

# Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene

KIRSTEN THORSEN  
RANNVEIG DAHLE  
MIA VABØ



# Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene

KIRSTEN THORSEN  
RANNVEIG DAHLE  
MIA VABØ

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 18/01

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,  
velferd og aldring (NOVA) 2001  
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-127-0  
ISSN 0808-5013

Forsidefoto: *Leif Rustand / NN / Samfoto*  
Desktop: *Torhild Sager*  
Trykk: *GCS*

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Telefaks: 22 54 12 01

Nettadresse: <http://www.nova.no>

# Forord

Helse- og omsorgstjenestene i Norge er i sterk endring. Noen stikkord er utsetting av tjenester på anbud, kvalitetsmålinger, integrering av tjenester og nedbygging av profesjongrensener. Forandringene berører en rekke grunnleggende spørsmål knyttet til maktutøvelse og avmaktsopplevelser i forholdet til tjenestebrukerne. Hensikten med omorganiseringene er som regel effektivisering, samtidig som kvaliteten skal opprettholdes – om mulig. Nye organisasjonsformer fører med seg nytt kunnskapsgrunnlag, nytt språk og nye mål på tjenestene. Dette har konsekvenser for den hjelp og omsorg som gis. Konsekvensene for ansatte og mottakere er ofte uoversiktlige og utilsiktede. Utøvelsen av helse- og omsorgstjenestene har både kjønne og kroppslige aspekter som sjelden kommer i betraktning.

Denne rapporten belyser i tre artikler noen viktige trekk ved utviklingen innenfor helse- og omsorgstjenestene. Artiklene tar utgangspunkt i innlegg holdt på en «workshop» (i Bergen 9.–10. mai 2001) om *Makt og kjønn i offentlig omsorg*, som et ledd i arbeidet innenfor Makt og demokratiutredningen. Alle innleggene på «workshopen» blir publisert i Makt- og demokratiutredningens rapportserie, og dekker et bredere felt enn rapportens tre artikler, som ligger tematisk nær hverandre. Vi har derfor funnet det formålstjenlig å utgi dem samlet i en NOVA-rapport. Artiklene er endret og bearbeidet i forhold til de innleggene som ble holdt.

Mia Vabø belyser i sin artikkel konsekvenser av å gjøre mottakerne av helse- og omsorgstjenester til forbrukere. Hun viser fra egne studier av de hjemmebaserte tjenestene hvordan de forbrukerpolitiske reformene blir mottatt av personer på ulike nivåer i organisasjonene. Kirsten Thorsen gir i sin artikkel et kjønnsperspektiv på maktrelasjoner i omsorgstjenestene, med hovedvekt på mottakernes perspektiv. Hun belyser kjønne relasjoner i tjenesteutøvelsen med egne studier av hjemmehjelpstjenesten. Rannveig Dahle belyser kjønn og makt innenfor helsearbeidet sett som «kroppsarbeid». Hun analyserer arbeidets intime karakter, nærheten til kroppens avfallsprodukter og spør retorisk: Kan skiten akademiseres?

Forfatterne er alle forskere på NOVA, med ulik faglig bakgrunn og tilknyttet forskjellige forskningsgrupper ved NOVA. Forfatterne inngår i det

strategiske instituttprogrammet *Omsorgstjenester i endring*. Rapporten springer ut av det tverrfaglige og gruppeoverskridende arbeidet som foregår ved instituttet.

*Oslo, desember 2001*

Kirsten Thorsen, Rannveig Dahle, Mia Vabø

# Innhold:

<b>MIA VABØ: FORBRUKERMAKT – EN KILDE TIL BEDRE OMSORGSTJENESTER? .....</b>	<b>7</b>
Markedskorrektivet – en ny byggestein i den velferdsstatlige konstruksjon .....	8
Skjønnnet – et velferdsstatlig styringsfundament .....	8
Brukermakt som korrektiv til skjønnnet .....	9
Forbrukerpolitiske tiltak i en velferdsstatlig kontekst .....	12
Kontrakter som kontrollverktøy .....	14
Nye yrkesroller – nye utfordringer .....	16
Kontraktsmøter og tillit .....	17
Kontrakter i en foranderlig hverdag .....	20
Oppsummering og konklusjon .....	24
Litteratur: .....	27
<b>KIRSTEN THORSEN:</b>	
ET KJØNNSPERSPEKTIV PÅ MAKT OG AVMAKT HOS TJENESTEMOTTAKERNE .....	31
Innledning .....	31
Offentlig omsorg – fra kvinner til kvinner .....	31
Avmakt som omsorgsmottaker .....	35
Med Foucault som utgangspunkt for undersøkelse av maktens mikrorelasjoner .....	37
Forskjeller mellom mannlige og kvinnelige hjemmehjelpsbrukere .....	38
Husmorepoken, husmorkontrakten og betalt og ubetalt arbeid .....	40
Omsorgspraksis og kunnskapsregimer .....	42
Omsorg – en flytende strøm eller avgrensede tjenester? .....	46
Organisering, kunnskapsutvikling og prioritering .....	47
Kjønn og klasse .....	48
Kjønn og generasjonskløften .....	52
Makten og kontrollen over tiden som maktens prisme .....	54
Hva så? Avslutning .....	57
Litteratur .....	58
<b>RANNVEIG DAHLE: KAN SKITEN AKADEMISERES? .....</b>	<b>61</b>
Kjønn og makt i helsearbeid .....	61
Kroppen .....	62
Kroppslig helsearbeid må læres .....	64
Skittarbeid .....	66
Legearbeid som skittarbeid .....	68
Kroppsnær undersøkelse .....	70
Skittarbeidet har ulik – og kjønnnet karakter .....	71
Avslutning .....	72
Litteratur .....	73
<b>SUMMARY .....</b>	<b>75</b>
MIA VABØ: Consumerism – a suitable approach to quality of care? .....	75
KIRSTEN THORSEN: A perspective on gender, power and powerlessness in public care	76
RANNVEIG DAHLE: Can dirt-work ever be academized? Gender and power in the health sector .....	77



MIA VABØ

## Forbrukermakt – en kilde til bedre omsorgstjenester?

Opinionsbilder av en sviktende omsorgstjeneste blir ofte møtt med forbrukerpolitiske argumenter og krav: De eldre bør få *servicegarantier*, *kontrakter* og *klageordninger* slik at de kan få makt til slå i bordet når hjemmehjelpen ikke fungerer. Når forbrukerpolitiske krav fremmes i forhold til offentlige velferdstjenester, blir det gjerne vist til at dette er tjenester av essensiell betydning for menneskers liv. Det burde være en selvfølge at brukere som er avhengig av å ha hjelp til å klare seg i hverdagen, skal ha krav på den samme beskyttelse som en kjøper av en mikrobølgeovn! <sup>1</sup> Denne typen krav og argumenter har etter hvert fått en legitim og sentral plass på den offentlige sektors reformagenda, også innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Kommunenes bestrebelser på å sikre et akseptabelt kvalitetsnivå på sine omsorgstjenester handler i stor grad om å gjøre den enkelte bruker i stand til å stille krav til tjenesten gjennom bedret informasjon (serviceerklæringer, informasjonstelefoner), avtaler (vedtak og omsorgskontrakter), bedret klageadgang og mulighet til å bli hørt (brukerundersøkelser etc.).

Forbrukerpolitikken har en sympatisk klang i den forstand at den spiller på lag med den svake part – den lille, alminnelige forbruker. Forbrukerpolitiske virkemidler handler imidlertid om noe mer enn å opptre forekommende. De handler om å gjenopprette en skjev maktbalanse mellom produsenten som bringer til veie varer og tjenester, og konsumentene som nyter godt av disse (Potter 1988). Med denne maktforskyvningen følger en rekke premisser. I denne artikkelen viser jeg hvordan tiltak som er ment å styrke forbrukerens makt bærer i seg premisser som er kontroversielle i en omsorgssammenheng, men som ofte ikke kommer fram i den offentlige debatt. Hensikten her er å løfte fram disse premissene og vise hvordan de utfordrer noe av omsorgstjenestens vesentlige forutsetninger.

Framstillingen faller i tre deler. Første delen redegjør for noen sentrale premisser som opprinnelig ble lagt til grunn for opprettelsen av en moderne, aktiv velferdsstat, og viser hvordan disse premissene nå utfordres av det

---

<sup>1</sup> Forbrukerrådets leder Bente Haukeland Næss anvendte denne typen resonnement en kronikk i Aftenposten 24. juli 2001.



forbrukerpolitiske reformbudskap. I andre delen gir jeg eksempler på hvordan de forbrukerpolitiske reformtiltak blir forstått og mottatt på ulike organisasjonsnivåer: av personer i det kommunale toppsjikt der reformer klemmes ut og besluttes, og av personer som yter tjeneste ansikt til ansikt. Eksempelene er hentet fra mine egne undersøkelser i den hjemmebaserte tjenesten. Siste og tredje del sammenfatter og drøfter noen problemer og utfordringer som følger med de forbrukerpolitiske reformene.

## Markedskorrektivet – en ny byggestein i den velferdsstatlige konstruksjon

### *Skjønnet – et velferdsstatlig styringsfundament*

Den moderne, tjenesteytende velferdsstaten har tradisjonelt vært beskrevet som et supplement både til markedet og til de klassiske lovbaserte statsfunksjoner. En av de viktigste begrunnelsene for at staten skulle ha en aktiv problemløsende og tjenesteytende rolle, var erkjennelsen om at markedet medførte en skjev fordeling av velferd. Velferdsordningene skulle sikre et minimum av velferd for alle og skulle ha et særlig ansvar for de svakeste – de syke, de fattige og funksjonshemmede. Statens rolle som problemløser og produsent av velferdsgoder krevde nye fleksible styringsformer. Det ble ansett som umulig å løse menneskelige problemer innenfor rammen av det klassiske regelbyråkrati. Ut fra denne grunnantakelsen ble det legitimert at beslutningsmyndighet skulle delegeres fra det politiske nivå til det iverksettende tjenesteytende nivå (Eriksen 1984). Velferdsstatens yrkesutøvere fikk en vidtgående lisens til å utøve skjønn og til å fatte beslutninger som angikk enkeltmenneskers behov.

