en feltanalyse av det medisinske felt. Feltanalysen er blant annet inspirert av Albums (1991) studie av det sosiale hierarki blant leger og legestudenter, samt en studie som viste at arbeidsoppgavers anseelse i det medisinske felt avhenger av hvordan arbeidet konstrueres sosialt (Dahle 2005, i: Larsen, 2008). Ved hjelp av Bourdieus teoretiske begreper felt og kapital, har Larsen konstruert en feltskisse. Larsens feltskisse har vært sentral i konstruksjonsarbeidet i denne studien og blir derfor forklart relativt omfattende i det følgende.

Feltskyssene deles inn ved hjelp av en vertikal akse og en horisontal akse, der den vertikale aksene uttrykker total kapital (dominerende oppe og dominerte nede) og den horisontale aksene antyder hvilken kapital de ulike posisjonene besitter. På høyre pol plasserer Larsen økonomisk orienterte posisjoner, mens de kulturelle/vitenskapelig orienterte posisjonene plasseres på venstre pol (Larsen, 2008).

Larsen posisjonerer leger og kirurger i det øverste sjikt i det medisinske felt. Dette begrunner han med at de dominerer feltet og angir hvilken kapital som er ansett og relevant i feltet. Larsen hevder at leger og kirurger er virksomme i høyt posisjonerte institusjoner som tar vare på høyt posisjonerte (unge) pasienter. Med bakgrunn i annen forskning (Album, 1991), posisjonerer han pasientene med akutte sykdommer (spesielt i hjerne og hjerte) som lar seg behandle, i det øvre sjikt i det medisinske felt. Larsen hevder at høyt posisjonerte sykdommer behandles av høyt posisjonerte leger og /eller kirurger. De benytter høyt posisjonerte teknologier (laser, skalpell og legemidler) i behandlingen, og de baserte sine handlinger på høyt posisjonert viten (naturvitenskap og evidensbasert kunnskap)(Album, 1991; Larsen, 2008).

I midtre og nedre sjikt i det medisinske felt plasserer Larsen helsearbeidere og andre semiprofesjoner. Disse karakteriseres ved at de er virksomme i lavt posisjonerte institusjoner som tildeles ivaretagelsen av lavt posisjonerte og relativt gamle pasienter. Pasientene som har lavt posisjonerte sykdommer (kroniske sykdommer som ikke lar seg behandle) knyttes ofte opp mot denne typen institusjoner. Helsepersonell som arbeider i

disse institusjonene baserer, i følge Larsen, i stor grad sine handlinger på lavt posisjonert viten (erfaring og rutine) med lavt posisjonert teknologi (vaskeklut og håndkle)(Larsen, 2008).

Forskningen som er presentert i dette kapittelet, er kun en del av det vitenskapelige arbeidet som er benyttet i studien. Både teori, metode og historiseringen bygger på andre forskeres vitenskapelige arbeid.

De forskningsstudiene som jeg har presentert over, belyser helsepersonells praktikk i hjemmesykepleien. Til tross for at det er tolv år mellom første og siste forskning ble slutført, beskriver de ansatte både før (i 1999) og nå (2011) en arbeidsdag som er preget av tidsnød, fokus på effektivisering og et ønske om å yte mer omsorgsfull og behovsbasert pleie.

3.0 Metodologisk fremgangsmåte med etiske refleksjoner

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for den metoden som er brukt for innhente data. Det vil også bli reflektert rundt etiske overveielser.

3.1 Valg av forskningsdesign

For å få svar på min problemstilling om hva helsepersonell gjør når de arbeider i hjemmesykepleien - og hvordan de former sine handlinger i praksis, har jeg foretatt en ikke- deltakende observasjonsstudie ved en hjemmesykepleiepraksis i en befolkningstett kommune i Norge. I løpet av ti dagvakter observerte jeg de ansatte i én av kommunens hjemmesykepleiegrupper. De første syv dagene forgikk observasjonene inne på hjemmesykepleiens kontor. Deretter fulgte jeg tre ansatte¹⁰ en hel arbeidsdag hver, for å observere hvordan de arbeidet. Etter endt observasjonspraksis, intervjuet jeg de tre, for å få en utdypende forståelse for den praksisen som jeg hadde observert, men også for å kunne danne et grunnlag for å konstruere deres habitus. Hensikten med å kombinere observasjoner med intervju, var at jeg ønsket å oppnå en nyansert fremstilling av praksis. En fremstilling som både rommet mine observasjoner - og samtidig ble beriket av den enkelte ansattes uttrykk for egne holdninger og synspunkt i forhold til den

10. En sykepleier, en hjelpepleier og en ufaglært assistent.

praksis de er en del av.

For Bourdieu var det vesentlig å studere både den subjektive og objektive virkelighet, samt forholdet mellom dem, og det er grunnen til at jeg har valgt å kombinere metoder, i dette tilfelle intervju og ikke-deltakende observasjon.

I tillegg til observasjoner og intervju, har jeg studert dagsaktuell og historisk litteratur som omhandler hjemmesykepleien og utviklingen av helsevesenet og det norske samfunn for øvrig. Hensikten med det har vært å få et overblikk over historiske utviklingstrekk som kan tenkes å ligge til grunn for den måten helsepersonell i hjemmesykepleien arbeider på og former sine handlinger ut fra. Jeg har konstruert fremveksten av hjemmesykepleien som subfelt til det medisinske felt og det politiske/byråkratiske felt (historisering og feltkonstruksjon). Jeg har også søkt å reflektere rundt mitt eget utgangspunkt og forsøkt å konstruere det sted som jeg taler fra (sosioanalyse). Hensikten med konstruksjonsarbeidet har vært å bryte med praktikernes selvforståelse samt min egen forforståelse, for derved å oppnå størst mulig grad av objektiverende blikk.

3.2 Utvalg

I hjemmesykepleien jobber sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere¹¹, studenter og ufaglærte assistenter.¹² Første del av observasjonsstudiet (de første syv dagene) inkluderte jeg alle som var på vakt til ulike tider i mitt nærvær. Jeg ønsket ikke å ekskludere noen da det i et bourdieusk perspektiv er interessant å studere relasjoner mellom alle de ansatte i personalgruppen.

I den bourdieuske tradisjonen skal forskeren selv velge ut informanter fordi forskeren i henhold til denne tradisjonen aktivt skal konstruere forskningsstudien. I tråd med anbefalinger fra forskere som arbeider i den bourdieuske tradisjon (Hansen, 2009),

11. Hjelpepleier- og Omsorgsfagutdanningen forsvant med innføringen av Kunnskapsløftet (utdanningsreform anno 2006/2007) og ble erstattet med Helsearbeiderfag (Glasø & Høgskolen i Akershus. Avdeling for yrkesfaglærerutdanning, 2009).

12. Ufaglærte assistenter omtales i det videre for ”assistenter”.

valgte jeg ut tre nøkkelinformanter¹³ som jeg antok at kunne bidra til å belyse ulike aspekter i mitt forskningsspørsmål. Jeg ba om tillatelse til å følge dem én arbeidsdag hver, med påfølgende intervju (vedlegg 4). Bakgrunnen for at jeg valgte disse tre, var dels at de var til stede flere av de innledende observasjonsdagene, og dels at de virket komfortable med min tilstedeværelse og at de tilsynelatende ønsket å snakke med meg. Det var også et sentralt poeng at jeg ønsket å observere og intervju ansatte med ulik *posisjon* i hjemmesykepleien. I den skriftlige forespørselen som ble rettet til én sykepleier, én hjelpepleier og én assistent, spurte jeg om å få følge dem en hel arbeidsdag samt intervju dem i ettertid. Alle tre ga sitt samtykke.

Brukerne av hjemmesykepleien har ikke vært i fokus i dette studiet, men noen brukere ble likevel berørt fordi jeg fulgte med nøkkelinformantene ut i arbeidsfeltet. Jeg hadde på forhånd fått nødvendige tillatelse fra de berørte (vedlegg 5), og ettersom brukere med diagnosen demens kan ha vanskeligheter med å forstå hva et eventuelt samtykke innebærer, valgte jeg å ekskludere denne brukergruppen. Av samme grunn ekskluderte jeg også andre brukere med redusert samtykkekompetanse, som for eksempel psykisk utviklingshemmede og brukere med alvorlige sinnslidelser.

I utgangspunktet hadde jeg planlagt at lederne i gruppen kunne bistå meg med å formidle forespørsler til brukerne slik at de var informert i god tid før jeg kom. Gruppeleder mente imidlertid at dette ville bli for arbeidskrevende, og besluttet derfor at nøkkelinformantene måtte informere hver enkelt bruker om studien, samt be om tillatelse til at jeg kunne være til stede under oppdraget. Forespørsler til aktuelle brukere ble således organisert ved hjelp av, og i samråd med nøkkelinformantene.

3.3 Innsamling av empiri

Før jeg tok kontakt med etatsjef for hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen, søkte jeg Regional etisk komité (REK) om tillatelse til å gå i gang med prosjektet. I følge REK var ikke prosjektet fremleggingspliktig (vedlegg 9). Jeg søkte derfor Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om nødvendige tillatelser, hvoretter prosjektet ble godkjent (vedlegg 8). Jeg tok deretter telefonkontakt med etatsjef for

13. Begrepet «nøkkelinformant» brukes i det videre om disse tre, for å skille dem fra resten av personalgruppen som har betegnelsen «informanter». I forbindelse med intervjuene omtales nøkkelinformantene også i henhold til den posisjon de har.

hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen. Hensikten var å informere om at jeg innen kort tid ville komme til å sende en skriftlig forespørsel om deltakelse i et mastergradsprosjekt som omhandlet hjemmesykepleie. Etatsjefen stilte seg positiv og en kort prosjektbeskrivelse med samtykkeskjema ble sendt per e-post (vedlegg 1). I utgangspunktet hadde jeg planlagt at jeg ville ta kontakt med soneleder i et vilkårlig hjemmesykepleiedistrikt i den aktuelle kommunen så snart samtykkeskjemaet fra etatsjefen forelå. Samtykket kom imidlertid per e-post etter få dager, sammen med navn og telefonnummer til en soneleder, som hun ba meg ta kontakt med. Jeg ringte sonelederen for å presentere meg, samt informere om at jeg kom til å sende skriftlig informasjon/forespørsel med påfølgende informasjonsmøte om ønskelig (vedlegg 2). Jeg la også ved et informasjonsskriv som skulle deles ut til samtlige ansatte i hjemmesykepleiegruppen (vedlegg 3). I den skriftlige forespørselen til soneleder ba jeg om at hun vurderte en eventuell deltakelse i samråd med de ansatte. Soneleder godkjente deltakelsen i prosjektet og ba meg om å ta telefonkontakt med en bestemt gruppeleder i en av sonens grupper. Jeg ringte deretter gruppeleder i den aktuelle hjemmesykepleiegruppen for å avtale tidspunkt for første observasjonsdag.

Etableringsprosessen med hjemmesykepleiedistriktet som skulle være base for mine observasjoner, gikk ikke helt som jeg på forhånd hadde tenkt. Jeg hadde i utgangspunktet sett for meg at jeg skulle ha innflytelse i forhold til hvilken hjemmesykepleiegruppe som ble forespurt. I praksis ble det etatsjefen og en soneleder som tok denne beslutningen. Jeg kan ikke utelukke at dette har hatt betydning for de empiriske funn, idet man må holde muligheten åpen for at ledelsen kan ha kanalisert meg til et bestemt hjemmesykepleiedistrikt som de ønsket å sette søkelys på, og dette er en potensiell bias.

3.3.1 Innsamling av empiri ved ikke-deltakende observasjon

Intensjonen med å benytte observasjon som metode, var at jeg antok at observasjoner av en hjemmesykepleiepraksis ville gi meg et grunnlag for å beskrive og forklare hva helsepersonell gjør i hjemmesykepleien, samt legge et grunnlag for å forstå hvordan deres handlinger formes.

Jeg antok at min bakgrunn som sykepleier i hjemmesykepleien kunne anvendes som en ressurs i studien, ettersom jeg allerede kjente hjemmesykepleien som arbeidsplass, og på forhånd hadde dannet meg en oppfatning om hva helsepersonell i hjemmesykepleien gjør i sitt arbeid. Samtidig kunne dette være en bias fordi det kunne virke som en forstyrrende forforståelse. Bourdieu har gjennom flere tiår som forsker, utviklet ulike forholdsregler for å justere disse problemene, blant annet er refleksivitet et sentralt virkemiddel. Jeg forberedte meg ved at jeg forsøkte å skape distanse til det feltet som jeg skulle studere med en forskers blikk. Refleksjon over egen posisjon og bakgrunn (sosioanalyse) var én metode som jeg arbeidet med for å fremprovosere et brudd med min forforståelse. Jeg arbeidet også med historisk litteratur for å konstruere frem det medisinske felts historie i Norge i moderne tid, med spesielt fokus på hjemmesykepleiens forhistorie og opprinnelse (historisering). I tråd med Larsens (2009) anbefalinger la jeg også mye arbeid i prosessen med å utforme en observasjonsguide. Intensjonen var at observasjonsguiden, som var basert på et teoretisk fundament, skulle hjelpe meg med å styre blikket mitt og holde fokus (vedlegg 6).

Larsen (2009) har presentert flere forslag til hvordan en kan forsøke å bryte med det feltet en har til hensikt å studere. Han anbefaler blant annet at forskeren velger ikke-deltakende observasjon dersom han/hun allerede er kjent med det feltet som er gjenstand for forskning. Jeg valgte å følge anbefalingen, nettopp for å forsøke å etablere en viss avstand til informantene og det feltet som jeg skulle observere.

Bourdieu's metodologiske verktøy var implementert i observasjonsguiden da jeg gikk i gang med observasjonsstudiet. Relasjoner, posisjoner, posisjoneringer og hva de ansatte *faktisk* gjør i arbeidet sitt, var stikkord som jeg forsøkte å styre blikket mot. I løpet av observasjonspraksisen, skrev jeg fortløpende feltnotater og tegnet feltskisser. Med bakgrunn i empiriske funn, foretok jeg en feltanalyse av den observerte hjemmesykepleiepraksisen.

Observasjonsstudiet og intervjuene fant sted i løpet av våren 2011. Observasjonene foregikk på dagvakter, og bakgrunnen for dette var at det erfaringsmessig er mest aktivitet i kontorlandskapet i løpet av dagvaktene. Blant annet foregår all møteaktivitet og aktiviteter i kontorlandskapet utelukkende på dagtid, i tillegg til at ledelsen kun er til

stede på dagtid. Som mastergradsstudent uten økonomiske støtteordninger så jeg meg nødt til å begrense tiden jeg brukte på å samle inn min empiri. I samråd med min veileder, valgte jeg derfor å bruke ti virkedager til observasjoner av de sosiale praktikker som utspilles i praksis. Første del av observasjonsstudiet, det vil si de første syv dagene, tilbrakte jeg i hjemmesykepleiens lokaler, for å få anledning til å observere hva som foregikk der. Jeg ønsket blant annet å observere relasjoner mellom ansatte, samt studere hva ansatte i ulike posisjoner gjorde og hvordan de utformet sin praktikk. I hjemmesykepleien møtes de ansatte i hovedsak kun når de er i kontorlokalene, derfor anså jeg observasjoner i kontorlandskapet som viktige.

I utgangspunktet ønsket jeg lesetilgang til rapporter om brukergruppen for å se hvilke kategorier av brukere (for eksempel kreftsyke, terminale, kronisk syke etc.) den enkelte ansatte var i kontakt med. Jeg søkte REK om fritak fra samtykkekrav fra den enkelte bruker for å kunne lese slike rapporter. REK Vest innvilget imidlertid ikke dispensasjon fra samtykke og jeg fikk derfor ikke anledning til å lese rapporter om brukerne i distriktet. Jeg deltok imidlertid på morgenrapportene, og fikk dermed et innblikk i hva som ble ansett som viktig å rapportere.

I andre og siste del av observasjonsstudiet (de siste tre dagene) fulgte jeg med de tre nøkkelinformantene ut i felten¹⁴, for å observere hva de gjorde og hvordan de utformet sitt arbeid og sin arbeidsdag. Fokuset var rettet mot å få et dypere innblikk i den enkelte ansattes arbeidsdag, ut fra den posisjonen den ansatte hadde i gruppen.

3.3.2 Etiske betraktninger rundt gjennomføringen av observasjonsstudiet

I den skriftlige forespørselen til soneleder, la jeg ved et informasjonsskriv som skulle deles ut til hver enkelt ansatt. Hensikten med informasjonsskrivet var å informere om prosjektet, samt presentere meg selv og min bakgrunn, slik at den enkelte kunne vurdere et eventuelt samtykke på bakgrunn av den informasjonen som var gitt. Selv om jeg anmodet soneleder om å vurdere forespørselen i samråd med de ansatte, var det praktisk problematisk for ledelsen å ta en avgjørelse i samråd med *alle* berørte. Jeg var derfor ytterst bevisst på hvordan de enkelte ansatte syntes innstilt til meg. Jeg forsøkte å holde

14. Begrepet «felten», henviser i denne oppgaven til alle arbeidsoppgavene som foregår utenfor hjemmesykepleiens kontor, i all hovedsak oppdrag i brukers hjem.

meg i bakgrunnen og henvendte meg ikke til ansatte som virket ubekvem med min tilstedeværelse. Som ikke-deltakende observatør var det svært viktig at de ansatte hadde kjennskap til min rolle som observatør. Ved enkelte anledninger opplevde jeg kommentarer fra de ansatte, for eksempel: «Skriver du om oss nå?» Som svar på slike kommentarer, understreket jeg at jeg ikke var til stede for å bedømme, men for selv å lære gjennom observasjon. Jeg forsøkte så langt det var mulig, å være bevisst min egen fremtoning ved å være rolig og imøtekommende.

Ved at jeg henvendte meg skriftlig til de ansatte om ba om tillatelse til å følge dem, forelå det et potensielt dilemma i forhold til om den forespurte følte seg presset til noe som hun egentlig ikke ønsket. Dette var jeg bevisst på, og jeg valgte derfor ansatte som tilsynelatende virket komfortabel med min tilstedeværelse. For å redusere et eventuelt forventningspress, valgte jeg selv å legge forespørselen i de ansattes posthyller slik at ledere og kollegaer ikke visste hvem som ble forespurt.

Da jeg fulgte nøkkelinformantene ut til deres brukere, ble hver enkelt bruker bedt om samtykke i å delta i prosjektet ved at jeg fikk bli med inn til dem. Hjelpetrengende mennesker er ofte sårbare og kan være engstelige for negative konsekvenser, for eksempel dersom de avstår fra å delta i en studie. Dette var jeg særlig bevisst på da jeg utformet informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen. Forespørselene til de aktuelle brukerne ble organisert ved hjelp av, og i samråd med nøkkelinformantene. Nøkkelinformantene informerte brukerne om at det var frivillig å delta i studien. Ved to tilfeller ønsket ikke brukerne at jeg skulle være til stede, og jeg ventet da ute i bilen. For øvrig var mitt inntrykk at nøkkelinformantene foretok fortløpende vurderinger basert på skjønn samt de eksklusjonskriterier som jeg hadde forelagt dem.

I de tilfellene jeg fikk tillatelse til å bli med inn til brukerne, håndhilste jeg og presenterer meg, men ut over det holdt jeg meg i bakgrunnen for å observere relasjonen mellom nøkkelinformanten og bruker. En og samme bruker var ikke gjenstand for observasjon mer enn maksimalt tre ganger.

3.3.3 Innsamling av empiri ved intervjuer

Som nevnt under punkt 3.2. er det i den bourdieuske forskningstradisjonen forskeren selv som velger ut aktuelle deltakere til sine intervju. I mitt tilfelle valgte jeg ut fra hvem *jeg* mente kunne bidra med å belyse forskningsspørsmålet. Bourdieu selv valgte alltid intervjudeltakere bevisst ut fra et visst kjennskap til den aktuelle personen (Glasdam, 2007). I denne studien intervjuet jeg de tre nøkkelinformantene som jeg i forkant hadde observert ute i felten.

Jens Arnholtz Hansen (2009) understreker viktigheten av at de som skal intervjues, på forhånd er innforstått med hensikten med intervjuet slik at de får forberedt seg mentalt og slapper av under intervjuet. Dette rådet var jeg meg bevisst. Allerede på slutten av observasjonsdagen med hver av nøkkelinformantene, gav jeg en orientering om den praktiske gjennomføringen og hensikten med det forestående intervjuet. Det at jeg hadde vært til stede i lokalet i ti dager, spist lunsj med dem og fulgt dem en hel arbeidsdag, vil jeg anta bidra til en avslappet atmosfære under intervjuet. Samtlige intervju fant sted innen to uker etter at jeg hadde observert nøkkelinformantene. Intervjuene foregikk i etterkant av lunsjen (og til dels i lunsjen). Vi benyttet det eneste ledige rommet i tilknytning til hjemmesykepleiens lokaler, hvilket var frisørens/fotpleierens lokale. Selve rommet var på ingen måte koselig og innbydende, slik det etter metodologiske anbefalinger bør være, men rommet lå avsondret, så vi ble ikke forstyrret av de øvrige ansatte.

Jeg la opp til løst strukturerte intervju, og jeg benyttet en intervjuguide basert på det teoretiske fundamentet som forskningsstudien for øvrig bygger på (vedlegg 7). Hensikten med intervjuguiden var å bidra til å styre samtalen og holde fokus. Etter anbefalinger fra forskere i den bourdieuske tradisjonen, forsøkte jeg å fastholde den teoretiske konstruksjonen under intervjuet, men likevel passe på å gi rom for nøkkelinformantenes uttalelser (Hansen, 2009).

Under intervjuet forsøkte jeg å få et innblikk i nøkkelinformantenes disposisjoner, hva de oppfattet som viktig og attraktivt i hjemmesykepleien og eventuelt i det medisinske feltet for øvrig. I følge Hammerslev (Hammerslev, 2009) er det viktig å fremskaffe informasjon om sosial bakgrunn og individuelle valg dersom en har til hensikt å undersøke feltets hierarkiske oppbygning.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert innen én uke etter at intervjuene var foretatt. Jeg har lyttet og lest gjennom intervjuene opptil flere ganger i ettertid, og synes selv at jeg har klart å inneha rollen som lyttende og «nøytral» intervjuer. Jeg har i stor grad latt nøkkelinformantene fortelle det de har på hjertet, og min erfaring er at det også er da samtalene har glidd best. Ved enkelte anledninger har jeg stilt spørsmål som jeg i etterkant har vært kritisk til, for eksempel fordi spørsmålene har vært for snevre eller ledende. I disse tilfellene har min erfaring vært at jeg har fått mindre gode og utfyllende svar.

3.3.4 Etiske betraktninger rundt gjennomføringen av intervjuene

I forkant av intervjuene forsøkte jeg å redusere et eventuelt forventningspress om å delta ved at jeg leverte forespørselen i de ansattes posthylle. Tanken bak dette var at de forespurte da kunne få bedre tid til å vurdere deltakelse, samtidig som jeg antok at det ville være lettere å avslå enn dersom vedkommende hadde blitt spurt ansikt til ansikt. Utfordringen var at de ansatte ikke sjekket posthyllene sine jevnlig. Jeg så meg derfor nødt til å tipse dem om at det lå en forespørsel i posthyllen. Det gikk likevel tilsynelatende problemfritt og alle tre ga sitt samtykke.

Bourdieu var opptatt av at en intervjuer skulle være bevisst sin posisjon. Siden det er forskeren, (i dette tilfelle jeg som student), som setter dagsorden og styrer samtalen, er det forskeren som har makten. Bourdieu kalte dette dilemmaet for symbolsk vold. Han erkjente at det var umulig å eliminere den symbolske volden, men understreket likevel viktigheten av å forsøke å minimere skjevhetene mellom intervjuer og nøkkelinformanten (Glasdam, 2007).

Under intervjuet var jeg bevisst på den makten som fulgte med min rolle som forsker. Jeg forsøkte så godt det lot seg gjøre å redusere ubalansen i dette maktforholdet, blant annet ved at jeg inntok en lyttende og aksepterende fremtoning, hadde et hverdagslig språk, og ved at jeg forsøkte å ha et bevisst forhold til hvordan jeg formulerte mine spørsmål.

3.4 Studiens gyldighet

En gjennomiktig forskningsprosess er avgjørende for å kunne påberope vitenskapelig kvalitet i sin forskning. Dette er bakgrunnen for at jeg har gjort inngående rede for den metodologiske fremgangsmåten og de den praktiske gjennomføringen av studiet i kapittel 3.0 til 3.4.

Bourdieu angir ingen klar metodologisk fremgangsmåte for hvordan forskeren bør håndtere sin empiri. Det sentrale i den bourdieuske tradisjon, er derimot at forskeren arbeider aktivt for å bryte med den praktiske sans; både i forhold til egen posisjon og informantenes posisjon (Glasdam, 2007). Dette begrunnes med antagelsen om at alle mennesker betrakter verden ut fra den posisjon de innehar, også forskeren. Kritisk refleksivitet er av den grunn et sentralt vitenskapelig analytisk verktøy, også i denne studien. I kapittel 4.0 beskrives hvordan jeg har gått fram i forsøket på å fremprovosere et slikt brudd, med den intensjon at prosessen skal fremstå som transparent.

Som mastergradsstudent har jeg sett meg nødt til å foreta visse avgrensninger som følge av krav som masterprogrammet angir både i forhold til tidsbegrensning og begrensning i selve oppgavens lengde. Det empiriske materialet er begrenset i forskningssammenheng, det vil si:

- Ti observasjonsdager i én hjemmesykepleiegruppe i én norsk kommune
- Tre intervju, med henholdsvis én sykepleier, én hjelpepleier og én assistent, hvor samtlige er etniske norske kvinner i førtiårene, med barn.

Det understrekes at studien ikke påberoper å være representativ for helsepersonell i hjemmesykepleien generelt, ei heller for alle norske hjemmesykepleiepraksiser. En masteroppgave er primært en metodologisk oppgave og intensjonen min har således først og fremst vært å studere én bestemt hjemmesykepleiepraksis ved hjelp av et metodologisk verktøy. Jeg har valgt Bourdieus praktikkteori og feltteori som innfallsvinkel for å finne svar på mine forskningsspørsmål.

4.0 Analyse av empiri

For Bourdieu var det et mål at en ved hjelp av teori konstruerte en situasjon som gjenspeilet virkeligheten (Glasdam, 2007). Jeg har brukt Bourdieus teoretiske begreper gjennom hele forskningsprosessen, og i analysedelen av studien vil hans begreper bli knyttet opp mot min empiri. Hensikten er å konstruere hjemmesykepleien som praksis for derigjennom å beskrive og forklare hva helsepersonell gjør når de arbeider i hjemmesykepleien - og forstå hvordan deres handlinger formes. Avslutningsvis vil jeg reflektere rundt andre del av forskningsspørsmålet: *Hvordan formes deres handlinger?*

I først del av analysen vil jeg konstruere det aktuelle forskningsobjektet. Innledningsvis gjør jeg rede for min forskerposisjon. Deretter presenterer jeg et sammendrag av den historiske utviklingen i Norge fra 1850 og frem til hjemmesykepleien ble lovfestet i 1982. Hensikten med denne historiske gjennomgangen er dels å vise under hvilke betingelser hjemmesykepleien oppstod, men også for å se om historisering kan gi et grunnlag for å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at helsepersonell i hjemmesykepleien former sine handlinger som de gjør i dag. Til slutt konstruerer jeg feltet som hjemmesykepleien virker i, for å illustrere hjemmesykepleiens plass i forhold til samarbeidende aktører. Felteorien benyttes også til å posisjonere de ansatte som intervjues og observeres i hjemmesykepleien slik at jeg får synliggjort ulike posisjoner i praksis. Jeg støtter meg her til Kristian Larsens forskning og betraktninger omkring temaet (Larsen, 2008, 2009). Historiseringen er også viktig å trekke inn for kunne forstå og forklare hjemmesykepleiens plass som subfelt i det medisinske felt.

Når man skal presentere sin forskning er det viktig å innta et «fugleperspektiv» for å se feltstrukturene og forandringene, og samtidig zoome inn for å vise i detaljer med fokus på enkeltindividet hvordan forandringene skjer og hvordan de forskjellige posisjonene ser ut (Willig, et al., 2009). I andre del av analysen søker jeg derfor å zoome inn og presentere min empiri i form av observasjoner og intervju. Jeg beskriver hva tre observerte nøkkelinformanter gjør - og hvordan deres handlinger formes. Ved hjelp av intervju med disse tre, forsøker jeg å få tilgang til posisjoneringer, samt disposisjoner som kan bidra til å forklare deres måte å orientere seg på. Formålet med intervjuene innenfor den bourdieuske tradisjon er å finne ut av den posisjonen de intervjuede

nøkkelinformantene inntar i det sosial rom, som grunnlag for en teoretisk forståelse og forklaring av deres handlemåte (Glasdam, 2007).

FØRSTE DEL AV ANALYSEN

4.1 Sosioanalyse

Den bourdieuske tradisjon legger til grunn at vår *forhistorie* påvirker våre holdninger og handlinger. Det vil si at individets sosiale arv setter seg i kropp og sinn og gir visse disposisjoner i forhold til hvordan man orienterer seg i verden. Av den grunn vil jeg i det følgende presentere en sosioanalyse av min person med den hensikt å beskrive mitt eget ståsted. Rekonstruksjonen er ikke først og fremst opptatt av mine tanker, meninger og innstillinger til forskningsobjektet, men av den plassen og posisjonen som jeg inntar, ut fra en antagelse om at dette vil kaste lys over mine holdninger og synspunkt omkring grunntanker i det private og profesjonelle liv - herunder i studien (Petersen, 1998; Willig, et al., 2009). Ved å foreta en analyse av min egen person, vil jeg forsøke å oppnå økt bevissthet omkring mitt eget utgangspunkt slik at jeg kan bryte med/korrigere egen forforståelse og derigjennom forsøke å konstruere en mer objektiv studie. Helt objektiv vil den dog ikke kunne bli i og med at jeg selv er et produkt av den verden jeg lever i.

4.1.1 Forskerstudentens disposisjoner

I 1999 ble jeg uteksaminert sykepleier ved Diakonissehjemmets høyskole Haraldsplass, tjuefem år gammel. Inntil jeg begynte i forskergruppen Praxeologi ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, UIB, har jeg antatt at mine utdannings- og yrkesvalg har vært styrt av tilfeldigheter. Denne antagelsen samsvarer dog ikke med Bourdieus syn på hva som ligger til grunn for våre valg. Jeg vil derfor gjøre rede for min egen - og min slekts historie for å se om det fins strukturer som kan forklare mitt valg av utdanning og arbeidsplass, samt mitt nåværende ståsted som masterstudent ved Universitetet i Bergen, hvor jeg studerer en yrkesgruppe og et arbeidsfelt som jeg tidligere har vært en del av.

Før jeg begynte på sykepleieutdanningen hadde jeg rukket å bli mor til et barn på åtte måneder. I studietiden giftet jeg meg – og etter endt sykepleierutdannelse fikk jeg ytterligere to barn. Som gift trebarnsmor på trettisyv år, har jeg nå tretten års erfaring

som sykepleier, samt ett års kveldskurs innen administrasjon og ledelse, i tillegg til at jeg er nå i ferd med å avslutte et masterprogram i helsefag. Arbeidserfaringen min spenner fra arbeid med akutt syke barn på sykehus til arbeid med blant annet eldre og kronisk syke mennesker i hjemmesykepleien. De siste fire årene har jeg arbeidet et pasienthotell, der både pasienter og pårørende regnes som gjester.

Spørsmålet er om det er tilfeldigheter og frie valg på «alle hyller» som har ført meg dit jeg befinner meg i min utdannelses- og yrkeskarriere, eller har mine valg vært basert på avgrensede muligheter i samspill med orienteringer som fra slekten har lagt seg i mitt sinn?

Slekten min både på mors- og farssiden kom fra vestlandske bondesamfunn. Samtlige av mine oldeforeldre etablerte seg rundt hundreårsskiftet, og levde i likhet med cirka sytti prosent av den norske befolkningen på landsbygda. De var religiøse (kristne) mennesker som livnærte seg av gårdsdrift og fiske. I tillegg hadde tre av fire av mine oldefedre bijobber og skaffet familien ekstrainntekter gjennom arbeid utenom gårdsdriften. Kvinnene styrte hjemmet, passet barn og pleiet syke slektninger.

Hos mine besteforeldre fant det sted en endring i livsgrunnlaget. Ingen av dem livnærte seg av jordbruk og fiske. Bestefedrene mine skolerte seg og det samme gjorde min farmor. Dette kan sees i sammenheng med de samfunnsmessige endringene som fant sted i Norge rundt 1900-tallet. Endringene i livsgrunnlaget skyldtes i stor grad den gradvise urbaniseringen som følge av industrialiseringen. I kjølvannet oppstod andre behov og nye muligheter.

Min farfar som kom fra en liten avsidesliggende gård i Sogn, tok artium. Å få mulighet til å gå på gymnas på 1920-tallet var nok heller uvanlig, spesielt i et bondesamfunn og i en tidsepoke som var preget av økonomisk nød. For eksempel var det 1151 menn som fullførte eksamen artium på landsbasis skoleåret 1925/26 (av om lag 135 000 menn i alderen 15-19 år) (Statistisk Sentralbyrå, 2010a). Det er vanskelig å si hvorfor farfar fikk denne muligheten, men det er mulig at hans far som hadde sommerjobb som portier ved et eksklusivt hotell med gjester fra inn- og utland, kan ha sett at hans to sønner ville få en best mulig fremtid gjennom utdanning.

Min farmor var eneste datter i en familie på åtte. I følge henne selv visste hun helt fra sine barndomsår at hun ville bli sykepleier. Dette til tross for at hun ikke hadde erfaring med å pleie gamle og syke mennesker fra sitt barndomshjem. Farmor beskriver sin vei mot sykepleierutdannelsen som målrettet og basert på egne valg. Hun ble verken oppmuntret eller holdt tilbake. Ved å låne 750 kroner av en onkel som hadde vært i Amerika og lagt seg opp litt penger, fikk hun finansiert utdannelsen. Som følge av at hun hadde skaffet seg økonomisk kapital og det var et utdannelsesstilbud i Bergen som lå en dagsreise med båt unna, var *mulighetene til stede* for at hun kunne utdanne seg til sykepleier.

Farmor og farfar traff hverandre under krigen. Da krigen var over, giftet de seg og fikk siden tre barn. Farmor som hadde hatt en drøm om å utdanne seg videre til jordmor, skrinla denne drømmen da de stiftet familie. Hun fortsatte imidlertid å jobbe som sykepleier ved den lokale aldersheimen. Hennes svigermor flyttet sammen med det nygifte paret til et mindre industrisamfunn på Vestlandet da farfar fikk jobb som ligningssjef der. Hun bodde sammen med dem resten av sitt liv.

Det at begge mine besteforeldre på farssiden hadde utdanning og det at begge fortsatte å arbeide etter at de stiftet familie, gjør dem til noe utenom sin tid, tatt i betraktning at de kommer fra et vestlandsk bygdesamfunn. Til sammenlikning viser tall fra Statistisk Sentralbyrå at kun tjue prosent av menn og ti prosent av kvinner hadde utdanning utover grunnskolenivå på denne tiden, og at over 74-76 % av kvinnene i yrkesaktiv alder ikke var i lønnet arbeid på femti- og sekstitallet (Statistisk Sentralbyrå, 2010b).

Min mormor var den eneste av mine besteforeldre uten formell utdanning, men hun startet tidlig i lønnet arbeid; først som «taus» (tjenestepike) og siden som oldfrueassistent (tilsvarende nåtidens husøkonom) på det lokale sykehuset. Til tross for at mormor trivdes godt i jobben, sluttet da hun giftet seg og stiftet familie. Reiseveien ble for lang og da morfar mente at det ikke svarte seg økonomisk at hun var i arbeid, ble hun hjemmeværende med ansvar for deres to barn. Morfar forsørget familien samtidig som han utdannet seg til skipsmaskinist i byen. Denne utdannelsen ga ham gode økonomiske framtidsutsikter. Etter endt utdanning fikk han jobb som chief i utenriksfarten, han tjente bra, men var bortreist i lange perioder. Derfor var det mormor som tok seg av omsorgen for barna og stelte hjemmet.

Felles for mine forfedre er altså at de kommer fra enkle kår der samholdet i familien tilsynelatende har vært viktig. Det kan virke som om det har vært viktig for dem å sørge for og hjelpe hverandre opp og frem både økonomisk og praktisk. Familiene har lagt til rette for at barn og ektefeller skulle få anledning til å utdanne seg og gjøre yrkeskarriere. På denne måten fikk de mulighet til å øke familiens økonomiske, kulturelle og sosiale kapital.

Mine foreldre giftet seg i 1970 da de var tjuefire år gamle, og i løpet av de neste fire årene fikk de to barn og ble således en typisk syttitalls kjernefamilie. Til tross for at syttitallet var likestillingens tiår, var det far som var hovedforsørger. Parallelt med fulltidsarbeid gikk han på kveldsskole i fem år. Som utdannet foretaksøkonom, fikk far jobb i det private og arbeidet seg oppover internt i bedriftene han var ansatt i - og som barn fikk vi alltid høre om viktigheten av en utdanning. Det milde men vedvarende presset om utdanning begrunnet mine foreldre med egen erfaring som viste at ansatte med lav utdanning tapte kampen om de beste jobbene.

Mor, som før hun fikk barn hadde arbeidet full stilling i den lokale banken, måtte si opp jobben som bankansatt da min eldre søster kom til verden. I likhet med *sin* mor, ønsket hun å fortsette i jobben, men mulighetene for barnehageplass var små og barselpermisjonstiden var kun tre måneder. Mor ble derfor hjemmeværende med meg og min søster i syv år. Det ble aldri diskutert hvorvidt hun skulle utdanne seg etter at familien var stiftet. De så ingen muligheter for det, både fordi de hadde det knapt økonomisk, men også fordi det var vanskelig å få barnehageplass. I ettertid har hun gitt uttrykk for at hun opplevde dette urettferdig og som et offer.

Mor beskriver samholdet blant husmødrene i nabolaget som avhjelpende. De passet hverandres barn, både for å hjelpe, men også av økonomiske grunner. Noen kvinner var i arbeid, mens andre hjemmeværende mødre passet deres barn. Når en kvinne gikk ut i barselpermisjon, anbefalte hun gjerne en nabokvinne til sin stilling og slik hjalp de hverandre opp og frem. Det var slik mor omsider fikk anledning til å begynne i lønnet arbeid igjen i 1981. Siden den gang har hun arbeidet i ulike offentlige instanser, først som sekretær og siden som saksbehandler. I dag besittes de tilsvarende stillingene av godt skolerte mennesker som sosionomer, statsvitere og jurister. Mors utdanning

inneholdt foruten syv år på grunnskole; ettårig framhaldsskole, to år på realskole, samt ett år på en såkalt kontorlæringskole. I tillegg tok hun bankakademi på korrespondanse.

Jeg vokste altså opp i et gjennomsnittlig middelklassehjem i et tiår med store samfunnsendringer, blant annet i forhold til kvinners rettigheter. Av den grunn har jeg hatt andre valgmuligheter enn mine formødre. Mine foreldre stilte krav om at jeg skulle ta artium, men etter fullført gymnas flyttet jeg hjemmefra, tok kurs i anatomi og treningslære og fikk jobb ved et helsestudio. Jeg flyttet raskt sammen med min ungdomskjæreste som jeg i dag er gift med - og allerede to år senere - i en alder av tjueen år - fikk vi vårt første barn. Etter tre år i arbeidslivet begynte en misnøye å gjøre seg gjeldende. Var det mine foreldres råd om viktigheten av utdanning som slo inn? Eller kanskje begynte jeg å innse at jeg ikke trivdes i en posisjon hvor jeg ikke kunne stille krav? Uansett ga 1990-årenes velferdssamfunn meg muligheten til å ta en utdanning til tross for at jeg hadde stiftet familie. Jeg tenker da særlig på diverse økonomiske støtteordninger fra Staten, barnehageplass, samt et samfunn som oppmuntret kvinner til å utdanne seg og gå ut i arbeidslivet. Dette var faktorer som ga meg muligheter som mine forgjengere ikke har hatt. Utdanningsvalget var likevel ikke uten begrensninger. Jeg innså at jeg måtte velge en utdanning som ville sikre meg jobb og at det ikke burde ta for mange år før jeg kunne bidra med inntekt til familien. Sykepleien virket således praktisk med en treårig utdanning hvor jeg var sikret arbeid i ettertid. Før jeg takket ja til tilbudet om plass ved Diakonissehjemmets høgskole (jeg kom ikke inn på Haukeland Sykepleiehøgskole), rådførte jeg meg med min familie for å søke bekreftelse på at jeg kunne klare det. Både mine foreldre, min mann og min søster, som selv studerte til jurist ga meg den mentale støtten som jeg trengte for å gå i gang med studiet.

Få måneder etter endt utdanning fikk vi barn nummer to. Jeg arbeidet nattevakter i to år ved Barneklubben for å samkjøre arbeidet med min mann som jobbet fulltid i turnus, og trivdes godt med det. Men etter hvert ønsket jeg å jobbe dagtid. Med to voksne i turnusarbeid var det vanskelig å fortsette på Barneklubben ettersom arbeidstidene ikke passet med åpningstidene i barnehagen. Derfor falt valget på en deltidsstilling i den lokale hjemmesykepleien. Jeg ble i hjemmesykepleien i seks år. Disse årene har lagt grunnlaget for mange av mine refleksjoner rundt sykepleie som yrke - og refleksjoner rundt statens versus familiens rolle i det å hjelpe gamle og syke personer. Ikke minst har

det lagt grunnlag for min undring omkring det jeg har sett i praksis som sykepleier; nemlig at ansatte former arbeidet sitt så ulikt. Og jeg har stilt meg selv spørsmålet; hvordan kan det ha seg at de utformer sin helsefaglige rolle på så ulik måte?