*Skjønnsutøvelsen* ble ansett som en strukturell nødvendighet. Knutsen (1989:7) kommenterte nødvendigheten av skjønnet slik:

Selv om disse yrkesutøverne befinner seg langt ned i hierarkiet, sitter de inne med informasjon, kunnskap og kontroll over personer som organisasjonen er avhengig av. Grunnen til at skjønnet ikke lar seg redusere er at beslutninger må skje raskt ettersom det dreier seg om enkeltmenneskers livssituasjon og livssjanser og at arbeidet ofte er så komplisert at de ikke lar seg subsumere under klare regler. Dette gir yrkesutøverne makt i velferdsorganisasjonene, og reduserer muligheten for detaljstyring ovenfra.

Overføringen av kontroll og ansvar til velferdsstatens yrkesutøvere betydde en frikobling både fra markedets og politikkenes domstol (Vabø 1994). Dette

var en frikobling som påla yrkesutøvere et særlig moralsk ansvar (Ramsøy og Kjølrsrud 1986). De menneskene som nøt godt av de offentlige velferdsordningene kom i en relasjon til det offentlige som *klienter* – det vil si de kom i en avhengig og underordnet posisjon i forhold til tjenesteyteren. Forholdet mellom yrkesutøver og klient viste til en tillitsbasert relasjon – en relasjon der klienten er prisgitt at yrkesutøveren gjør sitt ytterste for å sette klientens beste i sentrum (Vabø 1994). De fleste yrkesgruppene tok oppgaven med å klargjøre sitt kunnskapsgrunnlag og sitt menneskesyn alvorlig og utviklet idealnormer i arbeidet. De tunge, velorganiserte profesjonene, som legene, utviklet sine profesjonsetiske normer og selvjustis samtidig som de fikk en autoritativ rolle i debatten om velferdstjenestenes tilretteleggelse. De nye omsorgsyrkene som for eksempel hjemmehjelperne fikk også en betydelig tillit og anvendelse i befolkningen (Lingsom, 1997). Deres mindre prestisjetunge posisjon gav dem imidlertid mindre innflytelse over egne arbeidsvilkår. Wærness (1984) så dette tidlig og erklærte det som en viktig forskningsmessig utfordring å synliggjøre hvilke betingelser som måtte være tilstede for at offentlige ressurser avsatt til omsorg for syke og eldre anvendes mest mulig rasjonelt. Med rasjonelt mente hun at ressurser burde anvendes i overensstemmelse med det folk flest mener er viktige verdier i en omsorgsrelasjon.

Wærness' begrep om 'omsorgsrasjonalitet' og andre beslektede begreper – for eksempel 'ansvarsrasjonalitet' (Sørensen 1982) – har forsøkt å fange inn den særegne logikken som preger omsorgsarbeidet. Omsorgsforskningens teoretiske og empiriske bidrag har lagt vekt på at omsorg bygger på en anerkjennelse av den hjelpetrengendes sårbarhet og avhengighet. Den som yter omsorg må ta høyde for at omsorgsmottakeren ikke alltid opptrer som en rasjonell aktør, men regne med at angst, ambivalens og usikkerhet er viktige innslag i klientrollen (Wærness 1999). Et annen side ved omsorgsarbeidet handler om å tilskrive det idiosynkratiske en betydning. Omsorg overfor syke og hjelpeløse krever at en viser omtanke for personer i konkrete situasjoner. Ettersom omsorgen handler om å ivareta vekslende behov, kan den aldri fastlegges og programmeres fullstendig. Dersom omsorgen blir strengt forhåndsstyrt vil det ikke bare svekke omsorgsyterens frihet i arbeidet, men også omsorgsmottakerens mulighet til å påvirke sin egen hverdag (Szebehely 1995;109).

### *Brukermakt som korrektiv til skjønn*

I de senere årene har vi vært vitne til kritiske strømninger som retter søkelyset på det asymmetriske maktforholdet og de uheldige forholdene som

kan oppstå i forholdet mellom velferdsprodusenter og avmektige klienter. Klientens passive og underordnede status passer dårlig med den moderne, demokratiske ånd (Eriksen 1993). Kritikere har tatt til orde for at berørte interesser bør bli hørt. Med dette kravet har perspektivet dreid fra å betrakte mottakeren av offentlige ytelser som passive klienter til å se dem som aktive *brukere* som har krav på å bli hørt. Krav om økt *brukerorientering* har tiltrukket seg kritikere fra mange ideologiske leire (Ørstavik 1996, Vabø 1997). En viktig del av kritikken er forankret i forbrukerpolitikken – og i den bredere, markedsinspirerte reformbølgen som i dag skyller inn over de vestlige velferdstatene.<sup>2</sup> Reformbølgen hviler på en problemforståelse som tar utgangspunkt i at offentlig sektor er for dyr, for tungdreven og for *ffern* i forhold til mennesker den skal betjene.<sup>3</sup> Med budskapet om en mer effektiv og lydhør offentlig sektor følger også en antakelse om at markedet er det overlegne styringsinstrument. Ut fra denne antakelsen er det blitt stadig vanligere å sammenligne offentlige velferdsinstitusjoner med bedrifter i markedet. Flere forskere har valgt å se reformbølgen som fortellingen om hvordan offentlige velferdsprodusenter blir konstruert og begrepsfestet som private bedrifter i markedet. (Rennison 2000, Keat & Abercromby 1991). Slik de markeds- og bedriftsinspirerte reformene er utformet innen omsorgssektoren, handler de ikke så mye om å overlate ansvar for oppgaver til de frie markedskrefter, men snarere om å låne elementer fra de drivkrefter som finnes i den private sektors styringsprosesser. En av de mest ettertraktede drivkreftene er det korrektiv som ideelt sett oppstår som følge av at suverene konsumenter følger sine egeninteresser. I bestrebelsene på å konstruere et markedskorrektiv overfor offentlige organisasjoner blir de *forbrukerpolitiske tiltakene* viktige byggesteiner.

Det forbrukerpolitiske prosjekt avviser ikke markedet som styringsprinsipp, men tilbyr konsumenten en forsterkning slik at de blir i stand til å opptre som selvstendige markedsaktører. Målet er kort fortalt å skape større overensstemmelse mellom markedsteoretiske forutsetninger og markedets virkemåte. Den elementære markedsteorien forfekter at det vil skapes et

---

<sup>2</sup> Med dette vil jeg understreke at begrepet 'brukerorientering' ikke tilhører bestemte interesser eller ideologiske posisjoner. Forbrukerpolitikken har altså ikke monopol på begrepet. Like fullt er det et begrep som står svært sentralt når markedsinspirerte reformer begrunnes.

<sup>3</sup> Reformbølgen blir ofte gitt betegnelsen «New Public Management» (NPM). Begrepet er en samlebetegnelse for en rekke reformtiltak som henter inspirasjon fra marked og bedriftsliv. Klausen (2001) velger å dele NPM-reformene inn i to hovedsøyler der den ene søylen viser til en økt markedsorientering, mens den andre viser til en økende tendens til å overføre ideer om organisering og ledelse fra privat til offentlig sektor (nye former for økonomi og budsjettstyring, målstyring, kvalitetsledelse etc.).

totalresultat til felles beste for konsumentene dersom markedsaktørene handler rasjonelt og forfølger egne interesser. Men dette forutsetter at konsumentene er kompetente og likeverdige kontraktspartnere som ideelt sett vet hva de trenger og ønsker og vet å reagere når selgeren bryter sin del av kontrakten (Vabø 1994). I henhold til forbrukerpolitikken er ikke den alminnelige forbruker så kompetent som teorien forutsetter. Det er derfor nødvendig å styrke forbrukerens legitime markedsrett gjennom opplysning, regler, kontraktsvilkår og klageordninger. Med sin markedsideologiske forankring bærer forbrukerpolitikken med seg en rekke premisser. Én slik premiss er at det er mulig (med de riktige virkemidlene) å få konsumentene til å innta en *aktiv og selvstendig rolle*. En annen premiss er at konsumenten er innstilt på å orientere seg kritisk og kalkulerende. Gjensidig *mistillit* mellom partene er en forutsetning for at markedet skal fungere rasjonelt. Det forventes at kjøpsavtalen skal innfris, men man bør deretter stille seg åpen for at det kan finnes en bedre kontraktspartner for neste transaksjon. Selgeren/produsenten tilfredsstiller kundens behov så fremt disse ligger innenfor kjøpsavtalen, men har ingen moralsk forpliktelse ut over det avtalte. Konsumenten på sin side vil opptre kritisk og gå fra den ene til den andre selgeren for å sammenligne pris og kvalitet. Som en erstatning for et tillitsforhold forutsetter markedet at transaksjoner hviler på en *kontrakt*. Ifølge Aubert (1982) blir kjøpsavtalen (kontrakten) som en øy av bekvemhet i et hav av illojalitet og mistro. Ideen om det rasjonelle markedet forutsetter med andre ord at det er mulig å definere og avgrense *hva* som skal overføres mellom partene.

Som det fremgår av fig. 1, bygger forbrukerpolitikken på premisser som nærmest er snudd på hodet i forhold til de premissene som velferdsstatens tjenester opprinnelig ble fundert på. Den forutsetter ikke passive, avhengige klienter, men aktive konsumenter. Den forutsetter ikke tillit, men mistillit. Og – endelig – transaksjonene baseres ikke på skjønn og samhandling, men på kontrakter. De divergerende premissene tilsier at forbrukerpolitikken baserer seg på en annen diskurs om velferdstjenesten – det vil si den baserer seg på et tolkningsrepertoar som skaper en bestemt forståelses- og mulighetshorisont – den maler et nytt bilde av hva omsorg er og av hva som kjennetegner de personene som gir og mottar omsorg (Burr 1995). Hjelp og omsorg begrepsfestes som kontraktsfestede ytelser som velferdsstatens tjenesteytere plikter å levere i tråd med standarder og deklarasjoner, mens hjelpemottakeren portretteres som en *forbruker* med krav på en avgrenset og avtalt service.