I løpet av tiden jeg arbeidet i hjemmesykepleien førte interessekonflikter og stadige kamper mellom personer og yrkesgrupper innad i personalgruppen til at jeg ble frustrert. Samtidig tiltok følelsen av at jeg var i ferd med å undergrave etiske og faglige idealer til fordel for en følelseløs og automatisert sykepleieidentitet. Dagene ble for meg ensartede og forutsigbare og jeg trengte forandring. I permisjonstiden etter barn nummer tre, tok jeg spranget og sa opp stillingen i hjemmesykepleien etter å ha søkt og fått stilling som resepsjonist med sykepleiefaglig bakgrunn ved et pasienthotell.

I dag, etter noen år borte fra min tidligere arbeidsplass i hjemmesykepleien, har frustrasjon gått over til nysgjerrighet. Nysgjerrighet omkring hvordan det kan ha seg at helsepersonell har så ulikt syn på helsefaglige spørsmål og hvordan det kan ha seg at de tenker og handler så ulikt. Selv var jeg en sykepleier i arbeidsgivers tjeneste. Med det mener jeg at jeg innfant meg med praksis slik den var - jeg var kanskje ikke alltid enig med tingenes tilstand, men jeg forsøkte likevel å gjøre det beste ut av arbeidsdagene. Dette innebar at jeg arbeidet raskt og effektivt og baserte mine gjøremål på brukerens vedtak som ble fattet av kommunens forvaltningsorgan.

Tilbake til jobbskiftet: Etter noen måneder som nattevakt ved pasienthotellet kombinert med jobben som trebarnsmor, begynte behovet for faglig utvikling å gjøre seg gjeldende. Dragingen mot forandring og personlig utvikling resulterte i at jeg igjen hoppet på utdanningskarusellen i 2008, denne gang i form av masterprogram i helsefag. Utdanningsvalget kom etter anbefaling fra en venninne som selv tok denne utdannelsen. På det tidspunktet hvor jeg skulle velge utdanningsløp, var det endringer ved avdeling for sykepleievitenskap. Endringene innbefattet utskiftning i lærergruppen, samt strukturelle endringer. Som mastergradsstudent i helsefag skulle jeg nå velge mellom tre forskergrupper; hvorav en gruppe var knyttet opp mot livskvalitet, mens en annen gruppe var knyttet opp mot global helse og en tredje gruppe var knyttet opp mot praxeologi. Forskergruppen «Global helse» virket interessant og eksotisk. Men med min bakgrunn som trebarnsmor, bosatt i en bygd utenfor Bergen hvor jeg har bodd hele mitt liv, anså jeg denne forskergruppen som å ligge utenfor min rekkevidde. Forskergruppen

for livskvalitet betegnet seg selv som en forskergruppe som befattet seg med såkalt «kvantitativ» metode. I løpet av det første halvåret i studiet ble vi introdusert for kvantitativ metode, og det appellerte ikke til meg. Forskergruppen Praxeologi som var etablert under veiledning av den nyansatte professoren Karin Anna Petersen, fremstod derimot som et interessant alternativ, og den åpne og inkluderende atmosfæren i forskergruppen føltes betryggende. Dette var vurderingene som lå litt grunn for at jeg omsider bestemte meg for å skrive masteroppgave om helsepersonells handlinger i hjemmesykepleien, med en praxeologisk tilnærming.

Callewaert har skrevet en bok om Bourdieus habitusbegrep og praktikkteori (Callewaert, 1992). I boken forklarer han teoriens utgangspunkt; nemlig en grunntanke om at vi mennesker har begrensninger i våre valgmuligheter, dels som følge av at vi har inkorporert visse tilbøyeligheter til å orientere oss i verden som følge av vår sosiale arv, og som følge av strukturer i det samfunnet vi lever i. Etter å ha skrevet om min forhistorie og reflektert over mine utdannings- og yrkesvalg i et bourdieusk perspektiv, kan det synes som om valg som jeg hittil har betraktet som tilfeldige, kanskje i virkeligheten ikke er det. I likhet med mine formødre, har jeg handlet i tråd med de forventningene og de mulighetene som samfunnet har tildelt meg som mor, ektefelle og kvinne. Like selvsagt som det var at mine oldemødre og til dels bestemødre skulle arbeide i hjemmet og ha hovedomsorgen for familien, like selvsagt synes det å være at jeg, en kvinne født i likestillingens tiår *ikke* skulle bli i hjemmet, men utvikle mine evner og bidra med lønnsinntekter til familien (men da som deltidsarbeider siden det er til beste for familien). I likhet med mine formødre har jeg utfoldet meg innenfor de rammene og mulighetene samfunnet har gitt meg og de forventningene familien har hatt til meg. Jeg valgte yrke ut fra hva jeg trodde var til beste for familien, og jeg valgte i likhet med mine formødre et tradisjonelt kvinneyrke sett i forhold til min sosiale bakgrunn. Men som min biveileder Staf Callewaert påpeker; slik jeg fremstiller min livsbane og min sosiale arv, kan det virke som om veien mot en mastergrad i sykepleie på forhånd var lagt ut fra mine disposisjoner og livsbane, og det er ikke tilfelle. Min sosioanalyse må sees i sammenheng med at jeg som masterstudent i forskergruppen praxeologi har forsøkt å leve opp til den bourdieuske tradisjonens tese om at vår sosiale arv ligger lagret i våre kropp. Det kan synes som om veien frem til min posisjon som snart uteksaminert sykepleier med mastergrad har vært ukomplisert og lett tilgjengelig.

Det er imidlertid ikke tilfelle. For meg har veien opplevdes som lang, arbeidsom og er trolig mer nyansert enn hva som kommer til uttrykk i denne studien.

Jeg har vist noen trekk i min forhistorie som jeg mener kan indikere noen habituelle disposisjoner. Det å stille krav til refleksjoner rundt egen person, har vært krevende og lærerikt. Intensjonen med denne personlige beretningen har dels vært å fremprovosere et brudd med egen forforståelse, men også å gi leseren en mulighet til å gjøre seg opp en mening om mitt ståsted som forskerstudent.

I det følgende skisserer jeg noen utviklingstrekk i det norske samfunn fra 1850 og frem til hjemmesykepleien ble lovfestet i 1982.

4.2 Utviklingstrekk i medisinsk-, økonomisk- og politisk historie i Norge fra 1850-1982.

I den franske historisk-epistemologiske tradisjonen som Bourdieu hadde røtter i, er det å se historisk på feltet et sentralt hjelpemiddel for å bryte med egen forforståelse og dermed feltets selvsagthet (Willig, et al., 2009) - men et historisk tilbakeblikk er som også Hamann Johnsen påpeker (1999) viktig for å kunne forstå hvorfor hjemmesykepleien oppstod *historisk sett* - og hvordan det kan ha seg at hjemmesykepleien fungerer som den *gjør i dag*. Bourdieus praktikkteori tar utgangspunkt i at objektive livsvilkår virker strukturerende på menneskers og gruppers habitus (Callewaert, 1992). Et historisk perspektiv kan dermed gi grunnlag for å forstå og forklare forskningsspørsmålene i denne studien.

Ved å lese norsk vitenskapelig litteratur - både medisinsk, antropologisk, politisk og om samfunnsutviklingen generelt de siste om lag 160 år, mener jeg å ha fått et innblikk i enkelte utviklingstrekk som kan tenkes å ligge til grunn for fremveksten av hjemmesykepleien og organiseringen av dagens hjemmesykepleie. Etersom jeg i stor grad har basert historiseringen på Aina Schiøtz medisinsk-historiske verk bind 2 (Schiøtz & Skaset, 2003), som går tilbake til Norge anno 1850, begynner også *jeg* der. Som jeg vil vise i det følgende er ikke perioden tilfeldig valgt fra Schiøtz side. Tiden rundt 1850 og fremover er nemlig industrialiseringens og urbaniseringens tidsepoke og jeg vil beskrive hvordan endringer i bosettingsmønsteret i Norge gradvis førte til samfunnsendringer og nye behov – også i helsevesenet.

Jeg beskriver først hovedtrekk i utviklingen av samfunnsstrukturer i tidsepoken 1850 og frem til første verdenskrig.

4.2.1 Det norske samfunnet fra 1850-1918

Industrialisering og endring i bosettingsmønsteret

Rundt 1850 var Norge et bondesamfunn der største parten av befolkningen levde sine liv på landsbygda og livnærte seg av jordbruk og fiske. Omsorg og pleie av eldre og andre svakere stilte var et familieanliggende, utformet som kår - eller legdesystem. Kårsystemet innebar at de gamle i familien hadde rett til å bo på familiegården og få mat, klær og hjelp i det daglige dersom de hadde behov for det. Eldre og svakere stilte mennesker som ikke hadde familie, måtte på legd, det vil si at de flyttet fra gård til gård hvor de ble ivaretatt i en avgrenset periode (Hauge, 2005).

Som ellers i Europa skjøt industrialiseringen etter hvert også fart i Norge. Dette førte til at befolkningen i løpet av de neste tiårene i økende grad flyttet fra landsbygda for å bosette seg i byer og tettsteder hvor arbeidsmulighetene var større. Fraflyttingen fra landsbygda førte til at det ble vanskeligere å basere «eldreomsorg» og hjelp til svakerestilte grupper på støtte fra slektskap og lokalmiljø. Derfor ble det opprettet fattiggårder som tok hånd om både gamle og unge som ikke klarte seg selv (Hauge, 2005).

Endringer i bosettingsmønster og forandringer i befolkningens livsgrunnlag førte også med seg andre store omveltninger i samfunnet. Én konsekvens var at den økende befolkningstettheten i byene i kombinasjon med dårlige sanitære forhold og levekår, førte til at smittsomme sykdommer raskt spredde seg raskere enn før (Schiøtz & Skaset, 2003). Datidens holdninger til syke mennesker var moraliserende. Sykdom ble sett på som biologisk determinert, og siden det ikke var samfunnets «skyld» at enkeltindividet ble sykt, så var det heller ikke samfunnets ansvar å ta vare på den syke. Frem til slutten av 1850-tallet var det da også politiet, en sentral aktør i embetsmannsstaten, som ledet det offentlige sunnhetsarbeidet i form av fokus på kontroll og moral (Schiøtz & Skaset, 2003).

Det medisinske felt styrker sin posisjon i det sosiale rom

De ulike epidemiene som herjet befolkningen gav imidlertid myndighetene hodebry, og da det viste seg at epidemiene spredde seg på tvers av samfunnslag, besluttet regjeringen i 1858 å vurdere landets sunnhetslovgivning (Schiøtz & Skaset, 2003).

Gjennom Sunnhetsloven av 1860 ble kommunenes ansvar for å opprettholde Sunnhetskommisjoner lovfestet. Kommisjonenes oppgaver innebar å fremme helse og fjerne sykdomsfremkallende faktorer, og legestanden som til nå hadde hatt en relativt svak posisjon i embetsstaten, fikk mer makt som følge av at de ble satt til å lede Sunnhetskommisjonene. (Johansen, 1996; Schiøtz & Skaset, 2003).

Schiøtz (2003) beskriver en begynnende endring i synet på myndighetens ansvar i forhold til befolkningens helse fra rundt 1850. Hun peker på flere årsaker til dette. Som nevnt var én grunn at epidemiene rammet alle befolkningslag. Epidemiene herjet på et tidspunkt der legestanden var i ferd med å etablere ny viten om sykdom og smitte. Ny kunnskap om hvordan epidemiene lot seg forebygge og begrense, medførte trolig at staten også innså at de kunne bidra til økonomisk gevinst, også til fordel for seg selv, ved å ta større ansvar for arbeiderne som tross alt var en viktig basis i industrien. Men skiftet skyltes også kollektivistiske, internasjonale politiske strømninger som fremholdt at fattigdom og sosiale problemer var strukturelle problemer som ikke lot seg løse uten hjelp fra det offentlige (Schiøtz & Skaset, 2003). Tanken om statlig innblanding og hensynstanken til samfunnets svakerestilte var nye tanker.

I de siste tiårene av 1800 tallet begynte arbeiderne gradvis å mobilisere mot arbeidsgivere og samfunnets elite. I 1882 ble det politiske partiet Venstre opprettet og en fikk dermed et politisk alternativ og nye oppfatninger omkring myndighetenes funksjon, og fem år senere ble ytterligere et politisk parti etablert som følge av arbeidernes mobilisering og selvorganisering - Det norske Arbeiderparti. Arbeiderpartiet arbeidet for arbeiderklassens sak og arbeiderklassen fremstod etter hvert som et stort fellesskap (Olstad, 2010).

I Norge er Venstrepolitikeren Johan Castberg en politisk skikkelse som er verd å trekke frem som pådriver for den nye ideologiske tankegangen. Castberg hadde en visjon om at staten burde verne om de svake og være klasseutjevner. Han ønsket et samfunn bygget på fellesvirke hvor staten skulle ta ansvar for de svake og der de sterke skulle

vide hensyn. Statlig styring av kapitalen var for Castberg ledd i etablering av det gode samfunn. Det var Castberg som fremsatte begrepet solidaritet som samfunnsideal i Norge (Olstad, 2010; Schiøtz & Skaset, 2003).

Som følge av en sterkere arbeiderbevegelse og politisk maktdreining bidro myndighetene etter hvert mer aktivt, blant annet gjennom å øke beskatningen og kanalisere mer penger til kommunale helseutgifter. Som følge av press fra venstrefløyen, innførte den norske stat ordningen med fastlønnede kommuneleger i 1914. Legene fikk dermed økt makt og anerkjennelse (Schiøtz & Skaset, 2003). En stadig økende etterspørsel etter helsetjenester medførte at legestanden etter hvert så behovet for egnede assistenter i sitt arbeid (Schiøtz & Skaset, 2003). De tradisjonelle ufaglærte «hjelpkonene» og «kloke konene» var etter legestandens syn ikke egnet til denne oppgaven. Diakonissene som ble introdusert i Norge fra midten av 1800-tallet var dannede, skolerte kvinner som derimot ble ansett som egnede assistenter for legene. Diakonissenes yrkesidentitet var tuftet på den kristne tradisjon der egeninteresse var fraværende. For diakonissene var det naturlig å være underordnet legens og prestens myndighet. Deres kall innebar å vise moderlighet og samtidig være legens og prestens medhjelpere. Arbeidet skulle være ulønnet og oppofrende kallsarbeid (Schiøtz & Skaset, 2003).

Ved hundreårsskiftet fantes det i Norge vel 400 diakonisser som hadde sin utdanning fra Diakonisseanstalten. Disse arbeidet i institusjoner som sykehus og menighetens egne institusjoner. I tillegg hadde anstalten utdannet sytti menighetssøstre som arbeidet på landsbygda i fattig- og sykepleien. Menighetssøstre hadde en allsidig funksjon som innebar alt fra stell av syke, gamle og fattige til søndagsskolevirksomhet, samt assistanse til husstander med mange barn. Lønns- og driftskostnader ble dekket av private aktører (Schiøtz & Skaset, 2003).

Ved begynnelsen av 1900-tallet ble den *verdslige* sykepleieutdanningen etablert. Denne utdanning var tuftet på et alternativt verdigrunnlag som i større grad gjorde det legitimt å kjempe for egeninteresse, det vil si at det gradvis ble mer legitimt å *arbeide* som sykepleier for å tjene til livets opphold, og ikke utelukkende *leve* som sykepleier/diakonisse, et liv basert på nestekjærlighet og kallstanken. I 1912 ble Norsk

Sykepleierforbund (NSF) opprettet. Forbundet hadde til hensikt å styrke utdannelsen samt arbeide for sykepleiernes interesser (Mathisen, 2012; Schiøtz & Skaset, 2003).

Ved å zoome ut og se landets utvikling over en periode på om lag sytti år går en glipp av en del detaljer, men samtidig kan det gjøre lettere å løfte frem sentrale strukturelle endringer som kan forklare forhistorien til hjemmesykepleien som medisinsk praksis.

Til nå har jeg belyst hvordan endringer i bosettingsmønsteret som følge av industrialiseringen, også medførte at bondesamfunnets omsorgssystem slo sprekker og hvordan dette ga grobunn for opprettelsen av de første institusjonene for eldre og svakere stilte - fattiggårdene. Hjemmet var med andre ord hovedarenaen for pleie og omsorg av gamle og andre svakerestilte fra gammel tid, men omsorgen var ulønnet. Først rundt århundreskiftet begynte utdannede sykepleiere (først som menighets søstre) å reise rundt for å bidra i pleie og omsorg, og da var det snakk om omlag sytti søstre på landsbasis. Samtidig arbeidet omlag 400 diakonisser, altså over fem ganger så mange «søstre», på ulike helseinstitusjoner (Schiøtz & Skaset, 2003).

En annen sentral endringsprosess var den økende ansvarliggjøringen av myndighetene. Tankegangen gikk fra «enhver er sin egen lykkes smed» til en mer kollektivistisk tanke hvor myndighetene hadde et overordnet ansvar for borgerne, blant annet i helsepolitiske spørsmål. Grunnlaget for denne endringen var nok kompleks, men en forutsetning var trolig urbaniseringen som medførte en geografisk fortetting av arbeidere. Dette fremmet sannsynligvis samholdet dem i mellom og gjorde dem sterkere. Arbeiderbevegelsens fremmarsj var også en avgjørende faktor for fremveksten av de politiske partiene Venstre og Arbeiderpartiet. Som jeg vil vise i det følgende, har disse partiene og da spesielt Arbeiderpartiet, vært sentral for utviklingen av det moderne offentlige helsevesenet.

I løpet av den syttiårs perioden som jeg nå har fokusert på, har jeg vist hvordan det medisinske feltet gradvis fikk mer makt i det sosiale rom. Legen styrket sin posisjon og fikk økt anseelse, og som følge av voksende arbeidsbelastning trengte de noen «verdige» assistenter. Det var altså som følge av etterspørsel fra legestanden at det moderne sykepleieryrket vokste seg større og sterkere i Norge rundt århundreskiftet.

Jeg vil nå fokusere på mellomkrigstiden for å se om det på *denne* tid steg frem samfunnsendringer som kan bidra til å forklare utviklingen av det norske helsevesenet og bakgrunnen for at hjemmesykepleien ble etablert som helseinstitusjon.

4.2.2 Det norske samfunnet fra 1918-1940

Økonomiske nedgangstider

Rundt 1920 var jordbruket fortsatt hovednæringen og en tredjedel av Norges befolkning livnærte seg av jordbruk eller fiske. Til tross for at Norge ikke kun baserte sin økonomi på industri slik som mange andre europeiske land, og til tross for at Norge ikke deltok i første verdenskrig, ble landet ikke forskånt for den internasjonale økonomiske nedturen som kom i kjølvannet av krigen. De økonomiske problemene rammet hardt, blant annet som følge av at europeiske land innførte importrestriksjoner og dumpet prisene, noe som forplantet seg til det norske markedet og førte til høy arbeidsledighet, fattigdom og nød (Olstad, 2010; Schiøtz & Skaset, 2003).

I mellomkrigstiden forble kvinner flest i hjemmene og tok seg av omsorgen av familien, og kanskje var den innbitte kampen om arbeidsplassene en av årsakene til dette? Det ble fra flere hold fremsatt propaganda som hevdet at kvinner som gikk ut i arbeidslivet ville komme til å tape sin naturlige feminisme (Olstad, 2010). Kommunene fattet i samråd med LO vedtak som innskrenket gifte kvinners rett til arbeid utenfor hjemmet, og la således formelle hindringer i veien for kvinner i arbeidslivet (Olstad, 2010). Sykepleiere måtte for eksempel slutte i sitt yrke dersom de stiftet familie, og det var først med autorisasjonsloven av 1948 at sykepleien også ga rom for gifte kvinner (Vike, Kroken, Brinchmann, Haukelien, & Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, 2002).

Selv om samfunnet ønsket at staten skulle ha påta seg er større ansvar for befolkningens helse, så regjeringen seg nødt til å innføre en brutal sparepolitikk som følge av den skrale økonomien. Nedskjæringer i offentlig sektor innebar blant annet at kommunene kun var forpliktet å ”å hindre at personen forkom” (Schiøtz & Skaset, 2003).

Politisk uro

Mellomkrigstiden var en urolig tidsepoke både nasjonalt og internasjonalt.

Arbeidsledighet, nød og elendighet truet tilliten og lojaliteten til samfunnssystemet og

det tilspisset seg mellom de politiske fløyene. Mens arbeiderklassen arbeidet for klassekampen med frigjøring av - og rettigheter til arbeiderne og hensynet til samfunnets svakerestilte, så fant det også sted en økende høyreaktivisme som fremsatt krav om «gjenreising av den utøvende makt», hvilket innebar nei til klassekamp, kamp mot arbeiderbevegelsen og krav om reduksjon i offentlige avgifter og offentlig inn gripen (Olstad, 2010).

I 1935, som følge av frykten for at ulike internasjonale revolusjonære strømninger skulle spre seg til Norge, ble LO og Norsk arbeidsgiverforening enige om en avtale som siden har blitt stående som arbeidslivets grunnlov. Inngåelsen av denne avtalen bidro til politisk roligere forhold, og samme år dannet Arbeiderpartiet regjering og parallelt med dette gled den verste økonomiske krisen over, hvilket var en forutsetning for at den sosialdemokratiske ide skulle kunne vokse frem (Olstad, 2010). Arbeiderpartiet tok politisk grep om økonomien og erstattet den liberalistiske tanken med et program som innebar en større statlig innblanding (Vike, et al., 2002). Som følge av bedre økonomiske tider, kunne myndighetene øke bevilgningene til kommunene og helsevesenet fra midten av trettitallet. Blant annet ble det ansatt flere leger og sykepleiere i det vi i dag kaller primærhelsetjenesten (Schiøtz & Skaset, 2003).

Ut fra det kildemateriale som jeg har lagt til grunn i historiseringen, synes det som om mellomkrigstiden i liten grad bidro til en samfunnsutvikling som førte til etterspørsel etter nye helseinstitusjoner. Politisk uro og økonomiske nedgangstider kan bidra til å forklare hvorfor helsepolitikken stod i stillstand i denne perioden, og det er også nærliggende å tro at etterspørsel etter formell helsehjelp til eldre og andre svakerestilte ikke var prekær, idet kvinner flest fremdeles forble i hjemmene og dermed kunne ivareta rollen som uformelle omsorgspersoner.

I det følgende vil jeg belyse ulike sider ved det norske samfunn i *etterkrigstiden*, en periode som i motsetning til mellomkrigstiden har vært preget av god samfunnsøkonomi og politisk harmoni.

4.2.3 Det norske samfunnet etter 1945

Starten på et sosialdemokratisk samfunn

Under andre verdenskrig flyktet den norske regjeringen til Storbritannia og oppholdt seg der, uten at de av den grunn var uvirksomme. Medisinaldirektør Karl Evang var en av dem som var med i reisefølget. Evang var utdannet medisiner og under sitt opphold i Storbritannia ble han inspirert av den britiske regjeringens helseprogram som bygde på den såkalte Briveridge-rapporten (Schiøtz & Skaset, 2003). Briveridge-rapporten av 1942, hevdet at en statsstyrt og samordnet helsetjeneste, samt full sysselsetting var forutsetningene for et heldekkende trygdesystem. På det helsefaglige plan, var målsetningen å gjøre medisinske tjenester tilgjengelig for alle, både i, og utenfor helseinstitusjoner. Enhver skulle ha rett til medisinsk behandling, uansett alder, kjønn og yrke (Schiøtz & Skaset, 2003).

Da krigen var over, vendte regjeringen hjem fra London. Arbeiderpartiet ble sittende med regjeringsmakten og Evang fikk stillingen som helsedirektør. I likhet med visjonene fra Briveridge-rapporten, baserte Arbeiderpartiets program seg på en aktiv rolle fra statens side og den holdning at verdiene som ble skapt skulle komme hele folket til gode. I tråd med dette, slo Evang fast at det var statens og fellesskapets ansvar å ta seg av befolkningens helse, og dermed la han og regjeringen grunnlaget for at et nytt familiemønster kunne vokse frem, et familiemønster som løsnet kvinnenens uformelle familiære forpliktelser og av den grunn muliggjorde en rekke samfunnsendringer. Blant annet økte dette kvinners muligheter for å arbeide utenfor hjemmet - og en fikk et mer omfattende behandlingstilbud til eldre, syke og svakere stilte mennesker i samfunnet.

Helsedirektør Evang dreide i stor grad blikket vestover og lot seg inspirere av England og USA. Han hevdet at betingelsen for å bygge opp en effektiv og rasjonell helsetjeneste, var at den ble styrt av kunnskapsrike og dynamiske fagfolk. Som følge av dette sendte han flere norske fagpersoner, i stor grad medisiner, på studieopphold til USA. Der ble de skolert innen offentlige helseadministrasjon. Flere av disse fagpersonene fikk i etterkant sentrale jobber i norsk helseadministrasjon¹⁵ og legene

15. Derav betegnelsen "fagstyre".

fikk, blant annet som følge av dette, stor makt i utformingen av etterkrigstidens helsevesen (Schiøtz & Skaset, 2003).

Helsepolitiske utfordringer

I Norge og i andre skandinaviske land startet eldrebølgen tidlig, det vil si omkring 1950. Dette skyldtes at mellomkrigstidens fattigdom og nød hadde ført til at mange i gifteklar alder ikke hadde hatt råd til å gifte seg og stifte familie. Disse menneskene var nå i ferd med å gå inn i alderdommen - og som følge av myndighetenes helsepolitikk var det nå det offentliges ansvar å ta seg av den aldrende befolkningen, og ikke lenger barnas-, slektens-, eller lokalsamfunnets ansvar, slik som det hadde vært tidligere (Skrede i Nord, Eilertsen, & Bjerkreim, 2005).

Frem til 1950-tallet var eldreomsorgen nærmest ensbetydende med aldershjem, men på femtitallet vokste det fram en kritikk av alders- og pleiehjemmene, både på grunn av den lave standarden på institusjonene og den passive oppbevaringen av gamle. Internasjonale vestlige forskere som psykiateren Barton og sosiologene Goffman og Townsend, fremholdt forskning som viste at institusjonslivet førte til tap av identitet, isolasjon, bruk av tvang og andre overgrep. Som en følge av kritikken mot institusjonene ble igjen «hjemmet» løftet frem som det stedet som er best å bo og få hjelp (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999). I 1955 fremla Sosialdepartementet en innstilling som fremholdt at eldre, så sant det lot seg gjøre ut fra helsetilstand og andre forhold, burde bo *utenfor* institusjon. Det ble trukket frem flere grunner til dette, så vel økonomiske som ideologiske (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999). Kritikken av alders- og pleieinstitusjonene ble konkretisert og det ble foreslått å erstatte det passive navnet pleiehjem med det aktive navnet sykehjem. I tråd med dette skulle de eldre nå kalles pasienter¹⁶ i stedet for pensjonærer¹⁷ (Hauge, 2005).

Som følge av kritikken mot det daværende eldreomsorgstilbudet, ble det nedsatt en komité for å greie ut spørsmålet om hjemmesykepleie. Komiteen konkluderte med at det

16. Pasient: person som er syk, og som er under behandling i helsevesenet (Bruusgaard, 2012).

17. Pensjonær: en som bor i pensjonat; en som har kost og losji (pensjon) hos en familie, i et pleiehjem eller lignende (Kunnskapsforlagets papirleksikon, 2012).

burde etableres slik virksomhet i alle kommuner og at den burde ha en faglig profil. I 1959 ga Departementet for familie og forbrukssaker de første retningslinjene for husmorvikarvirksomheten og hjemmesykepleien. Med grunnlag i disse retningslinjene ga staten tilskudd til kommuner som hadde etablert hjemmesykepleie og husmorvikarvirksomhet (Braut, 2005; Schiøtz & Skaset, 2003).

Jeg har nå vist hvordan myndighetene i tråd med Briveridge-rapportens anbefalinger, i økende grad tok over ansvaret for borgernes helse og etter hvert også deres velferd. Prinsippet om behovsrelaterte ytelser ble erstattet av prinsippet om likhet og rettferdighet (Schiøtz & Skaset, 2003). Som følge av denne ideologien oppstod en gradvis holdningsendring til helsevesenets funksjon, hvor befolkningen i økende grad krevde helsetjenester for helseplager som de tidligere hadde ordnet med selv. Både Schiøtz (2003) og Olstad (2010) hevder at statlig økonomisk styring med offentlige bevilgninger, sosiale støtteordninger og ikke minst folketrygdloven av 1967, var faktorer som virket inn på holdningsendringen blant befolkningen.

Endringer i synet på eldre - og syke mennesker

Synet på eldre og syke mennesker og synet på hvordan helse ivaretas på en best mulig måte endret seg også i løpet av de første tiårene etter andre verdenskrig (Wærness & Thorsen, 1999). I et samfunn som i økende grad bygde en velferdsstat basert på vitenskap og fagstyrer, ble forskning i større grad enn før lagt til grunn for utformingen av helsevesenet. I 1961 ble den sosialgerontologiske tilbaketrekningsteorien lansert av sosiologen Elaine Cumming og psykologen William Henry (Daatland i Nord, et al., 2005; Wærness & Thorsen, 1999). Ut fra dette perspektivet ble det aldrende mennesket sett på som et individ som gradvis løser sine bånd til omgivelsene, og derfor blir mer selvstentrert og opptatt av åndelige og filosofiske spørsmål. En helsefaglig konsekvens av tilbaketrekningsteorien var at helsepersonell skulle legge til rette for at tilbaketrekningprosessen kunne finne sted (Nord, et al., 2005). Det var imidlertid en del uenighet omkring teorien. Kritikere hevdet at samfunnet utstøtte de eldre og at Eldres tilbaketrekning skyldtes kulturen og ikke biologiske prosesser. Ut fra dette perspektivet ble passiviserende pleie ansett som dårlig pleie fordi det gjorde den eldre uselvstendig. Kritikerne hevdet derfor at helsepersonell måtte legge til rette for at pasienten i størst mulig grad kunne hjelpe seg selv, samt ha fokus på forebygging og rehabilitering (Nord, et al., 2005).

Mot slutten av sekstitallet ble aktivitetsteorien presentert som et motstykke til tilbaketrekkingsteorien. Grunnlaget for aktivitetsteorien var idéen om at passivitet blant den eldre generasjon var et resultat av utstøtning fra et lite aldersvennlig samfunn, og derfor burde en tilstrebe engasjement og deltakelse blant de eldre. Senere kom det andre teorier om aldring, helse og hvordan en best mulig ivaretar eldre mennesker. Tilbaketrekkingsteorien og aktivitetsteorien er eksempler som viser hvordan forskning historisk sett har vært med på å sette sitt preg på hvordan det norske helsevesenet bør drives.

Avinstitusjonaliseringen har vært et helsepolitisk ideal siden debatten ble igangsatt på 1950 tallet, noe som kommer frem i blant annet Sosialdepartementets innstilling (1955). Likevel tok det mange år før myndighetene begynte å føre en politikk i tråd med denne ideologien. I det følgende vil jeg presentere noen faktorer som kan tenkes å ligge til grunn for at det gikk så lang tid før en fikk reelle offentlige og formelle alternativer til institusjonsomsorg.

Økt velferd

I det første tiåret etter andre verdenskrig var myndighetenes fokus rettet mot å gjenreise nasjonen. I tråd med anbefalingene i Briveridge-rapporten satset regjeringen på full sysselsetting og la derfor til rette for industriutbygging og boligbygging. Den økende sysselsettingen førte til økt velferd blant befolkningen, og utover femti og sekstitallet ble sosiale ulikheter gradvis utjevnet, lønningene steg og befolkningen fikk etter hvert flere valgmuligheter både i forhold til utdanning og materielle verdier. Fra 1960 kom for eksempel privatbiler i fritt salg og som følge av dette ble etter hvert samfunnet planlagt ut fra bilen som transportmiddel (Olstad, 2010; Schiøtz & Skaset, 2003).

Som følge av teknologiske og medisinske nyvinninger ble etter hvert gåten omkring infeksjonssykdommer bedre forstått og behandlet mer effektivt. En konsekvens av nyvinningene var blant annet at pasienter som tidligere ville dødd som følge av sin sykdom, nå levde lengre, men ofte med behov for helsehjelp. Samtidig førte endrede levevaner og høyere levealder til at helsevesenet fikk nye utfordringer som skulle løses. Hjerte/karsykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og

rusproblemer ble etter hvert dominerende innen det medisinske feltet (Schiøtz & Skaset, 2003).

Utbygging av et offentlig helsevesen

Norge som nasjon hadde store ambisjoner i gjenreisningen av landet etter andre verdenskrig, Men gjenreisningsarbeidet var omfattende og velferdsnasjonen som skulle etableres, måtte bygges stein for stein. Dette var et tidkrevende arbeid og måtte foregå i prioritert rekkefølge.

Nye problemområder, ny teknologi og terapeutiske nyvinninger førte til at det gradvis ble bevilget mer penger til helsevesenet - og en økende grad av spesialisering i 1960-årene banet vei for Sykehusloven av 1969. Som følge av Sykehusloven ble store økonomiske ressurser bevilget til sykehusutbygging (Schiøtz & Skaset, 2003). Samme år som Sykehusloven ble innført, utarbeidet Sosialdepartementet en ny innstilling om eldreomsorg, hvilket medførte en ekspansiv utbygging av sykehjem. Hensikten var at disse skulle fungere som «minisykehus» og på den måten avlaste sykehusene (Hauge, 2005).

Medisinske og teknologiske nyvinninger dro fokus vekk fra pleie og omsorg og over til aktiv behandling – og der fokus er, der er også pengene. (Til eksempel ble syttifem prosent av helsevesenets midler bevilget til sykehussektoren i 1970 (Schiøtz & Skaset, 2003)).

Utbyggingen av den offentlige helsetjenesten førte også til økt behov for leger og sykepleiere, og som legenes assistenter måtte sykepleierne holde tritt med teknologiske og medisinske nyvinninger. Derfor ble innholdet i sykepleierutdannelsen endret i 1962, og dette innebar blant annet dobling av teori og en tilsvarende reduksjon i praksisopplæringen. Dette fikk naturligvis konsekvenser for praksis i det man fikk færre sykepleierelever i pleien (Schiøtz & Skaset, 2003). Selv om det utover på 1960-tallet gradvis ble mer akseptert og vanlig for kvinner å utdanne seg, og for gifte kvinner å utføre lønnet arbeid, var mangelen på sykepleiere et stort problem nå som utbyggingen i helsevesenet var i full gang. Behovet var så stort at myndighetene i 1963 opprettet en ny og kortere utdanning - hjelpepleierutdanningen. Åtte måneders skolegang skulle kvalifisere til «enklere sykepleieroppgaver» (Høst & Universitetet i Bergen, 2007; Vike,

et al., 2002). Norsk Sykepleierforbund som lenge hadde kjempet imot hjelpepleierutdanningen, sikret seg isteden en sentral posisjon i utarbeidelsen av hjelpepleieryrket. Sammen med legeforeningen utarbeidet forbundet retningslinjer for opplæringen, stod for undervisningen og var representert i skolenes styrer (Høst & Universitetet i Bergen, 2007; Schiøtz & Skaset, 2003).

Den norske sosialantropologen Halvard Vike (Vike, et al., 2002) hevder at utbyggingen av velferdsstaten bidro til at kvinner gikk fra å være avhengige av menn i familien til å bli avhengige av staten. Med dette mener han at kvinnene som hadde ansvaret for omsorgen innad i familien og helt til femti- og sekstitallet og ble forsørget av familiens menn, i dagens samfunn forsørgeres av staten ved at de utfører de samme omsorgsoppgavene som tidligere, men nå for staten utenfor hjemmet, ikke for familien i hjemmet.

Hjemmesykepleien utvikles som helseinstitusjon

Ressursene var skjevfordelt i norsk helsevesen på begynnelsen av 1970- tallet, og etter hvert kom det politisk krav om at pengestrømmen i større grad måtte styres mot førstelinjetjenesten og til distriktene. Dette kravet støttet også den påtroppende helsedirektøren Torbjørn Mork (Hauge i Nord, et al., 2005; Schiøtz & Skaset, 2003).

En rekke offentlige utredninger og stortingsmeldinger la føringer for drastiske omstruktureringer i retning desentralisering innenfor offentlig sektor. Blant annet gav Sosialdepartementet retningslinjer for oppretting og drift av hjemmesykepleievirksomheten i rundskriv 1.1162/71(Nord, et al., 2005; Schiøtz & Skaset, 2003). Braut (2005) skriver at det er god grunn til å si at hjemmesykepleien fra dette tidspunktet ble institusjonalisert som offentlig omsorgstjeneste i samsvar med Briveridge-tradisjonen. Selv om hjemmesykepleien ennå ikke var vedtatt ved lov, økte statstilskuddet til de kommunene som innførte hjemmesykepleietjenester. Dermed ble det mer attraktivt for kommunene å satse på hjemmesykepleie som et alternativt helsetilbud. Hjemmesykepleien ble gradvis bygd ut til et landsdekkende tilbud og kommunene engasjerte seg stadig sterkere (Braut, 2005; Schiøtz & Skaset, 2003).

Den økende satsingen på hjemmesykepleien skyldtes flere forhold, blant annet at en så konturene av en stadig økning i antall eldre og pleietrengende. Men det skyldtes også et

ideologisk skifte der etterkrigstidens tro på segregasjon ble erstattet av kravet om integrasjon i lokalsamfunnet (Schiøtz & Skaset, 2003). I tillegg så myndighetene at det kunne være besparende å behandle og pleie en større andel pasienter utenfor institusjoner (Schiøtz & Skaset, 2003). Styresmaktene satt derfor i gang tiltak som ble presentert i Stortingsmelding nr. 9 (1974-75). Ved hjelp av prinsippet om behandling på Lavest mulig Effektive Omsorgs Nivå; LEON prinsippet, skulle pasientene nå bli behandlet på det billigste nivået i helsetjenesten, hvilket var i deres eget hjem (Hauge, 2005; Schiøtz & Skaset, 2003).

Stortingsmelding nr. 104 (1972 -73) ga rom for at hjemmesykepleien etter hvert også kunne omfatte for- og ettervern av pasienter med psykisk sykdom (Braut, 2005). Hjemmesykepleien ble likevel først lovfestet om lag ti år senere i Lov om helsetjenester i kommunene 19. november 1982(Helse- og omsorgsdepartementet, 1982)

Spørsmålet er hvorfor det tok over ti år fra hjemmesykepleien ble fremholdt som satsingsområde, og til den ble lovfestet og utbygd som et reelt behandlingsalternativ. Dette er et vanskelig spørsmål å svare på, men det følgende vil jeg peke på noen forhold på syttitallet som kan ha bidratt til at planene om lovfestet hjemmesykepleie lot vente på seg.

Nyliberalisme og likestillingskamp

Etter mange tiår med et politisk rolig klima, tiltok den politiske uenigheten på 1970-tallet. Arbeiderpartiregjeringens økonomiske politikk som lå til grunn for fremveksten av velferdsstaten ble ikke lenger ansett som en suksess (Vike, et al., 2002).

Internasjonalt skylte en nyliberalistisk trend innover flere kontinenter på syttitallet. Nyliberalismen vektla frihet for den enkelte fremfor solidaritet og samfunnsansvar (Schiøtz & Skaset, 2003). Denne typen økonomisk ideologisk politikk appellerte til partiet Høyre. Arbeiderpartiet sin ideologi om solidaritet og fellesskapsfølelse var i ferd med å gå ut på dato og individualismen begynte igjen å prege befolkningen etter om lag hundre års dvale (Schiøtz & Skaset, 2003). Kanskje skyldtes disse ideologiske endringene at befolkningen hadde det relativt trygt økonomisk og politisk, og at behovet for fellesskap og solidaritet derfor ikke lengre ble verdsatt på samme måte som i årene etter krigen? Nyliberalismen ble i alle fall i økende grad holdt frem som det nye samfunnsidealet, og da direktøren i Norges bank i 1978 hevdet at: «Omstilling er en

nødvendig betingelse for økonomisk vekst» bidro han ytterligere til å løfte fram en mer markedsliberal politikk (Bull 1979, i Olstad, 2010, s. 30).

På syttitallet fant det også sted en maktkamp mellom fagstyrene og politikerne, og mens legestanden fikk gradvis mindre myndighet, fikk de folkevalgte derimot styrket sin makt. Ideen om å skille fag og politikk førte til at politiske folkevalgte i større grad skulle ta helsefaglige beslutninger (Schiøtz & Skaset, 2003).

Som Schiøtz antyder, kan den politiske urolige situasjonen og maktkampen mellom politikere og fagstyrene ha bidratt til at et lovforslag om hjemmesykepleie lot vente på seg.

En annen faktor som kan ha medvirket til at lovforslaget om lovfestet rett til hjemmesykepleie kom så pass sent, var at samfunnet ennå ikke var moden for en slik endring, fordi det ikke fantes tilstrekkelig arbeidskraft. I løpet av syttitallet endret imidlertid dette seg. 1970-tallet har blitt stående som kvinnekampens tiår. Likestilling var en prioritert oppgave innen statsapparatet, og familieplanlegging og utbygging av barnehager, gjorde det etter hvert lettere for kvinner å utdanne seg og gå ut i lønnet arbeid (Schiøtz & Skaset, 2003). En mer likestillingsorientert og selvbevisst sykepleiergruppe begynte etter hvert å markere faglig avstand i forhold til legene i et forsøk på å frigjøre seg. De understreket sykepleiefagets annerledeshet i forhold til medisinen og trakk spesielt frem omsorgsorienteringen og det humanistiske verdigrunnlaget i sykepleiefaget (Schiøtz & Skaset, 2003; Vike, et al., 2002).

Det kan tenkes at likestillingskampen var avgjørende for å skaffe tilstrekkelig arbeidskraft til å bemanne hjemmesykepleien. Braut (2005) hevder at sykepleiens sentrale plass i kommunale omsorgstjenester må sees i sammenheng med at behovet for utbygging av helse- og omsorgstjenester for eldre utenfor institusjoner falt sammen med sykepleiernes behov for å løsrive seg fra sin rolle som legens assistent og tre ut i lyset som selvstendig yrkesutøver. I alle fall krevde myndighetene gjennom rundskriv 1. 1162/71 at det *faglige* ansvaret i hjemmesykepleien skulle ligge hos en leder med sykepleieutdanning. I dag er dette kravet lovfestet som eneste sted i helsesektoren foruten sykehjemmene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1983; Nord, et al., 2005).

I et velferdssamfunn basert på idealet om at alle kvinner og menn i yrkesaktiv alder skal utføre lønnet arbeid, og i et samfunn som legger til rette for dette gjennom blant annet barnehager, utdanningsinstitusjoner, institusjoner for eldre og pleietrengende, lå alt nå til rette for at hjemmesykepleien skulle lovfestes. I mars 1981 la Arbeiderpartiet frem Odelstingsproposisjon nr. 36 (1980-81); « Lov om helsetjenesten i kommunene». Ut fra loven skulle primærhelsetjenesten være et kommunalt ansvar, men den skulle ikke lenger være underlagt den statlige distriktslegeordningen. Lov om helsetjenesten i kommunene ble vedtatt i november 1982, men trådte først i kraft i april 1984 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982).

I kapitlene 4.2.1 til 4.2.3 har jeg trukket frem sentrale utviklingstrekk i norsk historie fra 1850 og frem til hjemmesykepleien ble lovfestet i 1982. Jeg har forsøkt å belyse kompleksiteten som kan tenkes å ligge til grunn for fremveksten av hjemmesykepleien som sosial konstruksjon. Fokus har vært rettet mot ideologiske, økonomiske, samfunnsmessige og politiske utviklingstrekk.

I kapittel 4.3 vil mitt fokus være på dagens hjemmesykepleie, og jeg vil beskrive hvordan hjemmesykepleien i Norge er organisert og strukturert anno 2012. Feltteorien ligger til grunn i denne delen av analysen.

4.3 Hjemmesykepleien i et feltperspektiv

Dersom en skal kunne forstå og forklare hvordan helsepersonell former sitt arbeid i hjemmesykepleien, er det nødvendig å studere de organisatoriske rammevilkår de arbeider under. Hjemmesykepleiens organisatoriske utforming kan variere fra kommune til kommune. Blant annet vil geografiske og demografiske forhold virke inn på hvordan tjenesten utformes. Også lokalpolitisk styresett påvirker utformingen av kommunale helsetjenester, som hjemmesykepleien er en del av. Likevel vil lover og forskrifter, deriblant Lov om helsetjenesten i kommunene, sette grenser for hvordan kommunene kan organisere helsetjenestene.¹⁸ Av nevnte lov fremgår det at kommunen skal sørge for at alle som bor, eller midlertidig oppholder seg i kommunen, får dekket sine behov for

18. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66 (Kommunehelsetjenesteloven) ble opphevet 01.01.2012 og erstattet av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven). Fordi all empiri er samlet inn før nevnte lovendring, er det Kommunehelsetjenesteloven som er lagt til grunn i denne studien.

nødvendig helsehjelp. I praksis vil det si at enhver som har behov for pleie og omsorg har rett til bistand fra hjemmesykepleien, dersom vedkommende ikke har annet institusjonstilbud. I hjemmesykepleien arbeider sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og assistenter. I denne oppgaven omtales de alle som «helsepersonell».

Hvem som blir tildelt hjelp av hjemmesykepleien og hvilken hjelp en får - fastsettes i vedtak hjemlet i blant annet Kommunehelsetjenesteloven (se fotnote 18), Pasientrettighetsloven og tilhørende forskrifter.¹⁹ (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a). Hjemmesykepleien drives i stor grad ut fra en såkalt bestiller-utfører modell, hvilket innebærer at kommunen har egne forvaltningsenheter hvor saksbehandlere fatter vedtak om hvilken hjelp som skal tildeles hver enkelt bruker. Hjemmesykepleien er den utøvende instans, hvis oppgave er å utføre innholdet i vedtaket.

Det legges stadig nye politiske føringer for hvordan hjemmesykepleien og helsevesenet for øvrig skal drives, og endringer i enkelte deler av helsevesenet vil i stor grad kunne påvirke øvrige deler av helsevesenet. For eksempel vil en helsepolitikk som innebærer mer poliklinisk behandling og færre liggedøgn på sykehus kunne medføre et økt behov for oppfølging fra hjemmesykepleien etter utskrivning fra sykehuset.

I denne studien er feltteorien viktig fordi jeg som forsker gjennom den optikk blir bevisst på hvordan hjemmesykepleien som en praksis er i en dynamisk relasjon til andre aktører *i - og utenfor* det medisinske feltet. Callewaert (2007) skriver at samfunnet kan illustreres som et sosialt rom. Det sosiale rommet inneholder mange mindre rom som har sine egne særskilte spilleregler for inntredelse, belønninger og sanksjoner. Disse rommene kalles felt (Broady, 2002; Prieur, et al., 2006). En praksis kan aldri studeres isolert fordi den står i et relasjonelt forhold til annen praksis i samme feltet og eventuelt i andre felt. I det følgende vil jeg benytte feltteorien til å:

1. posisjonere hjemmesykepleien i forhold til det politiske felt;
2. posisjonere hjemmesykepleien i forhold til det medisinske felt og

19. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og Forskrift om en verdig eldreomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, 2010).

3. posisjonere de ansatte som arbeider i hjemmesykepleien.

4.3.1 Hjemmesykepleiens posisjon i forhold til det politiske felt

I kapitlene 4.2.1 til 4.2.3 har jeg beskrevet blant annet hvordan ideologiske strømninger, samt økonomiske og politiske forhold har bidratt til å legge føringer for hvordan det norske samfunnet organiseres. Under fremveksten av den norske velferdsstaten, påtok myndighetene seg en aktiv rolle i forholdet til ansvaret for befolkningens helse.

Nyliberalistiske²⁰ trender som fremholder individualisme og markedsliberalisme som den «rette vei», har blitt implementert i helsesektoren, som i andre deler av samfunnet og i de siste førti år, har folkevalgte representanter inntatt en mer sentral rolle i utformingen av helsevesenet. Jeg vil nå se nærmere på hvordan dette kan ha virket inn på hjemmesykepleiens organisering.

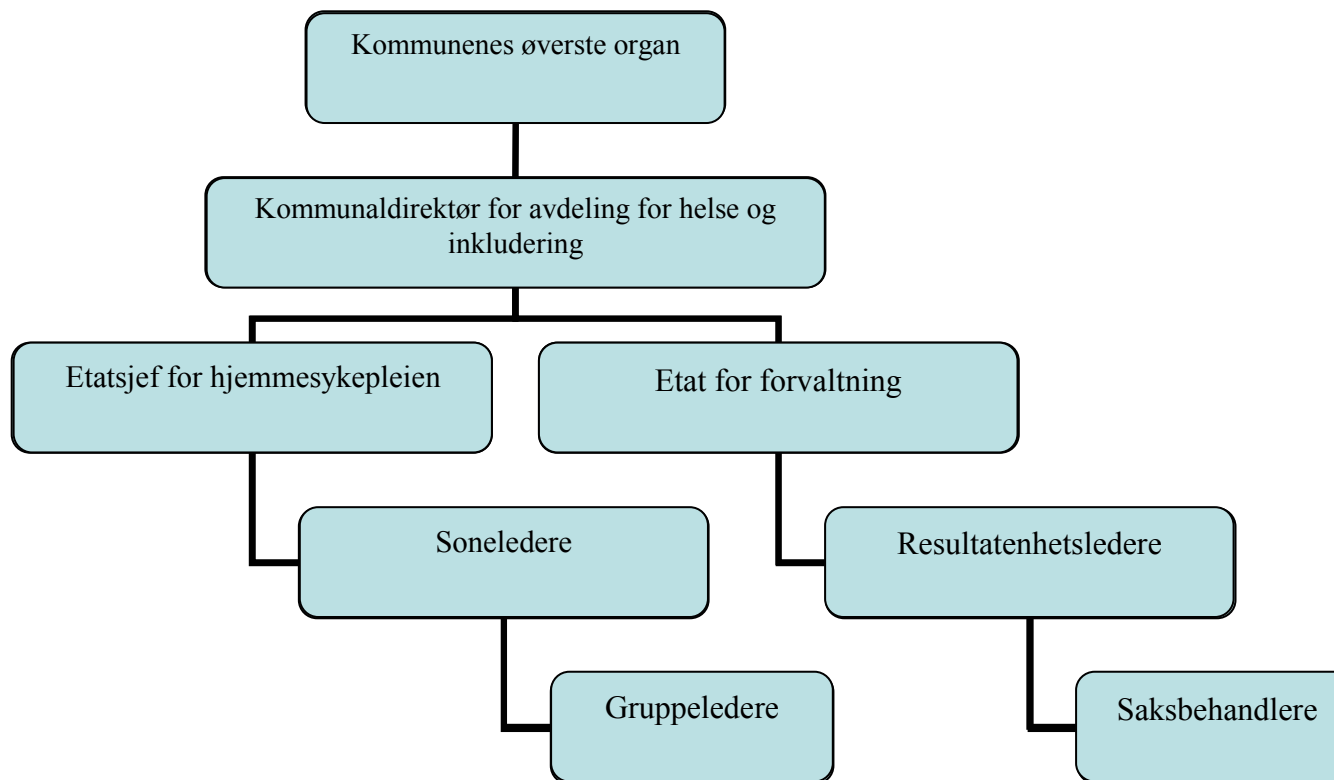
Hjemmesykepleiens organisatoriske utforming

Kommuneloven (Kommunal- og regionaldepartementet, 1992) og kommunehelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982) gir kommunene stor frihet til selv å organisere sine tjenester, derunder hjemmesykepleietjenesten. Når jeg i det følgende presenterer hvordan hjemmesykepleien er organisert, vil jeg derfor understreke at beskrivelsen gis med utgangspunkt i den kommunen hvor jeg har innhentet min empiri. Den organisatoriske oppbygningen er således ikke representativ for alle landets kommuner, men antas likevel å kunne illustrere noen tendenser i forhold til nasjonale trender.

Organisasjonskart som illustrerer hjemmesykepleiens- og forvaltningsenhetens organisatoriske plass i kommunen:²¹

20. Nyliberalisme: retning innen økonomisk og politisk tenkning som bygger på det syn at markedsmekanismen dekker menneskenes behov og medfører en hensiktsmessig fordeling av ressursene. For at denne mekanismen skal kunne virke tilfredsstillende, er det nødvendig med tilnærmet fri konkurranse i markedene (Kunnskapsforlagets papirleksikon).

21. Av hensyn til anonymisering har jeg tegnet et ufullstendig organisasjonskart som kun viser hierarkisk tjenestevei uten å skissere øvrige etater og avdelinger i kommunen.



Som organisasjonskartet viser, er hjemmesykepleien formelt underlagt kommunal styring. Det er folkevalgte politikere som har den øverste besluttede myndighet og fastsetter de formelle rammene som hjemmesykepleien skal virke under. Kommunen som min studie er basert på, har borgerlig flertall og innbyggerne i kommunen (i alle fall i enkelte distrikt), kan velge om de vil benytte det kommunale hjemmesykepleietilbudet, eller om de vil bruke private aktører.²²

I følge Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1983) skal faglig leder for hjemmesykepleien være en sykepleier, hvilket også er tilfelle i den kommunen hvor jeg har gjort mine observasjoner. Også den kvinnelige sonelederen har sykepleiefaglig bakgrunn. Sonelederen styrer et bofellesskap, fire hjemmesykepleiegrupper, en servicemann-tjeneste, samt en administrativ stab. Det er en av disse hjemmesykepleiegruppene som har vært gjenstand for mine observasjoner. Gruppene har egne gruppeledere og assisterende gruppeledere, som alle er kvinnelige sykepleiere. Med andre ord er alle

22. I denne studien er det den kommunale hjemmesykepleien som er gjenstand for observasjoner, og det private hjemmesykepleietilbudet vil derfor ikke bli nærmere omtalt.

ledere på samtlige nivå i hjemmesykepleietjenesten kvinner med sykepleiefaglig bakgrunn.

Organisasjonskartet viser at forvaltningsenheten og hjemmesykepleien er to atskilte etater som begge rapporterer direkte til Kommunaldirektøren. Forvaltningsenhetene, som er underlagt etat for forvaltning, har blant annet ansvar for å vurdere hjelpebehovet til de som søker hjemmesykepleie. I forvaltningsenheten tilknyttet det observerte hjemmesykepleiedistriktet jobber elleve saksbehandlere. Samtlige av dem er kvinner, hvorav tre vernepleiere, fire sykepleiere, to sosionomer, en førstesekretær og en saksbehandler (hvor utdanning ikke er oppgitt for den sistnevnte). Det er med andre ord kvinner med helsefaglig utdanning som vurderer og vedtar hjelpebehovet til brukerne.

På grunnlag av forvaltningsenhetens vurderinger, skal det fattes vedtak om hvilken hjelp som skal tildeles den enkelte bruker. Det er hjemmesykepleien som skal yte hjelpen som brukerne har vedtak på. Den observerte hjemmesykepleiegruppen er organisert i tråd med nyliberalistiske idealer, etter en bestiller-utfører modell²³, der hjelpebehovet blir vurdert ut fra standardiserte systemer, kalt IPLOS.²⁴ Bestiller-utfører modellen har sine røtter i ideologien «New Public Management», en måte å organisere offentlig sektor som har likheter med de markedsbaserte løsninger og organisasjonsmodeller som finnes i privat sektor (Smith, 2005). Hensikten med bestiller-utførermodellen er, i følge Helsedirektoratet, blant annet å sikre at brukerne av hjemmesykepleien får et likeverdig tilbud uavhengig av hvem som fatter vedtaket og hvem som yter tjenesten. Hjemmesykepleien skal utføre de pålagte oppgavene som står

23. De siste år har flere kommuner valgt å skille mellom bestiller- utfører funksjonen, hensikten er å tydeliggjøre skillet mellom forvaltning og drift av tjenestene (Halland, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

24. IPLOS (individbasert pleie og omsorgsstatistikk), er en landsdekkende statistikkregister som beskriver ressurser og bistandsbehov for mennesker som søker, eller mottar kommunale helse og sosialtjenester samt hvilke tjenester som ytes i forhold til disse ressursene og behovene. Registeret er et verktøy som benyttes til kvalitetssikring, forskning, planlegging, utvikling og overordnet styring av sosial og helsetjenestene samt sosial og helseforvaltningen (Helsedirektoratet, 2009).

beskrevet i vedtaket, verken mer eller mindre. Antall brukere og beregnet tidsbruk i forhold til vedtakene legges til grunn for budsjett tildeling (se vedlegg 10).²⁵

Hvordan det politiske felts logikk kommer til uttrykk i hjemmesykepleiens organisatoriske utforming

Innledningsvis henviser jeg til en samtale med en ansatt i hjemmesykepleien. Samtalen beskriver hennes opplevelse av de siste års utvikling innen førstelinjetjenesten i åpen omsorg.²⁶

Kvinnen, med mange års arbeidserfaring fra åpen omsorg i den aktuelle kommunen, er kritisk til de mange omorganiseringssprosessene som har berørt både brukere og ansatte i åpen omsorg. Selv synes hun at perioden med integrerte grupper²⁷ ga en velfungerende organisatorisk praksis fordi de ansatte utfylte hverandre på en måte som kom brukerne til gode, blant annet ved at det ble færre ansatte å forholde seg til. Kvinnen er kritisk til dagens organisering med atskilt hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjeneste fordi hjelpen, i følge henne, i større grad enn før baseres på standardiserte vedtak og ikke skjønn. Hun utdyper utsagnet med å si at i følge dagens organisering skal hjemmehjelpen ikke finne mat, drikke og lignende dersom brukeren ber om det. Deres oppgave er utelukkende å vaske hus og klær etter angitt tidsskjema- ikke å bistå brukeren på andre måter. Hjemmesykepleien skal på sin side hjelpe med brukerrettede oppgaver i henhold til det som står i vedtakene. Det vil si at de ikke skal hjelpe med oppvask, klesvask og renhold dersom brukeren ikke har vedtak på slik hjelp. Kvinnen forteller om hvordan det kan oppstå konflikter mellom ansatte dersom en ansatt gjør «noe ekstra» for brukerne. Dette skyldes i følge henne at brukerne setter de ansatte opp mot hverandre ved å omtale dem

25. ABF modellen (aktivitetsbasert finansiering, også kalt innsatsstyrt finansiering eller stykkprisfinansiering), er et finansieringsverktøy som tildeler budsjettmidler ut fra omfanget av aktiviteter som utføres. Utførelsenheten rapporterer data om sine aktiviteter og utgifter, og i tillegg lager de månedlige prognoser for driften frem til utløpet av inneværende regnskapsår. Dersom forvaltningsenhetenes samlede budsjetttramme for et tjenesteområde ikke strekker til i forhold til lover, forskrifter og kommunalpolitiske føringer, må etat for forvaltning melde fra via kommunaldirektøren til det politiske styret i kommunen (Halland, 2011).

26. Åpen omsorg: Fellesbetegnelse for kommunale helsetjenester gikk utenfor institusjon, som for eksempel hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenesten.

27. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp i samme team.

som gjør «det lille ekstra» som ”snille”, mens de som forholder seg til vedtaket beskrives som ”late”. (Kilde: samtale med tidligere hjemmehjelp 12. mai 2011).

Så langt har jeg i kapittel 4.3.1 vist hvordan hjemmesykepleien er dominert av det politiske felts budsjettorienterte logikk. Ut fra mine observasjoner vil jeg nå presentere empiri som illustrerer hvordan det politiske felts budsjettorienterte logikk har blitt implementert i praksis.

IPLoS registrering av brukeropplysninger og registrering av ekstraoppdrag i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er pålagt å IPLoS registrere sine brukere, samt sørge for å oppdatere brukeropplysninger dersom behovene endrer seg. Opplysningene skal ligge til grunn når forvaltningsenheten vurderer brukernes hjelpebehov. I den observerte hjemmesykepleiegruppen er det primærkontakten²⁸ som har ansvar for å tilrettelegge hjelpetilbudet fra hjemmesykepleien. Primærkontakt er blant annet journalansvarlig, det vil si at hun har skal sjekke at brukerprofilen har korrekt tidsbruk i forhold til vedtaket, og at hun har ansvar for å melde fra til forvaltningsenheten hvis hjelpebehovet endres. Ved endring i hjelpebehovet må det også foretas en ny IPLoS registrering. I tillegg må ekstraoppdrag registreres i brukerprofilen slik at hjemmesykepleiegruppen får dokumentert sitt faktiske arbeid, ellers får de ikke betalt for dette. Kommunens økonomiske styringsverktøy er tilsynelatende implementert i praksis. Spørsmålet er hvordan dette fungerer i praksis. Dette vil jeg komme tilbake til i andre del av analysen, i kapitlene 4.5.1 til 4.6.4.

Utformingen av arbeidslistene

Ved vaktstart får de ansatte utdelt arbeidslister med beskrivelse av hvem de skal hjelpe, hva de skal hjelpe med, når hjelpen skal gis og hvor lang tid hjelpen er beregnet å ta²⁹ (se vedlegg: tabell 3-5 og vedlegg 10). Innholdet i oppdraget skal samsvare med innholdet i vedtaket som forvaltningsenheten har fattet, fordi det er vedtaket som danner grunnlaget for hjemmesykepleiedistriktets budsjettildeling. Arbeidslistene er svært

28. Alle brukerne har to ansatte (en sykepleier + en annen ansatt med fagutdanning), som skal ha et overordnet ansvar for den aktuelle brukeren. Formålet med systemet sies å være at en skal sikre brukers interesser i forhold til hjelpen fra hjemmesykepleien.

29. Forvaltningsenheten kan endre tidsberegningen dersom hjemmesykepleien dokumenterer at estimert tidsbruk ikke er tilstrekkelig for å innfri hjelpen som den enkelte har vedtak på.

detaljerte og det er lite rom for bruk av egne og spontane vurderinger i forhold til uforutsette ting, som for eksempel varierende dagsform hos den enkelte bruker. Det er fem ansatte (sykepleiere og hjelpepleiere) som veksler på arbeidet med å fordele arbeidslistene i den observerte hjemmesykepleiegruppen. I kapitlene 4.5 til 4.5.4 ser jeg nærmere på hvordan helsepersonellet i hjemmesykepleien forholder seg til arbeidslistene.

Budsjettstyring

Det er gruppeleder som har ansvaret for at hjemmesykepleiegruppen driftes i henhold til den budsjettorienterte logikk. Hun skal balansere driften slik at både økonomiske hensyn og brukernes behov ivaretas, og i tillegg har hun personalansvar. Det er også ansatt en assisterende gruppeleder som fungerer som stedfortredende gruppeleder. Siden studien setter fokus på helsepersonell som arbeider brukerrettet, omtales ikke gruppeleders- og assisterende gruppeleders arbeidsoppgaver i det videre.

Sammendrag av hvordan det politiske felts logikk kommer til uttrykk i det observerte hjemmesykepleiedistriktet

Jeg har argumentert for at det politiske felt følger en budsjettorientert logikk som bygger på nyliberalistiske idealer. Det synes for meg som om det politiske felt i sitt forsøk på å drive tjenesten kostnadseffektivt, begrenser helsepersonellens mulighet til bruke spontane og skjønnsmessige vurderinger når de utøver sin praksis i hjemmesykepleien. Den politiske felts logikk argumenter, slik jeg ser det, for at økt konkurranse og et økonomisk fundament som legger til rette for effektivisering og innsparing, er til det beste for kvaliteten i hjemmesykepleien. Intensjonen med IPLOS oppgis for eksempel å være at kommunale helsetjenester, herunder hjemmesykepleien, skal få bedre ressursutnyttelse og mer likeverdige og virkningsfulle tjenester (Helsedirektoratet, 2009), men i følge Tønnessen (Tønnessen & Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet, 2011) fordeles ikke ressursene ut fra idealet om likhet og rettferdighet. Hun hevder derimot at det ytes mer hjelp til brukere som stiller krav, eller har pårørende som stiller krav.

Brit Slagvold (Wærness & Thorsen, 1999 kap. 6) har diskutert problemstillinger rundt implementeringen av en såkalt kostnadseffektiv driftsmodell i offentlig sektor, og også hun hevder at reformene er fundert på en oppfatning av at problemene i offentlig sektor

kan løses ved hjelp av effektivisering, omorganisering og bedre ledelse, og ikke gjennom politiske virkemidler som for eksempel økte bevilgninger.

I andre del av analysen vil jeg skildre hvordan helsepersonellet som arbeider i den observerte hjemmesykepleiegruppen forholder seg til den budsjettorienterte logikken, men først vil jeg se nærmere på hvordan hjemmesykepleien som helseinstitusjon er posisjonert i forhold til det medisinske felt.

4.3.2 Hjemmesykepleiens posisjon i forhold til det medisinske felt

I kapittel 4.2.1 beskrev jeg hvordan det medisinske felt, med legen i spissen, gradvis styrket sin posisjon fra siste halvdel av 1800-tallet som følge av vitenskapelige nyorienteringer om sykdom, samt behandling og forebygging av sykdom. Den økende etterspørselen etter legenes tjenester førte til at det oppstod et behov for en «egnet» kvinnelig skikkelse som kunne bistå ham - nemlig sykepleieren. Sykepleierens oppgave skulle være å assistere legen, og dermed ble hun posisjonert under legestanden. Likeledes har leger tradisjonelt vært overordnet sykepleierne i forhold til sosial kapital, for mens sykepleiere hovedsakelig har blitt rekruttert fra allmuen og landdistriktene (lavere samfunnslag), har legene fortrinnsvis kommet fra høyere samfunnslag (Schjøtz & Skaset, 2003).

I kapittel 4.2.3 har jeg også vist hvordan myndighetene, for å nå sine mål om helsemessig velferd til befolkningen, knyttet nære bånd til det medisinske felt etter andre verdenskrig. Mange medisinere ble ansatt i sentrale jobber i norsk helseadministrasjon, og dermed fikk legene styrket sin allerede dominerende posisjon, både i det medisinske felt, men også i det sosiale rom for øvrig.

Legestanden har innehatt den dominante posisjonen i det medisinske felt og satt premissene for hva som er viktig i feltet, nemlig vitenskapelig kunnskap (evidensbasert) om sykdom, samt behandling (og til dels forebygging) av sykdom. Det er altså leger som besitter hovedtyngden av den symbolske kapitalen. Siden medisinere først og fremst arbeider/har arbeidet i spesialisthelsetjenesten (Mundal, 2011), kan det være en mulig forklaring på at spesialisthelsetjenesten har stått i fokus i de første tretti årene av velferdsstatens utbygning. Det er spesialisthelsetjenesten (spesielt somatisk sykehus)

som har besittet hovedtyngden av de økonomiske ressursene. I 1970 ble for eksempel syttifem prosent av helsevesenets midler bevilget til sykehusene, ti år senere gikk fortsatt sytti prosent av midlene til sykehussektoren (Schiøtz & Skaset, 2003) og i 2003 gikk om lag halvparten av de offentlige utgiftene til helseformål til spesialisthelsetjenestene (Nørgaard, 2003).³⁰

I et feltteoretisk perspektiv illustrerer disse historiske realiteter at spesialisthelsetjenesten innehar en dominerende posisjon i forhold til førstelinjetjenesten, som hjemmesykepleien er en del av. Dette argumenterer også Kristian Larsen for i sin feltanalyse av det medisinske felt i Danmark (Larsen, 2008).

Hjemmesykepleiens fremvekst som subfelt til det medisinske felt

Hjemmesykepleien ble lovfestet først om lag tretti år etter at myndighetene første gang oppnevnte en politisk komité for å greie ut spørsmålet om hjemmesykepleie. Dette kan blant annet sees i sammenheng med at hjemmesykepleien oppstod en tid etter at staten hadde forsøkt å slakke på de tette båndene til legestanden, og i stedet rettet blikket mot internasjonale nyliberalistiske ideer (jamfør side 48-49). Som følge av at legestanden etter hvert mistet beslutningsmyndighet, så mistet de også langt på vei muligheten til å kanalisere penger til sine satsingsområder. I stedet tok folkevalgte representanter beslutningene vedrørende helsevesenet. Det lå i tiden at beslutningene i større grad skulle tas ut fra økonomiske- og ikke rent faglige hensyn. I tråd med LEON prinsippet ble hjemmesykepleien i økende grad et satsingsområde frem mot slutten av syttitallet.

Da hjemmesykepleien ble lovfestet, ble det samtidig bestemt ved lov at det faglige ansvaret skulle ligge hos en leder med sykepleieutdanning og hjemmesykepleien som institusjon skulle være et kommunalt ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982, 1983).

30. I løpet av de siste tiår har kommunehelsetjenesten fått flere ansvarsområder som tidligere lå under spesialisthelsetjenesten. Blant annet har LEON prinsippet ideal som innebærer behandling på lavest mulig effektive omsorgsnivå bidratt til at mennesker som før bodde på institusjoner (under statlig - og fylkeskommunalt ansvar) nå bor i egne hjem og mottar hjelp fra kommunehelsetjenesten. Dermed blir det vanskelig å sammenligne de siste tiårs utvikling med tanke på økonomisk ressurstildeling.

Hjemmesykepleiens posisjon i forhold til andre samarbeidende helseinstanser

Til tross for at hjemmesykepleien ikke er direkte underlagt sykehusenes og legenes dominans, er relasjonene mellom de ulike helseinstansene lovfestet. Kommunelegen innehar funksjonen som medisinsk-faglig rådgiver (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982), og i «Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste» § 1 andre ledd, står det følgende:

«Tilsatte i sykepleietjenesten må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonell i kommunen. Det må videre være nært samarbeid med kommunal sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og helseinstitusjoner»(Helse- og omsorgsdepartementet, 1983).

Til sammenligning kan jeg ikke finne tilsvarende bestemmelser i "Forskrift om fastlegeordning i kommunene" og «Forskrift for sykehjem mv.», som pålegger nevnte instanser å samarbeide med sykepleietjenesten i kommunene, herunder hjemmesykepleien (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988, 2000).

I løpet av observasjonspraksisen fokuserte jeg blant annet på relasjonene mellom hjemmesykepleien og andre helseinstitusjoner, og jeg fant at sykepleierne i hjemmesykepleien bruker relativt mye tid på samhandling med andre helseinstanser. Dette påpeker også Hamann-Johnsen (1999) i sin kandidatavhandling. Fastleger, sykehus og legevakt er blant de helseinstitusjonene som sykepleierne hyppigst samhandler og rådfører seg med. I det følgende vil jeg illustrere dette ved hjelp av noen konkrete eksempler:

Hjemmesykepleiens relasjon til fastleger³¹

«Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste» § 4 understreker at hjemmesykepleien har ansvar for å medvirke til at den enkelte bruker får nødvendig legetilsyn (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982). Det er sykepleierne i

31. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at fastlegen skal være selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen, det vil si private virksomheter som får økonomisk tilskudd av myndighetene. 93,5 prosent av fastlegene er privatpraktiserende, mens de resterende 6,5 prosent er ansatt i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

gruppen som er bindeleddet til fastlegekontoret. Vaktansvarlig sykepleier³² har blant annet ansvar for å følge opp arbeidet med huskelisten,³³ og medikamentelle problemstillinger er en vesentlig del av innholdet i huskelisten.

Ut fra mine observasjoner, virket det som om sykepleierne påtar seg en «påpasserfunksjon» i forhold til legene. En av sykepleierne i gruppen uttrykte konkret at fastlegen må «passes på». Følgende eksempel viser dette:

En av gruppens sykepleiere ringer fastlegekontoret til en bruker for å purre på resepten som skulle ha ankommet apoteket, men ikke har kommet ennå. Fastlegekontoret beklager at de har glemt dette, men lover å sende resepten snarest (kilde: observasjonsnotat 24. mai 2011.)

I følge sykepleierne som jeg snakket med i gruppen, gir ikke sykehusene og sykehjemmene nødvendigvis umiddelbar tilbakemelding om medisinendringer til fastlegene. Derfor ringer sykepleierne i hjemmesykepleien til fastlegen så snart de får beskjed via brukerne om medisinendringer som er gjort i forbindelse med opphold i annen institusjon.³⁴ Følgende situasjon illustrerer hvordan sykepleierne påtar seg ansvaret for at medisinendringer blir fulgt opp av legen, i tillegg til at hun fungerer som mellomledd i forhold til andre helseinstanser:

Sykepleieren ringer. Hun ber vedkommende i andre enden om å bli satt over til aldershjemmet. Når kontakten opprettes, ber hun vedkommende om å gi beskjed til sykehjemslegen at han må sende en journal til fastlegekontoret. «Fastlegen ønsker journalen på diskett», sier sykepleieren. Vedkommende i andre enden reagerer tydeligvis på dette, men sykepleieren parerer med å si at hun kun overbringer en beskjed (kilde: observasjonsnotat 12.mai 2011).

Eksempelet viser at sykepleieren ikke bare påtar seg ansvaret for å formidle beskjed til fastlegekontoret om at sykehjemmet har endret på brukerens medisiner. Hun inntar i

32. Funksjonene som vaktansvarlig sykepleier ruller mellom sykepleierne i gruppen. Vaktansvarlig sykepleier har ansvar for å lede morgenrapport, besvare vakttelefonen, delegere uforutsette arbeidsoppgaver og arbeide med huskelisten.

33. De ansatte skriver påminnelser/ beskjeder om brukere på en elektronisk huskeliste i hjemmesykepleiens datasystem.

34. Det er vanlig at pasienter får med seg kopi av utskrivningsnotat når de skrives ut fra sykehus.

tillegg en assistentrolle/underordnet posisjon i forhold til fastlegen, ved at hun påtar seg rollen som budbringer mellom sykehjemslegen og fastlegen.

En vesentlig arbeidsoppgave blant sykepleierne i hjemmesykepleien er administrering av medisiner. Hjemmesykepleien skal ha oppdatert medikamentoversikt over alle brukere som har vedtak på hjelp til administrering av medisiner. Sykepleierne oppdaterer medisinendringene manuelt i hjemmesykepleiens datasystem. Dette forutsetter et tett samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene ettersom det er legene som har det medisinske ansvaret. ESAM er et elektronisk meldingssystem som skal forenkle kommunikasjonen mellom hjemmesykepleien og fastlegekontorene. Ved hjelp av elektroniske meldinger kan sykepleierne sende forespørsler angående brukere, og fastlegene besvarer dette elektronisk. Sykepleierne i gruppen gir uttrykk for at de synes at dette meldingssystemet letter arbeidet deres, men forteller at en av distriktets fastleger imidlertid ikke er villig til å bruke dette meldingssystemet. Dersom hjemmesykepleien skal henvende seg til ham, må de ta kontakt per telefon. Eksempelet viser at det asymmetriske maktforholdet mellom leger og sykepleiere lever i beste velgående, til tross for at legene ikke har en formell lederposisjon i hjemmesykepleien, har de likevel en reel lederposisjon i hjemmesykepleien, når det gjelder medisinske diagnoser og behandlingstiltak.

Hjemmesykepleiens relasjon til legevakt

Hjemmesykepleien håndterer de kommunale trygghetsalarmene i samarbeid med den kommunale legevakten. Dersom brukerne utløser alarmen sin, vil sykepleiere ved legevakten fange opp dette og ta kontakt med bruker for å avklare situasjonen. Deretter ringer legevakten til vaktansvarlig sykepleier, som har ansvar for å sørge for at brukeren får tilsyn. Samhandlingen mellom legevakt og hjemmesykepleien foregår via vakttelefonen, og denne betjenes av vakthavende sykepleier. Det er derfor stort sett sykepleierne i hjemmesykepleien som forholder seg til legevakten. Legevakten fungerer som rådgivende instans for hjemmesykepleien i medisinske spørsmål, og tar imot brukere som trenger akutt helsehjelp. Dersom fastlegen ikke er tilgjengelig for sine brukere, kan hjemmesykepleien henvende seg til legevakten vedrørende medisinske spørsmål.

I henhold til Larsens (2008) feltdiagram av det medisinske felt, vil legevakten innta en dominant posisjon i forhold til hjemmesykepleien. Dette skyldes blant annet de ansattes kompetanse. Legevakten er hovedsakelig bemannet av leger og sykepleiere som innehar akuttmedisinsk kompetanse som krever høyteknologiske instrumenter, mens hjemmesykepleien driftes av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som først og fremst forholder seg til kronisk syke mennesker som i liten grad setter krav til teknologiske hjelpemidler.

Hjemmesykepleiernes relasjon til sykehusene

I Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. er relasjonen til kommunehelsetjenesten formalisert i § 6-3: «Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b). Loven forplikter spesialisthelsetjenesten til « å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold...». Denne gjengivelsen understreker spesialisthelsetjenestens overlegne posisjon ved at det ligger implisitt i ordlyden at det er spesialisthelsetjenesten som er mest kompetent til å drive rådgivning og veiledning i forhold til kommunehelsetjenesten, herunder hjemmesykepleien - og ikke omvendt. Jeg mener at mine observasjoner tilsier at relasjonen mellom sykehus og hjemmesykepleien er i samsvar med lovgivningen på området.

I løpet av observasjonspraksisen fikk jeg overhøre en del telefonsamtaler mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og ansatte ved sykehus. I noen tilfeller kontaktet sykehuset hjemmesykepleien, for å informere om brukere som var utskrivningsklare. Ved andre anledninger ringte sykehuset for å ordinere oppfølgende behandling:

En sykepleier kommer inn på gruppe B for å overlevere vakttelefonen til en annen sykepleier. Telefonen er fra Rikshospitalet, og samtalen dreier seg om en bruker som har kompliserte sår. Bruker skal reise hjem og sykehuset gir muntlig rapport til vakthavende sykepleier om hvordan hjemmesykepleien heretter skal stelle sårene (kilde: observasjonsnotat 24. mai 2011).

Det er imidlertid ikke bare sykehuset som tar kontakt med hjemmesykepleien for å gi råd. Jeg observerte også sykepleiere som ringte sykehuset for å rådføre seg. Ved en anledning overhørte jeg en samtale der en vakthavende sykepleier tok kontakt med en

sykehusavdeling for å søke råd om eventuelle tiltak for å redusere faren for tilbakefall av nyresvikt hos en bruker. Sykepleieren spurte samtidig om konkrete råd i forhold til blæreskyl.

I Larsens feltanalyse av det medisinske felt viser han at spesialisthelsetjenesten (hvor det arbeider flest leger) har en dominerende posisjon i forhold til førstelinjetjenesten (hvor det arbeider flest sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter) (Larsen, 2008). Dette var også tendenser som jeg fant under min observasjonspraksis; at sykehusene gir råd, og at hjemmesykepleien søker råd - hos ekspertisen.

I det medisinske felt er forskning en viktig indikator på kulturell kapital. Sykehusene har i motsetning til kommunehelsetjenesten (deriblant hjemmesykepleien), lovfestet rett/plikt til å utføre forskning, som én blant fire hovedoppgaver. Helse og omsorgsdepartementet har utferdiget et dokument som presenterer deres forskningsstrategi i perioden 2006-2011. Følgende sitat illustrerer hvordan det medisinske felts kulturelle kapital fordeles mellom helseinstansene:

«Universitetssykehusene har et særskilt ansvar for forskning og forskerutdanning i helseregionen. Departementet har opprettet nasjonale medisinske kompetansesentra der det blant annet stilles krav om at sentrene skal drive forskning og forskningsveiledning ovenfor øvrige deler av heletjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 11).

Og videre i dokumentet heter det spesifikt om praksisnær forskning utenfor spesialisthelsetjenesten:

«Verken kommunene, fylkeskommunene eller de enkelte praksiser er forpliktet til å drive forskning innenfor sine fagområder, og det finnes få økonomiske insitamenter rettet mot helsepersonellet til å drive forskning» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 11).

I sin forskning om «sunnhetsprofessjonenes kamp i det medisinske felt», hevder Larsen (2008) at det innad i det medisinske felt finnes stabiliserende faktorer som opprettholder legenes dominerende posisjon. Han skriver at mens legene baserer sine handlinger på

høyt posisjonert viten (naturvitenskap og evidensbasert kunnskap), så baserer sykepleierne og andre semiprofesjoner sine handlinger på lavt posisjonert viten (erfaring og rutine). Norsk helselovgivning og politiske prioriteringer underbygger, slik jeg ser det, et slik stabiliserende maktforhold som Larsen hevder eksisterer. Dette skjer ved at myndighetene kanalisere økonomisk kapital til spesialisthelsetjenesten som dermed kan bedrive forskning på "sine" satsingsområder. Et interessant spørsmål i henhold til Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011 er i hvilken utstrekning det bedrives forskning på andre helseinstitusjoner, og i så tilfelle - hvorvidt Universitetssykehusene sine forskningsentre er best egnet til å bedrive slik forskning. Denne studien har imidlertid ikke rammer som tillater at jeg forfølger dette spørsmålet.

Sammendrag av hvordan det medisinske felts logikk kommer til uttrykk i den observerte hjemmesykepleiegruppen

Broady (2002) og Esmark (2006) hevder at de posisjonene som rår over retten til å bedømme hva som er anerkjent i feltet har høy *symbolsk* kapital.³⁵ Personer som besitter disse posisjonene er dermed høyt ansett, mens de som befinner seg på motsatt pol har lav symbolsk kapital, lav posisjon i feltet, og verdsettes ikke i kraft av sin posisjon.

I kapittel 4.3.1 har jeg argumentert for at hjemmesykepleien er underlagt det politiske felts budsjettorienterte logikk. Jeg har forsøkt å vise hvordan politikere angir retningslinjer for hvordan hjemmesykepleien skal driftes, mens helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien i stadig mindre grad har påvirkningskraft i forhold til den tjenesten de er utøvere av.

I kapittel 4.3.2 har jeg vist hvordan sykepleiernes posisjon tradisjonelt har vært avhengig av, og dominert av legens posisjon. Jeg har også argumentert for at andre helseinstanser har stor innflytelse på hjemmesykepleiens daglige virke. Lignende funn gjorde Hamann Johnsen i sin kandidatavhandling, i det hun beskrev hvordan sykepleierne daglig kom i kontakt med mange ulike aktører som rettet en rekke krav både mot hjemmesykepleien, og særlig sykepleieren (Hamann Johnsen, 1999).

35. Symbolsk kapital betegnes som all kapital (både økonomisk, sosial og kulturell) som er ansett og verdsettes høyt i det spesifikke feltet (Broady, 2002; Esmark, 2006).

Selv om det er en sykepleier som har det faglige ansvaret for hjemmesykepleietjenesten, er hjemmesykepleien faglig og lovmessig underlagt det medisinske felts logikk, en behandlingsorientert logikk som handler om å observere, behandle og forebygge sykdom. Også Hamann Johnsen (1999) og Tønnessen (Tønnessen & Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet, 2011) hevdet med bakgrunn i sine studier at hjemmesykepleiens fokus først og fremst var rettet mot praktiske oppgaver og medisinske behov, mens psykososiale behov derimot ble nedprioritert.

Ut fra feltteoretisk tenkning, indikerer min empiri at helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien i begrenset grad verdsettes i form av sin posisjon. Dette er for øvrig samme konklusjon som Larsen (2008) kom frem til i sin feltanalyse av det medisinske felt.