Figur 1

<i>Velferdsstatlig styringsideal</i>	<i>Forbrukerpolitisk styringsideal</i>
Avhengige, avmektige klienter (asymmetri)	Suverene konsumenter (likeverdige parter)
Tillit	Mistillit (en kritisk holdning)
Skjønn	Kontrakter

## Forbrukerpolitiske tiltak i en velferdsstatlig kontekst

Forbrukerpolitiske virkemidler er, som nevnt, orientert mot å etablere markedslignende korrektiv til offentlig tjenesteproduksjon. Tanken er at omsorgstjenesten skal bli mer *brukerstyrt* i den forstand at det er brukernes legitime krav – kontrakten – som skal styre ansattes arbeid. Innenfor den offentlige sektor har denne form for markedsorientering vært karakterisert som en *mental omstillingsrevolusjon* – en endringsbestrebelse som krever at både yrkesutøvere og hjelpemottakere endrer sin innstilling (Keat & Abercromby 1991, Reed 1995, Walsh 1995). Yrkesutøvere må endre sin innstilling til tjenestemottakeren (fra klient til bruker) og sin orientering i arbeidet (fra skjønn til kontrakt). Hjelpemottakeren, på sin side, kan ikke lenger feste sin lit til hjelpernes moralske ansvar. Hun (han) må selv være aktiv og påse at hjelpetiltakene til en hver tid reflekterer det hun har behov for. Og hun må være årvåken og kritisk i forhold til hjelpernes arbeid. Dersom tjenesten ikke holder mål, er det hennes ansvar å klage.

Når reformideer skisseres på denne måten, blir det tatt for gitt at de *virker* – at identiteter og praksisformer endres i tråd med de idealer ledelsen har bestemt. Studier av reformer viser imidlertid at dette sjelden er tilfellet. Planlagte forandringer i organisasjoner får sjelden den innvirkning på praksis som de er ment å få (Brunsson & Olsen 1990, Czarniawska-Joerges & Joerges 1996). Rasjonelle valg og ovenfrastyring begrenses av en rekke faktorer i de komplekse fortolknings- og formidlingsprosessene som finner sted fra reformen eksisterer som en idé på papiret til den oversettes til praktiske handlinger.

For å forstå hvordan reformer begrenses er det viktig å ha klart for seg at reformer ikke er ting som lar seg installere i organisasjoner på en enkel måte (Røvik 1998). De er ideer – språklige konstruksjoner – som må formidles, begripes og oversettes til praktisk handlingsforslag før de får konsekvenser. Å reformere er i stor grad en språklig, kommunikativ aktivitet.

Reformister arbeider med å konstruere og formidle nye organisasjonsmodeller som framstår som troverdige og fornuftige, og som er egnet til å generere oppslutning fra ulike organisasjonsmedlemmer. Målet for mange reformer er å gi organisasjonsmedlemmene en ny forståelse av organisasjonsvirkeligheten. Den nye forståelsen blir forsøkt formidlet gjennom nye forståelseskategorier, nye metaforer og nye platityder (selvfølgeligheter) (Czarniawska-Joerges & Joerges, 1988). Språklige verktøy – det vil si nye begreper og modeller – kan være særdeles effektive endringsverktøy etter som det kan få organisasjonsmedlemmene til frivillig å orientere seg på nye måter. Imidlertid er de samtidig *skjøre* verktøy fordi det alltid er en mulighet for at ord og uttrykk blir misforstått, feiltolket eller ignorert (Czarniawska-Joerges & Joerges, 1988). I studier av markedsinspirerte reformer i offentlig sektor blir det ofte understreket at reformideene er formulert i «fremmedspråklige» termer. Begreper og modeller som er utformet i forhold til produksjon og salg av varer, virker fremmede og meningsløse når de blir forsøkt oversatt til praktisk handling i en arbeidskontekst som handler om å håndtere menneskelige problemer. At idéer oppfattes å være formulert i fremmede termer, kan i praksis bety at de ikke finner festepunkt i den praktiske virkelighet. Ofte vil nye begreper og modeller utkonkurreres av et allerede etablerte språk som gjennomsyrer virkeligheten (Clarke 1996; Reed 1995; Halford & Leonard 1999). Etablerte begreper og fagsjargong har en tendens til å klamre seg til den praktiske virkeligheten, ikke av ren nostalgi, men fordi de oppfattes å gi mening til de arbeidsoppgaver som utføres. Å foreslå at tjenestemottakere skal forstås som suverene konsumenter kan virke meningsløst dersom de blir oppfattet å være mentalt redusert eller utmattet av alderdom og sykdom. Forslag om å ta i bruk nye betegnelser vil ikke da automatisk generere en ny forståelse og en ny handlingsorientering, men i beste fall føre til at den etablerte forståelsen blir gitt nye språklige merkelapper. Ut fra slike betraktninger advarer en rekke forskere mot å ta for gitt at en ny forståelse og nye praksisformer kan leses direkte ut av nye talemåter.

Med disse perspektivene i bakhodet skal jeg vise til noen eksempler på hvordan de forbrukerpolitiske tiltakene blir fremstilt og forstått av personer som befinner seg på ulike nivåer i organisasjonen. Vi skal først se på hvordan de blir framstilt og forstått av de lederne og reformistene som fester lit til denne typen virkemidler. Deretter vil jeg gi et innblikk i hvordan ansatte som er i ansikt-til-ansikt kontakt med hjelpemottakere oppfatter å skulle innrette seg i forhold til de nye virkemidlene. Eksempelene som anvendes er i første rekke hentet fra feltarbeider som ble gjennomført i

1999–2001 i tilknytning til to pågående prosjekter: *Praktikere på kvalitetskurs*<sup>4</sup> og *Nordiska välfärdsstater i förändring – hemtjänstens vardag och vilkor*<sup>5</sup>. Jeg viser også til et feltarbeid som ble gjennomført i tilknytning til prosjektet: *Samspill mellom brukere, pårørende og offentlige hjelpere*.<sup>6</sup>

### *Kontrakter som kontrollverktøy*

Kommunenes satsning på forbrukerpolitiske virkemidlene må sees i sammenheng med deres søken etter styringsgrep som kan minske det som oppfattes å være et økende gap mellom ressurser og ambisiøse velferdspolitiske mål. Hjemmetjenesten har – siden 1980-tallet – vært under et formidabelt press. Etterspørselen etter omsorgstjenester ble intensivert som følge av kortere liggetid på sykehus, nedleggelse av institusjoner (aldersinstitusjoner, psykiatri etc.) samt en generell økning i antallet av de eldste. Sett i forhold til utvidelsen av ansvarsområdet ble det tilført lite nye ressurser (Wærness 1989, Daatland & Szebehely 1997). Levekårsdata viste at det gjennomsnittlige antallet hjemmehjelpstimer per klient ble halvert i løpet av 1980-årene og nedgangen fortsatte på 1990-tallet (Lingsom 1997). Til tross for at pleie- og omsorgssektoren har fått økte ressurser og flere årsverk gjennom Handlingsplanen for eldreomsorg (Næss 2000), viser ferske tall at det har vært en svak nedgang i bruksraten for hjemmetjenester for eldre mellom 67 og 84 år (Vigran 2001).<sup>7</sup> En rekke forskningsrapporter tegner et bilde av en presset tjeneste – en tjeneste der travelheten øker og der det på grasroten oppleves å være et misforhold mellom velferdspolitiske mål

---

<sup>4</sup> Prosjektet er finansiert under NFRs program *Offentlig sektor i endring* og fokuserer på kvalitetsreformers implikasjoner for det daglige omsorgsarbeidet.

<sup>5</sup> Prosjektet er en del av et mer omfattende forskningsprogram, 2000–2006: *Äldreomsorgens vardag och villkor: Komparativa perspektiv på skandinaviska välfärdsstater, kommuner och på äldre människors omsorgspussel*. Prosjektet er ledet av Rosemari Elliasson-Lappalainen, Lunds Universitet, og er finansiert av Sosialvetenskapelig forskningsråd, Sverige.

<sup>6</sup> Prosjektet var finansiert av NFR under programmet *Velferd og samfunn* og er rapportert i Vabø (1998).

<sup>7</sup> Den samme statistikken viser at den generelle bruksraten for hjemmetjenesten har økt. Tallene kan tyde på at økningen først og fremst har gått med til å ruste opp tjenesten i forhold til nye oppgaver knyttet til psykiatri og utviklingshemmede. For øvrig vil jeg understreke at det fortsatt gjenstår å se hvorvidt Handlingsplan for eldreomsorgen bidrar til å minske gapet mellom ressurser og velferdspolitiske mål.

og ressurser.<sup>8</sup> Sett fra ledelsens ståsted oppleves presset som en utfordring om å få mest mulig og best mulig velferd for hver krone.

Kommunale ledes engasjement og opptatthet av å finne gode styringsgrep handler i stor grad om å finne tiltak som kan bidra til å markere en tydelig *grense* for den offentlige hjelpen.

En måte å tydeliggjøre grensene for den hjemmebaserte omsorgstjenesten på er å tydeliggjøre overfor hjelpemottakerne hva som er legitimt å forvente og å tydeliggjøre overfor ansatte hva slags standard kommunen har råd til å holde. Det er i denne sammenheng de forbrukerpolitiske virkemidlene kommer inn i bildet. Kontrakter, serviceerklæringer og annen informasjon blir antatt å være nødvendige virkemidler for å *tydeliggjøre det kommunale ansvar* og å *avklare brukernes forventninger*. Det er også en utfordring for kommunen å få ansatte til å holde seg til det avtalte. Kommunale ledere beklager seg ofte over at hjelpen i for stor grad har vært styrt av de enkelte ansatte. Dette har gjort at standarden på hjelpetilbudet har blitt tilfeldig. Kvalitetsnivået på hjelpetilbudet har variert med *hvem* som har utført hjelpen – om det er Anne, Kari eller Bente som er på jobb. De kommunale lederne uttrykker stor tro på at klare avtaler vil tjene brukerne. De uttrykker en optimistisk tro på at ansatte etter hvert vil innse at dette også er til deres egen fordel, i den forstand at det vil avlaste dem for ansvaret å håndtere misforholdet mellom ressurser og krav.