Oppsummering av kapitlene 4.3.1 og 4.3.2

Ved hjelp av feltteoretisk tenkning har jeg beskrevet hjemmesykepleiens posisjon i forhold til det politiske felt og det medisinske felt. Jeg har argumentert for at begge de overnevnte felter har en dominant innvirkning på hjemmesykepleien sitt virke. De ansatte i hjemmesykepleien former i henhold til dette sine handlinger i spenningsfeltet mellom to ulike logikker:

- en behandlingsorientert logikk, og en
- en budsjettorientert logikk

Hvordan de utøver sin praksis i dette spenningsfeltet, (i en del av helsevesenet som ofte benevnes pleie- og omsorgssektoren), vil jeg komme nærmere inn på i andre del av analysen, men først vil jeg posisjonere de ansatte som arbeider i hjemmesykepleien.

4.3.3 Posisjoner innad i hjemmesykepleien

En posisjon er definert av en relativ kapitalform som skiller den fra andre posisjoner (Broady, 2002; Prieur, et al., 2006). Stillingstitler og formell utdanning er eksempler på kapitaler som utgjør slike posisjoner. I Bourdieus praktikkteori betegnes utdannings- og stillingstitler som institusjonalisert kulturell kapital (Petersen, 1998). Én form for kapital genererer gjerne andre former for kapitaler, for eksempel bedre lønnsvilkår

(økonomisk kapital), nettverksforbindelser (sosial kapital), samt retten til å uttale sine meninger.

Bourdieu var opptatt av hvordan posisjonene forholdt seg til hverandre, ikke hvordan personene bak posisjonene forholdt seg til hverandre (Broady, 2002). Det innebærer at en studerer relasjonene mellom posisjonene og dermed lukker øynene for enkeltindividet som besitter disse (Broady, 2002). I det følgende vil jeg først presentere de ulike yrkesgruppene (posisjonene) som arbeider i hjemmesykepleien. Deretter vil jeg beskrive relasjonene mellom de ulike yrkesgruppene, med basis i mine observasjoner og intervjuer.

I historiseringen beskrev jeg hvordan det moderne sykepleieryrket oppstod som følge av legenes behov for assistanse, og hvordan hjelpeleieryrket oppstod under forutsetning av at de skulle være sykepleiernes assistenter. I hjemmesykepleien er det imidlertid ikke ansatt leger. Helsepersonellet består av sykepleiere, helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) og assistenter.

I følge Prieur (2006) erfares verden alltid fra en bestemt posisjon i et sosialt rom og i det enkelte felt, og menneskets oppfatning av verden avhenger dermed av betingelsene denne personen har vokst opp under. Jeg vil først presentere ulike yrkesgrupper (posisjoner) som arbeider i hjemmesykepleien, og vil i denne omgang ikke si noe om de personene som besitter de ulike posisjonene.

Sykepleiernes posisjon i hjemmesykepleien

I 1912 ble Norsk sykepleierforbund (NSF) stiftet, og siden den gang har forbundet arbeidet for å styrke sykepleiernes posisjon. Schiøtz (2003) skriver at NSF's fremste mål i oppstarten var å styrke utdannelsen, samt markere distanse til de ufaglærte søstrene og de som ble ansett som uskikket for gjerningen. I 1962 fikk forbundet blant annet gjennomslag for sitt arbeid for mer teori i sykepleieutdanningen, og på 1970-tallet vant de frem i kampen for å få sykepleierutdannelsen endret fra elev- til studentstatus. Med akademiseringen av utdannelsen fikk sykepleierne mulighet til å øke sin kulturelle kapital. Da hjemmesykepleien ble etablert ved lov i 1982, var det første gang i norsk historie at sykepleiere i kraft av sin yrkestittel fikk lovfestet det faglige ansvaret i en

helseinstitusjon.³⁶ Sykepleierne inntok dermed den dominante posisjon i hjemmesykepleien.

Hjelpepleiernes posisjon i hjemmesykepleien

Hjelpepleieryrket oppstod i 1963 som følge av sykepleiemangel og endringer i sykepleierutdanningen (jamfør kapittel 4.2.3). Sykepleierforbundet som lenge hadde kjempet mot forslaget om en ny yrkesgruppe i pleie og omsorgssektoren, gikk aktivt ut for å posisjonere sykepleiergruppen i forhold til den kommende yrkesgruppen. NSF og Legeforeningen utarbeidet sammen retningslinjer for opplæring av hjelpepersonell til enklere sykepleieoppgaver. Slik tok sykepleierne kontroll over hjelpepleierutdanningen og posisjonerte seg over den nye gruppen helsearbeidere. Det ble lovfestet at sykepleiere skulle stå for opplæringen av hjelpepleiere. Sykepleiere var også representert i skolens styrer, og i følge Schiøtz (2003) ble hjelpepleieryrket etablert under forutsetning av at hjelpepleierne skulle være sykepleiernes assistenter. På samme måte som legene var overordnet sykepleierne, ble sykepleierne nå hjelpepleiernes overordnede. Hjelpepleierutdanningen var vesentlig kortere enn sykepleieutdanningen, og mens hjelpepleierutdanningen alltid har vært kategorisert som en yrkesfagutdanning, har sykepleieutdanningen i løpet av de siste om lag femti år gått gjennom en profesjonaliseringsprosess som har munnet ut i at sykepleierutdannelsen i dag er en bachelorgrad på høyskolenivå (Sortland, 2011).

De fleste hjelpepleierne er ansatt i kommunehelsetjenesten som er lavt posisjonert i det medisinske felt (Høst & Universitetet i Bergen, 2007; Schiøtz & Skaset, 2003). Vike (2002) og Høst (2007) skriver at hjelpepleierne tradisjonelt har blitt rekruttert fra lavere sosiale lag enn sykepleierne, og Vike hevder dessuten at hjelpepleierne er den gruppen som har lavest innflytelse og prestisje i helse- og sosialsektoren.

Omsorgsarbeidernes posisjon i hjemmesykepleien

I 1994 vedtok Stortinget å opprette en ny yrkesfagutdanning som skulle utdanne omsorgsarbeidere. Utdannelsen skulle være et alternativ til hjelpepleierutdanningen. Intensjonen var at denne yrkesgruppen skulle bidra til å fylle fremtidens behov for

36. Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 1983).

helse- og sosialtjenester, spesielt i kommunehelsetjenesten. Omsorgsarbeideren skulle læres opp til å ivareta funksjoner som frem til nå hadde vært ivaretatt av hjemmehjelper og hjelpepleiere. Arbeidsoppgavene skulle bestå av bistand til innkjøp, renhold og matlaging. Videre skulle omsorgsarbeiderne kunne observere brukerne og «forstå når annen kompetanse er nødvendig» (Aune, 1995).

I forhold til hjelpepleierutdanningen skulle omsorgsarbeideren fokusere mindre på sykdomslære og sykepleie - men utdanningen skulle likevel gi tilnærmet samme assistentkompetanse til sykepleierne som hjelpepleierne alt hadde, dog med en bredere funksjon (Aune, 1995; Glasø & Høgskolen i Akershus. Avdeling for yrkesfaglærerutdanning, 2009). NSF støttet innholdet i utdanningen, under forutsetning av at det var sykepleiere som skulle stå for undervisningen. I likhet med hjelpepleieryrket har en sett at den nye yrkesgruppen, kalt omsorgsarbeidere, er blitt posisjonert lavest i det medisinske felt.

Helsefagarbeidernes posisjon i hjemmesykepleien

I 2006 ble det igjen gjennomført omfattende utdanningsreformer i Norge. I den sammenheng ble hjelpepleier- og omsorgsfagutdanningen fjernet og erstattet med en ny helsefaglig utdannelse - helsearbeiderfag, en yrkesfagutdanning som innebar to år teoretisk opplæring, etterfulgt av to års praksis i bedrift (Glasø & Høgskolen i Akershus. Avdeling for yrkesfaglærerutdanning, 2009). I læreplanen til den nye yrkesfagutdanningen står det at helsefagarbeideren skal kunne «observere og bruke kunnskap om ulike sykdommer, skader og lidelser» og at de også skal kunne «iverksette forbyggende eller behandlende tiltak innen eget ansvars- og kompetanseområde» (Utdanningsdirektoratet).

Med dette fikk det om lag førti år gamle hjelpepleieryrket endret yrkestittel og arbeidskrav, og i dag brukes uttrykket helsefagarbeider som en fellesbenevnelse for både hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.³⁷

37. I denne studien omtales informantene likevel som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det skyldes at hjemmesykepleiegruppen selv benevner de ansatte med disse yrkestitlene.

Assistentenes posisjon i hjemmesykepleien

Assistenter har alltid hatt en plass i behandling og pleie av syke mennesker. I kapittel 4.2.1 har jeg beskrevet hvordan assistentenes posisjon i siste del av 1800-tallet - den gang i form av ufaglærte hjelpekoner og «kloke koner» - ble degradert som følge av at diakonissene ble utdannet og fikk posisjon som legens assistent (Schjøtz & Skaset, 2003).

Den yrkesgruppen som omtales som assistenter, er en uensartet gruppe. Gruppen består av voksne kvinner og menn i alle aldersgrupper. Noen arbeider ved siden av studier, mens andre av ulike grunner har valgt å ikke studere; noen er norske, mens andre har innvandrerbakgrunn. Fellesnevneren for dem alle, er at de ikke besitter noen formell helsefaglig utdanning (ut fra norsk standard). Ettersom formell utdanning er en viktig kulturell kapital i det medisinske felt, er assistentene således lavt posisjonert i det medisinske felt. Larsen (2008) rangerer assistenter lavest i det medisinske felt. I følge Larsen viser dette seg blant annet gjennom at assistentene befatter seg med diagnoser og pasientgrupper som er lavt posisjonerte, i lavt posisjonerte institusjoner, og at assistentene hovedsakelig bruker lavteknologiske hjelpemidler som vann, såpe og håndkle (Larsen, 2008, 2009).

I dette kapittelet har jeg beskrevet posisjoner innad i hjemmesykepleien, med basis i Bourdieus begrepsapparat og historisk/vitenskapelig litteratur på området.

Oppsummering av første del av analysen

Kapitlene 4.0 til 4.3.3 har utgjort første del av analysen. Analysens første del har hatt til hensikt å konstruere forskningsobjektet, dels ved å vise under hvilke betingelser hjemmesykepleien oppstod, dels ved å posisjonere hjemmesykepleien i forhold til tilhørende felt, og dels ved å presentere posisjoner innad i hjemmesykepleien. Som ledd i analyseprosessen har det vært av betydning å presentere min egen posisjon i forhold til de posisjoner som jeg skal beskrive i analysens andre del.

I det følgende vil jeg med basis i mine observasjoner og intervjuer, beskrive relasjonene mellom de ulike yrkesgruppene/posisjonene med henblikk på hvordan de posisjonerer seg i forhold til hverandre.

ANDRE DEL AV ANALYSEN

4.4 Organisering, posisjoner og posisjoneringer i hjemmesykepleiegruppen

I forrige kapittel beskrev jeg begrepet «posisjon» som en form for institusjonalisert kulturell kapital, som i denne sammenheng er en stillingstittel/utdanningstittel. Sestoft (i Willig, et al., 2009) skriver at det vesentlige med en feltanalyse er å forbinde et system av posisjoner (for eksempel en sykepleiers, hjelpepleiers, eller assistents posisjon) med et system av posisjoneringer. Posisjoneringer kan «fanges» dels ved å observere helsepersonellet sine praktikker, og dels gjennom ytringer og holdninger som kommer til uttrykk gjennom samtaler og intervju. I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan den observerte hjemmesykepleiegruppen er organisert. Hensikten er dels å besvare første del av forskningsspørsmålet om hva helsepersonell gjør når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien, og dels å undersøke om det fremkommer et system av posisjoneringer som er knyttet opp til de ulike posisjonene i gruppen. Dersom det viser seg at det er en forbindelse mellom posisjoner og posisjoneringer, kan det sammen med sosial bakgrunn, bidra til å forklare hvordan helsepersonells handlinger formes i hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen er organisert i ulike geografiske soner, og sonene er igjen delt inn i flere grupper. Hjemmesykepleiegruppen som er gjenstand for mine observasjoner består av lag 200 brukere. Gruppeleder har det formelle ansvaret for daglig drift (økonomisk- og personal ansvar), mens assisterende gruppeleder er stedfortredende leder. De er begge kvinner med sykepleiefaglig bakgrunn.

I følge turnusoversikten er det ansatt tretten sykepleiere (ti kvinner og tre menn), ti hjelpepleiere (hvorav én mann) og to omsorgsarbeidere.³⁸ I tillegg er det sytten mindre deltidsstillinger fra tretten til tjuetre prosent. Disse stillingene er besatt av assistenter (to menn og resten kvinner). Ut fra turnusoversikten fremkommer det at sykepleierne har gjennomgående høyere stillingsprosent og færre kveldsvakter enn hjelpepleierne og

38. I 2006 ble hjelpepleier- og omsorgsfagutdanningen fjernet og erstattet med en ny helsefaglig utdanning- helsearbeiderfag (Glasø & Høgskolen i Akershus. Avdeling for yrkesfaglærerutdanning, 2009). I den observerte hjemmesykepleien er det imidlertid ikke ansatt helsefagarbeidere. Jeg vil derfor omtale denne gruppen fagarbeidere med den utdanningstittel de har.

omsorgsarbeiderne, mens assistentene må ta til takke med mindre deltidsstillinger og ubekvemme arbeidstider (assistenter har utelukkende helgestillinger i følge turnus). Samtlige ansatte (bortsett fra gruppeleder og assisterende gruppeleder) går todelt turnus, med dagvakter fra klokken 07.30 /08.00 til 15.00 og kveldsvakter fra 15.00 til 22.30. I tillegg arbeider de hver tredje helg (det gjør også assisterende gruppeleder). Noen av assistentstillingene har turnus med vakter hver andre helg. Nattevaktstjenesten er lokalisert et annet sted i distriktet, og har en egen personalgruppe.

Internt er hjemmesykepleiegruppen inndelt i to grupper (gruppe A og gruppe B). Gruppene har hvert sitt gruppekantor (i samme kontorlokale) og holder rapport og lunsj hver for seg tre til fire ganger per uke. I følge gruppeleder, befatter gruppe A seg primært med demente brukere og brukere med psykisk lidelser, mens gruppe B har ansvar for brukere med somatiske lidelser. Andelen sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er jevnt fordelt mellom gruppene. Gruppeleder hevder at de ansatte i gruppe A og B besitter like høy kompetanse, men likevel ulik kompetanse.

Dag Album, som er professor i sosiologi ved UIO, hevder at spesialiteter som arbeider med objektiv diagnostikk og en naturvitenskapelig årsaksforståelse, kommer høyt oppe i det medisinske hierarkiet (Album, 1991). I løpet av min tid som observatør i hjemmesykepleien, har jeg blant annet fokusert på hva de ansatte snakker om under rapportene. Etter å ha skrevet feltnotater om innholdet i morgenrapportene og analysert disse, fremkommer det at de ansatte anser det som viktigere å rapportere skriftlig om brukernes fysiske helsetilstand enn å rapportere om deres psykososiale helsetilstand.

Gruppeleder har delegert ulike ansvarsområder blant de ansatte. Ansvarsområdene er skriftlig nedfelt og henger innrammet på kontoret. Enkelte sykepleiere er tildelt ansvar for medisinhåndtering, mens andre er ressurspersoner innen demens- og kreftomsorg. Enkelte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har ansvar for brukernes nøkler, noen har ansvar for leasingbilene som benyttes til transport ute i felten,³⁹ og andre besørger bestilling av inkontinensprodukter og kontorrekvisita. Enkelte hjelpepleiere skal dessuten fungere som ressurspersoner for løfte-, arbeids-, og forflytningsteknikker,

39. Den observerte hjemmesykepleiegruppen har ni leasingbiler til disposisjon.

mens andre igjen forutsettes å ha spesialkompetanse på vedlikehold av høreapparat. Ingen av assistentene er imidlertid gitt særskilte ansvarsområder.

Hjemmesykepleien er organisert med et primær- og sekundær kontaktsystem. Det vil si at alle brukere skal ha to ansatte som har et særlig ansvar for å ivareta deres behov. Det er forventet at kontaktpersonene skal holde seg oppdatert i forhold til brukerne, og i tillegg skal de tilrettelegge hjelpetilbudet og melde fra til forvaltningsenheten dersom hjelpebehovet endres. De fleste brukerne har en sykepleier, samt en hjelpepleier eller omsorgsarbeider som kontaktperson. Kreftpasienter er den eneste brukergruppen som utelukkende har sykepleiere som kontaktpersoner. De ansatte er primærkontakt for fire til ni brukere avhengig av stillingsprosent. I tillegg er de sekundærkontakt for fem til åtte brukere. Ingen assistenter er primærkontakter, og vikarene⁴⁰ har heller ingen formelle ansvarsområder.

På oppslagstavlen henger oversikt over møtevirksomheten i gruppen.

Sykepleiergruppen og hjelpepleier- og omsorgsarbeidergruppen har atskilte fagmøter én gang i måneden. Sykepleierne har i tillegg et månedlig fagmøte med sykepleierne i de øvrige gruppene i sonen. Dette møtet ledes av sykepleiekonsulenten i sonen. Jeg fant ikke informasjon om tilsvarende tilbud til hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne, og det finnes heller ikke tilsvarende konsulentstilling som befatter seg med faglig oppdatering til disse yrkesgruppene. Heller ikke assistentene har tilbud om møter for faglig påfyll.

4.4.1 Refleksjoner rundt organiseringen, posisjoner og posisjoneringer i hjemmesykepleiergruppen, sett i lys av Bourdieus praktikkteori

Ved hjelp av feltteorien, vil jeg nå skissere hvordan de ulike yrkesgruppene posisjonerer seg innad i den observerte hjemmesykepleiepraksisen:

Sykepleierne innehar en dominerende posisjon i forhold til hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne og assistentene, men som beskrevet i kapittel 4.3.2, er de dominert av legestanden, til tross for at det ikke arbeider leger i hjemmesykepleien.

40. «Vikarer» viser her til samtlige helsearbeidere (sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter) som ikke har faste stillinger/vikariater, men i stedet arbeider som ringevikarer.

Samhandling med andre helseinstanser, samt møtevirksomhet og administrative oppgaver, er aktiviteter som i all hovedsak foregår på dagvakter. Dette medfører at helsepersonell som i størst utstrekning arbeider på dagtid, også har størst forutsetning for å skaffe seg innsikt i - og overblikk over det som foregår i gruppen. Kunnskap og kjennskap til det som foregår i hjemmesykepleiegruppen, både på det organisatoriske plan, men også ute i felten, gir anerkjennelse og er derfor viktige kapitaler. Fordi sykepleierne har flest dagvakter og flest arenaer hvor de kan oppnå faglig oppdatering og knytte tverretatlige relasjoner, har denne yrkesgruppen best forutsetning for å kunne opprettholde en dominant posisjon i forhold til øvrig helsepersonell i gruppen.

Larsen (Larsen, 2008, 2009) baserer seg blant annet på Albums (1991) artikkel om «Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje» når han posisjonerer helseinstitusjoner, helsepersonell, sykdommer og teknologiske hjelpemidler i det medisinske felt. I Albums studie besvarte 137 respondenter (alle leger, bortsett fra 39 respondenter med annen helsefaglig utdanning) et spørreskjema hvor de skulle rangere sykdommer og spesialiteter. Legenes svar ble brukt til å rangere prestisjeskalaen, mens de øvrige respondentenes svar ble presentert til sammenligning. I artikkelen viste Album hvordan organer, sykdommer og spesialiteter defineres som attraktive og mindre attraktive. Album skriver:

«Sykdommer som kan være dødelig, gir vanligvis høy anseelse. Et særlig pluss går til de sykdommene som ganske snart enten fører til død eller til klar bedring... Brå død er finere enn langsom forvitring. Den langvarige funksjonsnedsettelsen gir lav prestisje» (Album, 1991, s. 2131).

Jeg finner lignende tendenser i den observerte hjemmesykepleiegruppen. Ut fra min empiri fremkommer det for eksempel at kreftpasienter er en høyt posisjonert pasientgruppe i hjemmesykepleiepraksisen. Oppdrag knyttet til kreftpasienter innebærer ofte avansert medikamentell behandling og høye krav til tekniske utstyr (i forhold til øvrige medikamentelle/tekniske oppdrag som hjemmesykepleien befatter seg med). Kreftpasientene er også en brukergruppe som i motsetning til mange andre brukergrupper, får tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at hjemmesykepleien samhandler med disse og får mulighet til å tilegne seg ny kunnskap

om behandling av en prestisjefylt diagnose. Dette genererer mer kapital i form av kunnskap og nettverksbygging.

Det faktum at brukere med kreft er den eneste brukergruppen som kun skal ha sykepleiere både som primær- og sekundærkontakter, viser hvordan kreftpasienter rangeres høyt i hjemmesykepleiepraksisen. Det er for øvrig ikke bare *innad* i gruppen at kreftpasienter rangeres høyt. I følge en av hjelpepleierne blir kreftpasienter prioritert foran andre brukere, når forvaltningsenheten tildeler trygghetsalarmer (kilde: samtale med en hjelpepleier 10.mai 2011). I følge Album, er hjerneslag eksempel på en diagnose som er lite prestisjefylt å jobbe med (Album, 1991). Ut fra mine observasjoner er dette en gruppe brukere som assistentene i størst grad forholder seg til.

Sykepleierne posisjonerer seg også i forhold til de øvrige yrkesgruppene ved at de har egne sykepleiefaglige møter som ekskluderer de andre yrkesgruppene. Riktignok har også hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne egne fagmøter, men sykepleierne har i tillegg møter hvor de treffer sykepleiere fra de øvrige gruppene i sonen, hvor de får anledning til å knytte kontakter utover gruppenivå og dermed øke sin sosiale kapital.

Assistentene posisjoneres lavest i gruppen. Mens sykepleierne innehar større stillingsprosenter og flest dagvakter, besitter assistentene mindre deltidsstillinger på ubekvemme vakter (helg). Assistentene har ingen særskilte ansvarsområder, de er ikke primærkontakter for brukere, og de har ikke mulighet til å delta på fagmøter. Assistentene blir med andre ord utelukket fra flere arenaer hvor de kunne fått anledning til å tilegne seg kunnskap, og derigjennom økt sin kulturelle kapital.

Hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne posisjonerer seg mellom sykepleierne og assistentene. I likhet med sykepleierne har de egne ansvarsområder, men mens sykepleierne har ansvar for medikamenthåndtering og befatter seg med de mest prestisjefylte diagnosene, har hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne ansvar for inkontinensprodukter og befatter seg hovedsakelig med pleieansvar. Hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne har med andre ord ansvarsområder som rangeres lavere i det medisinske felt.

I det følgende vil jeg beskrive en konkret situasjon som illustrerer hvordan de ansatte posisjonerer seg - og tilsynelatende helt naturlig, og uten å stille spørsmål ved det, finner sin plass i gruppen ut fra sin posisjon:

I løpet av morgenen har det vært varelevering av medisiner, tørkerull og toalettpapir. Assisterende gruppeleder tar imot medisinleveransen så snart den kommer, men rundt klokken elleve står fremdeles partiet med tørkeruller og toalettpapir plassert midt på gulvet på kontoret. På dette tidspunktet er det fire ansatte på kontoret; to sykepleiere, en gruppeleder og en assisterende gruppeleder. Like etter kommer ytterligere en sykepleier til. Hun setter seg ned utenfor og tar en røyk før hun kommer inn. Deretter går hun direkte inn på gruppe A sitt kontor og setter seg ned ved en datamaskin. Også assisterende gruppeleder går utenfor for å ta seg en røyk. Klokken blir kvart på tolv og flere ansatte begynner å komme inn, både hjelpepleiere, sykepleiere og assistenter. To hjelpepleiere tar initiativ til å rydde på plass vareleveransen med toalettpapir og tørkeruller, og etter hvert kommer også to assistenter til for å hjelpe. Ytterligere en hjelpepleier kommer inn til lunsj. Hun spør om noen har satt på kaffe, men får et benektende svar, hvorefter hun selv gjør dette (kilde: observasjonsnotater 12. mai 2011).

Overnevnte eksempel viser at de ansatte finner sin plass i gruppen og «vet» hva som er forventet av dem, uten at noe blir sagt. Tilsynelatende virker det selvfølgelig for dem at det er hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne og assistentene som skal rydde på plass toalettpapiret og tørkerullene - også i forhold til kaffetrakting synes det naturlig for dem at det er hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne som skal utføre denne oppgaven. I løpet av de ti dagene jeg observerte hjemmesykepleiegruppen, var det ingen av sykepleierne som traktet kaffe, til tross for at det var en av disse som kom først inn på kontoret til samtlige lunsjer. Jeg observerte heller ikke at sykepleierne ved noen anledninger ryddet og vasket i kontorlokalene. Disse oppgavene ble imidlertid utført av hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne og assistentene på daglig basis.

Det understrekes at mine observasjoner har funnet sted på dagvakter mandag til fredag. Jeg har derfor ikke undersøkt rutineene som fant sted på helgevakter. I det følgende vil

jeg beskrive hva informantene gjør i kontorlokalet, og hvordan deres handlinger formes der.

4.4.2 Daglige rutiner på hjemmesykepleiegruppens kontor

I følge turnus begynner vel halvparten av de ansatte som jobber dagvakt klokken 07.30. I løpet av den første halvtimen før de øvrige ansatte kommer, skal:

- sykepleierne låse ut medisiner, mens
- hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne skal finne frem arbeidslister og sjekke om det er brukere som trenger tidlig hjelp. Dessuten skal de finne frem brukernøkler, bilnøkler og mobiltelefoner til alle de ansatte.⁴¹

Morgenrapporten starter klokken 08.00, når de øvrige ansatte er kommet - og varer om lag tjuefem minutter. Hensikten med morgenrapporten er at de ansatte skal få en kort oppdatering om nye hendelser som vedrører brukerne, dessuten er det en arena for å formidle beskjeder mellom de ansatte.

Det er vaktansvarlig sykepleier⁴² som leder morgenrapportene, det vil si at hun leser opp nylig rapporterte hendelser vedrørende brukere til de andre i gruppen, og i tillegg leser hun dagens huskeliste og sikrer seg at ting her i blir fulgt opp. De ansatte får utlevert hver sin arbeidsliste med beskrivelse av hvilke brukere de skal gå til den aktuelle dagen. De får også utlevert skriftlig oversikt over tildeling av biler og mobiltelefoner. Én mobiltelefon blir benyttet av vaktansvarlig sykepleier (vakttelefon). På vakttelefonen ringer legevakten dersom trygghetsalarmene til en av gruppens brukere utløses. I tillegg har gruppen én mobiltelefon som fungerer som kontakttelefon for brukere og pårørende. På dagtid er det assisterende gruppeleder som besvarer denne.

I det følgende vil jeg beskrive en morgenrapport som finner sted i gruppen 26. mai 2011. Bakgrunnen for at akkurat denne morgenrapporten benyttes som eksempel skyldes at rapporten var felles for begge gruppene og dermed var det enklere å få oversikt over hva som ble rapportert i *begge* gruppene. En annen grunn er at det var min

41. I henhold til en intern prosedyre som henger på oppslagstavlen.

42. Oppgaven som vaktansvarlig sykepleier går på omgang blant sykepleierne i gruppen. Vaktansvarlig sykepleier har også det daglige ansvaret for å følge opp arbeidet med huskelisten og besvare vakttelefonen.

sjette observasjonsdag, noe som innebar at jeg hadde begynt å få et overblikk over hvem de ansatte var og hvilke posisjoner de innehadde. Dermed mente jeg å ha bedre forutsetning for å få oversikt over hva som foregikk under rapporten enn hva som var tilfelle de første dagene.

Morgenrapport 26. mai 2011

Det er gruppeleder⁴³ som leder morgenrapporten i dag. Rapporten holdes i fellesskap, det vil si at både gruppe A og B er samlet. Gruppeleder leser med lav, men klar og bestemt stemme. Det er noen oppdrag som må omfordeles på grunn av sykdom blant personalet. Gruppeleder informerer kort om dette før hun sender rundt arbeidslisten som «den syke» skulle hatt. Hun ber om at alle ser gjennom arbeidslisten og tar på seg ekstraoppdrag.

Etter grunnturnusen ser det ut som det skulle vært elleve faste ansatte på dagvakt i dag (i tillegg til gruppeleder og assisterende gruppeleder). I følge turnus skal samtlige ansatte være faglærte, det vil si sykepleiere, hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. Ingen assistenter har vakt i følge turnus, men i realiteten er situasjonen en annen. Rundt bordet sitter tre sykepleiere og ni assistenter, men ingen hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. Det vil si at hjemmesykepleiegruppen har et betydelig sykefravær denne dagen, noe assisterende gruppeleder bekrefter. Assistentene er vikarer i de faste ansatte sitt sykefravær.

På den ene kortsiden sitter gruppeleder - og på motsatt kortsider sitter to assistenter. Nedover bordets langsider sitter tre sykepleiere, hvorav én av dem er en ny kvinnelig sykepleiervikar, som har sin andre arbeidsdag. De sitter alle nært opp til gruppeleder. Assistentene sitter derimot lengst borte fra gruppeleder og nærmest assistentene på hjørnet.

I tabell 2 (se vedlegg) har jeg sammenfattet innholdet i morgenrapporten i noen punkter for å illustrere hva som vektlegges. Innholdet i rapporten illustrerer at den observerte hjemmesykepleiegruppen i stor grad har fokus på medisinsk behandling og fysisk helse,

43. I løpet av ti observasjonsdager var det kun én gang samme sykepleier som leder morgenrapporten. Ved én anledning var det gruppeleder som ledet morgenrapporten, og det var denne observasjonsdagen.

men psykososial helse i langt mindre grad dokumenteres. Også avtaler tilknyttet brukerne omtales i vesentlig grad, for eksempel beskrives alt fra beskjeder om avtaler som helsepersonell har gjort på vegne av brukerne - til avtaler som er under planlegging - det være seg bestillinger av taxier, ambulanser, legetimer, fotpleiere, tannlegetimer, hjelpemidler og så videre.

Så snart gruppeleder er ferdig med å lese morgenrapporten, starter flere parallelle dialoger i rommet. Ansatte spør hverandre om muligheter for bytting av oppdrag - både fordi enkelte oppdrag ikke er fordelt, og fordi noen har fått oppdrag som de ikke kan utføre på grunn av manglende kompetanse. I tillegg er det noen ansatte som ikke har fått tildelt leasingbil og derfor har problemer med å ta seg frem mellom de ulike hjemmene.

Den nye sykepleieren hadde sin første arbeidsdag i går. I dag har hun fått en egen arbeidsliste. Hun virker utrygg og forvirret. En av gruppens sykepleiere gir henne en kortfattet forklaring på hvor hun skal gå og i hvilken rekkefølge hun bør gjøre oppdragene/hvordan hun bør prioritere listen. Så forteller hun «den nye» at det ikke er som på sykehjem og sykehus:

«Du får ikke anledning til å vite alt om bruker før du går ut. Du må nesten bare begynne litt forsiktig og så føle deg frem mens du er hos bruker», sier hun. «Så blir du kjent med dem etter hvert».

Klokken blir 08.40 før de ansatte begynner å forlate kontoret. For å få formiddagen til å gli smidigst mulig, har en av assistentene tatt i bruk sin private bil.

4.4.3 Refleksjoner rundt daglige rutiner på hjemmesykepleiegruppens kontor, sett i lys av Bourdieus praktikkteori

Ansattes formelle utdanning (posisjon) har betydning for hvordan de posisjonerer seg

Arbeidsoppgavene i den observerte hjemmesykepleiegruppen inndeles etter utdanning/posisjon i gruppen. Det er alltid en sykepleier som leder morgenrapporten. De ansatte sykepleierne bytter på dette, og ved én anledning er det gruppeleder som leser morgenrapporten. En morgen er det ingen fast ansatte sykepleiere til stede under morgenrapporten (24. mai 2011). Da trer en sykepleier som arbeider som ringevikar inn

i rollen, og leder morgenrapporten. Dette eksempelet viser at det er ansatte med lengst formell utdanning som har «taleretten».

Som tidligere nevnt, bæres vakttelefonen og kontakttelefonen av sykepleierne i gruppen. Dette innebærer at all informasjon fra andre helseinstanser går via en sykepleier. Sykepleierne er dermed i en posisjon som gjør det enklere for dem å tilegne seg kapital i form av informasjon og oversikt over det som skjer i gruppen. Kontroll over informasjonsflyten bidrar til at sykepleierne opprettholder sin dominante posisjon i gruppen ved at de ansatte må henvende seg til en av gruppens sykepleiere for å få svar på eventuelle spørsmål omkring brukere, avtaler som er gjort, administrative rutiner og så videre.

Ansattes formelle utdanning og posisjon har betydning for hvordan de plasserer seg

I kapittel 4.4.2 (side 78), beskrev jeg hvordan de ansatte plasserte seg rundt bordet under morgenrapporten. I løpet av observasjonspraksisen tegnet jeg daglige feltskisser av plasseringen rundt bordet, både i forbindelse med morgenrapporter, men også under lunsjen. Da jeg skulle sammenfatte feltskissene åpenbarte det seg en tydelig struktur av plassering i forhold til posisjoner. Under samtlige av observasjonsdagene ble morgenrapporten ledet fra «sykepleierhjørnet» som jeg har valgt å benevne den ene kortsiden av bordet, fordi det ved enhver anledning kun var sykepleiere og lederne (som også er utdannet sykepleiere) som satt der. Likeledes benyttes betegnelsen «assistenthjørnet» om motsatt kortende, fordi det på denne siden utelukkende satt ansatte uten formell helsefaglig utdannelse, eller ansatte som arbeidet på dagsenteret (enten omsorgsarbeider eller hjemmehjelp). Kun ved én anledning satt det en ansatt fagarbeider på «assistenthjørnet». Ved langsiden av bordet satt assistenter, sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, tilsynelatende tilfeldig plassert. Men ved nærmere ettersyn fant jeg en klar tendens til at sykepleierne og lederne trakk lengst mulig opp mot «sykepleierhjørnet». Jeg tegnet for øvrig også feltskisser rundt lunsjbordet og ved et møte med psykiatritjenesten, og fant lignende tendenser da.⁴⁴

44. Under møtet med psykiatritjenesten var det de to psykiatriske spesialsykepleierne som satt på «sykepleierhjørnet», altså de med høyest formell utdanning/ høyest posisjon.

Fysisk helse og avtaler rapporteres skriftlig, mens psykisk helse og sosiale miljøfaktorer drøftes muntlig

Tabell 2 (se vedlegg) er basert på innholdet i morgenrapporten. Innholdet i morgenrapporten gjenspeiler det som de ansatte synes er viktig å formidle til sine kollegaer. Tabellen viser at de ansatte vektlegger skriftlig rapportering om avtaler, medisiner og fysisk helse. Rapporter som omhandler brukernes mentale helse og sosiale miljø skrives det derimot i liten grad om. Dette til tross for at mange av brukerne har diagnoser hvor det psykiske og sosiale aspektet er viktig å formidle. Den klare inndelingen av fysisk helse på den ene siden - og psyke/sinn på den andre siden, viser hvordan det medisinske felts logikk har innvirkning på hva som oppfattes riktig og viktig å rapportere skriftlig. Men det faktum at mentale og sosiale sider ved brukernes helse i liten grad rapporteres, betyr ikke at de ansatte ikke anser dette som viktig. Tvert imot fremkom det i intervjuer med nøkkelinformantene at spesielt det sosiale aspektet var ønskelig å vektlegge. I intervjuer med disse informantene, spurte jeg om det var noe som de anså som spesielt viktig i arbeidet sitt. Hjelpepleieren og assistenten omtalte ikke brukernes fysisk helse og medisinske spørsmål én gang i løpet av intervjuet. Sykepleieren var den eneste av de tre nøkkelinformantene som omtalte temaer som fysisk helse, medisiner, og samhandling med øvrige helseinstanser. Derimot fremhevet de alle det psykososiale aspektet med jobben som viktig, men de omtalte det altså ikke skriftlig. Nøkkelinformantenes ytringer og meninger om sin praksis omtales nærmere i kapitlene 4.6.1 til 4.6.3.

I løpet av observasjonspraksisen oppdaget jeg at lunsjpausen var en arena som ble benyttet til å drøfte problemstillinger i forhold til psykososiale forhold knyttet til brukere og deres pårørende. Svært forenklet kan rapporteringen om brukerne grupperes i:

- Skriftlig rapportering som leses opp under morgenrapporten omhandler hovedsakelig fysisk helse, avtaler og medisinske spørsmål/problemstillinger.
- Muntlig rapportering som drøftes uformelt og spontant under lunsjen, omhandler hovedsakelig psykososial helse og samhandling mellom brukere, pårørende og de ansatte.

Planlagt organisering må ofte vike for spontan omorganisering på grunn av høyt sykefravær og mangel på fagkompetent helsepersonell

Under observasjonspraksisen observerte jeg at hjemmesykepleiegruppen ved flere anledninger så ut til å ha et relativt høyt sykefravær blant de ansatte. Dette bekreftet også den intervjuede sykepleieren. Bakgrunnen for det høye sykefraværet er ikke tema i denne studien, men jeg vil i det følgende peke på noen praktiske konsekvenser ved bemanningsproblemene. Som jeg beskrev innledningsvis i kapittel 4.4, er hjemmesykepleiegruppen delt i to mindre grupper som befatter seg med brukere som har ulike diagnoser. I følge gruppeleder skal gruppene ha felles morgenrapport hver fredag, og separat rapport de andre dagene. I løpet av min observasjonspraksis, ble imidlertid to av åtte separate morgenrapporter omstrukturert og likevel holdt felles. Assisterende gruppeleder begrunnet avviket med bemanningsproblemer, som ga seg utslag i lav andel faglærte på jobb.

Ut fra mine observasjoner fant jeg at gjennomsnittlig 48 % av de som var på vakt i løpet av observasjonsperioden - var der i følge turnus, mens 52 % var ekstra bemanning.⁴⁵ Den beskrevne morgenrapporten er et eksempel på en slik dag der gruppene ble sammenslått som følge av få faglærte på jobb. Denne dagen var 75 % av arbeidsstaben (ni assistenter) som skulle ut i «felten» ufaglærte, mens 25 % var faglærte (tre sykepleiere). Andelen ufaglærte var noe høyere enn hva som er normalt, denne torsdagen. Gjennomsnittlig utgjorde 41 % av arbeidsstaben assistenter, 33 % sykepleiere og 26 % hjelpepleiere/omsorgsarbeidere (gjennomsnittsberegning i løpet av ti observasjonsdager). Til tross for dette, har ingen av assistentene planlagt arbeidstid utover helg. En av assistentene har arbeidet i gruppen i om lag fem år. Hun anslår at hun har arbeidet dagvakter tilsvarende 40-50 % stilling, kun ved å være ringevikar (kilde: intervju med assistent 15. juni 2011).

Bemanningsproblemer og en høy andel ufaglærte medarbeidere medfører at de ansatte ofte omfordeler arbeidslister og omstrukturere arbeidsdagen. Dette skyldes blant annet at ulike brukeroppdrag krever ulik fagkompetanse. Når oppdrag omfordeles, medfører det ofte logistikkproblemer i forhold til bilbruk. Det er ni leasingbiler til felles

45. I følge turnus har ingen assistenter dagvakter mandag til fredag, derfor har jeg beregnet alle assistenter som ekstra bemanning. De øvrige ansatte har fortalt at de jobbet ekstra.

disposisjon i gruppen og dermed er det ikke alle som får tildelt bil. Det er heller ikke alle som har sertifikat. Noen ganger medfører transportproblemene til at oppdrag må omfordeles, men vanligvis ender det med at noen av de ansatte benytter private biler for å få arbeidsdagen til å bli smidigst mulig. De ansatte som er tildelt leasingbil, bruker også en del tid på å kjøre kollegaer som ikke er tildelt bil. Som avrundning av temaet om hvordan bemanningsproblemer kompliserer de ansattes arbeidsdag og medfører spontane omorganiseringer, viser jeg til en konkret situasjon i gruppe B:

Lunsjen går mot slutten og en av sykepleierne på gruppe B ber sine kollegaer om hjelp for å få «endene til å møtes». De ansatte kartlegger hverandres videre arbeidsdag - hvem som skal hvor, hvem har bil og så videre. De diskuterer i om lag ti minutter for å få «kabal» til å gå opp. Sykepleieren spør en av assistentene om hun kan dusje en bruker, samt utføre sårstell hos samme bruker. Assistenten svarer at hun kan bidra med dusjeoppdraget, men at hun ikke «er noe på sår». Sykepleieren spør så en hjelpepleier om hun hjelpe brukeren som trenger dusj og sårstell. Hjelpepleieren svarer ja, under forutsetning av at noen tar et dusjoppdrag for henne, for hun klarer ikke to dusjoppdrag etter lunsj. Hun forslår at assistenten hjelper den andre brukeren med å dusje, men assistenten har ikke bil, og brukeren bor ikke i gåavstand fra kontoret. De tre ansatte spør så de andre i gruppen om noen har en bil å avse. En annen sykepleier har nå klart å bytte vekk et oppdrag og hun trenger derfor ikke bil. Dermed er resten av arbeidsdagen organisert. (kilde: observasjoner 12. mai 2011).

Oppsummering av kapitlene 4.4 til 4.4.3

I disse kapitlene har jeg vist hvordan den observerte hjemmesykepleiegruppen organiserer sin praksis på dagtid, og jeg har forsøkt å illustrere noen av de utfordringene som de ansatte møter i hjemmesykepleien. Ved hjelp av feltteorien har jeg beskrevet ansattes posisjoner i gruppen og jeg har argumentert for at det finnes et system hva gjelder forbindelser mellom posisjoner og posisjoneringer. Dette systemet virker slik jeg ser det, konserverende på maktforholdet i gruppen. Med det mener jeg at de dominerende posisjonene (som innehas av sykepleiere), i motsetning til de dominerte posisjonene (hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og assistenter), bevarer og styrker sin kulturelle og sosial kapital som følge av at de har monopol på visse arbeidsoppgaver.

Praktikkteorien og feltteorien har også vært mitt perspektiv når jeg har analysert noen sentrale sider ved den daglige organiseringen. Jeg har argumentert for at det medisinske felts logikk ser ut til å ha betydning for hvordan gruppen organiserer seg. Blant annet i forhold til gruppeinndeling, hva som vektlegges i forhold til skriftlig rapportering - og tendensene til at noen diagnoser ser ut til å gi større prestisje å arbeide med.

Hittil har jeg hatt fokus på hvordan den observerte hjemmesykepleiegruppen organiseres på gruppenivå. I neste kapittel vil jeg sette søkelyset på noen av enkeltpersonene som besitter de ulike posisjonene i gruppen.

4.5 Observasjoner av en sykepleier, en hjelpepleier og en assistent

Broady (2002) skriver at det viktig å være oppmerksom på at feltteorien har sine begrensninger, blant annet fordi den ikke sier noe om personene som besitter de ulike posisjonene. I følge Prieur (2006) vil personer som besitter ulike posisjoner tendere mot å se verden på ulik måte, ut fra den plassen de innehar i feltet. Jeg valgte derfor tre ansatte med ulike posisjoner i gruppen som jeg ønsket å få nærmere kjennskap til. Hensikten var å studere deres praktikk. Jeg fulgte de tre nøkkelinformantene én dag hver og intervjuet dem på et senere tidspunkt. Fokus under observasjonsdagen var å observere hva helsepersonell gjør når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien, og skape et grunnlag til å forstå og forklare hvordan deres handlinger formes.

I det følgende vil jeg presentere en arbeidsdag i den observerte hjemmesykepleiegruppen ut fra ståstedet til henholdsvis:

- en sykepleier, som jeg har valgt å kalle Karin;
- en hjelpepleier, som jeg har valgt å kalle Nora; og
- en assistent, som jeg har kalt Line.

4.5.1 Sykepleierens praktikk og hvordan hennes handlinger formes

Den dagen jeg observerer sykepleier Karin, har hun vaktansvar, og det er derfor hennes oppgave å lede morgenrapporten. Som vaktansvarlig sykepleier har Karin også ansvar for å besvare vakttelefonen og følge opp gjøremål på huskelisten.

Karins arbeidsliste inneholder ni brukeroppdrag- åtte før lunsj og ett etter lunsj. Varigheten på oppdragene er estimert til å ta alt fra femten minutter til en time, og totalt har hun 240 minutter (fire timer) planlagt arbeid på sin arbeidsliste (se vedlegg: tabell 3). Noen steder skal hun kun gi medisiner eller ta på støttestrømper, andre steder er det derimot omfattende pleiebehov som skal dekkes, for eksempel dusjing, matlaging og morgenstell med tømning av urinpose og skifte på stomi. En av brukerne har uhelbredelig kreft og en annen bruker har hatt hjerneslag og er rammet av diabetes. De øvrige brukerne er eldre brukere som trenger assistanse på grunn av alderssvækkelse.

Karin blir avbrutt i sitt arbeid hos fem av ni brukere som følge av at hun må besvare vakttelefonen. Oppringningene kommer fra kollegaer som har spørsmål om medisiner og andre forhold rundt brukerne; fra sentralbordet i hjemmesykepleiedistriktet som etterlyser hjemmehjelpen på vegne av en bruker; og fra legevakten som gir beskjed om en trygghetsalarm som er utløst. Som følge av at en bruker har utløst trygghetsalarmen, er Karins oppgave som vaktansvarlig sykepleier å sørge for at brukeren blir tilsett så snart som mulig. Hun ringer derfor en kollega og ber henne om å gå innom for å se til vedkommende. Telefonsamtalene er tilsynelatende forstyrrende elementer som griper inn i Karins møte med brukerne. I tillegg til alt ekstraarbeidet som følge av telefonhenvendelsene, tar Karin på seg å kjøre en kollega som ikke har sertifikat dit hun skal. Hun må også en uforutsett tur innom kontoret for å hente utstyr som mangler hos en bruker.

Karin følger ikke arbeidslisten slavisk, verken i forhold til anbefalt tidspunkt for hjelpen eller i forhold til estimert tidsbruk. I stedet prioriterer hun rekkefølgen på oppdragene slik hun finner det best. Blant annet bytter hun om på to oppdrag av geografiske hensyn. Dette byttet medfører at Karin sparer inn litt kjøretid, men samtidig fører det til at brukerne blir forskjøvet i forhold til ønsket tidspunkt for hjelpen. Karin disponerer leasingbil, og hun bruker i underkant av én time på transport i løpet av arbeidsdagen. Tiden som går med til bilkjøring synes ikke å være tatt hensyn til når arbeidslisten er utformet.

I forhold til ønsket oppdragstidspunkt fra brukerne og estimert tidsbruk, ser det ut som om det er en uløselig oppgave å tilfredsstille alle brukerne. Jeg har summert Karins planlagte arbeid i halvtimesøkter gjennom hele arbeidsdagen (se vedlegg: tabell 1 og

diagram 1). I følge arbeidslisten skal Karin i tidsrommet mellom klokken halv ti til halv elleve utføre planlagte arbeidsoppgaver som er beregnet å ta to timer og ti minutter. Da er det ikke medregnet tid til transport mellom brukerne. Karin bruker kortere tid enn estimert tidsberegning hos samtlige brukere, bortsett fra den siste brukeren på listen. Her er hun tolv minutter lengre enn hva arbeidsplanen tilsier.

Til tross for at Karin bruker mindre tid enn beregnet, gjør hun alt som står på arbeidslisten, og i tillegg utfører hun ekstra oppgaver hos noen brukere (se vedlegg: tabell 3). Sykepleiere med vaktansvar, bør ifølge ansatte som fordeler arbeidslister, ha kortere arbeidsliste. Karin har likevel oppdrag både før og etter lunsj, men velger å flytte et oppdrag slik at hun får gjort seg ferdig med alle brukeroppdragene før hun går til lunsj. Hun begrunner forskyvningen av oppdraget med at hun trenger mer sammenhengende kontortid når hun skal arbeide med huskelisten.

Karins arbeidsdag varer syv timer, og i løpet av denne tiden har hun rett på en halv times lunsj. Hun kommer inn på kontoret klokken halv ett, en halv time senere enn det som vanligvis regnes som lunsjtid og to og en halv time før arbeidsdagen er over. Karin kombinerer om lag tjue minutters omflakkende lunsjpause, med samtaler med kollegaer vedrørende problemstillinger knyttet til arbeidet.

Etter lunsj begynner Karin arbeidet med huskelisten. Hun ringer ulike helseinstanser og pårørende for å gjøre avklaringer i forhold til timeavtaler, resepter, hjelpemidler, medisiner og lignende. Deretter skriver hun rapporter og huskeliste over hva hun har gjort, og hva som må følges opp videre. Karin bruker også en del tid på å oppdatere seg i forhold til gruppens brukere, hun informerer assisterende gruppeleder om en bruker som er innlagt på sykehus, og hun sjekker at oppdragsbeskrivelser og tidsbruk stemmer med vedtakene. Arbeidsdagen til Karin er ferdig klokken tre, men Karin arbeider syv minutter overtid, og i følge henne er ikke det uvanlig.

ABF-modellen som ligger til grunn for hjemmesykepleiens finansieringssystem, innebærer at det tildeles økonomiske midler til hvert vedtak (Halland, 2011). Av disse midlene er 40 % knyttet opp mot administrasjonsarbeid vedrørende brukerne, mens 60 % er knyttet opp til klientrettet tid (kilde: mail fra etatsjef 25. oktober 2011). Slik jeg forstår dette medfører det at 60 % av en arbeidsdag skal innebære brukeroppdrag (234

minutter, eller tre timer og femtifire minutter), mens 40 % av arbeidstiden skal vies administrasjonsarbeid (156 minutter, eller to timer og trettiseks minutter).⁴⁶ Ut fra sykepleierens arbeidsliste fremkommer det at hun har 240 minutters brukerrettet arbeid i felten, i tillegg til tiden som medgår til transport. Tidsbruken ute i felten overskrider med andre ord 60 % av hennes totale arbeidsdag, noe som innebærer at hun får mindre tid til administrative oppgaver. Dette er et tankekors, tatt i betraktning at sykepleieren har vaktansvar og dermed er pålagt en del *ekstra* administrative arbeidsoppgaver.

Under mine observasjoner av sykepleier Karin, merket jeg meg at hun gikk «rett på sak» i møtet med brukerne. Hun småpratet stort sett hele tiden mens hun utførte sine arbeidsoppgaver. Karin uttrykte flere ganger at hun liker å prate, men hun erkjente likevel at det sosiale måtte komme i andre rekke. Til tross for at Karin fremstod som smilende og imøtekommende, signaliserte hun travelhet, både gjennom kroppsspråk, men også ved at hun ofte avbrøt brukerne når de snakket. Karin arbeidet med andre ord effektivt og målrettet. Hun virket godt kjent i distriktet og i de ulike hjemmene - og i forhold til rutiner hos den enkelte bruker.

4.5.2 Hjelpepleierens praksis og hvordan hennes handlinger formes

Hjelpepleier Nora er den av de tre nøkkelinformantene som har desidert flest oppdrag på sin arbeidsliste. Hun skal hjelpe sytten brukere i løpet av sin arbeidsdag og har planlagt brukerrettet arbeidstid på 295 minutter (cirka fem timer) (se vedlegg: tabell 4). Det er om lag 76 % av den totale arbeidsdagen. Det vil si at når tiden som går med til morgenrapport og lunsj er trukket fra, så har hun rundt seksti minutter som hun skal bruke på forflytning og rapportskrivning. Nora har dermed svært begrenset mulighet til å arbeide med andre arbeidsoppgaver enn det som står på arbeidslisten.

Varigheten på oppdragene varierer fra fem til tjuefem minutter. Oppgavene omfatter alt fra ringeoppdrag og tilsyn, til medisinerings, blodsuktermåling, matlaging, stell, følge til toalett og tømning av urinpose. Blant de brukerne Nora befatter seg med, er blant annet brukere som har KOLS og diabetes, og brukere som er demente, psykisk syke eller generelt aldersvekket.

46. Gruppeleders- og assisterende gruppeleders stilling finansieres ikke av disse midlene.

Til tross for en krevende arbeidsliste med mange brukeroppdrag, har ikke Nora blitt tildelt egen bil. Meningen er at Nora skal bli kjørt av en kollega til det området hun skal ferdes i. Nora velger i stedet å kjøre sin private bil, slik at hun kan være uavhengig av andre, og hun sparer dermed tid. En kollega som ikke har sertifikat, sitter på med henne til og fra kontoret. Nora skriver ikke kilometerstand for bruk av egen bil, og får dermed ikke kjøregodtgjørelse.

Noras arbeidsliste fremstår som den travleste av de tre observerte ansatte. Arbeidslisten har høyest grad av brukerrettet tid, og flere brukere er oppført på samme tidspunkt. Arbeidslisten topper seg i perioden mellom klokken ni og ti før lunsj og mellom ett og to etter lunsj. I disse tidsrommene er det beregnet rundt én times planlagt arbeid i løpet av tretti minutters intervaller (se vedlegg: tabell 1 og diagram 2). Dette stiller krav til at Nora må foreta prioriteringer i forhold til hvem som skal få hjelp først og sist. Nora forteller at hun prioriterer arbeidslisten sin slik hun mener er best. Noen ganger gjør hun mindre hos noen og mer hos andre, og så byttes dette om på en annen gang. Slik observerer jeg også Noras praktikk. Til tross for en allerede travel arbeidsliste, rekker Nora å ta seg litt ekstra tid hos noen brukere, enten ved at hun setter seg ned for å prate, eller ved at hun vasker og rydder. En eldre kvinne sier:

«Det er så kjekt når Nora kommer, for hun ser hva som skal gjøres. Det er mange som ikke ser hva som skal gjøres, spesielt de unge»(kilde: feltnotat1. juni 2011).

Som nevnt gjør Nora mindre enn det som står i oppdraget enkelte steder. Dette skyldes dels at enkelte brukere har klart seg selv, men også at hun ikke tilbyr den hjelp som er foreskrevet hos alle brukerne. Hun bruker kortere tid enn fastsatt tidsbruk hos de fleste brukerne.

Etter lunsj prioriterer Nora rekkefølgen på oppdragene ut fra geografiske hensyn. På den måten sparer hun en del tid. Nora bruker totalt 220 minutter i direkte brukerrettet arbeid og sparer dermed inn en time og et kvarter, men det skyldes delvis at noen brukere ikke trenger hjelp. Det virker som om Nora, i likhet med Karin, sparer inn tid hos brukerne og bruker av den brukerrettede tiden for å forflytte seg mellom brukerne. Karin er ute i

felten i totalt 305 minutter denne dagen, og bruker dermed om lag én og en halv time på transport (bil pluss gange).

Nora er ute i felten størsteparten av arbeidsdagen, dels fordi arbeidslisten hennes krever det, men også fordi hun prioriterer å bruke gjøre litt ekstra hos noen brukere. Hun setter seg ned for å prate med noen, hun vasker opp og rydder kjøkkenet hos noen, og én bruker får hjelp til dusj til tross for at det ikke står på arbeidslisten.

Nora bruker rundt tjue minutter på å skrive rapport, rydde på plass nøkler og arkivere blodsukkerskjema. I løpet av formiddagen har Nora i samarbeid med en bruker, fylt ut et skjema for søknad om hjelpemidler. Skjemaet leverer hun til vakthavende sykepleier for oppfølging.

Jeg går klokka tre, og da er også Nora i ferd med å avrunde arbeidsdagen. Om en regner med morgenrapporten, har Nora brukt omtrent førti minutter eller 10 % av arbeidsdagen på administrative oppgaver (morgenrapport, rapportskrivning og arkivering av blodsukkeskjema). Hun har med andre ord hatt svært begrenset tid til å skrive rapport og huskeliste. Nora har heller ikke hatt samme mulighet som for eksempel sykepleier Karin til å oppdatere seg - og utføre de plikter som forventes av henne i forhold til de brukerne som hun er primærkontakt for.

Hjelpepleier Nora fremstår, i likhet med sykepleieren, som smilende og pratsom i møtet med brukerne. Hun småprater hele tiden mens hun arbeider. Med unntak av et par oppdrag, går hun rett på sak og arbeider målrettet. Nora jobber rolig og signaliserer ikke travelhet i møtet med brukerne. Dette hindrer henne likevel ikke i å arbeide effektivt. Hun er godt kjent i lokalmiljøet og i det enkelte hjem, og vet hvor hun finner det utstyret som hun trenger. I likhet med Karin, er det ett sted Nora tar seg litt ekstra tid, og det er på det siste oppdraget før lunsj - men hun tar seg *også* ekstra god tid på det nest siste oppdraget etter lunsj.

4.5.3 Assistentens praksis og hvordan hennes handlinger formes

Line har syv oppdrag på arbeidslisten sin, fire av dem er før lunsj og tre er etter lunsj. Estimert tidsbruk er 190 minutter, og hun har dermed den korteste arbeidslisten av de tre ansatte, både i forhold til antall arbeidsoppdrag, men også i forhold til planlagt brukerrettet tid (se vedlegg: tabell 5). Line understreker imidlertid flere ganger i løpet av vekten at dagens arbeidsliste er uvanlig kort. Det samsvarer med mine observasjoner av de ansatte i kontorlokalet, som tilsier at assistentene vanligvis er de som er minst inne på kontoret.

Lengden på oppdragene som Line er tildelt varierer fra femten minutter til én times oppdrag, men jevnt over har hun en mer gjennomførbar arbeidsliste, sett opp mot estimert tidsbruk og ønsket tidspunkt for hjelpen (se vedlegg: tabell 1 og diagram 3). I tidsrommet mellom halv ni og halv elleve, mellom ett til halv to og mellom to til halv tre, har Line om lag tretti minutters planlagt arbeid som skal utføres i løpet av tretti minutters intervaller. Kjøretid mellom brukerne er imidlertid ikke medregnet.

Line har fått tildelt egen bil. På vei ut i feltet kjører hun en kollega som ikke har sertifikat, og på vei inn til lunsj henter hun ham igjen. Til sammen bruker hun cirka en time på bilkjøring denne arbeidsdagen.

Line er tildelt arbeidsoppdrag som innebærer medisinerer, morgenstell, dusjing, matlaging, tilsyn, følge til toalett og tømning av toalettstol og urinpose. De fleste brukerne har et relativt omfattende hjelpebehov - tre av dem er rullestolbrukere som har hatt hjerneslag, og av dem er én fullstendig hjelpetrengende, slik at hun trenger hjelp med det aller meste. Ut fra mine observasjoner synes det som om Line er tildelt de mest hjelpetrengende brukerne, og det kan bidra til å forklare hvorfor hun har færrest oppdrag.

Tabell 6 (se vedlegg) viser at Line er den som prosentvis sparer inn mest tid hos brukerne (38 % innsparert tid opp mot sykepleier Karin som sparer inn 27 % tid og hjelpepleier Nora som sparer inn 25 %). Til tross for at Line har den korteste og jevneste arbeidslisten i forhold til tid, ber hun to ganger om at jeg blir sittende i bilen

fordi oppdraget da vil ta kortere tid. Line sparer også tid ved at hun noen steder ikke utfører de planlagte oppgavene. Dette skyldes dels at Line mangler den fagkompetansen som kreves til å utføre visse prosedyrer, og dels at brukere ikke trenger hjelp fordi de har klart seg selv eller pårørende har hjulpet dem. Hun bruker fem minutter lengre enn estimert tidsbruk hos en av brukerne. Det skyldes trolig at Line og den andre assistenten som er til stede, ikke kjenner rutinene hos denne brukeren. De bruker derfor litt tid på å planlegge seg imellom hvordan de skal gjennomføre stellet og dusjingen. Hos de brukerne hvor Line er kjent, har hun laget seg noen strategier som gjør at hun sparer tid, tilsynelatende uten at dette får negative konsekvenser for brukerne. Et eksempel illustrerer dette:

Line følger kvinnen ut på toalettet og lar henne være alene der. Mens Line venter, benytter hun anledningen til å legge til rette for morgenstellet. Hun går ut på badet, legger frem to vaskekluter - en på hver side av vasken. Deretter går hun ut på kjøkkenet for å lage i stand frokost. Line viser meg et «triks» som hun sier. Hun koker vann opp i vannkokeren og heller det så over egget som hun i mellomtiden har lagt klart i liten panne på komfyren. I følge henne vil vannet da koke raskere, og dermed sparer hun tid. Assistent rydder på plass vaskede kjørel fra kvelden før inntil bruker roper fra badet. Line går så for å hjelpe henne med påkledning.

Bourdieu hevder at praksis ikke primært kommer gjennom utdanning og innlært teori, men i like stor grad fra den praktiske sans, som er forbundet i den enkeltes livserfaring (Petersen & Dansk institut for sundheds- og sygeplejeforskning, 1989). Eksempelet i forrige avsnitt er slik jeg ser det et godt eksempel på den praktiske sans satt i spill ute hos brukerne.

Line utfører ekstraoppdrag hos noen brukere, blant annet rer hun senger, smører ben, rydder kjøkken og stiller blomster. I likhet med Karin og Nora, tar Line seg best tid på det siste oppdraget før lunsj. Da lager hun fin frokost med egg og oppkuttete grønnsaker. I tillegg rydder hun kjøkkenet og stiller brukerens blomster. Lines prioriteringer i forhold til tidsbruk samsvarer med det hun forteller senere den dagen, nemlig at hun vanligvis tar seg best tid på det siste oppdraget før lunsj, siden hun da ikke trenger å haste videre.

Så snart Line er ferdig med sin egen arbeidsliste, ringer hun sine kollegaer for å tilby sin hjelp, men det er ingen som behøver dette. Hun er den eneste av de tre nøkkelinformantene som tilbyr å hjelpe sine kollegaer, men hun er også den som har mest ledig tid. Litt av denne tiden bruker hun til å fylle bensin og rydde bilen. I forholdet til sine kollegaer virker det som om Line fyller den assistentrollen som yrkestittelen hennes tilsier - hun spør om de trenger assistanse, hun rydder og fyller bensin, og legger dermed forholdene til rette for sine kollegaer. Men når det kommer til det administrative arbeidet, stiller det seg noe annerledes. Line er inne på kontoret i cirka to og en halv time i løpet av denne arbeidsdagen, medregnet en halv times rapport og en halv times lunsj. Det samsvarer ikke med øvrige observasjoner som jeg har gjort av denne hjemmesykepleiepraksisen. Øvrige observasjoner indikerer nemlig at assistentene er den yrkesgruppen som er minst inne på kontoret.

Line bruker om lag ti minutter på å skrive rapport og huskeliste, hun rydder på plass nøkler og setter mobiltelefonen på lading. Hun verken tilbyr eller blir spurt om hjelp på kontoret. I stedet bruker hun tiden på å snakke med kollegaer og undersøke om det er ledige ekstravakter, hvor hun kan melde sin interesse.

I møtet med brukerne er Line vennlig og pratsom. I likhet med de to andre informantene prater hun stort sett hele tiden mens hun arbeider. Hun setter seg ikke ned, men snakker mens hun arbeider. Hun er godt kjent i lokalmiljøet og finner lett frem. Det virker som at hun stort sett kjenner brukerne og vet hva hun skal gjøre, samt at hun vet hvor hun finner nødvendig utstyr i den enkeltes hjem.

4.5.4 Refleksjoner rundt nøkkelinformantenes praksis, sett i lys av Bourdieus praktikkteori

I kapitlene 4.5.1 til 4.5.3 har jeg blant annet vist hvordan kommunens økonomiske styringsverktøy kommer til uttrykk gjennom arbeidslistene i form av veiledende bestemmelser omkring tidsbruk samt detaljerte oppgavebeskrivelser. Men jeg har også beskrevet hvordan nøkkelinformantene bare til en viss grad lar seg styre av disse instruksene, fordi de i tillegg baserer sin praksis på andre faktorer, som for eksempel egne prioriteringer. I det følgende vil jeg reflektere omkring noen av de funn som fremkom etter observasjonsdagene med de tre nøkkelinformantene.

Samtlige av de tre informantene befatter seg med medisiner, matlaging, stell og eliminasjon - og tilsynelatende gjør de en del av de samme arbeidsoppgavene uavhengig av hvilken posisjon de har. Sykepleieren er likevel den av de tre som befatter seg med de mest spesielle prosedyrene som blæreskylt og stomi. Videre er det kun sykepleieren og hjelpepleieren som måler blodsukker og gir insulin. I tillegg virker det å være en ulikhet i hvilke brukergrupper de forskjellige informantene bistår. Sykepleieren er den eneste som har en bruker med en kreftdiagnose på sin arbeidsliste. Hjelpepleieren har brukere med psykiske lidelser, demens, KOLS og diabetes - mens assistenten på sin side yter hjelp til de mest pleietrengende brukerne, det vil si brukere som har blitt invalidisert som følge av hjerneslag.

Disse empiriske funnene indikerer at oppgaver og diagnoser rangeres og korreleres med posisjoner, og dette underbygges av Albums studie som viser hvordan diagnoser rangeres i et prestisjehierarki i det medisinske felt (Album, 1991). Album fant nemlig at kreftdiagnoser jevnt over var mer prestisjefyllt å beskjeftige seg med enn for eksempel hjerneslag. Også Larsen (Larsen, 2008, 2009) posisjonerer helsearbeidere, og viser gjennom sin forskning at ulike posisjoner i det medisinske felt befatter seg med ulike pasientgrupper og ulike arbeidsoppgaver. Med basis i Larsens feltskisse kan en trekke paralleller til hjemmesykepleien, men da som et eget subfelt til det medisinske felt. Hvorvidt disse trekk går igjen i arbeidsfordelingen, har jeg imidlertid ikke tilstrekkelig empirisk grunnlag til å si noe om.

Andre faktorer som synes å være styrende for tildeling av arbeidsoppdrag er geografiske forhold, tilgjengelige biler og hvorvidt de ansatte har sertifikat. Det viste seg at en del ansatte ikke har sertifikat, spesielt gjelder det assistentene, og dette så ut til å utløse logistikkproblemer i en travel arbeidsdag. For eksempel måtte alle nøkkelinformantene yte transport til kollegaer som ikke hadde sertifikat de dagene jeg observerte dem. Informantene brukte fra en til en og en halv time på transport mellom brukerne. Jeg stanset tidsmålingen i det vi gikk ut av bilen (med unntak av følgedagen med hjelpepleier). Medregnet tid til forflytning mellom bil og brukers hjem, ble derfor tidsbruken til transport noe lengre.

Det er med andre ord en vesentlig del av arbeidsdagen som går med til forflytning, noe

som samsvarer med Hamann Johnsen (1999) sin studie hvor hun observerte at en fjerdedel av arbeidstiden gikk med til transport. I følge etatsjefen i kommunen, får hvert enkelt hjemmesykepleiedistrikt finansiert transporttid ved at det beregnes en snittid for hver bruker som får et vedtak (kilde: mail fra etatsjef 15. februar 2012). Hvorvidt tiden til transport skal beregnes fra brukerrettet tid (60 %) eller administrativ tid (40 %) fremstår fremdeles noe uklart for meg.

I kapitlene 4.5.1 til 4.5.3 har jeg videre vist at arbeidslistene til nøkkelinformantene er svært ujevnt fordelt i forhold til arbeidsmengde. Mens hjelpepleieren har en planlagt arbeidstid på bortimot fem timer, har assistenten bare vel tre timer planlagt brukerrettet arbeid. Dette er et tankekors, tatt i betraktning at assistenten er den av nøkkelinformantene som er pålagt færrest administrative arbeidsoppgaver. De tre ansatte ble observert på ulike dagvakter, hvilket kan bidra til å forklare skjevheten i arbeidsfordelingen. Arbeidsdagen i hjemmesykepleiegruppen er nemlig svært variabel, både i forhold til planlagte oppgaver, uforutsette hendelser og ikke minst i forhold til hvor mange ansatte som er på jobb og deres kompetanse. Den dagen jeg observerte assistent Line, var det eksempelvis to sykepleiere og fire assistenter på gruppe B; den dagen jeg observerte hjelpepleier Nora var det en sykepleier og tre hjelpepleiere på gruppe A; og den dagen jeg observerte sykepleier Karin, var det tre sykepleiere, to assistenter og en hjelpepleier på gruppe B.⁴⁷ Dersom jeg hadde observert de ansatte på andre dager, er det mulig at arbeidslisten ville sett annerledes ut. Jeg kan heller ikke utelukke at arbeidslisten var tilpasset min tilstedeværelse.

Etter å ha analysert mine observasjoner av de tre ansatte, fremstår knapphet på tid som et sentralt element i deres arbeidsdag. Både hjelpepleierens og sykepleierens arbeidslister er satt sammen på en måte som gjør det umulig å overholde tidsskjema i forhold til tidsbruk og ønsket tidspunkt for hjelp. Det synes for meg som om det stilles store krav til de ansatte om selv å disponere sin begrensede tid. Én måte å gjøre det på er å arbeide hurtig, spesielt på starten av dagen. Ved å sammenligne den faktiske tidsbruken i forhold til veiledende tidsbruk, fremkommer det at alle de tre ansatte bruker kortere tid enn forutsatt hos brukerne, bortsett fra på siste oppdrag før lunsj hvor de alle tre tar seg god tid.

47. Hjemmesykepleiegruppen er internt inndelt i to mindre grupper (gruppe A og gruppe B).

Til tross for at informantene arbeider hurtig og tilsynelatende har liten tid hos hver enkelt bruker, utfører de ekstraoppgaver hos flere brukere. Ekstraoppgavene utføres dels etter egne vurderinger, og dels fordi brukerne ytrer et behov. De oppgavene som utføres på grunnlag av egne vurderinger, gjenspeiler sannsynligvis det som nøkkelinformantene synes er viktig. Sykepleieren utfører for eksempel blæreskylt på grunn av mye grums i kateterslangen. Hjelpepleieren rydder og koster et kjøkken og tilbyr dusj i stedet for morgenstell fordi neste dusjedag er på en helligdag (på helligdager får ingen brukere tilbud om dusj), mens assistenten rer seng, stiller blomster og rydder kjøkken.

Ut fra mine observasjoner synes det som om både sykepleieren, hjelpepleieren og assistenten forholder seg ganske likt i møtet med brukerne. De går stort sett «rett på sak», arbeider effektivt og gjør gjerne flere ting samtidig. Hjelpepleieren setter seg ned for å prate med enkelte brukere, men stort sett prater de mens de utfører de praktiske oppgavene som står beskrevet på arbeidslisten, og de prater mye, men lytter lite.

Hjemmesykepleiens finansieringsmodell innebærer slik jeg forstår det, at 40 % av finansieringen er øremerket administrativt arbeid. Mine observasjoner viser imidlertid en hjemmesykepleiepraksis som ikke legger godt nok til rette for at helsepersonellet kan få utført det administrative arbeidet som det forventes at de skal gjøre. Verken sykepleieren eller hjelpepleieren får for eksempel avsatt tilstrekkelig tid til administrativt arbeid - det er kun assistenten som gis rom til dette, men hennes posisjon gir henne imidlertid ikke anledning til å befatte seg med administrative arbeidsoppgaver. Sykepleieren er den eneste av de tre nøkkelinformantene som utfører administrativt arbeid utover rapportskrivning. Til tross for at administrative oppgaver skal utgjøre 40 % av det totale arbeidet, er ikke administrative oppgaver dokumentert skriftlig på de ansattes arbeidsliste, og det synes som det er opp til den enkelte selv å «lage» seg den tiden som trengs til dette. Sykepleieren omrokkerer for eksempel tidspunktet for oppdragene og bruker mindre tid enn beregnet hos brukerne, og frigjør således tid som hun benytter til å utføre det administrative arbeidet som medfølger hennes posisjon som vakthavende sykepleier.

Hittil har jeg konstruert hjemmesykepleien som en praksis basert på de observasjoner som jeg har foretatt i en hjemmesykepleiegruppe, både i kontorlandskapet, men også ute

i feltet med tre nøkkelinformanter. Jeg har forsøkt å forklare kompleksiteten i hjemmesykepleien og hvordan en arbeidsdag i hjemmesykepleiegruppen vanskelig lar seg planlegge, blant annet som følge av transportlogistikk, uforutsette hendelser og ujevn personalsammensetning.

I henhold til Bourdieus epistemologiske antakelser, er ikke analysen komplett før objektiveringen av praktikken kombineres med informantenes egne synspunkt i forhold til sin praktikk. Jeg intervjuet derfor nøkkelinformantene med den hensikt å få innblikk i deres holdninger, meninger og ytringer. Analysen av intervjuene presenteres i det følgende.

4.6 Intervju med en sykepleier, en hjelpepleier og en assistent

I løpet av intervjuene ba jeg nøkkelinformantene om å beskrive arbeidet sitt, og jeg spurte dem om det var sider ved arbeidet som engasjerte dem i særlig grad. Hensikten var dels å løfte frem deres perspektiv på egen praktikk, og dels å få en økt forståelse for hvordan det kan ha seg at deres handlinger formes som de gjør. Deres beskrivelser av egne praktikker og av hjemmesykepleien som praksis, var også interessant å løfte frem for å kunne vurdere om deres ytringer og meninger (= posisjoneringer) samsvarte med den posisjonen de besatt. I det følgende presenteres utdrag fra intervjuene.

4.6.1 Sykepleierens beskrivelse av egen praktikk, og hennes ytringer og meninger om hjemmesykepleien som praksis

Karin forteller at hun har en fornemmelse av å være på rett plass som sykepleier i hjemmesykepleien. Hun tror at Gud leder henne der han ønsker å ha henne og denne fornemmelsen hjelper henne til å holde ut, til tross for at hun beskriver enkelte arbeidsdager som «travle og dumme». I følge Karin varierer arbeidslistene både i forhold til antall brukere, oppdragenes innhold og tidsomfang. Enkelte arbeidsdager har hun hovedsakelig det hun beskriver som sykepleieroppdrag (dosettfylling, insulinsprøyter etc.), og andre dager er arbeidsoppdragene av mer generell art, som for eksempel stell, matlaging og hjelp med å ta på støttestrømper. Hun forteller at hun liker såkalte «stelleoppdrag» fordi det gir rom for helhetlig omsorg, men hun trives likevel best når oppdragene er varierte.

Karin foretrekker å jobbe opp mot brukere som har somatiske sykdommer, og spesielt engasjert er hun i oppfølgingen av de brukerne som har kreft. Hun er opptatt av at denne brukergruppen skal få en verdig avslutning på livet, og hun ønsker å bidra ved å gjøre en forskjell den siste stunden brukerne har igjen. Karin forteller også at hun forsøker å formidle til sine kollegaer at det å dø hjemme - og det «å dø» i det hele tatt, det er naturlig.

Psykiaatri og demens opptar ikke Karin i samme grad. Hun forteller at dette skyldes at hun er for utålmodig, og at hun derfor ikke strekker til i forhold til denne brukergruppen:

«Det hjelper ikke og bare prate i ti minutter. Det psykiske sitter så dypt, og for dem er det en evig kamp. Å komme inn i den kampen i ti minutter og så gå ut igjen, det synes jeg er knalltøft. Da synes jeg det er enklere å gå inn å ta et sårskift eller prate litt, og merke at samtalen faktisk hjelper».

Til tross for at Karin synes det er vanskelig å samtale med brukere som er psykisk syke eller demente, snakker hun mye om det å prate. «Jeg elsker å prate», uttaler hun flere ganger i løpet av intervjuet. Hun forteller at hun trives dersom arbeidsdagene er rolige slik at hun får anledning til å sette seg ned for å prate. En av grunnene til at «pratedagene», som hun selv omtaler de, oppleves som trivelige, er fordi hun da sitter igjen med en opplevelse av at hun «får gitt et smil og får et smil tilbake - og dermed får være den lille forskjellen».

Karin forteller også om hektiske arbeidsdager som medfører at samtaler med brukerne må vike. For å kompensere for manglende tid til samtaler, forsøker Karin å prate mens hun utfører de pålagte brukeroppdragene. Enkelte dager beskriver hun som så travle at hun må «overkjøre» brukerne, for å få unnagjort arbeidet, og slike dager misliker hun.

Som nyansatt i hjemmesykepleien slet Karin med å planlegge arbeidsdagen og prioritere arbeidslisten. Hun opplevde det som vanskelig å gå inn i et hjem og kun gjøre det som stod i arbeidsbeskrivelsen på arbeidslisten. Hennes strategi ble å arbeide seg så raskt som mulig gjennom de praktiske gjøremålene, slik at hun kunne frigjøre tid til en samtale. I dag, tre år senere, har hun vendt seg til å jobbe på denne måten, men hun har

også blitt flinkere til å søke forvaltningsenheten om utvidet vedtak dersom hun vurderer at brukerne har behov for det. Karin hevder at hun som følge av tre års erfaring fra hjemmesykepleien har lært seg å planlegge dagen på en god måte. Det hjelper også at hun kjenner brukerne og deres behov. Karin forteller:

«Når jeg kommer på jobb ser jeg gjennom listen og tenker - OK, i dag kan jeg prate, i dag kan jeg ikke prate».

Karin kommer flere ganger inn på temaet travethet, og i følge henne har det siste halve året vært svært travelt i hjemmesykepleiegruppen. Hun menes at dette delvis skyldes en brå økning i vedtakstimer, men også delvis høyt sykefravær i personalgruppen. Karin vet ikke hva som ligger bak sykemeldingene, men forteller at det blir merkbart travlere for de som er igjen på jobb.

Hektiske arbeidsdager innebærer at hun kun har tid til å gjøre akkurat det som står på arbeidslisten, det vil si at hun for eksempel ikke har mulighet til å planlegge arbeidet, skrive pleieplaner og på andre måter tilrettelegge og forbedre hjelpen som ytes til de brukerne som hun er primærkontakt for. Karin forteller at hun stort sett jobber noen minutter overtid etter hver arbeidsdag. Hun har nylig hatt en ukes ferie som hun har brukt til å hente seg inn igjen som følge av at hun blir sliten av jobben.

Tidligere har Karin arbeidet halv stilling, men nå har hun økt opp til 80 %. Med høyere stillingsprosent følger mer oversikt, men samtidig mer ansvar - og dermed blir det ennå mer å gjøre. I travle tider blir kontorarbeidet utsatt. Gruppen har blant annet en mappe der de legger inngående post med meldinger som de skal ordne opp i. I mappen ligger det nå diverse dokumenter som er flere måneder gamle. Karin forteller at det burde vært ryddet i mappen, men at de ikke har tid til det. Hun følger det slitsomt når hun har oppgaver «hengende over seg» som hun ikke får unnagjort fordi tiden ikke strekker til.

Karin forklarer at sykepleierne må dokumentere alt de foretar seg, videre skal de sende søknader - og følge opp disse, og de skal også samarbeide med andre instanser, som for eksempel apotek, sykehus og fastleger. I følge Karin hender det ofte at ting ikke går som planlagt, for eksempel som følge av mangelfullt samarbeid med andre

helseinstanser, eller som følge av svikt i interne rutiner. Spesielt frustrerende synes hun det er at de har erfart at rutinene svikter som følge av at det er travelt.

«Det som er problemet og, er at når du går med den ansvarsvakttelefonen... og så får en alarm... så skal du finne den som har den brukeren. Det er sånne ting som tar tid. Nå skal jeg fylle dosetter i dag og da må jeg ha nøkler, og det å få tak i den nøkkelen... hvem har den nøkkelen? Det er sånne unødvendige ting som gjør meg sliten. Men det er sånn som det må bli når vi ikke er nok sykepleiere til å gjøre alle tingene her, for da må vi bruke sommervikarer, ekstrahjelper, hjelpepleiere til dosettfylling sant... eller til pleien sant? Og så tar sykepleierne bare akkurat dosettfyllingen. Sånn som vi har hatt det før, har vi kunnet ta både pleie og dosettfylling i samme oppgave».

Karin synes det er slitsomt å arbeide med administrative oppgaver fordi hun trenger stillhet for å kunne utføre denne type arbeid, men det får hun i liten grad i kontorlandskapet. Tvert imot forstyrres hun stadig av støy fra kollegaer. Samtidig trives Karin når hun har mulighet til å drøfte problemstillinger med de andre sykepleiere i gruppen, men i følge Karin jobber sykepleierne mye alene, og dessuten har de det så travelt at de som regel ikke har tid til slike diskusjoner.

Karin forteller at samarbeidet innad i gruppen er godt, men de ansatte har ulike måter å jobbe på - og opptre på. God kjemi mellom ansatte, kombinert med likhet i måten å organisere arbeidet sitt på, er i følge Karin viktige faktorer for at arbeidsdagen skal bli best mulig. I motsatt fall må ofte ting i større grad dikteres, for eksempel ved at hun må be kollegaer om hjelp dersom de selv ikke «ser» hva som skal gjøres - hvilket hun opplever som slitsomt.

Karin tror ikke at hjelpepleierne forstår hvor mye jobb sykepleierne egentlig har. Hun forteller at hjelpepleierne rett og klager mot sykepleierne under lunsjen i dag, fordi det er en del forefallende administrativt arbeid som ikke har blitt gjort. Karin fremholder at hjelpepleierne er veldig flinke ute i felten, for eksempel i «stellsituasjoner» og med oppgaver som hører under hjelpepleiernes ansvarsområder. Hun føler imidlertid at noen av hjelpepleierne er veldig raske med å støtte seg til sykepleierne og fraskrive seg ansvar, og i følge Karin overlater de i stor grad til sykepleierne å ordne opp i ting som

de selv kunne ordnet. Karin erkjenner likevel at det faktisk er en forskjell i oppgavene til hjelpepleierne og sykepleierne. Problemet er i følge Karin at hun opplever at det administrative arbeidet som sykepleierne gjør, ikke blir verdsatt.

Assistentene er i følge Karin en nødvendig yrkesgruppe, men før hun lærer dem å kjenne føler hun seg som regel utrygg på hvorvidt de sier i fra dersom det er noe de ikke kan, eller ikke har kunnskap om. Etter hvert som hun blir kjent med dem og merker at de gir tilbakemeldinger, får hun tillit til dem og det letter, i følge henne, samarbeidet dem imellom.

Karin har ulike erfaringer med samarbeidet med andre helseinstanser. Hun synes for eksempel at det er både betryggende og nødvendig å ha spesialisthelsetjenesten i bakhånd i forhold til brukere som har kreft og er dødende. Det gir henne en trygghet å vite hvor hun kan søke råd, og det er godt både for de ansatte, men også for brukerne å vite at de kan komme direkte inn på sykehuset dersom det oppstår et akutt behov. Det å ha en relasjon til fastlegene er også ønskelig, men Karins erfaring er at samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene er av varierende kvalitet. Sykepleierne må for eksempel ofte ringe gjentatte ganger som følge av at fastlegene er sene med å gi tilbakemelding på forespørsler, og dette oppleves som arbeidskrevende og frustrerende. Karin eksemplifiserer dette ved å fortelle at hun nettopp har vært borte fra jobben i en uke, og når hun nå kommer tilbake så er det fortsatt problemstillinger som ikke har blitt avklart. Den manglende fremdriften skyldes i følge henne at fastlegene ofte ikke gir klare nok tilbakemeldinger og heller ikke følger opp sine plikter i forhold til utskrivning av resepter. Karin understreker likevel at de fleste fastlegene er hyggelige og samarbeidsvillige når hun først får kontakt med dem. Samarbeidet med sykehjemmene betegner Karin som ikke-eksisterende.