For å sikre brukeren en forutsigbar tjeneste tar kommunale ledere til orde for tydelige, gode vedtak. Det er viktig å *kvalitetssikre* det første møtet med brukerne der de gjensidige forventninger og krav først blir artikulert. Flere kommuner tar dessuten til orde for at vedtakene bør følges opp med mer detaljerte *omsorgskontrakter* eller *omsorgsplaner*, som tydelig angir hva som skal gjøres i det enkelte hjem. Kontraktstenkningen blir særlig tydelig i kommuner som orienterer seg mot å konkurranseutsette tjenesten. Konkurransetsetting forutsetter at det settes et skarpt skille mellom forvaltning og drift: kommunen skal beholde *ansvaret* for å utforme tjenestens innhold og kvalitet, mens kommunale og private utførere (produsenter) skal konsentrere

---

<sup>8</sup> Bildet blir formidlet gjennom kvalitative studier (Vabø 1998; Thorsen 1998; Brinchmann & Vike 2000). Det finnes også en rekke statistiske undersøkelser som gir et tilsvarende bilde av tjenesten. Ness & Wærness (1996) fant at 2/3 av personell i hjemmetjenestene opplevde det som belastende i jobben at behovet for hjelp er større enn de kan tilby. Brukerundersøkelser viser samme tendens. Kitterød (1996) fant at 29 prosent av dem som mottar hjemmehjelp har behov for ytterligere hjelp. Helseth (1998) fant at 49 prosent av de spurte hjelpemottakerne oppgav at de trengte mer hjelp. I en studie blant svært hjelpe-trengende eldre tjenestebukere viste det seg at 29 prosent fikk for lite hjemmehjelp eller hjemmesykepleie (Slagsvold 2000).



seg om å *utføre* tjenesten. Bestiller–utfører prinsippet forutsetter med andre ord at omsorgsoppgavene kan forhåndsdefineres og kontrolleres (bestilles), og at de kan utføres ut fra en form for anvisning eller kontrakt (Busch et.al. 2001). Bestillerkontoret inngår avtaler med den enkelte hjelpemottaker, mens utførerenheten i prinsippet skal effektivere vedtakene. Modellen understreker at det er kontrakten som styrer: hjelperne fremstår som underordnede servicearbeidere som leverer avtalte ytelser i tråd med det forvaltningen har besluttet. De er ikke (som før) i besittelse av informasjon, kunnskap og kontroll over personer som organisasjonen er avhengig av. Denne maktbasisen er nå erobret av saksbehandlere som foretar systematiske, grundige behovsvurderinger, inngår kontrakter og utveksler informasjon med hjelpemottakeren. Gjennom å være den som skal sikre en riktig kontrakt, fremstår saksbehandlerne nå som brukerens nye allierte.

Når ledere og reformister redegjør for sine planer og reformtiltak, uttrykker de seg i enkle og generelle vendinger. Som ansvarlige for helheten er det ikke viktig for dem å spesifisere hvordan ting skal gjøres, men å klargjøre og forklare hvordan systemet skal fungere *i prinsippet*. Med sine forenklinger unnlater de å problematisere alle de varierende forutsetningene som kan prege en praktisk virkelighet. De problematiserer ikke brukernes evne og vilje til å være aktive og kritiske, ei heller hvorvidt kontrakten er egnet til å fange opp de vaklende hjelpebehovene den enkelte har. Deres generelle begreper dekker dermed over en rekke konflikter og problemer som kan tenkes å oppstå i den praktiske virkeligheten. *Vedtak, bestillinger, omsorgskontrakter* etc. omtales som løsninger på det problematiske misforholdet mellom politiske mål og knappe ressurser. Begrepene fremstår som løfterike og selvinnytsende gode, ettersom de vil bidra både til *kostnads-effektivitet, brukerorientering og bedre arbeidsvilkår for ansatte*.

### *Nye yrkesroller – nye utfordringer*

Innenfor hjemmetjenestene har det hittil vært vanlig at ansvaret for tildeling av tjenester har vært forvaltet av det enkelte tjenestested. I praksis har det betydd at det har vært ledere og ansatte i førstelinjen som har bestemt hva den enkelte kan få av hjelp. Tildeling har skjedd i samtaler og forhandlinger med brukere og pårørende (Vabø 1998). Behovsvurderingen har vært basert på et formelt hjemmebesøk (foretatt av avdelingsleder) samt en fortløpende korrigering og justering foretatt av de hjelpere som møter hjelpemottakeren ansikt-til-ansikt. Det tilhører en del av hverdagskunnskapen i hjemmetjenesten at førstegangsbesøket gir et begrenset informasjonsgrunnlag for å utforme en fast hjelpeavtale. Det tar erfaringsmessig tid å avklare hva

hjelpemottakeren har behov for (Vabø op.cit). Noen kommer rett fra sykehuset, de føler seg omtåket og er uvant med sin nye tilstand (etter et slag, et benbrudd etc.) og trenger tid til å områ seg og til å prøve ut hva de klarer og ikke klarer. Andre har vansker med å artikulere sitt hjelpebehov. De vil klare seg selv i det lengste eller de vegrer seg mot å slippe fremmede mennesker inn i sitt mest private, intime livsområde. Hjelperne argumenterer gjerne med at det er nødvendig med tid for å bygge opp et *tillitsforhold* – hjelpemottakeren trenger en person å stole på før hun vil gi opp sin selvstendighet.

Nye reformer med vekt på forhåndsdefinerte kontrakter og formelle vurderingsrutiner bryter med den etablerte tildelingspraksisen. Dette blir særlig tydelig når bestiller–utfører prinsippet innføres. Oppgaver som tidligere var tett sammenvevd splittes nå opp. Den som skal foreta førstegangsbesøket – saksbehandlere ved bestillerkontoret – skal ideelt sett basere sine vurderinger og sitt ansvar på formelle vurderingsrutiner. For de ansatte i førstelinjen betyr det at skjønnsutøvelsen reduseres. Det er ikke lenger deres oppgave å vurdere hva den enkelte trenger. De har fortsatt et ansvar for å gi tilbakemeldinger dersom hjelpebehov endrer seg, men det er formelt sett bestillerenheten som skal ha ansvaret for å fatte den endelige beslutningen om endringer av hjelpeinnsatsen. Vi skal nedenfor se på noen av de synspunktene reformutspillene har blitt møtt med fra disse to ståstedene.

### *Kontraktsmøter og tillit*

I en bydel i hovedstaden der bestiller–utfører prinsippet nylig var innført, intervjuet jeg to nyansatte bistandsbedømmere. Begge var rekruttert fra den *gamle* organisasjonen der de hadde vært ansatt som henholdsvis hjemmehjelpsleder og avdelingssykepleier. Nå var de lokalisert i et eget kontor noen etasjer over utførerens lokaler. I tillegg til egne kontorer hadde bydelen satset på at saksbehandlingen ved kontoret skulle være grundig og systematisk. De to bistandsbedømmerne skulle basere sine behovsvurderinger på formelle vurderingsverktøy (GERIX), og de skulle sørge for at hjelpemottakeren ble grundig informert om sine rettigheter, om kriteriene for å få ulike typer tjenester og om hvordan vedkommende skulle gå fram for å kreve og klage.

De nyopplærte bistandsbedømmerne hadde begge tidligere erfaring med førstegangsbesøk og vurdering av hjelpebehov, men det var nytt for dem å skulle håndtere så store mengder skriftlig informasjon. De viste fram en hel mappe full av papirer som skulle anvendes for å informere eller

innhente opplysninger fra hjelpesøkeren.<sup>9</sup> Ut fra sine tidligere erfaringer med hjemmebesøk var de klar over at hjelpemottakere ofte har begrenset kapasitet til å gi og motta informasjon. Mot denne erfaringsbakgrunnen fortonet det seg som påtrengende å skulle bedrive intensivt informasjonsarbeid. De to var enda ikke helt komfortable med sin nye byråkratrolle:

De er gjerne kommet rett fra sykehus og føler seg utmattet og så kommer vi med alle våre spørsmål. Jeg husker før hadde vi bare søknadsskjemaet og en lapp med telefonnummer og kontaktperson. Nå har vi jo en hel bærepose full!

For å ikke overvelde eller stresse hjelpesøkeren hadde bistandsbedømmerne funnet fram til sitt eget lille knep. De hadde lagt opp til en samarbeidsstrategi der den ene satt i bakgrunnen og noterte mens den andre forsøkte å flette spørsmål og informasjon inn i en naturlig samtale. Med denne tilpasningen håpet de på å gjenskape den uformelle, diskret atmosfæren de hadde vært vant til fra tidligere.

De to bistandsbedømmernes beskrivelser av vurderingsbesøket antyder at omorganiseringen hadde medført et kommunikasjons- og terskelproblem for hjelpemottakerne. I et intervju med en av førstelinjelederne i samme kommune ble det samme poenget understreket som et paradoks:

Det heter seg nå at kvaliteten skal bli så mye bedre fordi man skal få alt det juridiske på plass. Brukeren skal få skriftlig hva hun har krav på. Det er vel og bra for den som er yngre, men for de gamle blir det skremmende med alle disse brevene. Det er lange brev med 'harde' ord som 'vedtak', 'klageadgang' og 'tilsynsutvalg'.

I likhet med denne informanten er det flere ansatte som antyder at rettighetstiltak ofte blir nytteløse overfor de eldste og skrøpeligste. Rollen som kontraktspartner og konsument med krav og rettigheter er en aktiv og krevende rolle. Det er en rolle som krever at en vet hva kontrakten inneholder, vet hvor en skal henvende seg for å klage og at en faktisk har kapasitet og ressurser til å reise sine krav. For den som er mentalt redusert eller svekket av sykdom og alderdom er dette krav som kan virke overveldende og skremmende.

---

<sup>9</sup> Jeg samlet sammen fjorten dokumenter hvorav en del var rene informasjonsbrosjyrer (om trygghetsavdeling, om levering av varm mat osv.), andre var søknadsskjema (trygghetsalarm, hjemmehjelp), mens atter andre dreide seg om forvaltningsmessige sikkerhetstiltak (samtykke i å legge inn informasjon på data, orientering om taushetsplikt osv.). Blant alle disse papirene var det også et vedtaksbrev, som anga hjelpemottakerens juridiske rettigheter.

At avtaler om hjelp blir inngått av profesjonelle bistandsbedømmere utelukker ikke at behovet for hjelp kan endres. Som nevnt erfarer hjelpere ofte at den hjelpetrengende endrer synet på sin egen kapasitet. Å klare seg hjemme alene kan fortone seg tyngre eller lettere enn de først antok. Dette er en kjensgjerning som deles av både bistandsbedømmere og hjelpere. Deres erfaringskunnskap om at førstegangsbesøket ofte representerer et usikkert vurderingsgrunnlag, har ikke gått i glemmeboken med bestiller–utfører-modellen. Manglende fleksibilitet blir som regel erkjent som et svakhetstrekk ved modellen.<sup>10</sup> I en bydel i Stockholm der bestiller–utfører-organisasjonen hadde eksistert i nærmere ti år, var vurderingsgrunnlaget og manglende fleksibilitet fortsatt et tema:

Det har aldrig varit så mycket bedömningar som aldrig har stämt som det är nu med bistandsbedömare. Det var mycket korrektare bedömningar för. Det var mycket, mycket bättre. Sen kunde man korrigera därför att verkligheten visade sig vara på ett annat sätt och då kunde man rapportera till assistenten och så går assistenten hem och så ändrar man...

I de norske bydelene og kommunene jeg har undersøkt har spørsmålet omkring revurderinger av behov, om tidspunktet for vurderinger og om hvem som skal foreta revurderingen vært gjenstand for mye diskusjon. En distriktsleder fra en bestiller–utførerbydel var oppgitt over systemet:

Bydelen har lagt seg på at vedtaket skal skje med en gang. Forvaltningsloven sier det, mener de. Den gjør ikke egentlig det, sier jeg. Den sier noe om behandlingstid, om å innhente opplysninger osv. De har hørt litt på meg og endret det litt. Men vedtaket skjer kjapt, kjappere enn før. Det er kanskje greit det. Men det skjer så utrolig mye byråkrati av det. Og så sier man at det er for å få folk til å klage, men det er jo ingen som klager! Og jeg mener ikke at det ikke er viktig å få ting skriftlig – for jeg er *for* det. Men hva hjelper det om de får feil vedtak?

Å skulle gjøre formelle revurderinger av behov er tidkrevende og omstendelig. De praktiske løsningene på problemet varierer fra kommune til kommune. I mange tilfeller skjer det et uformelt samarbeid mellom bestiller og utfører. I en bydel – der bistandsbedømmeren var hardt presset – ble det holdt fast ved den gamle samarbeidsmodellen: dersom et vedtak stemte dårlig kunne hjelperne «bestille» et nytt vedtak fra bestillerkontoret. I bydeler der de holdt fast ved at *alle* revurderinger skal foretas av

---

<sup>10</sup> Dette ble understreket i flere innlegg, blant annet av Lars Nygård, ved en konferanse holdt av Ressurssenter for omsorgstjenester 8–9. mai på SAS Atlantic Hotel, Stavanger: «Redusert budsjett, men økt kvalitet i helse og omsorg».

bestillerenheten, klager hjelperne over byråkrati og sendretighet. Når vedtaket ikke stemmer, må hjelperne melde fra om behovet for revurdering enten pr. telefon eller fax. Deretter må de vente (ofte unødvendig lenge) på at bistandsbedømmeren foretar et nytt besøk og forfatter et nytt vedtak. Problemet ble påpekt i den nevnte Stockholmsbydelen: *Nu är det så mycket pappersgöra hit och dit (...) Det tar ju hur lång tid som helst ibland, man väntar på ny bedömning.* De svenske hjelperne tilføyde at splittelsen mellom behovsvurdering og tjenesteproduksjon forvirret mange eldre. Hjelpemottakere som selv ønsker å henvende seg med spørsmål vet ikke lenger hvor de skal henvende seg. Hjemmehjelperen og hennes overordnede er ikke alltid den rette adressat.

Det er jättesvårt at säga: du får ringa det här nummeret istället. () Så när man ringer och pratar, dom hör ju bara en röst och vet inte vem det är. Det är ju en mindre trygghet också. Bättre när allting sköts än att man ska ringa hit och ringa dit, det blir bara snurrigt.

### *Kontrakter i en foranderlig hverdag*

I de intervjuene jeg gjennomførte midt på 1990-tallet (Vabø 1998), tegnet hjemmehjelpere og hjelpepleiere et bilde av sitt daglige arbeid som prinsipielt åpent og fleksibelt. Det var et arbeid som fulgte den omsorgsrasjonelle logikk: Hjelpernes arbeidsbeskrivelser bygget på en implisitt oppfatning om at *individuelle hjelpebehov* er noe foranderlig og situasjonsavhengig, noe som må vurderes fortløpende i forhold til hjelpemottakerens skiftende helse, dagsform og livsbetingelser. Selv om arbeidet i praksis får et rutinepreg, er det aldri helt gitt hva en arbeidsdag vil bringe. Det vil alltid oppstå situasjoner der et menneske trenger hjelp til noe annet enn det sedvanlige. Hva som er viktig i menneskers hverdagsliv vil variere – én dag kan det være viktig å få det rent og ryddig, en annen dag kan det være å handle julegaver eller å få sydd i en knapp før en forestående begivenhet. Oppfatningen om at hjelpens innhold ikke bør låses fullstendig var en selvfølge både blant hjelperne og arbeidsledere.

I intervjuene som ble foretatt fem år etter fikk jeg høre mange av de samme argumentene om viktigheten av å vise fleksibilitet og medmenneskelighet. På samme tid vitnet ansattes fortellinger om at ambisjonen om et sterkere avtalepreg er blitt merkbart. Som observatør på et personalmøte i en bydel i Oslo var jeg vitne til at en distriktsleder formidlet beskjed fra toppledelsen om at ansatte måtte skjerpe seg i forhold til vedtakene. Det er veldig viktig å følge vedtaket innenfor bestiller–utfører-organisasjonen, ble

det sagt. På selve møtet var det ingen protester eller ingen kommentarer til ledelsens anmodning. Jeg fikk imidlertid en kommentar til temaet i intervjuet med en hjemmehjelper like etter personalmøtet.

*Hjemmehjelper:* Nå kommer noe som kanskje ikke er helt offisielt: Ja jeg skal si deg en ting at de (brukerene) får et vedtak, de gjør det: Men har du jobbet som hjemmehjelper en stund så *ser* du hva som trengs. Mange har vedtak på at de skal ha vasket gulv og støvsuge. Så går du der en stund, og så ser du at de ikke tørker støv. Så da kan du nok si det til dem et par ganger at «Nå må du tørke støv til neste gang jeg kommer». Og så blir det fortsatt ikke gjort. Og ofte er de så deprimerte at de ikke orker det – eller de *ser* det ikke sjøl. Og da tar du det. Får du tid en dag så går du over det og prøver å holde det etterpå. Enkelte steder så ser kjøkkenbenken helt grusom ut, og det hjelper ikke mye å ta gulvene når du ser at kjøkkenbenken og bordet ser ut som en svinesti.

*Intervjuer:* Har du inntrykk av at de yngre tenker likt?

*Hjelper:* Ikke alltid. Men de har jo vært med i opplæring. Jeg pleier å si fra til dem: Dere må lære dere å *se* og *tenke*. Dere må lære dere å se hva som er nødvendig her. Det nytter ikke å se i et papir!<sup>11</sup>

Hjemmehjelperen pekte på et forhold som flere informanter fra førstelinjen var innom: nemlig at en del av de eldre menneskene de hjelper er så svekket av sykdom og alderdom at de verken klarer å artikulere sine behov eller å kontrollere hvorvidt de får det de har krav på. Dette gjelder særlig de demente. De vet ikke eller husker ikke at de har fått et vedtak. De er avhengig av at noen tar ansvar for deres velbefinnende. Ansvarer innebærer blant annet at en må håndtere uforutsette problemer som aldri står beskrevet i en kontrakt. Den siterte hjemmehjelperen over fortalte at hun hadde hatt en litt uvanlig dag. En av hennes faste hjelpemottakere – en dement gammel dame – var blitt funnet på en bensinstasjon om natten, etter å ha endevendt alle skuffer og skap i sin egen leilighet:

Da måtte jeg rydde opp – vaske opp. Det har hendt før også at jeg har måttet ordne opp hos henne. Hun tisser litt på seg og legger ting i vann, men hun klarer ikke skylle det opp. Så det må jeg gjøre. Forrige uke hadde hun tatt det opp og lagt det i en plastpose på verandaen. Hver gang jeg kommer må jeg leite litt rundt for hun legger ting fra seg.

---

<sup>11</sup> Jeg vil understreke at denne reaksjonsformen ikke nødvendigvis ville gjelde alle hjemmehjelpere. Hvorvidt hjemmehjelpere tilgodeser behov som ligger utenfor det strengt avtalte, beror på en rekke individuelle forhold som alder, livserfaring m.v., men det vil også bero på deres arbeidsvilkår – hvorvidt det er tilstrekkelig tid og handlefrihet til å gjøre omprioriteringer (Boll Hansen, Eskelin & Madsen 1999).

*Intervjuer:* Men, noen ganger er det greit?

*Hjemmehjelper:* Ja – noen ganger kan det være helt greit. Da koker jeg kaffe til henne. () Tilsynsbesøkene hos denne damen kan vare fra et kvarter til en time eller halvannen.

*Intervjuer:* Har du den fleksibiliteten da?

*Hjemmehjelper:* Ja – men da er jeg nødt til å skyve litt på de andre og korte inn tiden til noen av dem.

Sitatet illustrerer hvordan hjelpebehov kan variere hos den enkelte hjelpemottaker. Det illustrerer også hvordan varierende hjelpebehov hos én bruker får konsekvenser for den tid som er tilgjengelig hos en annen bruker. Problemene som hadde oppstått hos den demente damen innebar altså at én eller to andre (friskere) hjelpemottakere måtte finne seg i at det kun var tid til det aller nødvendigste akkurat den dagen. Andre dager – dager når tilsynsbesøket hos den demente tar et kvarter – vil hjelperen kunne prioritere dem ved å gjøre jobben ekstra grundig, eller gjøre noe ekstra som trengs. Dette fleksible arbeidsprinsippet er utbredt og ansett som selvfølgelig innenfor en organisasjon der ressursene ikke strekker til for å imøtekomme alle legitime behov. For helpere som møter hjelpemottakerne ansikt-til-ansikt fremstår det som en selvfølge at kriser må prioriteres framfor mindre prekære hjelpeoppgaver. Fra helpernes ståsted reflekterer det en norm om at «vi-gjør-så-godt-vi-kan» innenfor altfor knappe ressursrammer. Ofte – især der det er en fast helper – vil hjelpemottakeren akseptere arbeidsprinsippet ut fra den samme forståelsen – «de-gjør-så-godt-de-kan» (Vabø 1998). At arbeidsprinsippet ofte aksepteres av hjelpemottakeren betyr ikke at det er uproblematisk.<sup>12</sup> Imidlertid løser ikke garantier og avtaler de problemer som melder seg i den daglige omsorgshverdagen. Som en distriktsleder sa:

Vi kan ikke lenger hoppe over gulvvasken til de friskeste for gi noe ekstra der det oppstår et akutt behov for mer hjelp. Mister vi fleksibiliteten vil det ramme de svakeste eldre som i enkelte situasjoner trenger noe mer enn det som står i vedtaket.