I følge Karin samarbeider hjemmesykepleiegruppen hyppig med forvaltningsenheten, for som hun sier: «*Det er jo de som sitter på bestemmelsesretten*». Karin hevder at saksbehandlerne i stor grad behandler saker basert på skjønnsmessige vurderinger.

«Jeg vil ikke si navnet, men det er faktisk veldig forskjellig hvem du møter. Noen av dem skjønner når jeg forklarer en ting, mens hos noen er det som om jeg kan si akkurat de samme ordene, men de skjønner ikke hva jeg mener... og av og til

føler jeg at noen er veldig greie med å gi vedtakstimer, mens andre er vanskelige. Hva som gjør det, vet jeg ikke... men de har jo kniven på strupen de og».

4.6.2 Hjelpepleierens beskrivelse av egen praksikk, og hennes ytringer og meninger om hjemmesykepleien som praksis

På spørsmål om hvordan hun vil beskrive arbeidet sitt, forteller Nora at arbeidsdagene kan variere, både i forhold til oppgaver og travelhet. Hun blir frustrert dersom arbeidslistene er like hektiske hver eneste dag, men hun har lært seg en måte å håndtere travelheten på, en strategi som innebærer at hun til en viss grad kan påvirke sin egen arbeidsdag:

«En hverdag for meg kan variere, men stort sett så er den veldig travel. Men jeg klarer etter så mange år å se over listen min grundig, og lager faktisk talt arbeidssituasjonen min og dagen min så god som mulig for at jeg skal klare å gjennomføre det. Deriblant at jeg, hvis jeg er heldig og har for eksempel samme brukere både to og tre dager - så kan jeg gi fru Hansen femten minutter ekstra den dagen og litt mindre andre dagen. Altså, du er nesten nødt til å jobbe deg inn i rutiner og se litt sånn... og det har jeg lært meg».

Nora forteller imidlertid også om en annen strategi å håndtere travelheten på, nemlig å jobbe deltid. Til tross for at Nora ønsker høyere stillingsprosent, har hun mulighet til å jobbe tilnærmet full stilling dersom hun baserer det på ekstravakter. Men Nora forteller at hun trenger fridager innimellom, fordi arbeidet er så krevende at hun ikke makter å arbeide i full stilling.

Nora hevder at hun trives i hjemmesykepleiegruppen. Det å få være ute og glede andre mennesker, oppleve at de setter pris på henne og det som hun gjør for dem, det er viktig for Nora og det gir henne «mye glede tilbake». Det å være glad og ha et godt humør, er ifølge Nora en forutsetning for å kunne gjøre en god jobb i hjemmesykepleien.

Nora sier at det er viktig for henne å gjøre en kvalitetssikker jobb. For henne innebærer det at hun klarer å imøtekomme brukernes ønsker om å få hjelp til ønsket tid. Hun beskriver det som «vondt» å vite at brukere sitter og venter og blir lei seg for at hjelpen

kommer senere enn forutsatt. Nora forsøker å løse dette dilemmaet vet at hun ringer for å gi beskjed til brukerne dersom hun ser at hun kommer til å bli sen.

«Du må integrere de selv om du ikke er der... vise at du bryr deg. Da vet de at du er ute i felten og at du kommer snart, og den telefonen, den koster så lite i forhold til at du kommer en time for sent og de er kjempelei seg».

Nora synes at det er helt uproblematisk å forholde seg til så mange ulike brukere. Hun mener at det handler om holdninger og alminnelig folkeskikk. Med folkeskikk mener hun det en har lært opp i gjennom livet om hvordan en bør forholde seg til andre mennesker. På spørsmål om det er noe spesielt som engasjerer henne og noe hun liker spesielt godt med arbeidet sitt, svarer hun:

«Nei, jeg har ikke noe helt sånt spesifikt som stell eller dusj eller medisiner eller... nei, jeg synes alt er... det jeg gjør, det er å glede andre».

Samarbeidet i gruppen omtaler Nora som «bunnsolid, trygt og godt». Hun er selv med i miljøgruppen - en gruppe som arbeider for å fremme et godt arbeidsmiljø. En del av kollegaene inngår også i hennes private sosiale nettverk, men hun kommer ikke nærmere inn på hvem dette er.

Nora forteller om en arbeidsplass som stiller store krav til de ansatte, både hjelpepleierne, sykepleierne og assistentene. Hun skryter spesielt av assistentene og beskriver dem som «kjempedyktige» fordi de passer på å gjøre det de skal gjøre. Videre roser hun ledelsen i hjemmesykepleiedistriktet, « de som jobber over oss», som hun sier. Hun forteller at de er av avgjørende betydning for at arbeidsdagen skal bli bra.

Samarbeidet med andre helseinstanser, er noe Nora i liten grad beskjeftiger seg med. Hun forteller at hjemmesykepleien i liten grad samarbeider med sykehus - og i den grad det skjer, har ikke hjelpepleierne så mye med dette samarbeidet å gjøre, da det er sykepleierne som håndterer dette. I forhold til samarbeidet med forvaltningsenheten forteller hun kort og greit hvordan de melder endringer i brukernes behov;

«... så melder vi det opp og... det ordner seg lett og greit så det er veldig okey».

I følge Nora selv, ønsker hun ikke å bruke tiden sin på administrative oppgaver. Til det sier hun:

«Nei, jeg er ikke der, jeg klarer ikke å sitte i ro. Jeg må ut, være ute».

Hun erkjenner at utviklingen i helsesektoren er i konstant utvikling, og er av den oppfatning at en må forholde seg til dagens situasjon og gjøre det beste ut av den. Til tross for en tilsynelatende positiv innstilling erkjenner Nora at omorganiseringsprosessene i kommunens omsorgstjeneste har tatt på, og hun forteller at det har vært en påkjenning å måtte bryte opp og bytte arbeidsmiljø og ledelse. Nora har nemlig vært gjennom flere omorganiseringsprosesser i løpet av de årene hun har jobbet i kommunens omsorgstjenester og hennes erfaring er at det har vært krevende å gå gjennom slike omstillingsprosesser:

«Hvis jeg skal være helt ærlig så synes jeg faktisk talt at den gangen da vi var flere grupper og færre brukere - da ble det jo færre brukere per gruppe sant? Det gav litt mer kvalitet - for brukerne, og ikke minst for oss selv og. Det synes jeg».

4.6.3 Assistentens beskrivelse av egen praksis, og hennes ytringer og meninger om hjemmesykepleien som praksis

Line forteller at hun er en person som trives best når hun har en del å gjøre. Hun sier:

«Jeg vil heller ha det litt travelt enn at det er stille. Det er fryktelig mye kjedeligere. Pluss at... ja... jeg må ha litt action».

Line vedgår likevel at det kan være utfordrende å disponere arbeidsdagen, spesielt opplevde hun det slik som nyansatt. Etter hvert som hun lærer den enkelte bruker å kjenne, synes hun imidlertid at det blir lettere å prioritere hvem hun bør hjelpe først og hvem som kan vente. Av den grunn trives hun best når hun får gå til kjente brukere. Noen ganger er arbeidslistene fordelt på en slik måte at Line ser at hun ikke kommer til å rekke over alle arbeidsoppgavene i tide. Da forsøker hun å løse dette ved å bytte oppdrag med kollegaer. Line mener at brukere som skal ha medisiner og brukere som

trenger hjelp til å komme seg opp av sengen, bør få tidligst hjelp, og hun forsøker derfor å prioritere disse oppdragene først. Men det er ofte flere hensyn å ta, for eksempel kan uforutsette oppdrag forkludre planene. Utløsning av trygghetsalarmene er et eksempel på slike uforutsette hendelser:

«Hvis du vet at okay, det er en som alltid utløser alarmen, så blir det liksom sånn at du er nødt for å sortere det inn for da... enten må du slippe alt, for du vet ikke om det er det ene eller det andre, om det er noen som har falt eller om de rett og slett bare er lei av å vente».

Line velger med andre ord å gå tidlig til brukere som benytter trygghetsalarmen på en måte som ikke er tiltenkt, men hun prioriterer slik i et forsøk på å forhindre at hun blir avbrutt i sin planlagte rute.

Line trives i hjemmesykepleiegruppen, og hun forteller at det blant annet skyldes at arbeidsoppgavene og arbeidsdagene er allsidige. Hun liker det at hun tidvis arbeider alene, og andre ganger har brukeroppdrag sammen med andre ansatte - og hun setter også pris på de naturlige pausene hun får når hun forflytter seg mellom brukerne - dette fordi pausene gir henne rom for avkopling.

Line forteller at som assistent er hun mest ute i felten og arbeider. Hun er ikke involvert i det administrative arbeidet og hun har heller intet ansvar for å følge opp brukerne ut over det som står i arbeidsoppdraget. At det kun er sykepleiere og fagarbeidere som er primær- og sekundærkontakter for brukerne, har hun ingen betenkeligheter med. Tvert imot synes hun at det er slik det bør være, fordi det i følge henne er disse yrkesgruppene som arbeider «tettst opp mot brukerne», som hun sier. På forespørsel om hvorvidt hun opplever at hun får de ut utfordringene hun ønsker, svarer hun:

«Ja, jeg er ikke en sånn som higer etter ansvar og anerkjennelse, eller hva heter det da... karrierebevisst eller hva du kaller det for (ler). For meg må det være personlig interessant og gi meg den tilfredsstillelsen av å... altså for meg er den tilfredsstillelsen å ha gjort en nyttig jobb, noe som er bruk for».

Line sier at hun synes samarbeidet mellom de ansatte er bra, og at de er flinke til å hjelpe hverandre. Hun hevder at dersom de ansatte ser at de har ledig tid, så ringer de rundt til sine kollegaer for å undersøke om det er noen som trenger hjelp. Line gir uttrykk for at hun trives i hjemmesykepleiegruppen og begrunner det slik:

«De (kollegaene; min anmerkning) er veldig inkluderende selv om jeg er vikar og ikke har noen bakgrunn som helsearbeider på noe vis... eller som hjelpepleier. Jeg har jo blitt tatt godt imot og følt at jeg ikke havner utenfor og holdes på sidelinjen av alle selv om jeg ikke har noen bakgrunn i det».

Samarbeidet med andre helseinstanser sier hun at hun ikke er involvert i. Derfor har hun heller ikke så mye grunnlag for å uttale seg om dette.

«Når jeg er på jobb, så er jeg jo mest ute hos brukerne sant. Jeg tar meg ikke av noen meldinger i forhold til leger eller de tingene der. Det er jo sykepleierne i hovedsak som tar de meste av de tingene, i hvert fall de faglærte».

Line er kritisk til enkelte forhold i eldreomsorgen, blant annet har hun inntrykk av at hjelpetilbudet til brukerne er for dårlig koordinert. Dessuten synes hun at det er problematisk at enkelte ting gjøres på svært mange ulike måter. Hun savner en bedre samkjøring som hun kaller det, og et mer helhetlig tilbud for brukerne. Blant annet trekker hun frem begrensede muligheter for matvareinnkjøp som et eksempel på utilfredsstillende tilbud til de eldre. Line forteller også om det hun omtaler som mangelfullt kostholdstilbud til brukerne:

«Det er veldig mye middager uten noe særlig med grønnsaker, og salutting er mangelvare stort sett alle steder - og jeg synes det er kjekt når det endelig er noe salat i kjøleskapet hos noen, så da lager jeg gjerne. Så river jeg opp litt salat, kutter opp tomater. Det er gjort på et minutt å lage det litt ekstra og gjøre det litt fint. Og hvis det er frukt og sånn, så skjærer jeg gjerne opp litt frukt sant, og fruktsalat til dessert. Det skal jo så lite til».

Hun synes at brukerne generelt får et ensidig og kjedelig kosthold, og det handler i følge henne om flere faktorer, både at de ansatte ikke tar seg tid til å kutte opp salat og frukt,

men også at de som handler⁴⁸ for brukerne ikke er flinke nok til å kjøpe variert og innbydende mat.

Line gir uttrykk for at hun trives med å jobbe med mennesker. Hun beskriver brukerne som interessante og hyggelige. Brukerne beskriver hun som en uensartet gruppe, og det er nettopp det som gjør dem så spennende. Hun sier at det gir henne mye å føle at hun har gjort en innsats for noen som trenger henne, og for Line er det viktigste å kunne være fornøyd med egen innsats når hun forlater brukeren. Line mener at livserfaring er en fordel i jobben:

«Jeg tror kanskje at man må være litt... ha en viss kunnskap om mennesker og det er kanskje litt sånn alderspreget. Jeg vet ikke helt, men jeg føler for min del at jeg tror ikke jeg hadde følt det på samme måte hvis jeg var tjue og skulle ut i denne jobben. Tror jeg hadde følt meg usikker i mye større grad hos mange i forhold til den tyngden man får etter hvert som man blir eldre, egentlig bare i seg selv å bli eldre. De erfaringene som man gjør, får treffe mennesker på sin vei gjennom livet».

4.6.4 Refleksjoner rundt nøkkelinformantenes beskrivelse av egen praksis og av hjemmesykepleien som praksis

Samtlige av nøkkelinformantene beskriver en travel praksis, noe som medfører at de må forta prioriteringer i forhold til å disponere tiden de har til rådighet. Sykepleieren opplever det belastende å ha ting hengende over seg som hun ikke får fullført, og hun forteller at det høye arbeidspresset gjør henne sliten fordi hun føler at hun ikke klarer å ivareta sin praksis slik hun ønsker. Spesielt blir det administrative og forefallende arbeidet lagt til side, samt at oppfølging av brukere og pårørende nedprioriteres selv om det ikke er ønskelig. Hun hevder også at interne rutiner har en tendens til å svikte i hektiske perioder, noe som medfører at praksis oppleves ekstra kaotisk og travel. Også hjelpepleieren synes det er en påkjenning når hun iblant føler at hun ikke klarer å utføre jobben på en tilfredsstillende måte. Hun forteller at det er belastende å vite at brukerne sitter og venter. I likhet med de andre nøkkelinformantene, oppgir assistenten at enkelte

48. Det er vanligvis bruker selv eller pårørende som er ansvarlig for innkjøp av mat. I følge assistent Line har enkelte brukere vedtak på at hjemmesykepleien skal ringe inn handleliste til en lokal matvarebutikk som kjører ut varer.

arbeidsdager er travle, men i motsetning til hjelpepleieren og sykepleieren erkjenner hun ikke at dette påvirker henne. En mulig forklaring på at assistenten takler arbeidspresset på en annen måte enn sine kollegaer, kan være at hun har færre arbeidsdager og dermed mer fritid til å hente seg inn igjen mellom vaktene. I kraft av sin stilling som assistent, er hun dessuten den eneste av nøkkelinformantene som ikke er pålagt ansvarsområder og forventninger ut over det som står på arbeidslisten. Hjelpepleieren og sykepleieren har derimot ulike ansvarsområder knyttet til sine stillinger, og er pålagt oppgaver som de selv må finne tid til å utføre. Som jeg har beskrevet i kapitlene 4.5.1 til 4.5.3, er det ikke alltid like enkelt å finne tid til disse oppgavene.

Helsepersonell sine opplevelser av å føle seg presset, stresset og frustrert som følge av en travel praksis, er dokumentert gjennom flere forskningsstudier, hvorav noen av studiene er omtalt i kapittel 2.3 (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999; Grostøl, 2009; Hamann Johnsen, 1999; Kirchhoff, 2011; Tønnessen & Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet, 2011). Det som er spesielt interessant å fremheve i forhold til forskningen som omtales i kapittel 2.3, er at denne viser at tidsnød ble beskrevet av både danske og norske hjemmesykepleiere allerede på 90-tallet, og det er grunn til å merke seg at dette er en vedvarende kilde til frustrasjon, også blant dagens helsepersonell i hjemmesykepleietjeneste.

Alle de tre nøkkelinformantene forteller om ulike strategier for å forme arbeidsdagen slik at de får gjennomført sine oppgaver på en best mulig måte. Sykepleieren forteller at hun må prioritere oppdragene som står på arbeidslisten først, deretter det administrative arbeidet, og dersom hun har tid til overs prioriterer hun «samtalen», som hun for øvrig beskriver som det hun liker best med jobben sin. Hjelpepleieren tar også i bruk ulike strategier som hjelper henne i en travel praksis. Hun forteller at hun disponerer tiden sin slik hun selv mener er best. Det innebærer at hun bruker kortere tid enn angitt hos noen brukere, og lengre hos andre. Hun forsøker å veksle på hvem som får det «lille ekstra». Assistenten på sin side mener at de brukerne som skal ha hjelp opp av sengen samt de som trenger medisiner, bør få tidligst hjelp. Dessuten planlegger hun arbeidslisten ut fra en forventning om at det kan inntreffe uforutsette hendelser. Alle nøkkelinformantene mener at samarbeid er en suksessfaktor for at arbeidsdagen skal gli smidigst mulig.

Nøkkelinformantene omtaler samarbeidet innad i gruppen som generelt godt. Sykepleieren vedgår imidlertid at samarbeidet mellom de ansatte er personavhengig og til dels posisjonsavhengig, for eksempel forteller hun at det innimellom oppstår diskusjoner mellom hjelpepleierne og sykepleierne. Hun mener også at en del hjelpepleiere tilsynelatende ikke verdsetter det arbeidet som sykepleierne ivaretar, og det opplever hun som problematisk. Hun ønsker at sykepleierne i større grad kunne få anledning til å diskutere og samarbeide seg i mellom.

Sosialantropolog og professor i kulturhistorie, Halvar Vike, hevder med basis i intervjuer med hjelpepleiere og sykepleiere på sykehus og sykehjem, at de to yrkesgruppene vektlegger ulike sider ved arbeidet, og at de ikke alltid ser viktigheten av hverandres arbeidsinnsats og arbeidsbyrde. Vike skriver at hjelpepleierne ofte har et ambivalent forhold til sykepleierens såkalte «usynlige» arbeid (Vike, et al., 2002, kap. 8). Dette samsvarer med både sykepleierens - og hjelpepleierens uttalelser.

Nøkkelinformantene omtaler hverandre ofte i kategoriene «sykepleiere - hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere og assistenter». Hjelpepleieren snakker også om «dem over» når hun betegner ledelsen. I motsetning til sykepleieren, omtaler de to andre nøkkelinformantene samarbeidet kun i positive ordelag. Nora beskriver miljøet som bunnsolid, trygt og godt, spesielt poengterer hun at assistentene og ledelsen gjør en enestående jobb.

Det er kun sykepleieren som gir en grundig fremstilling rundt samarbeidet med andre helseinstanser og forvaltningsenheten. Assistenten forteller at hun ikke er involvert i den type oppgaver og at hun derfor ikke har kunnskap til å uttale seg om temaet. Også hjelpepleieren erkjenner at det først og fremst er sykepleierne som forholder seg til andre helseinstanser, og hun sier at hun derfor ikke har noen formeninger om emnet. Hun hevder likevel at hjemmesykepleiegruppen i liten grad samarbeider med sykehusene, og samarbeidet med forvaltningsenheten omtaler hun som ukomplisert og lite tidkrevende. Disse uttalelsene bygger opp under sykepleierens antagelse om at hjelpepleierne ikke anerkjenner omfanget av det arbeidet som samhandling med eksterne instanser og etater innebærer.

Fra sykepleierens ståsted fremheves samarbeid med andre helseinstanser og andre offentlige etater som et tidkrevende og nødvendig arbeid. Karin forteller at kvaliteten på samarbeidet med andre helseinstanser også er personavhengig, spesielt kan det være utfordringer i samhandlingen med fastlegene. Karin kommer også med en uttalelse som rokker ved selve grunnlaget for den politiske ideologien som ligger til grunn for hjemmesykepleiens styresett - idet hun hevder at noen saksbehandlere er «snillere» i forhold til vedtakstid enn andre (jmfør sitat s.100-101). Hensikten med IPLOS registrering, samt skillet mellom bestiller- og utførerrollene i kommunehelsetjenesten, er nettopp å sørge for at brukerne får likeverdige tjenester, uavhengig av hvor de bor og hvem som tildeler hjelpen (Helsedirektoratet, 2009). Også Tønnessen konkluderer med at ressursene i hjemmesykepleien ikke fordeles ut fra idealet om likhet og rettferdighet, men i stedet ut fra de krav som rettes fra brukere og eventuelt pårørende (Tønnessen & Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet, 2011).

Intervjuet med sykepleieren skiller seg fra de to øvrige intervjuene på flere punkter, hvilket viser seg i fremstillingen av de analyserte intervjuene, deriblant gjennom kapitlenes lengde - og innhold (kapitlene 4.6.1 til 4.6.3). Intervjuet med sykepleieren varte dobbelt så lenge som de to andre intervjuene, og sykepleieren problematiserte i langt større grad forhold i praksis - samt at hun beskrev praksisen i medisinske termer. For eksempel var hun den eneste av de tre som snakket om diagnoser, og fortalte om egne interesser i forhold til ulike diagnoser og brukergrupper. Hjelpepleieren og assistenten knyttet på sin side ikke praksis opp mot diagnoser og prosedyrer. Hjelpepleieren fortalte at hennes agenda var å glede andre, og at det derfor var uvesentlig for henne hvilke oppgaver hun utførte for hvem. Dette samstemmer imidlertid ikke helt med mine observasjoner av praksis, hvor hjelpepleieren ved to anledninger ba om hjelp fra sine kollegaer fordi hun hadde mange dusjeoppdrag på arbeidslisten - noe hun syntes var slitsomt.

Alle tre er samstemte i sine uttalelser om hva de liker best med yrket sitt, nemlig:

- Varierte arbeidsoppgaver
- Å få arbeide med mennesker
- Å føle at de har gjort en innsats for noen og gledet noen.

I dette kapittelet har jeg belyst hvordan en sykepleier, hjelpepleier og en assistent posisjonerer seg i forhold til den hjemmesykepleiepraksisen som de er en del av. Under intervjuene forsøkte jeg også å få tilgang til deres disposisjoner.⁴⁹ Hensikten var å se om deres disposisjoner kunne bidra til å forklare deres måte å orientere seg på. Denne empiri vil jeg presentere i det følgende.

4.6.5 Nøkkelinformantenes disposisjoner

Tesen i Bourdieus praktikkteori er antagelsen om at forskjellige posisjoner i et felt ivaretas av mennesker med forskjellige disposisjoner på grunn av uensartede oppvekstvilkår og forskjeller i skolegang og utdannelsesforløp (Larsen, 2009) - og at dette medfører motsvarende posisjoneringer. Også min studie har som utgangspunkt at de ansatte vil kunne ha forskjellige tilbøyeligheter til å innta ulike posisjoner i subfeltet som følge av ulike utgangspunkt (habitus). Studien tar også utgangspunkt i at nøkkelinformantene som følge av at de er bærere av ulike disposisjoner, kan ha forskjellige meninger og holdninger (posisjoneringer). Derfor vil jeg nå presentere bakgrunnsopplysninger gitt av nøkkelinformantene som jeg vil benytte til å konstruere deres habitus.

Sykepleierens disposisjoner

Sykepleieren Karin ble født på slutten av sekstitallet. Hun vokste opp med en søster, mor og far i et hjem der religion i form av kristendom var sentralt. Faren arbeidet som ingeniør i lysverket hele sitt yrkesaktive liv, mens moren hadde ulike kontorjobber før barna ble født. Etter at det første barnet ble født, sluttet hun i jobben og trådte inn i rollen som husmor og uformell omsorgsperson for mann og barn, og hun forble hjemme med barna frem til det året Karin fylte ti år. Senere fikk hun stilling som regnskapsfører i misjonsmenigheten. Karin forteller at mor på et ganske tidlig tidspunkt i datateknologiens utvikling, fikk mulighet til å gå på datakurs. Hun minnes med stolthet at *hennes* mor var en av de første hun kjente som behersket data. Mor ble værende i stillingen som regnskapsfører til hun gikk av med pensjon. Til tross for at mor nå er pensjonist, har hun fortsatt tjue prosent stilling som regnskapsfører i en kristen

49. Med disposisjoner menes økonomiske-, sosiale-, og kulturelle kapitaler.

hjelpeorganisasjon. Karin sier at det å ha vokst opp i en kristen menighet har preget hennes oppvekst og liv på en positiv måte.

Karin er nå førtitre år, gift, og har tre døtre i alderen åtte til seksten år. Da barna var små jobbet Karin mindre, og i perioder var hun hjemmeværende for å ta seg av dem. Parallelt med at barna ble større, har hun søkt og fått større stillingsprosent. Nå arbeider hun i åtti prosent stilling i hjemmesykepleien. Ektemannen arbeider i matvarebutikk. De siste ni årene har han hatt en ledende stilling som medfører at han kun arbeider dagtid.

Familien bor i et rekkehus i nærheten av hennes arbeidsplass. De er aktive i menigheten og vier mye tid til det religiøse aspektet i livet. Karin synes at hun har en travel hverdag. Foruten arbeidet i hjemmesykepleien, er hun med i styret i sameiet der de bor, og det kristne arbeidet tar også en del tid. Når hun har fri, liker hun å sysle i hagen, lese bøker eller løse kryssord.

Karin utdannet seg til sykepleier ved en diakonal sykepleiehøyskole for rundt tjue år siden. I en alder av tjueto, var hun ferdigutdannet sykepleier. Før dette hadde hun gått tre år på gymnas og ett år på bibelskole. Karin hevder at hun har ønsket å bli sykepleier helt fra barndommen, og hun fremstiller det som en form for kallstanke. Karin mener at Gud leder henne der han vil ha henne, og dette gir henne motivasjon til å arbeide med det som hun gjør til enhver tid.

Karin har arbeidet i hjemmesykepleien i om lag tre år. Som nyutdannet arbeidet Karin på en kirurgisk avdeling på et sykehus. Årsaken til at hun begynte der, var ifølge henne selv at hun fikk en svulst i ryggen under studietiden. En operasjon gjorde henne frisk, og dette syntes hun var så imponerende at hun ønsket å arbeide på den avdelingen som hadde helbredet henne - og hun søkte og fikk jobb. Hun var ansatt der i tolv år, men på et punkt i livet medførte sykdomshendelser i familien at Karin ikke orket å arbeide på sykehus lengre. Hun sluttet og var hjemmeværende med barna i cirka fire år før hun følte seg klar til å gå tilbake til yrkeslivet. Karin fikk jobb ved et lokalt sykehjem, hvor hun var i to og et halvt år før hun søkte seg til hjemmesykepleien.

Karin forteller at hun alltid har hatt et ønske om å jobbe i hjemmesykepleien, men hun følte at hun trengte en del års yrkeserfaring for å kunne mestre denne jobben som i følge

henne krever høy grad av selvstendighet. Karin har gått på noen få kurs i regi av arbeidsplassen. Blant annet forsøker hun å få med seg kurs og undervisning som omhandler kreftomsorg, palliativ pleie og etikk. Det siste halve året har det imidlertid ikke vært rom for å gå på kurs fordi det har vært så travelt på jobben. Hun tar seg derfor ikke tid til å undersøke om det arrangeres aktuelle kurs. Karin har brukt av sin fritid for å gå på kurs, men da har arbeidsgiver betalt kursavgiften. Til sammenligning forteller hun at da hun arbeidet på kirurgisk avdeling, fikk hun i langt større grad mulighet til å være med på internundervisning og ulike kurs, mens hun aldri fikk tilbud om dette da hun arbeidet på sykehjem.

Hjelpepleierens disposisjoner

Hjelpepleier Nora ble født i 1963. Da Nora var fire år gammel ble mor rammet av en invalidiserende sykdom som satte henne ut av den tradisjonelle husmorrollen. Mor bodde i perioder utenfor hjemmet, og i hennes fravær fikk familien en barnepike som i tillegg til å passe barna, stelte hjemmet mens faren arbeidet som bussjåfør for å forsørge familien. Mens en tante tok seg av det minste barnet i søskenflokket, ble Nora og to eldre brødre boende med faren. Etter en tid kom mor seg såpass at hun kunne bo hjemme, og familien ble gjenforent. Sykdommen førte imidlertid til at moren forble sittende i rullestol og hun var avhengig av hjelp både til seg selv, men også til hushold og barnepass. Nora forteller at det på den tiden var vanskelig å få tak i offentlig hushjelp/helsehjelp, og da deres daværende hushjelp ble syk og familien ikke fikk en ny erstatting, trådte Nora inn i rollen som morens omsorgsperson, sytten år gammel. Nora ble boende hjemme og pleide sin mor frem til moren døde flere år senere.

Både Nora og hennes fire år yngre søster, arbeider i dag som hjelpepleiere. Hennes eldre brødre har arbeidet innen «bil og salg». Nora forteller om en på mange måter «tøff» barndom, blant annet ved at hun opplevde savnet etter moren som var mye borte på grunn av sykdom. Samtidig gir hun uttrykk for at hun har hatt et lærerikt liv i forhold til det å leve i en familie preget av sykdom.

I dag bor Nora sammen med samboer og en hund i en liten enebolig i nærheten av der hun vokste opp, og hvor hun nå også arbeider. Nora har en voksen datter og et barnebarn fra et tidligere ekteskap, og hun omtaler dem som viktige elementer i sitt liv. Nora er fast ansatt i syttifem prosent stilling som hjelpepleier i hjemmesykepleien. I

tillegg tar hun ekstravakter, og hun anslår at hun totalt arbeider i omlag nitti prosent stilling. Hun forteller at hun godt kunne tenke seg å øke stillingsprosenten, men hun makter ikke å arbeide full stilling fordi jobben er så krevende. På et annet tidspunkt under intervjuet forteller hun derimot at hun sjelden er sliten som følge av jobben.

I fritiden liker Nora å tilbringe tid med familie og venner. Kollegaer inngår også i hennes vennekrets. Ellers liker hun å gå lange turer med hunden på opptil halvannen time hver dag. I frihelger reiser hun gjerne til fjells, hvor de har en campingvogn, og i ferietider er Spania et yndet reisemål. Nora beskriver seg selv som en glad person, og slik fremstår hun også under intervjuet og observasjonsdagene.

Nora sin karriere i hjemmesykepleien begynte for cirka åtte år siden. Hun var på dette tidspunktet førti år og hadde allerede flere års arbeidserfaring fra andre yrker. Selv mener hun at bakgrunnen for at hun søkte stilling i hjemmesykepleien, var at hun ønsket «å gjøre noe for andre». Hennes første arbeidserfaring begynte imidlertid mange år tidligere, med mange års beskjeftigelse som omsorgsperson for sin mor. Nora pleide/hjalp moren i flere år, helt frem til moren døde femtiseks år gammel. De siste to årene moren levde, hadde Nora i tillegg en datter som hun tok seg av. Nora forteller at hun etter morens død fikk hun muligheten til å gjøre som hun ville. Hun fikk barnehageplass til datteren og stilling som butikksjef i en forretning som solgte reiseutstyr. Der arbeidet hun i elleve år før hun søkte stilling i åpen omsorg i kommunen. Nora begrunner delvis skiftet av arbeidsplass med at hun hadde begynt å mistriives med kun «å stå bak en disk». Dessuten utvidet butikkene stadig åpningstidene, hvilket innebar lengre arbeidsdager og mer ubekvem arbeidstid. Som følge av dette følte Nora at hun fikk for lite tid hjemme sammen med datteren.

I 2003 begynte Nora som hjemmehjelp/assistent i kommunen. Den gang var det integrerte grupper i kommunens pleie og omsorgsavdeling, det vil si at hjemmesykepleien og hjemmehjelpen delte kontor og samkjørte tjenestene. Nora beskriver dette som en organisatorisk velfungerende periode, dels fordi tjenesten var lagt opp slik at brukerne fikk færre ansatte å forholde seg til, og dels fordi hjemmehjelpene fikk mulighet til å bedrive mer helhetlig pleie og omsorg (for eksempel vaske hus og samtidig hjelpe brukeren med å dusje samt og lage frokost). Tjenesten ble imidlertid omorganisert kort tid etter, noe som innebar at hjemmehjelpstjeneste ble et

eget kommunalt foretak. Nora søkte og fikk da stilling som assistent i hjemmesykepleien, fordi hun ønsket å arbeide med pleie og omsorg, fremfor å arbeide som renholder. Til tross for en tøff omorganiseringsprosess, som blant annet innebar større grupper og flere brukere, trivdes Nora i hjemmesykepleien, og etter hvert begynte lederen å snakke om at Nora burde ta helsefaglig utdanning. Nora var betenkt, men fant til slutt motivasjon til å søke komprimert hjelpepleierutdanning ved en av kommunens videregående skoler. Vel et år senere, i 2008, var hun ferdigutdannet hjelpepleier, førtifem år gammel. I ettertid har Nora også fått dekket utdannelsen av kommunen. Hun har også deltatt på kurs i demens og ernæring i regi av arbeidsplassen.

Assistentens disposisjoner

Assistenten Line ble født i 1968. Hun bor like ved sitt barndomshjem, i samme området som hun nå arbeider. Moren var hjemmeværende med Line og hennes storebror frem til Line var åtte år. Da gikk mor ut i lønnet arbeid, og hun har hatt stilling som kontorfunksjonær siden. Faren hadde stilling som førstesekretær i lagmannsretten. Verken moren eller faren har høyere utdanning. Broren til Line arbeider i forsvaret. Det er med andre ord ingen andre i Lines familie som har yrkeserfaring fra helsevesenet. Line omtaler imidlertid moren som en uformell omsorgsperson som alltid stiller opp for andre.

Etter fullført grunnskole gikk Line treårig allmennfaglig videregående skole. Hun begynte så på reiselivsskole, men sluttet etter et halvt år og reiste i stedet til USA som au pair. Senere arbeidet hun som resepsjonist og kontorfunksjonær i flere år, et arbeid som hun beskriver som ensformig og kjedelig.

Line bor sammen med ektemann og to sønner på tolv og seksten år i et lite hus med stor hage - like i nærheten av der hun selv vokste opp. Hun forteller gjentatte ganger i løpet av intervjuet at hennes hovedprioritering alltid har vært - og fortsatt er å være hjemme for å ta seg av barna. Det er viktig for henne å følge opp barna i forhold til skolearbeidet. Derfor tar hun kun ekstravakter på dagtid når guttene er på skolen.

For å spe på familiens inntekter, var Line i flere år dagmamma for andres barn, samtidig som hun var hjemmeværende med egne barn. Hun har også arbeidet som vikar i

barnehage og på skolefritidsordningen, men etter hvert som hennes egne barn ble større, ble hun lei av å passe andres barn. Line kom i snakk med assisterende leder i en hjemmesykepleiegruppe, via felles venner. Lederen mente at Line ville egne seg til å arbeide i hjemmesykepleien og ba henne om å tenke på det og ta kontakt dersom hun var interessert. Til tross for at Line tvilte på egne evner, tok hun mot til seg og kontaktet lederen for hjemmesykepleiegruppen, og siden den tid har hun arbeidet som vikar i gruppen. Dette er nå fem år siden. Line liker variasjonen i arbeidet og hun trives med å arbeide med mennesker.

Lines ektemann arbeider i mediebransjen, men stillingen krever innimellom at han arbeider overtid og deltar på ulike kurs. Familien har bare en bil, og derfor synes Line at det blir for travelt hvis hun skal arbeide mer enn det hun allerede gjør. Hun hevder at stillingen som ekstrahjelp i hjemmesykepleien først og fremst dekker hennes behov for å komme seg ut å treffe andre mennesker, og at lønnen kommer som en ekstra «bonus». Line gir uttrykk for at hun trives godt i jobben, og som følge av at hun nå har gjennomført medisinkurset og dermed kan gi medisiner, føler hun at arbeidsoppgavene blir mer varierte. Line forteller at hun ønsker å få en helsefaglig utdanning, men hun orker ikke å gå i gang med en utdanning.

Line forteller at hun i fritiden liker å være ved sjøen, i båt, fiske eller bare «være til stede». Line liker også å lage kort og bake spesielle kaker, og hun får ofte forespørsel om hun kan bake for venner og bekjente til spesielle anledninger. For Line er det viktig at hverdagen ikke blir for travel. Hun begrunner dette med at hun har vært vitne til familier som har gått i oppløsning som følge av at foreldrene har hatt det for hektisk.

4.6.6 Refleksjoner omkring nøkkelinformantenes disposisjoner, sett i lys av Bourdieus habitusbegrep.

I kapittel 4.6.5 har jeg beskrevet noen sentrale trekk i sykepleier Karin-, hjelpepleier Nora-, og assistent Lines sosiale bakgrunn, trekk som kan bidra til å belyse hvilke økonomiske, kulturelle og sosiale kapitaler de besitter, og derigjennom å forklare hvilke disposisjoner de er bærere av. Av analysen fremkommer det en del likhetstrekk mellom de tre. Blant annet er de alle etnisk norske kvinner i førtiårene, det vil si at de var født på sekstitallet - et tiår preget av økende velferd i det norske samfunnet. Alle tre vokste opp i familier med tradisjonelle kjønnsrollemønstre, det vil si at fedrene var

hovedforsørgere, mens mødrene hadde hovedansvaret i hjemmet - i tillegg har alle tre søsken. For hjelpepleieren var dog familiesituasjonen en annen fordi moren var syk og ikke selv kunne fylle husmorrollen. Men i mors fravær ble familien introdusert for formelle omsorgspersoner som husmorvikarer og «barnepiker» - voksne kvinner i formaliserte omsorgsroller.

Samtlige av nøkkelinformantene vokste opp i samme distrikt og begynte sin skolegang på syttitallet, i kvinnekampens tiår. Dette gjorde mulighetene for utdanning større for dem i forhold til de muligheter deres mødre hadde hatt. Spørsmålet er da hvorfor det bare var Karin som i ung alder fullførte en høyere utdanning. Det antas å være sammensatte grunner til dette, men som Bourdieu har vist - og som jeg også har beskrevet i kapittel 2.2 (s. 11), virker blant annet sosial bakgrunn, for eksempel foreldres utdanning, inn på barnas valg av utdanning (Bourdieu, 1988). Dette betyr med andre ord at bestemte posisjoner i et felt ofte innehas av personer med en bestemt habitus.

Av nøkkelinformantene er det kun sykepleier Karins foreldre som har formell utdanning. I tillegg til farens utdanning, forteller Karin også at hun opplevde det som stort da moren fikk opplæring innen data og fikk anledning til å arbeide med denne teknologien. Sykepleier Karin omtaler også det religiøse aspektet som sentralt i livet sitt, og fra hennes beretninger kan det virke som om hun har blitt disponert til å påta seg ulike verv og oppgaver via menighetsarbeid, i alle fall innehar hun i verv både i borettslagets styre og i den menigheten som hun er del av.

I motsetning til de andre nøkkelinformantene, hadde ikke hjelpepleier Nora samme mulighet til å utdanne seg i sin ungdom. I stedet gikk hun inn i rollen som omsorgsperson for sin mor, og i løpet av årene som fulgte fikk hun i tillegg en ny omsorgsoppgave da hun ble mor i relativt ung alder. Bourdieu skriver at det er illusjonistisk å tro at den sosiale verden inneholder et univers av muligheter som er like for alle mennesker. Med utgangspunkt i sin forskning, utviklet han praktikkteorien, hvis utgangspunkt er at våre muligheter bestemmes av relasjonen mellom på den ene siden vår habitus, og på den andre siden den «sjansen» som den sosiale verden gir oss (Bourdieu, 2007, s.107-108).

Med Noras bakgrunn som uformell omsorgsperson med en sannsynligvis stor pleiebyrde, kan en undre seg over at hun i voksen alder har valgt å utdanne seg til et yrke som medføre en fortsettelse av «pleieåket». Selv sier Nora at hun valgte å søke jobb i den kommunale omsorgssektoren fordi hun ønsket å bruke sin energi på å hjelpe andre mennesker.

Habitusbegrepet er et analytisk verktøy som kan benyttes til å forklare Noras «valg» om å gjeninnta en omsorgsrolle. Habitus er en teoretisk beskrivelse av de disposisjonene som kan få en person til å handle på bestemte måter. Disposisjonene er ubevisste og kroppsliggjorte, og kan defineres som ressurser som kan aktiveres og settes på spill på en kreativ måte i nye situasjoner (Prieur, et al., 2006). Ut fra dette perspektivet kan Noras avgjørelse om å søke stilling som formell omsorgsperson i hjemmesykepleien, betraktes som en følge av at hun har vokst opp i et hjem der sykdom og pleie av syke, samt husstell var en naturlig del av hennes sosiale bakgrunn. Hun antas derfor å ha en erfaring som gjør det naturlig for henne å stille syke og pleietrengende - en erfaring som kan ha blitt transformert til en kroppsliggjort egenskap, som medfører at Nora orienterer seg på en bestemt måte. Bourdieu kaller det «den praktiske sans», og han forklarer den praktiske sans som en taus viten som er forbundet med livserfaringer (s. 96 i Bourdieu, 2007; Petersen & Dansk institut for sundheds- og sygeplejeforskning, 1989).

Assistenten Line fullførte gymnas, men hoppet deretter av utdanningskarusellen og valgte i stedet å arbeide som resepsjonist/kontorfunksjonær, altså samme type arbeid som foreldrene. Line hadde med andre ord mulighet til å fullføre en utdanning før hun stiftet familie, men hun valgte likevel ikke å gjennomføre utdannelsen som hun begynte på. Under intervjuet forteller Line at hun kunne tenke seg å ta en formell helsefaglig utdanning nå som hun vet hvordan det er å arbeide i omsorgssektoren, men hun har ikke krefter til å gå i gang med dette. Etter å ha stiftet familie og fått barn, valgte Line, som moren hennes en gang gjorde, å være hjemmeværende med barna. Også denne avgjørelsen kan forklares ved hjelp av habitusbegrepet, ved at Lines praktiske sans orienterte henne til å følge i morens fotspor.

Bourdieu har ved hjelp av flere utdanningssosiologiske studier, blant annet ved studier foretatt ved universitetsmiljøet i Paris, avdekket at utdanning snarere enn å kunne

betraktes som en forandringsprosess, fungerer som en bevarelsesprosess av klassesamfunnet (Bourdieu, 1988). Bakgrunnen for denne tesen var hans funn som viste at hele seksti prosent av studentene ved universitetet var barn av direktører og akademikere, mens tretti prosent var barn av mellomledere, og kun ti til femten prosent var barn av håndverkere. Mindre enn fem prosent av de studerende var barn av bønder og industriarbeidere. Med bakgrunn i disse funnene diskuterte Bourdieu ulike forklaringsmuligheter, blant annet at sosial bakgrunn disponerer barn for ulike utdannings- og yrkesvalg. I *Homo academicus* (1988) diskuterer Bourdieu hvordan studenter ubevisst er underlagt en bestemt klassemessig betinget habitus som de møter utdannelsessystemet med (Bourdieu, 1988 ; Petersen & Dansk institut for sundheds- og sygeplejeforskning, 1989). Dette begrunner han med studentenes disposisjoner, spesielt den kulturelle kapitalen. Han hevder at barn av foreldre som selv har akademisk utdanning, har et fortrinn under egen utdanning, blant annet som følge av at de allerede fra sitt barndomshjem har en form for kunnskap som er verdsatt i dette utdanningsmiljøet - en «korrekt» måte å snakke på og en ønsket måte å oppføre seg på (Bourdieu, 1988; Prieur, et al., 2006, kap.2). Det må understrekes at Bourdieu gjennomførte disse forskningsstudiene i Frankrike på 1960-tallet, mens min studie er basert på et svært begrenset empirisk materiale i Norge vel femti år senere. Det norske samfunnet er ikke klasseinndelt i samme grad som det franske samfunnet. Likevel viser også norsk forskning tendenser til at ulike yrkesgrupper tradisjonelt rekrutteres blant mennesker fra bestemt sosial bakgrunn, for eksempel har legestanden historisk blitt rekruttert fra høyere samfunnslag, sykepleierne fra middelklassen, mens hjelpepleiere og ufaglærte i på sin side har blitt rekruttert fra lavere samfunnslag (Høst & Universitetet i Bergen, 2007; Schiøtz & Skaset, 2003). Christensen (1997, i Høst, 2004, s.23) har også beskrevet rekrutteringsmønstre for ulike formelle omsorgsarbeidere i Norge. Hun hevder at sykepleiere hovedsakelig rekrutteres blant unge jenter uten særlig arbeidserfaring, mens hjelpepleierne rekrutteres blant kvinner i voksen alder, mange av dem med bakgrunn som husmødre og ufaglærte pleieassistenter.

I dag bor alle nøkkelinformantene sammen med ektemenn/samboer i nærheten av sin arbeidsplass, slik at befinner seg i nærheten av sine hjem og sin familie dersom det skulle være behov for dem. I løpet av ti observasjonsdager overhørte jeg eksempelvis at både sykepleieren og assistenten hadde private samtaler vedrørende sine barn i arbeidstiden. Samtlige av nøkkelinformantene var hjemmeværende med barna i perioder

da de var små. Det vil si at de i likhet med sine mødre «valgte» (i den grad mødrene kunne velge) tradisjonelle familiemønstre hvor far var «hovedforsørger» og mor var «hovedomsorgsperson». Det virker som nøkkelinformantenes søsken også har valgt kjønstradisjonelle yrker; brødrene til Nora og Line jobber med bil, salg og militæret, mens søster til Nora har utdannet seg til hjelpepleier.

I fritiden driver de tre med ulike aktiviteter som lar seg kombinere med familielivet. Sykepleier Karin liker å arbeide i hagen, i tillegg er hun den av de tre som interesserer seg for mer «intellektuelle» fritidsaktiviteter, som å lese bøker og løse kryssord. Dessuten er hun engasjert i styreverv både i menigheten og i borettslaget der de bor. Assistent Line liker å være sammen med familien sin i fritiden og gjøre ting sammen med dem - som å fiske, være i båt eller bake. Hjelpepleier Nora forteller at hun trives når hun har anledning til å være sosial med venner og familie, gjerne på turer og camping. Ellers liker hun å gå tur med hunden.

Det synes som om både Karin, Nora og Line selv har ervervet en omsorgshabitus, en form for praktisk sans som orienterer dem mot å innrette livene sine som uformelle omsorgspersoner for sine familier:

- De jobber i nærmiljøet, og er dermed lett tilgjengelige for sine barn.
- De jobber deltid, og er dermed ofte tilgjengelige for familien.
- Deres fritidsaktiviteter lar seg forene med familieliv

Dagens samfunn har andre forventninger til kvinner enn sekstitallets husmorideal. I dag - vel fire tiår senere - er idealet at kvinnene skal være yrkesaktive, i tillegg til at det forventes at de skal fungere som uformelle omsorgspersoner i hjemmet. Flere forskere har skrevet om hvordan profesjonaliseringen av omsorgsyirket vokste frem som følge av at myndighetene påtok seg ansvaret for befolkningenes helse. Vike (2002) og Høst (2004) er blant dem som har fordypet seg i temaet. Vike (2002) skriver at velferdsstaten hviler tungt på en omsorgshabitus hvis fundament er å stille sitt liv til rådighet for den andre. Han skriver:

«De fleste sykepleiere i sykehjem, sykehus og hjemmesykepleie er husmødre i både symbolsk og konkret betydning. De fleste forteller at hjemmet og familien prioriteres over jobben» (Vike, et al., 2002, s. 168).

Jeg er enig med Vike (2002), idet det synes som om nøkkelinformantene bærer med seg sin omsorgshabitus inn i yrkeslivet, hvor de bidrar til å forsørge familien ved å benytte sin praktiske sans som formelle omsorgspersoner. Likevel er rollen som uformell omsorgsperson viktigere for dem, og de arbeider derfor i hjemmesykepleien - en helseinstitusjon som ligger i lokalmiljøet (i motsetning til sykehuset), og har arbeidstider som er enklere å kombinere med familieliv enn turnusarbeid på sykehus (færre kveldsvakter og dagvakter som begynner klokken åtte istedenfor klokken sju). Høst har studert hvordan hjelpepleierelevne tilpasser sitt arbeid og sin utdanning til det beste for familien. Han skriver:

«Men er det noe disse voksne elevene gjør, så er det å tilpasse seg. Om de skal ta en utdanning, så gjelder det å få dette til å passe inn i forhold til både omsorgsansvar, jobb og økonomi. Som en av dem vi intervjuet så treffende formulerte det. Hun vil gjerne ta utdanning, men dette må tilpasses slik «at det ikke går ut over noe.» (Høst, 2004, s. 44- 45).

I kapittel 4.6.5 har jeg forsøkt å få tilgang til disposisjoner som kan bidra til å forklare hvordan nøkkelinformanters handlinger formes. Hensikten har vært å se om ulike oppvekstvilkår kan ha hatt innvirkning på den posisjon og de posisjoneringer de tre nøkkelinformantene har i dag.

Bourdieu forklarer menneskelige handlinger ved hjelp av praktikkteorien, og for å illustrere teorien, benytter han begrepene: posisjon, disposisjon og posisjonering. Han viser derigjennom at mennesker med visse disposisjoner (sosial bakgrunn), har større sannsynlighet for å innta bestemte posisjoner (for eksempel ulike yrker/ utdanninger). De ansatte vil også tendere mot å ha ulike innstillinger, meninger og holdninger, blant annet til sitt yrke. Han hevder med andre ord at det er en form for parallellisme mellom posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer. I denne studien har jeg forsøkt å analysere min empiri opp mot denne tesen for å se om det kan bidra til å forklare hvordan handlingene til nøkkelinformantene formes og reproduseres.

5.0 Studiens avslutning

I denne studien har jeg belyst mitt empiriske materiale opp mot Bourdieus praktikk- og feltteori. I det følgende vil jeg trekke de røde trådene og vise hvorfor jeg mener at disse teoriene har vært fruktbare å tenke med.

I forskningsprosessen har jeg gått en omvei for å få svar på mine forskningsspørsmål, dels via et historisk perspektiv, dels ved å objektivere min egen posisjon, og dels ved å studere dagens medisinske- og politiske felt, spesielt de aktørene som samhandler med hjemmesykepleien. Omveien har vært nødvendig for at jeg skulle evne og etablere et brudd i forhold til den sosiale praksisen som skulle undersøkes.

Gjennom et historisk perspektiv har jeg gjort rede for hvordan det norske samfunnet har utviklet seg gjennom halvannet århundre. I et historisk perspektiv fremstår det klart at hjemmesykepleien kan betraktes som et produkt av dagens samfunn. Etterkrigstiden med utviklingen av velferdsstaten Norge, kombinert med et sosialdemokratisk styresett og store oljefunn som ga økonomisk velstand - er trolig noen av de avgjørende faktorene for at vi i dag har rett til vederlagsfri nødvendig helsehjelp fra et offentlig helsevesen. Endringer i familie- og kjønnsrollemønstre, samt en stadig økende andel eldre, har antakelig også vært av betydning for at staten etter hvert påtok seg ansvaret for befolkningens helse.

I løpet av forskningsprosessen har det blitt klart for meg at det medisinske felt som hjemmesykepleien er en del av, er uløselig knyttet sammen med - og avhengig av det politiske felt. Jeg har derfor sett nødvendigheten av å belyse relasjoner mellom disse to feltene - også i forhold til hjemmesykepleien. Ut fra den historiske analysen, synes det som det fant sted en endring i relasjonen mellom det politiske felt og det medisinske felt på syttitallet. Endringen innebar blant annet at det politiske felt søkte en mer uavhengig og dominerende posisjon i forhold til det medisinske felt. Dette kan sees i sammenheng med en ny ideologisk og økonomisk politisk retning: nyliberalismen.

Hjemmesykepleien som ble lovfestet i kjølvannet av at nyliberalismen slo rot i Norge, framstår som et produkt av et nyliberalistisk ideal. Organisatorisk er hjemmesykepleien underlagt kommunalt styre, og det er politikere som har den øverste besluttede

myndighet og fastsetter prinsippene som ligger til grunn for hjemmesykepleiens virke. Hjemmesykepleien er rimeligere å drifte enn helseinstitusjoner som sykehjem, aldershjem, sykehus og andre alternative institusjoner som kan tilby nødvendig helsehjelp. Økonomiske styringsredskaper som baseres på et nyliberalistisk ideal er implementert i hjemmesykepleien - og en budsjettorientert drifting av tjenesten synes å være en etablert logikk blant de dominerende posisjoner i det politiske felt.

Etter hvert som jeg har tilegnet meg ny viten om hjemmesykepleien og de ansattes praksis, har mitt anliggende blitt å rette opp i eventuelle misforståelser - og i stedet vise hva helsepersonell i hjemmesykepleien faktisk gjør. Sentralt i Bourdieus praktikkteori står nemlig tesen om at praktikerne har en illusjonistisk forståelse av egne handlinger, og at de ikke nødvendigvis er disse bevisst. Bourdieu hevder at dette delvis kan skyldes at praksis ikke primært baseres på utdanning og innlært teori, men i like stor grad på den praktiske sans (Petersen, 1998). Jeg vil komme tilbake til dette i kapittel 5.2, men først vil jeg med basis i analysedelen i denne studien, besvare det første forskerspørsmålet summarisk: Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien?

5.1 Hva helsepersonell gjør når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien

Helsepersonell i hjemmesykepleien utfører helsearbeid i henhold til vedtak fattet av forvaltningsenheten. Størstedelen av arbeidstiden består av brukerrettet arbeid ute i felten. Helsearbeidet består hovedsakelig av bistand til praktiske oppgaver, dels pleieoppgaver som for eksempel stell og matlaging, og dels behandlingsorienterte oppgaver som for eksempel medisiner og sårstell. Psykososiale oppgaver nedprioriteres. Min empiri viser at de ansatte påbegynner de praktiske oppgavene med det samme de entrer brukernes hjem, og de setter seg sjelden ned for å prate. I stedet prater de mens de utfører det praktiske arbeidet. Dette til tross for at de ønsker mer tid til å samtale med brukerne.

Noen oppgaver utføres av helsepersonell uavhengig av posisjon, mens andre oppgaver tildeles helsepersonell ut fra deres posisjon. Min empiri viser at sykepleieren har ansvar for de mest avanserte medisinske prosedyrene og de prestisjefylte diagnosene. Hjelpepleieren utfører også enkelte prosedyrer, men ikke hos brukere som er rammet av

prestisjefylte diagnoser. Assistenten på sin side, utfører pleieoppgaver hos de mest pleietrengende brukerne som ofte har omfattende hjelpebehov. Disse brukerne har diagnoser som rangeres lavest i prestisjehierarkiet.

En vesentlig del av arbeidstiden i hjemmesykepleien går med til transport/forflytning mellom brukerne. Mitt inntrykk er at behovet for biler er større enn tilgangen - og dette medfører mye ekstra arbeid, fordi de ansatte må dele biler og transportere hverandre. Logistikk-utfordringene kompliseres som følge av at enkelte ansatte ikke har sertifikat.

Til tross for at hoveddelen av helsearbeidet foregår ute i felten, finner det også sted en del arbeidsoppgaver inne på hjemmesykepleiens kontor. Arbeidsoppgavene innebærer for eksempel dokumentering av utførte arbeidsoppgaver og spesielle hendelser, planlegging av arbeidsoppgaver, og koordinering vedrørende brukerne. Disse arbeidsoppgavene står imidlertid ikke skrevet på arbeidslistene, og det virker som det er opp til den enkelte ansatte å tilrettelegge arbeidsdagen slik at de får utført slike oppgaver.

Vaktansvarlig sykepleier har et overordnet ansvar for å lede og koordinere arbeidsdagen, men sykepleierne bruker generelt vesentlig mer tid på administrative oppgaver enn de øvrige yrkesgruppene. Hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne og assistentene bruker på sin side tid på oppgaver som sykepleierne, i følge mine observasjoner ikke befatter seg med. Kaffekoking, og rydding og vasking på kontoret og i bilene, er blant oppgavene som de ivaretar.

I den observerte hjemmesykepleiegruppen starter arbeidsdagen med høytlesning av nylige hendelser vedrørende brukerne, samt påminnelser om utstyr og oppgaver som må huskes. Lunsjpausen er en annen arena som de ansatte benytter til å drøfte hendelser vedrørende brukere og pårørende. Min empiri indikerer at fysiske og praktiske helseproblemer hovedsakelig drøftes i de formelle rapportene, mens psykososiale forhold hva angår brukerne, derimot drøftes uformelt under lunsjen.

Arbeidsbyrden i hjemmesykepleien varierer, både i forhold til planlagte arbeidsoppgaver, uforutsette hendelser og ikke minst i forhold til hvor mange ansatte som er på jobb- og hvilken kompetanse disse har. Min empiri indikerer at arbeidsdagene

er travle i hjemmesykepleien. Blant annet har to av nøkkelinformantene arbeidslister som ikke er gjennomførbare dersom tidspunkt for ønsket hjelp skal imøtekommes. Nøkkelinformantene benytter ulike strategier for å håndtere travelheten, eksempelvis bruker de vesentlig kortere tid enn beregnet hos flesteparten av brukerne. Til tross for travle arbeidslister, yter de likevel stort sett den hjelpen som brukerne har krav på - og hos enkelte gir de også hjelp utover det som er fastsatt i vedtaket.

Til tross for at kommunens økonomiske styringsverktøy kommer til uttrykk gjennom arbeidslistene i form av veiledende tidsbruk og detaljerte oppgavebeskrivelser, og til tross for at de ansatte forholder seg lojalt til de oppgavene som blir pålagt dem - virker det som informantene kun til en viss grad lar seg styre av disse direktivene. Dersom helsepersonells praktikker i hjemmesykepleien ikke utelukkende styres ut fra myndighetenes direktiver, er det naturlig å stille spørsmål om det er andre faktorer som kan bidra til å påvirke deres praksis. Jeg har utpekt travle arbeidslister som mulig forklaring, men det faktum at de ansatte ser ut til å påta seg både brukerrettet og administrativt ekstraarbeid gir ikke en fullverdig forklaring. Jeg har derfor anvendt Bourdieus praktikkteori, med fokus på habitusbegrepet, for å se om dette kan bidra til å forklare hvordan helsepersonells handlinger formes i hjemmesykepleien. Dette munner ut i mitt andre forskningsspørsmål:

5.2 Hvordan formes helsepersonells handlinger i hjemmesykepleien?

Bourdies habitusbegrep forklarer menneskelige handlinger som et resultat av at mennesker kroppsliggjør objektive sosiale strukturer som de fødes inn i og vokser opp under, og at disse ytre strukturer gradvis transformeres til indre strukturer. De indre strukturer former i sin tur vår tolkning av omgivelsene og den sosiale verden. I et praktikkteoretisk perspektiv antas det derfor at objektive sosiale strukturer disponerer individet til å tenke på en viss måte; til å handle på en viss måte; og til å orientere seg på en viss måte (derav begrepet *disposisjoner*). En persons habitus avspeiler også det nære sosiale miljøet en har vokst opp i, og derfor er også familiens historie og sosiale posisjon viktig å undersøke dersom en har til hensikt å konstruere habitus (jmfør kapitlene 2.2 og 4.6.6).

I et praktikkteoretisk perspektiv kan det se ut som om nøkkelinformantene innehar disposisjoner som vektlegger hjemmet og familien; en såkalt omsorgshabitus - og det virker som de reproduserer sine mødres praktikker. Men som følge av at samfunnet endres - og som følge av at samfunnets forventninger til kvinnene er endret - er nøkkelinformantenes roller tilpasset dagens «likestilte» samfunn. Derfor kombinerer de rollene som husmødre med rollene som yrkesaktive. Men for å klare dette, arbeider de deltid i en helseinstitusjon som er lokalisert i nærmiljøet. De tre lander imidlertid ulikt; en som sykepleier, en som hjelpepleier og en som assistent. Hvordan kan dette la seg forklare ut fra Bourdieus praktikkteori?

Til tross for en del likhetstrekk i nøkkelinformantenes sosiale bakgrunn, besitter de tre ulike kapitaler som følge av ulike oppvekstvilkår. Dette har jeg beskrevet i kapitlene 4.6.5 og 4.6.6. En sentral forskjell er at sykepleieren som den eneste av de tre informantene, har en forelder med høyere formell utdanning. I et Bourdieusk perspektiv kommer hun dermed fra en familie med høyere kulturell kapital enn de øvrige nøkkelinformantene.

Bourdieu hevder at mennesker handler ut fra det tilgjengelige og utilgjengelige (Bourdieu, 2007, s. 107-108) - og for hjelpepleieren åpnet det seg først en mulighet for utdanning da hun i en alder av førtitre år ikke lenger hadde uformelle omsorgsforpliktelser. Det var også utslagsgivende at hun på denne tiden var ansatt ved en arbeidsplass som etterspurte hjelpepleierkompetanse - og at arbeidsgiver dermed oppmuntret henne til å påbegynne utdannelsen. Av betydning var også datidens utdanningspolitikk. Videregående utdanning har gjennomgått flere reformer de siste tiår, men som følge av «Kompetansereformen», en etter- og videreutdanningsreform som hadde til hensikt å tette det økende utdanningsgapet mellom voksne og ungdom, fikk voksne kvinner, blant annet min nøkkelinformant, muligheten til voksenopplæring med en fleksibel og individuell utdanningsmulighet (Høst & Universitetet i Bergen, 2007).

Men basis i habitusbegrepet, kan hjelpepleierens yrkeskarriere også forklares ut fra hennes praktiske sans. I flere år arbeidet hun i en butikk, før hun vendte tilbake til en omsorgsrolle, denne gangen som formell omsorgsperson i kommunen. Dette kan bidra til å forklare hvordan den praktiske sans graver et spor som er vanskelig å komme ut av-

og lett å falle tilbake i. I likhet med hjelpepleieren har jeg også beskrevet hvordan assistenten benyttet sin praktiske sans i møtet med brukerne og i følge hennes beretninger ble hun rekruttert til hjemmesykepleien av en tidligere gruppeleder - fordi gruppelederen så at hun ville «passe inn».

Jeg har nå forsøkt å forklare hvordan handlinger og praktikker formes, sett i lys av Bourdieus praktikkteori. Jeg har beskrevet hvordan handlingene til de tre nøkkelinformantene formes litt forskjellig, som følge av ulik sosial bakgrunn. Med basis i praktikkteorien har jeg beskrevet posisjoner i hjemmesykepleiegruppen og jeg har argumentert for at det finnes systematiske forbindelser/homologier mellom posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer. Jeg har argumentert for at nøkkelinformantene besitter individuelle habituser, men i følge Bourdieu er individuelle disposisjonssystem kun en variant av andre varianter innenfor en bestemt klasse i en epoke (Bourdieu, 2007, s. 102). De tre nøkkelinformantene har slik jeg har observert dem og forstått dem, en *felles* omsorgshabitus. Deres habitus er ikke styrt av:

- en budsjettorientert logikk, ei heller bare;
- en behandlingsorientert logikk. Den er i tillegg styrt av;
- en behovsorientert logikk

Dersom helsepersonells handlinger delvis baseres på en annen logikk enn den logikken som angir rammene som hjemmesykepleien virker under, er spørsmålet hvilken betydning kan dette kan ha for praksis. En mulig følge er at helsepersonells oppfatning av hva som er nødvendig helsehjelp, ikke samsvarer med det politiske- og medisinske felts syn på dette. Min empiri viser nettopp dette. Nøkkelinformantene synes å være frustrert over at de ikke får anledning til å basere sine handlinger på en behovsorientert logikk, for de har gått inn i yrket med en intensjon om å utøve omsorg - ut fra *deres* definisjon av begrepet. Ut fra min empiri synes det som om det nyliberalistiske politiske idealet som nøkkelinformantene arbeider under, i liten grad gir dem rom for å utøve omsorg etter en behovsorientert logikk - og det gjør dem frustrerte.

Dette er ikke nye funn, tvert imot er det funn som går igjen i flere av forskningsstudiene som omtales i kapittel 2.3. Det som er unikt med denne studien, er imidlertid at det her beskrives hvordan nøkkelinformantene benytter sin praktiske sans og balanserer sine

handlinger, mellom krav fra dominerende instanser og krav som de stiller til seg selv. De gjør det ved å utføre de lovpålagte oppgavene i modifisert form, slik at det passer *deres* verdier og *deres* arbeidsdag. I studien fremkommer det dessuten at mangel på tid ikke utelukkende er en subjektiv følelse blant helsepersonell i hjemmesykepleien, men at de faktisk *er* pålagt arbeidsoppgaver som gjør det umulig for dem å rekke over alt til ønsket tid.

5.3 Avsluttende kommentar

I studien har jeg vist hvordan man kan benytte Bourdieus praktikk- og feltteori når man studerer sosiale praktikker ut fra et praxeologisk perspektiv. Jeg har skildret hjemmesykepleien som en relativ kompleks praksis, og jeg har beskrevet hvordan informantene inntar ulike posisjoner og benytter sin praktiske sans når de orienterer seg i praksis. Jeg har også forklart hvordan deres posisjoner og posisjoneringer kan sees i sammenheng med deres sosiale bakgrunn gjennom å rekonstruere deres disposisjoner.

Som jeg også påpekte i kapittel 3.4, har jeg tatt forbehold om at studien ikke påberopes å være representativt i den betydning at den ikke tar sikte på å generalisere de sosiale praktikker som utspilles, verken i hjemmesykepleien eller blant helsepersonellet som arbeider der. Med støtte i Andrew Sayer hevdes det derimot at studien er representativ som case (Sayer, 1992, s.241-251). Studien har vært en eksplorerende undersøkelse, og i den sammenheng har den etter mitt skjønn vist noen tendenser som en eventuell ny og mer omfangsrik empirisk studie siden kan etterprøve.

Referanseliste

- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 111(17), 2127-2133.
- Alvsvåg, H., & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen : om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Aune, I. H. (1995). *Omsorgsarbeideren - opplæring og funksjon*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Bourdieu, P. (1988). *Homo academicus*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forl.
- Braut, G. S. (2005). Utviklinga av eldreomsorgen - velferd i brytninga mellom sjukepleie og forvaltning. In R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Eds.), *Eldre i en brytningstid* (pp. 147-155). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Broady, D. (2002). Nätverk och fält. In H. Gunneriusson (Ed.), *Sociala nätverk och fält* (pp. 49-72). Uppsala: Historiska institutionen.
- Bruusgaard, D. (2012). Pasient. Retrieved 30.01.2012, from http://snl.no/sml_artikkel/pasient
- Callewaert, S. (1992). *Kultur, pædagogik og videnskab : habitus-begrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu*. [København]: Akademisk forlag.
- Callewaert, S. (2007). Pierre Bourdieu. In H. Andersen & L. B. Kaspersen (Eds.), *Klassisk og moderne samfunnssteori* (pp. 363-383). København: Hans Reitzels Forlag.
- Callewaert, S., & Petersen, K. A. (1995). *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forl.
- Esmark, K. (2006). Bourdieus utdannelsessosiologi. In A. Prieur, K. Esmark, C. Sestoft & L. Rosenlund (Eds.), *Pierre Bourdieu, en introduktion* (pp. 71-113). København: Hans Reitzels Forlag.
- Glasdam, S. (2007). Interview. En diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser. In V. Lorentzen, K. A. Petersen & S. Glasdam (Eds.), *Livshistorieforskning og kvalitative interview* (pp. 131-146). Viborg: Forlaget PUC.
- Glasø, K., & Høgskolen i Akershus. Avdeling for yrkesfaglærerutdanning. (2009). *En kjede er aldri sterkere enn sitt svakeste ledd : Hvordan kan skole og bedrift samarbeide slik at helsefagarbeideren får den helhetlige yrkeskompetansen som helsevesenet har bruk for?* Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Grostøl, A. R. (2009). *Med rolle som utfører : en kvalitativ studie av sykepleiere i hjemmebaserte tjenester*. Stavanger: A.R. Grostøl.
- Halland, Ø. (2011). *Aktivitetsbasert finansiering av hjemmesykepleietjenesten i Bergen kommune : en beskrivelse av modellen og evaluering av om den har ført til bedre kostnadseffektivitet*. Bergen: [Ø. Halland].
- Hamann Johnsen, M. (1999). *Hjemmesykepleje-praktikker : en empirisk beskrivelse med bruk af registrering, talbehandling, observation, interviews, dagbogsbeskrivelser og P. Bourdieus praxeologiske teori og begrepsset, foruden Larsen & Thyssens, Taylors og Webers arbejdsbegreber, som analytiske redskaber*. Århus
- Hammerslev, O. (2009). At afdække transnationale felter via interviews. In I. Willig, O. Hammerslev & J. Arnholtz Hansen (Eds.), *Refleksiv sociologi i praksis* (pp. 78-98). København: Hans Reitzels Forlag.

- Hansen, J. A. (2009). Om feltanalytiske interviews i analyser af aktivering. In I. Willig, O. Hammerslev & J. Arnholtz Hansen (Eds.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (pp. 62-77). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hauge, S. (2005). Fra pleiehjem - til bo- og behandlingssenter. In R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Eds.), *Eldre i en brytningstid* (pp. 156-164). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1982). Lov om helsetjenesten i kommunene Retrieved 31.01.2012, from <http://lovdata.no/oll/nl-19821119-066.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1983). Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. Retrieved 31.01.2012, from <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-19831123-1779.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1988). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie Retrieved 31.01.2012, from <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19881114-0932.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). Lov om pasient- og brukerrettigheter Retrieved 31.01.2012, from http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENT*%20%2b%20OG*%20%2b%20BRUKERRETTIGHETSLOV*&
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. . Retrieved 31.01.2012, from <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000). Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Retrieved 31.01.2012, from <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20000414-0328.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. . Retrieved 07.02.2012, from http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=KVALITET*&&
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). NOU 2005:3, Fra stykkevis til helt. Retrieved 07.02.2012, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011. Retrieved 31.01.2012, from http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/HOD_forskningsstrategi.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Fastlegeordningen. Retrieved 31.01.2012, from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/fastlegeordningen.html?id=115301
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. Retrieved 07.02.2012, from http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=VERDIG*%20%2b%20ELDREOMSORG*&&
- Helsedirektoratet. (2009). *IPLoS : veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester* ([Bokmålutg.] ed.). Oslo: Helsedirektoratet.
- Høst, H. (2004). *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene : en studie av utviklingen innenfor utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnstudier.

- Høst, H., & Universitetet i Bergen. (2007). *"Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv : en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelsehistorie, 1960-2006"*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Johansen, L. G. W. (1996). Sundhedscommisionen i Bergen - miljørettet helsevern i et historisk perspektiv. Retrieved 19.01.2012, from <http://www.uib.no/isf/people/doc/sunnhets.htm>
- Kirchhoff, J. W. (2011). Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien forskning*, 2, 144-150.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner. Retrieved 31.01.2012, from <http://www.lovdatabank.no/all/nl-19920925-107.html>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. In I. Willig, O. Hammerslev & J. Arnholtz Hansen (Eds.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (pp. 173- 189). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kunnskapsforlagets papirleksikon. Nyliberalisme. Retrieved 07-02-21012, from <http://snl.no/nyliberalisme>
- Kunnskapsforlagets papirleksikon. (2012). Pensjonær. Retrieved 30.01.2012, from <http://snl.no/pensjonær>
- Larsen, K. (2008). Sundhedsprofessionernes kamp- hvorfor opretholdes status quo over tid? Om stabiliserende faktorer i det medisinske felt. In M. Høyen, S. Callewaert & A. K. Petersen (Eds.), *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu : æresbog til Staf Callewaert* (pp. 295- 321). Danmark.
- Larsen, K. (2009). Observationer i et felt. In I. Willig, O. Hammerslev & J. Arnholtz Hansen (Eds.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (pp. 37-61). København: Hans Reitzels Forlag.
- Lorentzen, V. (2004). *Symboltanker og symbolhandlinger som fænomen i forbindelse med alvorlig sygdom : Ph.d.-afhandling*. Viborg: PUC.
- Mathisen, J. (2012). Bergljot Larsson – utdypning Retrieved 19012012, from http://snl.no/nbl_biografi/Bergljot_Larsson/utdypning
- Mundal, A. (2011). Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten from <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/09/>
- Nord, R., Eilertsen, G., & Bjerkreim, T. (2005). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nørgaard, E. (2003). Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner – men fylkesvise variasjoner. Retrieved 07.02.2012, from <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200302/05/>
- Olstad, F. (2010). *Frihetens århundre : norsk historie gjennom de siste hundre år*. Oslo: Pax.
- Petersen, K. A. (1998). *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? : om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark* (Rev. udg. ed.). Aarhus: Aarhus Universitet.
- Petersen, K. A., & Dansk institut for sundheds- og sygeplejeforskning. (1989). *Den praktiske sans : sygeplejens skjulte principper*. [København]: Dansk institut for sundheds- og sygeplejeforskning.
- Prieur, A., Esmark, K., Sestoft, C., & Rosenlund, L. (2006). *Pierre Bourdieu : en introduktion*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Sayer, R. A. (1992). *Method in social science / a realist approach* (2nd ed.). London: Routledge.
- Schiøtz, A., & Skaset, M. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*.

- Smith, A. (2005, 20.01.2005). Bestiller- utfører modell. from <http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2005/Nr.+1-05/Bestiller+%E2%80%93+utf%C3%B8rer+modell.5128.cms>
- Sortland, O. E. (2011). *Vitenskapsteori og metodelære i sykepleirutdanningen*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Statistisk Sentralbyrå. (2010a). 1 Fullførte examen artium for utvalgte år i perioden 1875-1956. Antall Retrieved 19.01.2012, from <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201001/03/tab-2010-03-01-01.html>
- Statistisk Sentralbyrå. (2010b). 9.4 Kvinner 15 år og over, etter yrkesaktivitet og næring. Prosent Retrieved 19.01.2012, from http://www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/9-4.html
- Tønnessen, S., & Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet. (2011). *The challenge to provide sound and diligent care : a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. [Oslo]: Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Universitetet i Bergen. Praxeologi. Retrieved 12.01.2012, from <http://www.uib.no/fg/praxeologi>
- Utdanningsdirektoratet. Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift. Retrieved 31.01.2012, from <http://www.udir.no/Lareplaner/Grep/Modul/?gmid=0&gmi=80913>
- Vike, H., Kroken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., & Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. (2002). *Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Willig, I., Hammerslev, O., & Arnholtz Hansen, J. (2009). *Refleksiv sosiologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels forl.
- Wærness, K., & Thorsen, K. (1999). *Blir omsorgen borte? : eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Vedlegg

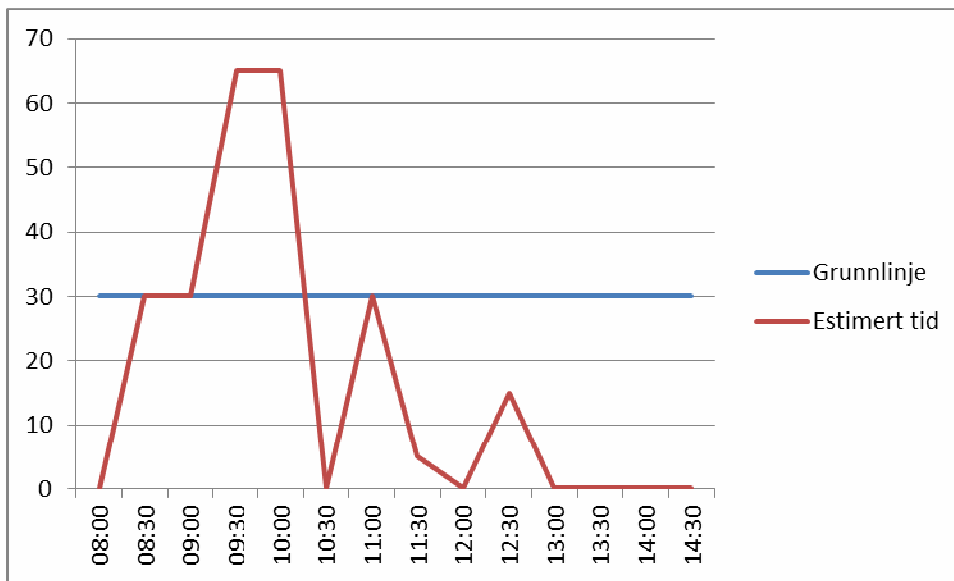


Diagram 1: Grafisk fremstilling av sykepleier sin arbeidsbelastning i forhold til tid

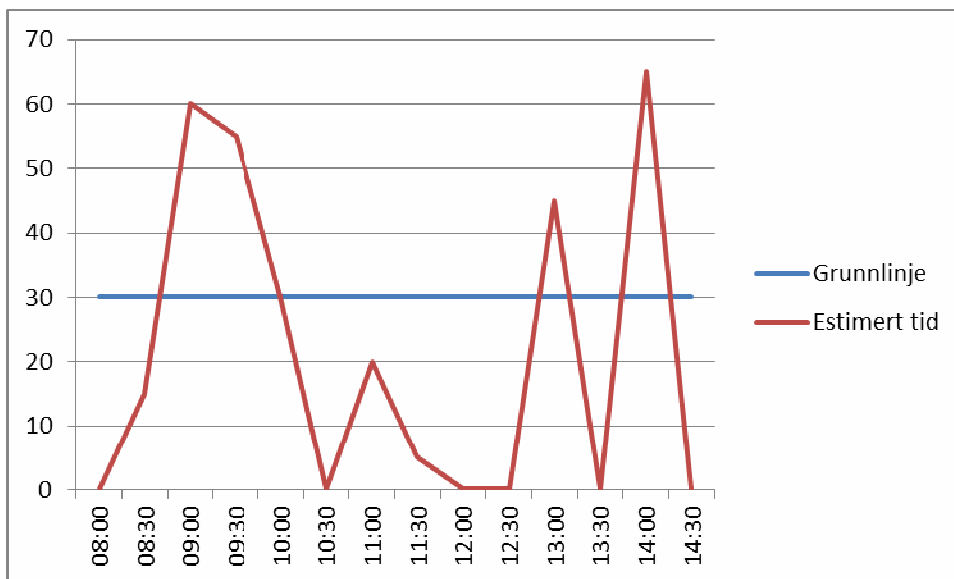


Diagram 2: Grafisk fremstilling av hjelpepleier sin arbeidsbelastning i forhold til tid

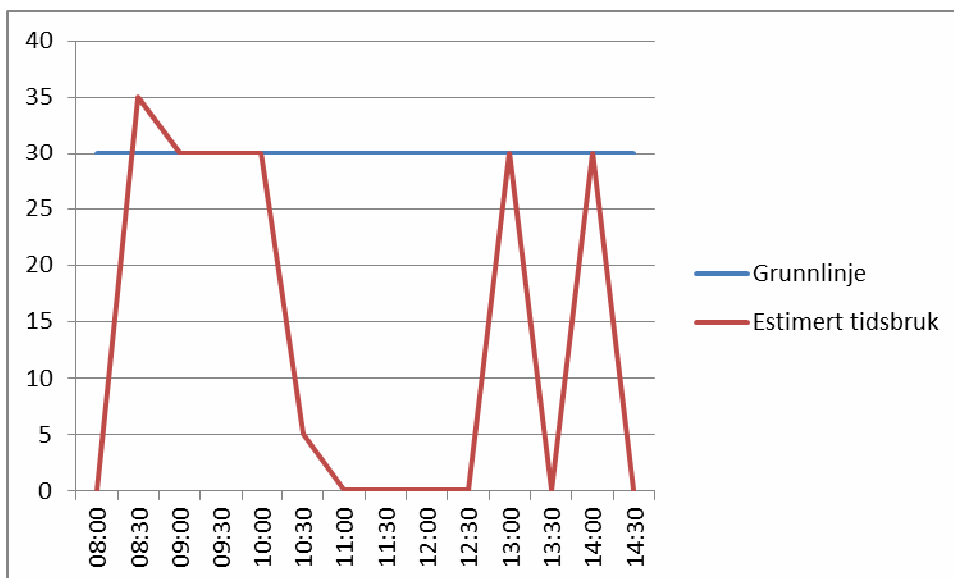


Diagram 3: Grafisk fremstilling av assistenten sin arbeidsbelastning i forhold til tid

Tabell 1: forklarende tabell til diagram 1-3.

Tid	Grunnlinje; d.v.s.100 % arbeidsmengde	Sykepleiers planlagte arbeidstid	Hjelpepleiers planlagte arbeidstid	Ufaglært assistent planlagte arbeidstid
08:00	30	0	0	0
08:30	30	30	15	35
09:00	30	30	60	30
09:30	30	65	55	30
10:00	30	65	30	30
10:30	30	0	0	5
11:00	30	30	20	0
11:30	30	5	5	0
12:00	30	0	0	0
12:30	30	15	0	0
13:00	30	0	45	30
13:30	30	0	0	0
14:00	30	0	65	30
14:30	30	0	0	0

Tabell 2: oversikt over innhold i rapporten

Personlig hygiene/ stell	6
Avtaler i forhold til brukerne ⁵⁰	14
Medisinhandling ⁵¹	19
Blodsukker	3
Psykososial helsetilstand	3
Måltider/ ernæring	2
Avtaler med andre helseinstanser ⁵²	5
Samtaler/ bekymringsmeldinger fra pårørende	3
Fysisk helsetilstand	10
Beskjeder ansatte i mellom	16
Utstyr som skal tas med til brukerne	8

50. Omhandler avtaler i forhold til brukerne og illustrerer deler av den koordinerende funksjonen som de ansatte påtar seg i forhold til brukerne.

51. Eksempler på innhold i rapporter om medisiner kan være oppstart av nye medisiner, seponering av medisiner, endring av doser etc.

52. Korrespondanse med lokal palliativ klinikk, Rikshospitalet, fastlege, en distriktpsikiatrisk klinikk og forvaltningsenheten.