Presset om å holde seg strengt til avtaler varierer fra kommune til kommune (Boll-Hansen Eskelin & Madsen 1999) – blant annet med de krav kommunen stiller til innsyn og kontroll. I én kommune der konkurranseutsetting var like om hjørnet, var presset intensivert som følge av at hjemmetjenesten skulle dokumentere og sammenligne sine resultater med resultater fra private

---

<sup>12</sup> Thorsen og Dyb (1994) viser hvordan fleksibilitet fra organisasjonens side kan bety mindre fleksibilitet og valgfrihet for brukerne. Begrepet 'fleksibilitet' brukt om tjenester kamuflerer dette forholdet.

utførere. En av lederne understreket at det dermed var helt påkrevd å holde seg til vedtatte standarder og avtaler. Den planlagte forandringen hadde ført til at det var daglige diskusjoner om hva som er hjelpernes ansvar. Hun måtte stadig «kjefte» på hjemmehjelpere som utførte oppgaver utenom det avtalte:

Dersom vi skal være konkurransedyktige kan vi ikke fortsette slik. Dersom et firma er hyret inn for å ta gulvvasken vil de aldri i verden begynne å vaske i kjøleskapet fordi det lukter og fordi de synes så synd på den gamle damen. (...) Dersom brukeren har det mer møkkete i kjøleskapet enn de (hjemmehjelpere) selv, betyr ikke det at kjøleskapet skal tas. Dette er veldig vanskelig for dem å forstå. De 'ser' med egne standarder. Men det er kommunen og politikerne som har bestemt standarden. Hjemmehjelpere skal ikke bære den ryggsekken. Det er kommunen som tenker privatisering. Når de går så langt, må vi følge opp. Har de bestilt sild, skal de ikke få laks!

At arbeidsledelsen velger en streng linje betyr imidlertid ikke at ansatte automatisk følger opp. En eldre hjemmehjelper fra samme kommune fnyste over ledelsens «forbud» mot å gjøre ditt og datt: *«Jeg gjør det allikevel. De trenger ikke vite at jeg gjør det. Jeg har jo taushetsplikt!»*<sup>13</sup> Når hjelpere tilgodeser hjelpebehov som ikke står i en avtale, viser de både til menneskelige hensyn og til hensynet til egen samvittighet. De ønsker å imøtekomme hjelpemottakerens behov og ønsker fordi de «ser» at det betyr mye for dem eller de «ser» at det vil medføre reaksjoner fra omgivelsene (naboer, familie osv.) dersom de ikke gjør det. Å nedprioritere det som er viktig for brukerne og omgivelsene oppfattes som moralsk vanskelig for den som møter hjelpemottakeren ansikt-til-ansikt. Å bryte formelle kontrakter blir altså enklere enn å bryte med sin egen moralske overbevisning og samvittighet. Med et sterkere press på avtaler og garantier og mindre rom for skjønnsmessige tilpasninger, presses hjelpere i retning av å velge løsninger som setter seg som vondt i kroppen og som dårlig samvittighet (Kvamme 2001, Vike 2001).

Vike (op.cit.) ser hjelpernes erfarte problemer som et tegn på at dilemmaet mellom ambisiøse velferdspolitiske mål og stadig knappere ressurser «transporteres» nedover i systemene fra politikk-feltet, via byråkratiet og etatsledelsen, for så å havne hos de kvinnelige yrkesutøverne nederst i

---

<sup>13</sup> I følge Silfverberg (1996;58) innehar hjemmehjelperen i en viss forstand en slags maktposisjon til tross for at hun befinner seg nederst i det byråkratiske hierarki. Foruten at det ligger en potensiell makt i selve den asymmetriske relasjonen mellom yrkesutøver og (den svake) hjelpemottaker, så har hjemmehjelperens overordnede liten eller ingen umiddelbar kontroll over det som foregår i møtet mellom partene.



kjeden. Denne «problemtransporten» er mulig fordi politikere og administrasjonen betrakter dilemmaet som et administrativt problem, mens personellet opplever det – i sine daglige møter med syke og hjelpetrengende – som et moralsk problem.

## Oppsummering og konklusjon

Forbrukerpolitiske argumenter og tiltak har fått en betydelig plass i moderniseringen av offentlige omsorgstjenester. I denne artikkelen har jeg vist at de forbrukerpolitiske tiltakene hviler på en forutsetning om at omsorgsmottakeren kan gjøres i stand til å opptre *aktivt og kritisk*. De forutsetter dessuten at omsorgsytelsene lar seg *forhåndsdefinere og kontraktsfeste* – for å kunne stille krav er det nødvendig å spesifisere hva konsumenten har krav på. Premissene som følger med de forbrukerpolitiske virkemidlene bryter klart med tidligere velferdsstatlige styringsprinsipper som forutsatte at tjenestemottakeren var svak og langt på vei prisgitt hjelpernes skjønn og ansvarsorientering. Jeg har foreslått at en vektlegging på forbrukerpolitiske virkemidler reflekterer et diskursivt skifte. Tiltakene er basert på et nytt tolkningsrepertoar – et nytt språk og en ny form for innsikt som tegner et annerledes bilde av hva omsorgstjenester *er* og av hvilke maktrelasjoner som bør gjelde i utvekslingen av denne typen goder. Spørsmålet jeg har reist her er hvorvidt denne diskursen finner fotfeste i praksis. Blir de nye identitetene og maktstrukturene som følger med denne nye diskursen oppfattet som «virkelige» i den praktiske omsorgshverdagen?

Mine undersøkelser viser at forbrukerpolitiske tiltak – informasjon, serviceerklæringer, avtaler og omsorgskontrakter – i liten grad blir problematisert i det kommunale toppsjiktet der reformer blir foreslått og iverksatt. Tvert om – fra dette ståsted fremstår tiltakene som konvensjonelle og uproblematiske. Dette tyder på at den markedsinspirerte diskursen har fått hegemoni. Fortellingene fra ansatte som til daglig er i kontakt med hjelpemottakerne rommer imidlertid en rekke innvendinger mot tiltakene. Fortellingene røper at ansatte (fortsatt) forstår den praktiske virkeligheten ved hjelp av begreper og kategorier som var forankret i tradisjonelle velferdsdiskurser. Sagt med andre ord: De legger til grunn at hjelpemottakerne ofte er svake og hjelpeløse personer, personer som er for utmattet eller forvirret til å settes seg inn i sine rettigheter og krav. Deres fremstillinger røper en implisitt oppfatning om at god omsorg krever en fleksibel tilpasning til konkrete personer og situasjoner. Hjelpetbehov kan endres raskt – helsetilstanden kan forbedres eller forverres. Dessuten vil behovene ofte variere fra

dag til dag både med den enkeltes dagsform og med ytre omkringliggende forhold (vær og føre eller tilgang på sosiale støttespillere).

Ansattes fortellinger stiller de forbrukerpolitiske virkemidlene i et kritisk søkelys: Ikke bare får vi høre at tiltakene har begrenset betydning for hjelpemottakerens velbefinnende. Vi har også hørt eksempler på at det som var ment å være verktøy for å styrke brukerens posisjon, nærmest får motsatte konsekvenser. Formaliserte informasjonsbrosjyrer, klageformular, vurderingsverktøy og egne bestillerkontor kan fremstå som byråkratiske og avskrekkende for en som befinner seg i en avmechtig posisjon. De fremstår som en terskel. Fortellingene avdekker også at kontrakten, som ideelt sett skal sikre at hjelpebehov blir dekket, kan bidra til å skyve oppmerksomheten bort fra uforutsette og mer prekære hjelpebehov.

Ansattes begreper og perspektiver kommer i liten grad til uttrykk som «kamprop» og artikulerte protester, men snarere som implisitte og selvfølgelig tolkninger av egen praksis. Eksempelet med bistandsbedømmerne som forsøkte å senke terskelen gjennom å skjule sitt papirarbeid, og eksempelet der hjemmehjelpere bryter kontrakter for å imøtekomme de «virkelige» hjelpebehov, viser hvorfor virkemidlene må tillempes og mykes opp. Denne lempelige og myke praksisen fremstilles som helt nødvendig ut fra de faktiske problemer og dilemmaer de møter. Tanken om å betrakte syke og demente mennesker som suverene konsumenter, eller tanken på å følge avtaler slavisk for en hver pris er så fjern at spørsmålet ikke en gang problematiseres.

For ansatte er det innlysende og nødvendig å utøve skjønn i sitt arbeid. De ser det som urealistisk at kontrakten skal ha en styringskraft som tilsier at deres behovsvurderinger blir overflødige. Dette utelukker imidlertid ikke at det skjer en gradvis disiplinering av skjønnet. Vi har her sett flere eksempler på at den etablerte praksis stadig utfordres av nye utspill ovenfra. Utspillene rører at den politiske og administrative ledelsen holder fast ved troen på at forbrukerpolitiske virkemidler vil ha en reell styringseffekt i forhold til omsorgstjenesten. I den grad de erkjenner at de mangler styringskraft, ser de det som et tegn på at det som trengs er enda bedre informasjonstiltak, enda tydeligere kontraktsvilkår, mer tilgjengelige klageordninger og tydeligere standarder for ansatte.

Den kommunale omsorgstjenesten fremstår dermed som en splittet organisasjon – en organisasjon der reformer blir utformet og besluttet av mennesker som tenker og snakker på en helt annen måte enn de ansatte som omfattes av reformene. Dette byr på et forskningsmessig problem. Hvilke konklusjoner skal vi som forskere trekke omkring reformene? Skal vi basere oss på ledelsens perspektiv og konkludere at reformene enda ikke er fullført,

men at det er et tidsspørsmål før man får en tydeligere og mer styrbar tjeneste? Eller, skal vi med ansattes perspektiver, konkludere at reformene er dårlig tilpasset de svakeste hjelpemottakerne og at de dermed får en begrenset og til og med utilsiktet effekt? Selv vil jeg ta til orde for et tredje perspektiv som går ut på å tydeliggjøre at reformene avstedkommer nye motsigelser i organisasjonen. Med Clarke (1995) kan vi si at det oppstår et spenningsfelt – «a field of tension» – der ulike virkelighetsfortolkninger brytes og brynes mot hverandre. Brytningene fortøner seg ikke som et ordskifte i den offentlige debatten, og de kommer bare unntaksvis til uttrykk som direkte konfrontasjoner mellom administratorer og ansatte. Det er snarere tale om en diskursiv kamp der to ulike parter fra ulike diskursive posisjoner forsøker å få gjennomslag for sin egen forståelse av hva som er rasjonelt og fornuftig. Ansatte forsøker å fylle nye importerte begreper med et innhold som gir mening i forhold til egen yrkesidentitet og egne forståelser av hva omsorgsarbeid handler om.