Tabell 3: Sykepleier sin arbeidsliste

Ønsket tidspunkt	Estimert tidsbruk	Faktisk tidsbruk	Tids-differanse	Oppdragets innhold	Avvik i forhold til det som står på arbeidslisten	Cirka tid til forflytning
08.30-08.45	15 min	8 min	spart 7 min	Gi smertestillende tabletter, antibiotika og næringsdrikk	Ekstra: besvarer vakttelefonen.	5 min.
08.40-08.55	15 min	8 min	spart 7 min	Ta på støttestrømper.	Ekstra: besvarer vakttelefonen.	6 min.
09.00-09.50	50 min	39 min	spart 11 min	Tøm urinpose. Gi medisiner. Morgenstell, lag frokost. Mål blodsukker og gi insulin.	Ekstra: blæreskyll	3 min.
09.30-09.45	15 min	12 min	spart 3 min	Gi medisiner (tabletter og inhalasjonsmedisiner).	Ekstra: ta på høreapparat og kaste boss. Ekstra: besvarer vakttelefonen.	7 min.
09.30-10.30	60 min	39 min	spart 21 min	Morgenstell og lag frokost. Skift stomipose, påfør medisinsk salve. Tøm urinpose og før diureseskjema. Gi medisiner. (Samme bruker som fikk hjelp som nr.1)	Ekstra: besvarer vakttelefonen.	3 min.
10.00-10.15	15 min	8 min.	spart 7 min.	Gi medisiner.	Ekstra: ringer en bruker for å gi beskjed om at hun er forsinket.	5 min.
10.00-10.20	20 min	8 min.	spart 12 min.	Ta på støttestrømper og gi øyendråper.	Ekstra: besvarer vakttelefonen. Ringer en kollega for å gi en beskjed..	5 min.
11.00-11.35	35 min	26 min.	spart 9 min.	Dusj. Sjekk at hun har tatt medisin. Ta på støttestrømper og dryppe øyner		3 min.
12.45-13.00	15 min	27 min.	”overtid”12 min.	Tilsyn.	Ekstra: Støttesamtale med en bruker som nylig mistet sin sønn	18 min.
	Totalt: 240 min	Totalt: 175 min.	Total: spart 65 min.			Totalt: 55 min

Tabell 4: Hjelpepleier sin arbeidsliste

Ønsket tidspunkt	Estimert tidsbruk	Faktisk tidsbruk	Tids-differanse	Oppdragets innhold	Avvik i forhold til det som står på arbeidslisten	Cirka tid til forflytning ⁵³
08.30-08.45	15 min	9 min	Spart 6 min.	Ta med medisiner fra kontor. Gi medisiner. Tøm toalettstol. Tilsyn i forhold til ernæring og egenomsorg.	(Deltok ikke i studien)	
09.00-09.15	15 min			Mål blodsukker og gi insulin.		
09.00-09.20	20 min			Tilsyn, gi medisiner og inhalasjon på forstøverapparat. Lag frokost. Smør bena med fuktighetskrem.	Planlagte oppgaver som ikke ble utført: bruker hadde tatt medisin og spist frokost. Fikk ikke tilbud om å smøre bena.	
09.00-09.25	25 min			Veiled i forhold til insulin. Sjekk at medisiner er tatt og om han har spist.	Ekstra: sjekket beholdningen av insulin.	
09.30-09.45	15 min			Tvunget helsevern. Tilsyn, se at medisiner blir tatt og at bruker står opp. Lag kaffe og motiver til å stå opp.	(Deltok ikke i studien)	
09.30-09.45	15 min			Lag frokost. Sjekk at medisiner er tatt.	Ekstra: hjalp bruker med å søke om hjelpemidler.	
09.30-09.55	25 min	0 min	Spart 25 min	Morgenstell og hjelp på toalett.	Planlagte oppgaver som ikke ble utført: Trengte ikke hjelp i dag	
10.00-10.30	30 min			Morgenstell og gi medisiner. Sjekk at bruker spiser og drikker. Ta ut boss.	(Deltok ikke i studien)	
11.00-11.05	5 min	1 min	Spart 4 min	Ring bruker for å minne henne på å ta medisiner.		
11.15-11.35	20 min			Morgenstell. Lag frokost. Gi medisiner.	Ekstra: fikk tilbud om «ekstra» dusj. Satt med bruker mens hun spiste frokost.	
13.00-13.20	20 min	12 min	Spart 8 min	middagsvarming, gi medisiner på forstøverapparat og inhalasjon.	Planlagte oppgaver som ikke ble utført: middagvarming fordi bruker ikke er sulten	
13.00-13.25	25 min	3 min	Spart 22 min	Tilsyn, måle blodsukker og skifte nål i blodsukkerapparat.	(Deltok ikke i studien)	
14.00-14.05	5 min	1 min	Spart 4 min	Ring bruker og minn om medisiner		
14.00-14.15	15 min	6 min	Spart 7 min	Tilsyn i forhold til trygghet i hjemmet		

53. Hjelpepleieren er ute i felten mellom klokken 08.35 og 11.45, samt mellom klokken 12.45 og 14.40, det vil si vel 5 timer (305 min). Grunnet teknisk feil på stoppeklokken, mangler en del tidspunkt for bilkjøring og forflytning mellom brukerne. Hun er lokalisert i blokkbebyggelse og går stort sett mellom brukerne. Til tross for teknisk feil, er tendenser klar; hun bruker jevnt over kortere tid enn estimert tid.

			min			
14.00-14.15	15 min	14 min	Spart 1 min	Tilsyn og oppfølging i forhold til ernæring.	Ekstra: satt seg ned for å prate	
14.00-14.15	15 min			Varme middag.	Ekstra: vasket opp og ryddet kjøkkenet, kostet kjøkkengulv	
14.15-14.30	15 min	7 min	Spart 8 min	Hjelpe bruker i seng.	Hjelpepleier ønsket å gå alene på grunn av tidsnød.	
	Totalt: 295 min	Totalt:?	Totalt:?			Totalt:?

Tabell 5: Assistent Line sin arbeidsliste

Ønsket tidspunkt	Estimert tidsbruk	Faktisk tidsbruk	Tidsdifferanse	Oppdragets innhold	Avvik i forhold til det som står på arbeidslisten	Cirka tid til forflytning
08.30-08.45	15 min	5 min	Spart 10 min	Gi medisin, ta på høreapparat.	Assistent ønsket å gå alene på grunn av tidsnød.	8 min
08.30-08.50	20 min	9 min	Spart 11 min	Morgenstell, ta på benklær, ta inn avis, gi øyendråper, tøm toalettstol.	Ekstra: reide opp sengen og smurte bena. Planlagte oppgaver som ikke ble utført: morgenstell.	2 min
09.00-10.00	60 min	65 min	5 min «overtid»	Dusj, blæreskyl, lag frokost og mat henne, gi medisiner, sett frem drikke.(To ansatte går her).	Ekstra: dokumenterte gjøremål i kommunikasjonsbok. Planlagte oppgaver som ikke ble utført: blæreskyl grunnet manglende fagkompetanse	4 min
10.00-10.35	35 min	23 min	Spart 12 min	Morgenstell, gi medisiner, lag frokost, forberede middag, ta inn avis.	Ekstra: ryddet kjøkken, vannet og stelte blomstene	11 min
13.00-13.15	15 min	4 min	Spart 11 min	Tilsyn		9 min
13.00-13.15	15 min	4 min	Spart 11 min	Gi medisiner	Assistent ønsket å gå alene på grunn av tidsnød.	4 min
14.00-14.30	30 min	10 min	Spart 20 min	Middagvarming og mating. Toalettbesøk ved behov. Tøm urinpose.	Planlagte oppgaver som ikke ble utført: hjelp ikke med middagvarming og mating fordi sønnen var på besøk og påtok seg denne oppgaven. Bruker fikk ikke tilbud om toalettbesøk.	20 min
	Totalt: 190 min	Totalt: 118 min	Totalt: Spart 72 min			Totalt: 56 min

Tabell 6: Tidsbruk ute i felten

Ansattes posisjon	Antall oppdrag ute	Estimert tidsbruk	Faktisk tidsbruk	Tidsdifferanse	Faktisk tidsbruk inkludert forflytning mellom brukerne
Sykepleier	8 før lunsj + 1 etter lunsj	240 min	175 min	Spart 65 min	230 minutter (3 timer og 50 minutter)
Hjelpepleier	10 før lunsj + 7 etter lunsj	295 min	220 min	Spart 75 min	305 minutter (vel 5 timer)
Assistent	4 før lunsj + 3 etter lunsj	190 min	118 min	Spart 72 min	250 minutter (4 timer og 10 minutter)

Forespørsel til [REDACTED] om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hva strukturerer helsearbeideres handlinger i hjemmesykepleien – og hvordan kan det ha seg at de strukturerer sine handlinger som de gjør?”

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Ann Kristin Berge Akselberg. Jeg studerer sykepleievitenskap ved Universitet i Bergen og ønsker å skrive masteroppgave om ansatte i hjemmesykepleien. Jeg er selv sykepleier og har arbeidet i hjemmesykepleien i Arna (i Bergen kommune) i om lag seks år. Underveis i studiene har jeg fått en tiltakende interesse for hjemmesykepleien som arbeidsplass, ikke minst fordi tema som berører hjemmesykepleien i økende grad er gjenstand for diskusjon i media.

Mitt forskningsprosjekt setter søkelyset på den gruppen helsearbeidere som arbeider i hjemmesykepleien. Jeg ønsker å observere hva helsearbeidere gjør i sitt arbeid - og jeg ønsker å beskrive, forstå og forklare hvordan helsearbeidere i hjemmesykepleien strukturerer sin arbeidsdag innenfor de organisatoriske rammene de er underlagt.

Dette er en forespørsel rettet til [REDACTED] kommune vil godkjenne deltakelse i forskningsprosjektet. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komité (REK).

Dersom dere godkjenner prosjektet vil jeg ta kontakt med soneleder i et hjemmesykepleiedistrikt i [REDACTED] kommune med forespørsel om deltakelse (vedlegg 2).

Hva innebærer studien?

Dersom [REDACTED] kommune samt soneleder i et hjemmesykepleiedistrikt i [REDACTED] takker ja til å delta i prosjektet, vil det innebære at jeg kommer til det aktuelle hjemmesykepleiedistriktet for å observere hvordan de ansatte arbeider. De første dagene (inntil 10 dager) vil jeg være til stede på hjemmesykepleiens kontor og observere de ansatte i kontorlandskapet (vedlegg 3). Jeg vil også lese rapporter for å få et innblikk i brukergruppen.

Mot slutten av observasjonsstudiet kommer jeg til å spørre noen av de ansatte (2-3 stk) om å få følge dem ut til brukerne én arbeidsdag hver, samt intervju dem på et senere tidspunkt. Alle ansatte står fritt til å takke nei dersom de ikke ønsker at jeg skal følge med dem ut til brukere og la seg intervju (vedlegg 4). Jeg ønsker å få mulighet til å foreta intervjuene i den ansattes arbeidstid. Et intervju vil vare om lag en time og intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Før jeg blir med den enkelte ansatte ut til brukerne, må jeg få tillatelse fra de brukerne som blir berørt. Jeg kommer til å skrive et informasjonsskriv som den enkelte bruker må signere dersom de ønsker å delta (vedlegg 5). Jeg kommer ikke til å delta aktivt ute hos brukerne, men vil holde meg i bakgrunnen etter at jeg har presentert meg. Jeg kommer til å skrive notater underveis.

Mulige fordeler og ulemper

Det å ha noen som observerer det en gjør i sitt arbeid kan oppleves litt ubehagelig ved at

de ansatte kan føle seg litt ”overvåket”. Jeg er imidlertid ikke er til stede for å bedømme den jobben de ansatte gjør, men for at jeg selv skal lære å forske gjennom å observere og intervju. Jeg håper at forskningsprosjektet kan bidra til å sette søkelys på det arbeidet helsearbeidere gjør i hjemmesykepleien og øke anerkjennelsen av hjemmesykepleien som praksisfelt.

Hva skjer med observasjonene og informasjonen som innhentes?

Jeg vil naturligvis overholde taushetsplikten og sensitive opplysninger vil ikke fremkomme i prosjektoppgaven. Notatene som jeg skriver under observasjonsstudien skal oppbevares i låsbart skap og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder professor Karin Anna Petersen. Det samme gjelder lydbåndopptak. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notatene samt lydbånd destrueres. Personopplysninger blir anonymisert og jeg kommer heller ikke til å navngi hvilket hjemmesykepleiedistrikt og hvilken kommune jeg har foretatt observasjoner i. All informasjon skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dere kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykke til å delta i studien. Dersom dere ønsker å delta, undertegner dere samtykkeerklæringen på siste side. Dersom dere har spørsmål til studien, kan jeg kontaktes på telefon 474 13 213, eller via mail; Ann.Berge@student.uib.no. Dersom jeg ikke har fått tilbakemelding innen en ukes tid vil jeg ta kontakt med byrådsavdeling for helse og inkludering for å forsikre meg om forespørselen har kommet frem.

Med vennlig hilsen

Ann Kristin Berge Akselberg
Student ved masterprogram i helsefag - sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Universitetet i Bergen

Samtykke til deltakelse i studien

På vegne av [REDACTED] godkjenner jeg deltakelse i studien

(Ansatt ved [REDACTED], dato)

Forespørsel til soneleder om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hva strukturerer helsearbeideres handlinger i hjemmesykepleien – og hvordan kan det ha seg at de strukturerer sine handlinger som de gjør?”

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Ann Kristin Berge Akselberg. Jeg studerer sykepleievitenskap ved Universitet i Bergen og ønsker å skrive masteroppgave om ansatte i hjemmesykepleien. Jeg er selv sykepleier og har arbeidet i hjemmesykepleien i Arna i om lag seks år. Underveis i studiene har jeg fått en tiltakende interesse for hjemmesykepleien som arbeidsplass, ikke minst fordi tema som berører hjemmesykepleien i økende grad er gjenstand for diskusjon i media.

Mitt forskningsprosjekt setter søkelyset på den gruppen helsearbeidere som arbeider i hjemmesykepleien. Jeg ønsker å observere hva helsearbeidere gjør i sitt arbeid - og jeg ønsker å beskrive, forstå og forklare hvordan helsearbeidere i hjemmesykepleien strukturerer sin arbeidsdag innenfor de organisatoriske rammene de er underlagt. Dette er et spørsmål til deg som leder for hjemmesykepleien iom du i samråd med dine ansatte vil delta i dette forskningsprosjektet. Jeg har allerede fått godkjennelse fra etatsjef for hjemmesykepleien [redacted] kommune om at jeg kan henvende meg til deg som soneleder for hjemmesykepleien [redacted]

Hva innebærer studien?

Dersom du på vegne av deg og dine ansatte takker ja til å delta i prosjektet, vil det innebære at jeg kommer til deres hjemmesykepleiedistrikt for å observere hvordan dere arbeider. De første dagene (inntil 7 dager) vil jeg være til stede på hjemmesykepleiens kontor og se hva dere gjør når dere er i kontorlandskapet.

Mot slutten av observasjonsstudiet kommer jeg til å spørre noen av de ansatte (2-3 stk) om å få følge dem ut til brukerne én arbeidsdag hver, samt intervju dem på et senere tidspunkt. Alle ansatte står fritt til å takke nei dersom de ikke ønsker at jeg skal følge med dem ut til brukere og la seg intervju. Jeg ønsker å få mulighet til å foreta intervjuene i den ansattes arbeidstid. Et intervju vil vare om lag en time og intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Før jeg blir med den enkelte ansatte ut til brukerne, må jeg få tillatelse fra de brukerne som blir berørt. Det er altså helt frivillig for den enkelte bruker om han/ hun ønsker å delta. Jeg kommer til å skrive et informasjonsskriv som den enkelte bruker må signere dersom de ønsker å delta. Jeg kommer ikke til å delta aktivt ute hos brukerne, men vil holde meg i bakgrunnen etter at jeg har presentert meg. Jeg kommer til å skrive notater underveis.

Mulige fordeler og ulemper

Det å ha noen som observerer det en gjør i sitt arbeid kan oppleves litt ubehagelig ved at dere kan føle dere litt ”overvåket”. Jeg er imidlertid ikke er til stede for å bedømme den jobben du og dine ansatte gjør, men for at jeg selv skal lære å forske gjennom å

observere og intervju. Jeg håper at forskningsprosjektet kan bidra til å sette søkelys på det arbeidet dere gjør i hjemmesykepleien og øke anerkjennelsen av hjemmesykepleien som praksisfelt.

Hva skjer med observasjonene og informasjonen som innhentes?

Jeg vil naturligvis overholde taushetsplikten og sensitive opplysninger vil ikke fremkomme i prosjektoppgaven. Notatene som jeg skriver under observasjonsstudien skal oppbevares i låsbart skap og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder. Det samme gjelder lydbåndopptak. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notatene samt lydbånd destrueres. Personopplysninger blir anonymisert og jeg kommer heller ikke til å navngi hvilket hjemmesykepleiedistrikt og hvilken kommune jeg har foretatt observasjoner i. All informasjon skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dere kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykke til å delta i studien. Dersom dere ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom dere senere ønsker å trekke dere eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på telefon 474 13 213, eller via mail; Ann.Berge@student.uib.no. Dersom det er ønskelig kan jeg gjerne komme for å informere nærmere om studien.

Med vennlig hilsen
Ann Kristin Berge Akselberg

Student ved masterprogram i helsefag - sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Universitetet i Bergen

Samtykke til deltakelse i studien

Som leder for hjemmesykepleien i..... godkjenner jeg deltakelse i studien

(Signert av leder for hjemmesykepleien i, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektleder, dato)

Informasjon til den enkelte ansatte i forhold til deltakelse i forskningsprosjekt

”Hva strukturerer helsearbeideres handlinger i hjemmesykepleien?”

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Ann Kristin Berge Akselberg. Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsforskning. Jeg er nå i gang med min masteroppgave der jeg ønsker å skrive om ansatte helsearbeidere i hjemmesykepleien. Jeg har selv arbeidet i hjemmesykepleien i om lag seks år. De siste årene har jeg arbeidet deltid ved Haukeland hotell (pasienthotellet) ved siden av studiene.

Mitt forskningsprosjekt setter søkelyset på helsearbeidere som arbeider i hjemmesykepleien. Jeg ønsker å observere hva helsearbeidere gjør i sitt arbeid. Videre ønsker jeg å beskrive, forstå og forklare hvordan helsearbeidere i hjemmesykepleien strukturerer sin arbeidsdag innenfor de organisatoriske rammene de er underlagt. Dette er et informasjonsskriv til deg som er ansatt i hjemmesykepleien i..... I samråde med dere ansatte har soneleder i..... hjemmesykepleiedistrikt samtykket til at jeg kan få observere deres arbeidsplass. Dette setter jeg stor pris på.

Hva innebærer prosjektet?

For deg vil prosjektet innebære at jeg kommer til din arbeidsplass for å observere hvordan dere arbeider. De første dagene (inntil 7 dager) vil jeg være til stede på hjemmesykepleiens kontor og observere dere i kontorlandskapet.

Mot slutten av observasjonsdagene kommer jeg til å spørre noen (2-3 ansatte) om å få følge dere én arbeidsdag hver, samt intervjuere dere på et senere tidspunkt. Dersom du får en slik forespørsel, står du fritt til å takke nei. Intervjuene vil foregå i arbeidstiden og blir tatt opp på lydbånd.

Før jeg blir med den enkelte ansatte ut til brukerne, må jeg få tillatelse fra de brukerne som blir berørt. Dersom brukerne ønsker å delta må de signere en samtykkeerklæring. Jeg kommer ikke til å delta aktivt ute hos brukerne, men vil holde meg i bakgrunnen etter at jeg har presentert meg. Jeg kommer til å skrive notater underveis.

Mulige fordeler og ulemper

Det kan tenkes at noen av dere opplever ubehag forbundet med observasjonene. Jeg er imidlertid ikke er til stede for å bedømme den jobben du gjør, men for at jeg selv skal lære å forske gjennom å observere og intervjuere. Jeg håper at forskningsprosjektet kan bidra til å sette søkelys på det arbeidet dere gjør i hjemmesykepleien og øke anerkjennelsen av hjemmesykepleien som praksisfelt.

Hva skjer med observasjonene og informasjonen om deg og din arbeidsplass?

Jeg vil naturligvis overholde taushetsplikten og sensitive opplysninger vil ikke

fremkomme i masteroppgaven. Observasjonsnotatene og lydbåndopptakene skal oppbevares i låsbart skap og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notatene samt lydbånd slettes. Personopplysninger blir anonymisert og jeg kommer heller ikke til å navngi hvilket hjemmesykepleiedistrikt og hvilken kommune jeg har foretatt observasjoner i. All informasjon skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet.

Frivillig deltakelse

Din arbeidsgiver har i samråd med dere ansatte gitt tillatelse til at jeg kan gjøre observasjoner i kontorlandskapet. Jeg håper at min tilstedeværelse ikke medfører ubehag for deg. Dersom jeg tar kontakt med deg for å spørre om jeg kan få følge deg en hel arbeidsdag – samt intervju deg, kan du selvsagt si at du ikke ønsker det. Dersom du har spørsmål, kan du kontakte meg på telefon: 474 13 213 eller via mail: Ann.Berge@student.uib.no.
Min veileder kan nås på mail: karin.petersen@isf.uib.no

Hvis det er ønskelig kommer jeg gjerne på et møte for å informere om prosjektet.

Med vennlig hilsen
Ann Kristin Berge Akselberg

Forespørsel til den enkelte ansatte i forhold til deltakelse i forskningsprosjekt

”Hva strukturerer helsearbeideres handlinger i hjemmesykepleien?”

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Ann Kristin Berge Akselberg. Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsforskning. Jeg er nå i gang med min masteroppgave der jeg ønsker å skrive om ansatte helsearbeidere i hjemmesykepleien. Jeg har selv arbeidet i hjemmesykepleien i om lag seks år. De siste årene har jeg arbeidet deltid ved Haukeland hotell (pasienthotellet) ved siden av studiene.

Mitt forskningsprosjekt setter søkelyset på helsearbeidere som arbeider i hjemmesykepleien. Jeg ønsker å observere hva helsearbeidere gjør i sitt arbeid. Videre ønsker jeg å beskrive, forstå og forklare hvordan helsearbeidere i hjemmesykepleien strukturerer sin arbeidsdag innenfor de organisatoriske rammene de er underlagt.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Jeg har allerede vært til stede i kontorlandskapet noen arbeidsdager for å få et innblikk i hvordan dere arbeider. Nå ønsker jeg å få mer inngående kunnskap om hvordan *du* strukturerer *ditt* arbeid. Dersom du gir ditt samtykke har jeg lyst til å følge deg én arbeidsdag. I etterkant av observasjonsdagen vil jeg intervju deg. Intervjuet vil finne sted i arbeidstiden og vil ta om lag en time. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Før jeg følger med ut til brukerne må jeg få tillatelse fra de brukerne som blir berørt. Dersom brukerne ønsker å delta, må de signere en samtykkeerklæring. Jeg kommer ikke til å delta aktivt hjemme hos brukerne, men vil holde meg i bakgrunnen etter at jeg har presentert meg. Jeg kommer til å skrive notater underveis.

Mulige fordeler og ulemper

Det å ha noen som observerer det en gjør i sitt arbeid kan oppleves litt ubehagelig. Jeg er imidlertid ikke er til stede for å bedømme den jobben du gjør, men for at jeg selv skal lære å forske gjennom å observere og intervju. Jeg håper at forskningsprosjektet kan bidra til å sette søkelys på det arbeidet dere gjør i hjemmesykepleien og øke anerkjennelsen av hjemmesykepleien som praksisfelt.

Hva skjer med observasjonene og informasjonen om deg og din arbeidsplass?

Jeg vil naturligvis overholde taushetsplikten og sensitive opplysninger vil ikke fremkomme i prosjektoppgaven. Observasjonsnotatene skal oppbevares i låsbart skap og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder. Det samme gjelder lydbåndopptak. Når prosjektet er avsluttet og godkjent vil alle notatene samt lydbånd slettes. Personopplysninger blir anonymisert og jeg kommer heller ikke til å navngi hvilket hjemmesykepleiedistrikt og hvilken kommune jeg har foretatt observasjoner i. All informasjon skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden. Dersom du samtykker i å delta, kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål, kan du kontakte meg på telefon: 474 13 213 eller via mail: Ann.Berge@student.uib.no. Min veileder kan nås på mail: karin.petersen@isf.uib.no

Med vennlig hilsen

Ann Kristin Berge Akselberg

Student ved masterprogram i helsefag - sykepleievitenskap

Universitetet i Bergen

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

(Signert, prosjektleder, dato)

Forespørsel til brukere av hjemmesykepleien om deltakelse i forskningsprosjekt

”Hva strukturerer helsearbeideres handlinger i hjemmesykepleien?”

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Ann Kristin Berge Akselberg. Jeg er sykepleier og har tidligere arbeidet i hjemmesykepleien i flere år. Nå studerer jeg sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen og skriver masteroppgave om ansatte i hjemmesykepleien. En viktig del av prosjektet er å være med ansatte i hjemmesykepleien i deres daglige virke for å se hvordan de arbeider.

Hva innebærer prosjektet for deg som bruker?

Jeg ønsker å følge noen av de ansatte i hjemmesykepleien en arbeidsdag hver. Før jeg blir med ansatte hjem til brukerne, trenger jeg tillatelse fra de brukerne som blir berørt. Jeg spør herved om ditt samtykke i å følge med en ansatt hjem til deg 1-3 ganger. Jeg kommer til å holde meg i bakgrunnen og vil forsøke å ikke være til bry. Jeg kommer til å skrive litt notater underveis.

Hva skjer med observasjonene og informasjonen som innhentes?

Jeg vil naturligvis overholde taushetsplikten og sensitive opplysninger vil ikke fremkomme i masteroppgaven. Notatene som jeg skriver oppbevares i låsbart skap og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder. Når jeg er ferdig med oppgaven vil alle notatene slettes. Personopplysninger blir anonymisert og jeg kommer heller ikke til å navngi hvilket hjemmesykepleiedistrikt og hvilken kommune jeg har foretatt observasjoner i.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykket til å delta. Dersom du har spørsmål, kan jeg kontaktes på telefon 474 13 213.

Med vennlig hilsen

Ann Kristin Berge Akselberg
Student ved masterprogram i helsefag - sykepleievitenskap
Universitetet i Bergen

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

(Signert av bruker av hjemmesykepleien, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

(Signert, prosjektleder, dato)

Vedlegg 6:

OBSERVASJONSGUIDE

For å beskrive, forstå og forklare hvordan de ansatte arbeider og strukturerer sine handlinger

DEL 1

<p><u>Observasjonsfokus:</u> De fysiske omgivelsene i hjemmesykepleiens lokaler.</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Mine umiddelbare og første tolkninger av stedet.○ Kulturelle indikatorer som bøker og faglitteratur, medisinsk utstyr.○ Beskrivelse av kontorlandskapet: innredning og teknologisk utstyr
<p><u>Verktøy for registrering av data:</u> Feltskisser Feltnotater</p>	
<p><u>Observasjonsfokus:</u> Bevegelsen av kropper i lokalet.</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Fokuser på posisjoner, væremåte, talemåte og kroppslig føring.
<p><u>Verktøy for registrering av data:</u> Feltskisser Feltnotat</p>	
<p><u>Observasjonsfokus:</u> Beskrivelse av relasjonelle bånd</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Hvordan forholder de ansatte seg i forhold til samhandlingen med andre helseinstanser?○ Hvordan samhandler de ansatte internt i gruppen?○ Fokuser på posisjoner og dominansforhold, væremåte og holdninger.
<p><u>Verktøy for registrering av data:</u> Feltskisser Feltnotater</p>	

<p><u>Observasjonsfokus:</u> Rapportsituasjonen og eventuelle møter.</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvem dominerer/ domineres under rapporten/ møtet? ○ Hvordan snakker kollegaer til hverandre; talemåte/ stemmeleie? Fokus posisjon og dominansforhold.
<p>Verktøy for registrering av data: Feltskisser Feltnotater</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hva snakkes det om under rapportene/ møtene? Hvilke holdninger antydes? ○ Egne umiddelbare tolkninger/ refleksjoner av hva som skjer under rapporten med fokus på dominansforhold og posisjoner.
<p><u>Observasjonsfokus:</u> Hva de ulike observasjonsobjektene jobber med.</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvilke kategorier av brukere (eks. kreftsyke, terminale, kronisk syke etc.) arbeider ulike yrkesgruppene med? Fokus på posisjoner. ○ Hvem fordeler arbeidsoppgaver og hva baseres disse avgjørelsene på?
<p>Verktøy for registrering av data: Feltskisser Feltnotater</p>	

DEL 2

Hvordan jeg observerer den enkelte ansatte som jeg følger gjennom arbeidsdagen:

Hensikten med disse observasjonene er å *beskrive*, for å kunne *forstå og forklare* hvordan et bestemt observasjonsobjekt i en gitt hjemmesykepleiepraksis arbeider og strukturerer sin arbeidsdag.

<u>Observasjonsfokus:</u> Grunnlag for konstruksjon av habitus	<ul style="list-style-type: none">○ <u>Bakgrunn:</u><ol style="list-style-type: none">1. yrkesbakgrunn: arbeidserfaring fra hjemmesykepleien og andre arbeidsplasser.2. utdanningsbakgrunn: skoler og kurs3. familieforhold: Sivilstatus, antall barn4. Familiær bakgrunn.5. holdninger til brukere og arbeidet sitt
Verktøy for registrering av data: Feltnotater	
<u>Observasjonsfokus:</u> Observasjonsobjektets beveger i lokalet.	<ul style="list-style-type: none">○ Egne refleksjoner og tolkninger om hvordan observasjonsobjektet beveger seg i lokalet. Fokus på væremåte, talemåte og posisjon.
Verktøy for registrering av data: Feltnotat Aktivitets- og tidsregistreringer.	
<u>Observasjonsfokus:</u> Beskrivelse av relasjonelle bånd	<ul style="list-style-type: none">○ Hvem snakker observasjonsobjektet med/ samhandler med av andre helseinstanser? Hvordan fremstår hun seg i samhandlingen med disse (væremåte, talemåte)?○ Hvem samhandler observasjonsobjektet med internt i gruppen? Fokuser på posisjoner og dominansforhold.
TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE	
Verktøy for registrering av data: Feltskisser Feltnotat	

<p><u>Observasjonsfokus:</u> Rapportsituasjonen og eventuelle møter.</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Snakker hun/ han mye eller lite - og hva snakker hun i så fall om/ hva oppfatter jeg at hun synes er viktig/ ikke viktig? Hvilke holdninger antydes? ○ Hvordan snakker hun til sine kollegaer; talemåte/ stemmeleie? Hvordan snakker de til henne?
<p>Verktøy for registrering av data: Feltnotater</p>	
<p><u>Observasjonsfokus:</u> Hva observasjonsobjektet arbeider med?</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvilke kategorier av brukere (eks. kreftsyke, terminale, kronisk syke etc.) arbeider hun med? ○ Hva synes hun om den måten ulike kategorier brukere blir fordelt mellom ulike yrkesgrupper? ○ Har hun noen andre pålagte eller selvpålagte arbeidsoppgaver utenom det direkte brukerrettede arbeidet? ○ Egne umiddelbare refleksjoner rundt observasjonsobjektets arbeidsdag og hvordan hun arbeider og strukturerer sin arbeidsdag.
<p>Verktøy for registrering av data: Feltnotater Aktivitets- og tidsregistreringer</p>	
<p><u>Observasjonsfokus:</u> Observasjonsobjektet i relasjon til den enkelte bruker</p> <p>TIPS: VÆRE ÅPEN FOR DET UVENTEDE/ AVVIKELSER FRA DET FORVENTEDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan fremstår relasjonen mellom helsearbeider og bruker?
<p>Verktøy for registrering av data: Feltnotat Aktivitets- og tidsregistreringer</p>	

Vedlegg 7:

INTERVJUGUIDE:

- 1. Kan du fortelle meg litt om din bakgrunn? Hva du gjorde før du begynte i hjemmesykepleien?** (Arbeidserfaring, utdanning/ kursing, familieforhold, oppvekst).
 - a. Når begynte du i hjemmesykepleien og hva var grunnen til at du valgte hjemmesykepleien som arbeidsplass?
 - b. Er det andre i familien din som arbeider eller har arbeidet i helsevesenet? Hvis ikke, hva har de arbeidet med/ hvilken utdanning? (foreldre, besteforeldre).
 - c. Hva liker du/ hva pleier du å bruke fritiden din til? Har du noen fritidsinteresser?

- 2. Kan du fortelle meg om ditt arbeid i hjemmesykepleien, hvordan ser en typisk arbeidsdag ut for deg?**
 - a. Hvordan opplever du det å være i så mange ulike hjem med så mange ulike mennesker som trenger så ulik type hjelp?
 - b. Hvordan er relasjonene mellom dere som jobber sammen og hvordan fungerer samarbeidet mellom dere og andre helseinstanser, for eksempel sykehus og forvaltningsenheten?
 - c. Hvordan synes du at hjemmesykepleien har utviklet seg siden du begynte?

- 3. Hva engasjerer deg/ hva synes du er spesielt viktig i ditt arbeid?**
 - a. Føler du at du får anledning til å arbeide med det du ønsker og på den måten du ønsker?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
4-0007 Bergen
Bergen
101 LÅN AV 50 PÅ 17
166-247000 00 00 00
post@nsd.no
www.nsd.no
ORG. nr. 989 371 000

Karin Anna Petersen
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 INDRE ÅRNE

NR 0001 0004/011

NR 001 0007/1700

Dato: 08.04.2014

Utsatt på

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.03.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

265 00	<i>Flere strukturer behandlernes handlinger i hjemmesidene - og hvordan kan de bli tryk og hvordan søker de, ut de strukturer som handlinger som de gjør?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved Instituttene innen helse
Prosjekt ansvarlig	Karin Anna Petersen
Studiet	Ann Kristin Berge Aksefberg

Personvernombudet har undersøkt prosjektet og finner at behandlingen av personopplysningene er i samsvar med forordningen og loven om behandling av personopplysninger.

Personvernombudets vurdering fremsettes av prosjektet gjennomført i tittel med opplysningene gir i meldingsform, korrespondanse med ombudet, eventuelt kommentarer samt personopplysningsloven/forordningen med forskrift. Behandlingen av personopplysningene har status i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis en melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysningene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gir via et eget skjema, http://www.nsd.no/ans/personvern/blank_stud/aktjoneliste. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldingen skal riske skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.no/ans/personvern/prosjektoversikt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, sette en beredende angående status for behandlingen av personopplysningene.

Vennlig hilsen

Karin Kvaloy

Tone Njelstad Blomvik

Kontaktperson: Tone Njelstad Blomvik 06 85 08 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopie: Ann Kristin Berge Aksefberg, Velleveien 12 A, 5061 INDRE ÅRNE

Informasjon om NSD 08.04.2014

NSD AS, Informasjon, Data, Bergen 4007 Bergen, Org. nr. 989 371 000
Informasjon, Data, Bergen 4007 Bergen 4007 Bergen, Org. nr. 989 371 000
NSD AS, Informasjon, Data, Bergen 4007 Bergen, Org. nr. 989 371 000

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentarer

Prosjekt nr 36610

Prosjektet tar sikte på å forklare hvordan arbeidstakere i en hjemmeesykepleiepraksis strukturerer sine handlinger og forstå hvorfor de gjør som de gjør.

Utvalget består av et ulikt antall ansatte, studenter og elever i en hjemmeesykepleiepraksis og et ulikt antall brukere av denne praksisen.

Det skal samles inn opplysninger gjennom observasjon av utvalget i kontorlokale til praksisen. Videre skal 2-3 ansatte observeres når disse er hjemme hos brukere, og de blir intervjuet i personlige intervjuer etter dette.

Navn på deltakere kobles til det øvrige datamaterialet via en koblingsnøkkel. Koblingsnøgkelen oppbevares uskilt fra det øvrige datamaterialet.

Ansatte/studenter/elever samt berørte brukere får skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet. Personvernombudet finner at informasjonskravene er godt utført, forutsett at brukere blir informert om at det ikke registreres personopplysninger om dem. Det innebærer skriftlig samtykke til deltakelse.

Servert ved prosjektstart 31.12.2012 skal datamaterialet inkludert lydopptak, notater og koblingsnøkkel slettes.

Vedlegg 9



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Karin Anna Petersen
karin.petersen@isf.uib.no
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen

Deres ref	Vår ref	Dato
	2011/175-3	25.2.2011

Ad. prosjekt: Hva strukturerer helsearbeideres handlinger i hjemmesykepleien- og hvordan kan det ha seg og hvordan virker det at de strukturerer sine handlinger som de gjør?

Det vises til søknad, datert 18.1.11.

REK Vest behandlet søknaden i møtet 17.2.11.

Komiteens oppfatning av prosjektet

Formålet med dette mastergradsprosjektet er å beskrive, forstå og forklare hvordan helsearbeidere i en hjemmesykepleiepraksis strukturerer sin arbeidsdag. Både intervju og observasjon vil bli benyttet.

Komiteens vurdering

Som et ledd i undersøkelsen skal det innhentes opplysninger om hjemmesykepleiertjenestens brukere; dels gjennom observasjon av hjemmebesøk, dels ved analyse av rapporter. Prosjektets hovedfokus er imidlertid helsearbeiderne og deres handlinger. Det skal ikke innhentes helseopplysninger om helsearbeiderne. Komiteen anser ikke prosjektet som helseforskning da dets formål ikke er å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4 a. Prosjektet er således ikke fremleggingspliktig for REK etter helseforskningsloven.

Dispensasjon fra taushetsplikten

Selv om prosjektet faller utenfor helseforskningsloven, vil REK Vest behandle spørsmålet om såkalt dispensasjon fra taushetsplikten (fritak fra samtykkekravet) for bruk av helseopplysninger i forbindelse med forskning i henhold til helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd.

Dispensasjonsspørsmålet gjelder kun tilgang til rapportene om de hjelpetrequende. De øvrige delene av prosjektet er samtykkebasert. Formålet med tilgangen til rapportene er å kunne undersøke hvilke kategorier av brukere (kronisk syke, terminale etc.) de ulike helsearbeiderne befatter seg med. Komiteen savner imidlertid en nærmere begrunnelse for hvorfor samtykke ikke skal innhentes fra brukerne for denne delen av prosjektet og hvor mange brukere dette omfatter.

Postadresse:
REK Vest
Postboks 7804
5020 Bergen

E-post: rek-vest@uib.no
Hjemmeside:
<http://helseforskning.enkkom.no/vnet/public>
Org no. 874 789 542

Regional komité for medisinsk
og helsefaglig forskningsetikk,
Vest-Norge
Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99

Besøksadresse:
2. etasje, sentralblokken,
Haukeland universitetssykehus

Komiteen innvilger ikke dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang til rapportene om brukerne. En påpeker at samtykke til forskning er hovedregelen. Kravet om samtykke blir ytterligere skjerpet i forhold til innhenting av sensitive opplysninger som helseopplysninger. Den enkelte bruker skal derfor selv kunne bestemme om han/hun ønsker å delta i forskningsprosjektet eller ikke. Dette fordrer at de blir informert om at en ønsker å gjennomgå rapportene. Det er ikke tilstrekkelig at tilgangen til opplysningene er godkjent av soneleder og Byrådsavdelingen for helse og inkludering. Komiteen ser derfor ingen grunn til å fravike det sentrale prinsippet om samtykkeinnhenting i dette tilfellet.

REK Vest gjør oppmerksom på at prosjektet må fremlegges for personvernombudet da det omhandler personopplysninger.

Vedtak:

1. *Søknaden avvises da prosjektet ikke er fremleggingspliktig etter helseforskningsloven.*
2. *REK Vest innvilger ikke dispensasjon fra samtykkekravet for innhenting og bruk av helseopplysninger i forbindelse med dette prosjektet (såkalt dispensasjon fra taushetsplikten), jf. helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd.*

Vennlig hilsen

Jon Lekven
leder

Oystein Svindland
rådgiver

(Brevet er godkjent for elektronisk utsending uten signatur)

Kopi:

Universitetet i Bergen (postmottak@uib.no)

Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. fvl § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. fvl § 29).

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4.

Dispensasjon fra taushetsplikt for tilgang til helseopplysninger i prosjekter som faller utenfor helseforskningsloven behandles i henhold til helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd. REK er delegert myndighet til å behandle dette.

Vedlegg 10: Kommunen sin «mal» i forhold til tidsberegning for de oppgavene som utføres:

Beregningstabell for HSY, VPL og PBP		
Oppgaver	Snitt min. pr gang	Veiledning/mærkestør
Opplæring og veiledning	30 min	Gjelder hjelp til selvhjelp for pasienter som har potensial til selvstendighet i forhold til ADL/rehabilitering, inklusiv egenmedisinering, tann omsorg, øyehjelp, støttetrøpse mv. Det settes 3 timer (45 minutter) fordelt på 1 måned til hver opplæring/tjeneste. Kommer i tillegg til tid for selvs oppdraget.
Morgenstøtt sterkt pleieengasjerte	60	Inkl. ivaretagelse av all personlig hygiene (eks støtt av tår, negler). Sengetrykkslett v/inkontinens. Hjelp til frokost, medisinering o.lhn.
Morgenstøtt pleieengasjerte	45	Inkl. ivaretagelse av all personlig hygiene (eks støtt av tår, negler). Sengetrykkslett v/inkontinens. Hjelp til frokost, medisinering o.lhn.
Morgenstøtt delvis selvhjelpen	25	Gjelder brukere som er delvis selvhjelpen + hjelp til frokost, medis. etc.
Morgenstøtt delvis selvhjelpen	30	Gjelder pasienter som er delvis selvhjelpen (egen matid)
Dag	15	Tid legges til morgenstøtt
Kon. dag	30	
Kveldstøtt sterkt pleieengasjerte	30	Inkl. ivaretagelse av all personlig hygiene, lagging, mat og legemidler
Kveldstøtt pleieengasjerte	30	Inkl. ivaretagelse av all personlig hygiene, lagging, mat og legemidler
Kveldstøtt delvis selvhjelpen	20	Inkluderer ivaretagelse av all personlig hygiene og medisinering
Nattstøtt	15	Spising, toilet, drikke
Tattørbehandling/bruktid	15	Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet
Tilberede og tilrettelegge måltider	15	Smått mat - varm middag. Inklusiv vaskeskylling av serviser, rydding, vaske brett etc.
Sondemat	20	Kommer i tillegg til støtt. Tilberede, legge opp og ta ned.
Assistanse ved måltidservering	30	Inklusiv vaskeskylling av serviser, rydding, vaske brett etc.
Skrive handbøker, bønder	15	I dette inngår kjøp av matforholdning og kjølekap - rydding
Klargjøring legemidler i dosest i hjermet	20	Inklusiv kontroll
Klargjøring legemidler i dosest på kontoret	15	Inklusiv kontroll (inkludert utlevering)
Multidose	0	Når bruker får utlevert multidose av hjemmetjen. skal det være en grunn til dette. Regio: som bruk: 0,35 pr stk og tid: 4 min pr stk (reg. 1 HSY med 15 min tilleggs hver 4 stk for oppfølging / veiledning).
Gi medisin fra dosest	15	Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet
Øyehjelp	15	Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet
Støtetrøpser	15	Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet
RIB	20	Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet
Injeksjon	25	Inkl. kontroll (eks B17) Sløkk om noe alltid skal skrives opp hos HSY
Injeksjon u/ observasjon	15	Injeksjon uten behov for observasjon, eks insulin, frøgnitt etc. Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet.
Sonnetrasisjon	30	Inkl. kontroll
Skrive på C.V.R	30	
Stammeskift	30	Skifte hull inn med stamplatt
Stammeskift	15	Daglig skift av pose. Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av støttet
Bilnett	15	15-20 min. Store variasjoner. Vindenes individuelt