Noen vil fremstille de ansattes kamp som en egoistisk kamp der interesser i eget arbeid går foran organisasjonens interesser. Andre vil framstille det som en heroisk kamp på vegne av de svakeste – en kamp i hverdagen for å forsvare den gode omsorgen. Uansett motiv yter ansatte en diskursiv motstand som bidrar til å modifisere styringseffekten av de forbrukerpolitiske virkemidlene. Ettersom denne tillemplingen skjer skjult og implisitt i møte med den enkelte hjelpemottaker, kan vi si at den representerer en skjult bremsemekanisme. Ikke nok med det – den skjulte, implisitte tilpasningen bidrar også til å forhindre at kritiske innvendinger mot reformene kommer til overflaten. Satt på spissen kan vi si at ansattes tillemplinger bidrar til å *redde* reformene fra å bli avslørt som ineffektive og byråkratiske. De bidrar til å bygge opp en forestilling om at reformene er uproblematisk. Etter mitt skjønn skjules dermed også en del spørsmål som i større grad burde inngå i reformdebatten som føres av de ansvarlige myndigheter. Dette er spørsmål som var åpenbare i de tradisjonelle velferdsstatlige styringsidealene, men som ofte blir skjøvet i bakgrunnen når de forbrukerpolitiske reformene debatteres. Spørsmålene handler om hvordan en skal sikre de svakeste – de som ikke en gang makter å forholde seg til de formaliserte innretningene som skal sikre deres interesser. Hvordan bør en gå fram for å forhindre at hjelp til de mest hjelpetrenge forhindres av byråkratiske terskler? De handler også om hvordan tjenesten bør forholde seg til uforutsette og prekære behov. Hvem skal være ansvarlig for at disse hjelpebehovene blir dekket? Er det ønsket at det offentlige ansvaret kun skal begrenses til avtalte behov?

## Litteratur:

- Aubert, W. (1982): *Rettssosiologi*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Boll Hansen, E., Eskelin, L. Madsen, J.K. (1999): *Hjemmehjælp og ældres velbefinnende – en analyse af hjemmehjælpernesarbejdsprinsipper i to kommuner*, AKF forlaget.
- Burr, V. (1995): *An Introduction to Social Constructionism*, London: Routledge.
- Busch, T., Johnsen, E., Klausen K.K, Vanebo J.O. (2001): *Modernisering av offentlig sektor New Public Management i praksis*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinchman, A. og Vike, H. (2000): *Omsorg uten grenser*, w.w.w.posgrunn/.kommune.no/fakta/utredninger.
- Brunsson, N. (1990): «Reformer som rutin» i Brunsson N & Olsen J (red) *Makten att reformera*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Brunsson, N. & Olsen, J. (1990): *Makten att reformera*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Clarke, J. (1995): «*Doing the Right Thing? Managerialism and Social Welfare.*», Paper, ESRC Professionals in Late Modernity. Seminar, Imperial College.
- Czarniawska-Joerges, B. & Joerges, B. (1988): How to control things with words. Organizational Talk and Control, *Management Communication Quarterly*, Vol. 2, No.2 pp170–193.
- Czarniawska-Joerges, B. & Joerges, B. (1996): Travels of Ideas, i Czarniawska, B Sevón, G (eds) *Translating organisational change*, Walter de Gruyter, Berlin, Germany.
- Daatland, S.O. & Szebehely, M. (1997): «Tjenestene og utviklingen i sammenheng». I Daatland, S.O.(red); *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*, NOVA Rapport 22/97. Oslo: NOVA.
- Eriksen, E. O.(1984): Styringseksponasjon, korporativisme og legitim makt, *Sosiologi i dag*, 2.
- Eriksen, E. O. (1993): *Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig sektor*, Oslo: Tano.
- Fairclough, N. (1995): *Critical discourse analysis: the critical study of language*. New York: Longmann.
- Furusten, S. (1995): *The Managerial Discourse – A Study of the Creation and Diffusion of Popular Management Knowledge*, doctoral thesis no.60 Department of Business Studiers, Uppsala University.
- Halford, S. & Leonard, P. (1999): «New identities? Professionalism, managerialism and the construction of self», Exworthy, M. & Halford, S. (eds) *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham, U.K.
- Helseth, A. (1998): *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre? Brukernes og hjemmehjælpernes syn på kvalitet*. NOVA-rapport 19/98.

- Hill, T. P. (1977): «On Goods and Services» *The Review on Income and Wealth*, USA.
- Hjelseth, A. (1998): «Markedets» ekspansjon – Markedsreformer og økonomifagets hegemoni. *Sosiologi i dag*, 4, s. 19- 43, Novus forlag.
- Keat, R. & Abercromby N. (1991): *Enterprise Culture* London: Routledge.
- Kirkpatrick, I. & Martinez Lucio, M. (1995): *The politics of quality in the public sector. The management of change*. New York: Routledge.
- Knutsen, O. (1989): *Sosiale tjenester og velferdsstatens yrker: Særtrekk, modeller og hypoteser for komparativ forskning*, INAS rapport no 1989:1, Oslo: NOVA.
- Klausen, K.K. (2001): «New Public Management – en fortolkningsramme for reformer», i Bush, T., Johnsen, E., Klausen, K.K, Vanebo J.O. (red) *Modernisering av offentlig sektor New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kitterød, H. (1993): «Uformell omsorg for eldre og funksjonshemmede». Statistisk sentralbyrå. *Sosialt utsyn*.
- Kvamme, E. (2001): «Ærefullt slit? – om dilemmaer i hjemmetjenesten» *Aldring og Eldre* 3, s 24–28.
- Lingsom, S. (1997): *The Substitution Issue. Care Policies and their Consequences for Family Care*, NOVA-rapport 6/97.
- Næss, S. & Wærness, K. (1996): *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*, Bergen Senter for samfunnsforskning.
- Ness, S. (2000): *Bedre standard, men større ulikhet? Foreløpig evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen* Sefos-notat 2. Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen.
- Pfeffer, N. & Coote A. (1991): *Is Quality Good for You ? A Critical Review of Quality Assurance in Welfare Services* IPPR, Social Policy Paper no. 5, London.
- Pollitt, C. (1995): Justification by Works or by Faith Evaluating New Public Management *Evaluation* Vol. 1(2) 133-154. Sage Publications.
- Potter, J. (1988): Consumerism and the Public Sector: How well does the Coat Fit? *Public Administration* Vol. 66, Summer, s.149–164.
- Potter, J. (1996): *Representing reality Discourse, Rhetoric and Social Construction*, Sage Publications.
- Ramsøy, N. R.. & Kjølrsrud, L. (1986): Velferdsstatens yrker. I Alldén, L. & Ramsøy, N.R.. (red) *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Reed, M. (1995): Managing quality and organizational politics: TQM as a governmental technology, i Kirkpatrick I & Martinez Lucio M 1995; *The politics of quality in the public sector. The management of change*. New York: Routledge.
- Rennison, B. (2000): *Offentlig ledelse? – en fortelling om New Public Management og et alternativt studie på vej*, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi , Handelshøjskolen i København.

- Røvik, K. A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Silferberg, G. (1996): *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik og praktik* Bokförlaget Nye Doxa.
- Slagsvold, B. (2000): *Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestbrukere. En datadokumentasjon med kommentarer*. Notat, Oslo: NOVA.
- Szebehely, M. (1995): *Vardagens organisering. Om vårdbitråden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv.
- Sørensen, B. Aa. (1982): Ansvarsrasjonalitet: Om mål-middeltenkning blant kvinner. I Holter red) *Kvinner i fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, K. & Dyb, H. (1994): Organisering av hjemmetjenestene og brukernes behov. *Aldring & Eldre*, 2 s. 2–7.
- Thorsen, K. (1998): *Den pressede omsorgen Kvaliteter i hjemmehjelpstjenesten for eldre i lokal kontekst*. NOVA-Rapport 18/98.
- Vabø, M. (1994): «Klient- og brukerkrav til forvaltningen» *Retfærd*, Nordisk juridisk tidsskrift 17. årg. nr. 2.
- Vabø, M. (1997): «Brukermedvirkning: Veien til kvalitet?» i *Forskning om brukermedvirkning – kunnskapsstatus og handlingsmuligheter. Konferanserapport*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet og Sosial- og helsedepartementet, 1997.
- Vabø, M. (1998): *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*. NOVA-rapport 8/98.
- Vigran, Å.. (2001): Pleie- og omsorgstjenestene – bedre enn sitt rykte? *Samfunns-speilet* nr 5, Statistisk sentralbyrå.
- Vike, H. (2001): Likhetens kjønn. I Lien, M., Lidén, H. & Vike, H. (red) *Likhetens paradokser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Walsh, K. (1995): Quality through markets: the new public service management i Wilkinson, A og Willmot H (eds) *Making Quality Critical. New Perspectives on Organisational Change*, International Thomson Business Press UK.
- Wærness, K. (1984): The Rationality of Caring, *Economic and Industrial democracy*, SAGE, London, Beverly Hills, New Delhi, Vol. 5:185–211.
- Wærness, K. (1989): «Refleksjoner fra et feltforskningsarbeid i den hjemmebaserte omsorg», *Sosialmedisinsk tidsskrift* nr. 5–6, 1989.
- Wærness, K. (1999): Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet – refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs i Thorsen, K. & Wærness, K.: *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ørstavik, S. (1996): *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*, INAS-notat nr. 8. Oslo: NOVA.



KIRSTEN THORSEN

# Et kjønnsperspektiv på makt og avmakt hos tjenestemottakerne

## Innledning

Et kjønnsperpektiv på makt- og avmakt i forholdet mellom hjelper og hjelpemottaker bidrar til å synliggjøre implisitte maktformer som ellers framstår som ureflekterte og usynlige, som selvsagte, i en kvinneverden av omsorgsrelasjoner. I artikkelen anvender jeg kjønnsperspektivet på maktrelasjoner i forholdet mellom hjemmehjelpere og de gamle hjemmehjelpsbrukerne, begge dominert av kvinner. Partene er de to mest «underlegne» i det offentlige hjelpesystem – den ene innenfor arbeidslivet, den andre innenfor privatlivet. I den asymmetriske situasjonen der den ene gir hjelp som den andre er avhengig av, har hjelperne makt over brukerne fordi disse ikke kan klare seg selv, men trenger den andres hjelp. Hjelperne har makt til å definere den andres hjelpebehov, til å bestemme mengden hjelp og formen på det. Makten utøves innenfor hjelpens organiseringformer, som i seg selv kan innebære særegne former for maktutøvelse med kjønnet betydning. Den kan også utøves ved hva som holdes tilbake, hva som ikke gis – av tjenester, varme, respekt, lydhørhet. Omsorg er hjelp gitt med respekt og lydhørhet både for praktiske og psykiske behov. Utøvelsen av hjelpen innvirker på mottakerens verdighet og selvbylde. Relasjonene mellom hjelper og mottaker må studeres i et mikroperspektiv, for å forstå maktens og avmaktens former og ytringer. Ulike maktformer innenfor omsorgsrelasjonene blir i denne artikkelen sett i lys av kjønn – differensiert i forhold til klasse og generasjon – med kontroll av tiden som fortettet prisme<sup>14</sup>.

## Offentlig omsorg – fra kvinner til kvinner

Omsorgstjenester er i overveiende grad tjenester gitt av kvinner, til kvinner. Det er kvinner i lønnet arbeid som gir hjelp, omsorg og tjenester til kvinner

---

<sup>14</sup> Jeg henter mitt empiriske materiale i hovedsak fra to studier, den norske undersøkelsen «Hjemmehjelp, bruker, kvalitet» fra seks norske kommuner, (se referanser til Thorsen 1998a og Helset 1998 bak), og den nevnte pågående nordiske komparative undersøkelsen: «Nordiska välfärdsstater i förändring. Hemtjänstens vardag och villkor i fyra nordiska hovustäder». Også vist til av Mia Vabø i forrige artikkel.



innenfor livsområder som tradisjonelt har vært kvinners ansvar – hus- og omsorgsarbeidet i hjemmet. Dess eldre brukerne blir, i dess større grad blir dette en kvinneverden. Dess lavere i hierarkiet av ansatte i helse- og omsorgstjenestene, dess større er kvinneandelen. Hjemmetjenestene, som inkluderer både helse- og omsorgstjenestene, er et hierarki av økende utdanningslengde og profesjonalisering. Hjemmehjelperne rangerer lavest lønns- og statusmessig, så kommer de nye omsorgsarbeiderne og hjelpepleierne, og øverst i omsorgshierarkiet er sykepleierne, evt. med tilleggsutdanning i ledelse eller annet.

Det er en forbindelse mellom arbeidets nærhet til kroppen, kroppens avfall og arbeidets status, slik Dahle (2001) og Widding Isaksen (1992)<sup>15</sup> påpeker, selv om også nært arbeid med kroppen og dens avfallsprodukter kan akademiseres og avansere statusmessig. Men *husholdningens* skitt og avfallsprodukter rangerer lavere enn *kroppens* avfallsprodukter, som er helseprofesjonenes domene. Husets skitt er enda ikke akademisert. Det er færre kvinner i sentrale ledelsesposisjoner også innenfor helse- og omsorgstjenestene, mens det er mange kvinner «på gulvet». Og det er flest kvinner der en er nærmest gulvvasken<sup>16</sup>.

I Norge er hjelpen i økende grad rettet mot *de eldste*, de over 80 år, der kvinnene er i stort flertall. Men hjemmetjenestene, først og fremst hjemmehjelpstjenesten, har ikke holdt tritt med økningen blant de eldste (Daatland 1994, Daatland 1997, Stortingsmelding nr. 50 – Handlingsplan for eldreomsorgen, Christensen og Næss 1999)<sup>17</sup>. Hjemmetjenestene er smurt «tynt utover», og en reduksjon i dekningsgrad har først og fremst resultert i at hjelpen gis sjeldnere enn før til de med mindre behov (Daatland 1997). En gjennomgang av utviklingen i den *svenske* hjemmetjenesten, der hjemmehjelpstjenesten er redusert i omfang, viser at hjelpen er blitt mer selektert, mer konsentrert om dem med store behov, og den blir i mindre grad enn tidligere tildelt ektepar. Disse forutsettes i større grad enn tidligere å hjelpe hverandre med hus, hjem og omsorg, eller å få hjelp av andre familie-

---

<sup>15</sup> I prosjektet «Lukt, fukt og skam». Se Rannveig Dahles artikkel i denne rapporten som utdyper sammenhengen mellom kropps nærhet, kroppsavfall og arbeidets status.

<sup>16</sup> I den grad menn nå kommer inn i arbeidet som hjemmehjelpere, er det i stor grad menn med innvandrerbakgrunn som rekrutteres.

<sup>17</sup> Handlingsplanen for eldreomsorgen (1997–2003) er et krafttak for å bedre eldreomsorgen. Den har resultert i flere sykehjemsplasser og særlig i flere omsorgsboliger der det *kan*, men ikke behøver å være, tilknyttet personell. Næss (2000) som har evaluert handlingsplanen, sier om personellsituasjonen: «Dersom plantallene blir realisert, vil det i gjennomsnitt også bli flere årsverk per 100 eldre 67 år og over (og per 100 eldre 80 år og over)» (s. 32). Se også Vabø i denne rapporten for en beskrivelse av hjemmetjenestenes dekningsgrad.

medlemmer. I praksis vil dette si at omsorgen i økende grad informaliseres (Szebehely 1999). Det er kvinnene i familien som i størst grad overtar når de offentlige hjemmetjenestene «trekker seg tilbake» og konsentreres om dem med størst behov.

At omsorgstjenestene så lenge og selvfølgelig har vært dominert av kvinner, både blant givere og mottakere, har ført til at et kjønnsperspektiv på mottakerne og relasjonen mellom hjelpere og brukere<sup>18</sup> ofte blir borte. Det kjønnete aspektet ved omsorgstjenestene blir sjelden satt i fokus i studier av tjenestene<sup>19</sup>, fordi *omsorgen fremstår som enkjønnet* – kvinnene er allestedsnærværende i omsorgen både som hjelpere og brukere. Et tradisjonelt kjønnsperspektiv som feminister og genusforskere ellers anvender – at menn i ulike posisjoner undertrykker kvinner, eller stenger dem ute – er ikke umiddelbart anvendelig i studiet av omsorgstjenestenes forhold til mottakere. Her er det kvinnelige hjelpere som skal yte tjenester til hjelpe-trengende og avhengige, flest gamle, flest kvinner. Asymmetrien er innebygd i relasjonen. Den ene part har makt, myndighet og ansvar for å hjelpe den andre, evt. gi hjelp til selvhjelp for at mottakerne skal komme ut av sin avmaktssituasjon og bli selvhjulpne. Hjelpen skal i prinsippet være myndiggjørende, og tiltakene kan bidra til dette. Men hjelpen kan samtidig ha avmaktsproduserende sider. Undertrykkelse er uintendert. Hjelpesystemets svikt eller grusomhet (Wærness 1999) blir formidlet av kvinnelige hjelpere som i hjelpens utforming kan komme til å undertrykke andre kvinner.

Menn har over tid vært svært lite interessert i å rykke inn i tradisjonelle kvinneyrker. Et eksempel er sykepleieryrket, der det ikke har vært noen økning av betydning av mannsandelen over en tyveårsperiode (Abrahamsen 2000b). I enda mindre grad har menn vært interessert i å tre inn i de kvinnedominerte yrkene med lavest utdanning, lønn og status – som hjemmehjelperyrket. Patriarkatet er vanskeligere å få øye på, og et tradisjonelt kjønnsperspektiv er mindre tilgjengelig for omsorgsrelasjoner i en

---

<sup>18</sup> Jeg vil i det videre hovedsakelig anvende ordene *brukere* på omsorgsmottakerne, som er det begrepet som er mest i bruk innenfor det norske tjenesteapparat. Andre ord som anvendes på nordisk basis er kunder, pensjonærer (pensjonister) og evt. klienter. Selve begrepsbruken inngår i et mer omfattende paradigmeskifte.

<sup>19</sup> Derimot har Norge en lang tradisjon for å anvende et kjønnsperspektiv på omsorgs-yterne innenfor velferdsstaten. Av de bidrag som har særlig relevans for eldreomsorgen står Kari Wærness sine mange bidrag (bl.a. 1978, 1983, 1984). Men i rapporter fra studien: Hjemmehjelp, bruker, kvalitet (Thorsen 1998; Helset 1998, Helset 1997), liksom i andre studier, fremgår det som en mer eller mindre innbakt selvfølgelighet at omsorgen ytes av kvinner, til kvinner, uten at dette kjønnsperspektivet er gjort eksplisitt. Ellers er helse- og omsorgstjenester studert som undersøkelser av kvinneyrker, bl. a. av Abrahamsen (2000a og b, 1997).

sektor der mannen er så godt som fraværende. Nettopp derfor er kjønns-perspektivet sentralt.

Innenfor de offentlige omsorgstjenestene er det kvinner nederst i yrkeslivets makt- og statushierarki, hjemmehjelperne, som gir omsorg til de mest hjelpetrengende, hjelpeløse og avhengige kvinner – og menn. Det er altså – i ett perspektiv – ulike former for kvinnelig underlegenhet og maktesløshet som her møtes, den ene innenfor yrkeslivet, den andre innenfor privatlivet. En evt. undertrykkelse av mottaker kamoufleres av hjelpen og dens gode hensikter, innbakt i offentlig ideologi og profesjonell retorikk.

Og tjenesteyterne – hjemmetjenestens oftest deltidsarbeidende, lavt betalte og lavt utdannede kvinner – yter en imponerende innsats under til dels vanskelige vilkår (Thorsen 1998a). Det ytes svært mye god personlig hjelp i hjemmet, ofte *på tross av* organisatoriske og ressursmessige forhold. Som Rosmari Eliasson Lappalainen utbryter, i den nordiske studien *Nordiska välfärdstater i förändring – hemtjänstens vardag och villkor*.<sup>20</sup> «Hva mer kan vi si uten å bli aldeles patetiske om 'det gode mennesket' som jobber i hjemmetjenesten. Kanskje forstå hvorfor?»

Brukerne blir en stadig mer variert og broket gruppe. Fremdeles er hjemmehjelpens tradisjonelle brukere – de gamle kvinnene – i flertall. Men andre kommer til i økende utstrekning. Etter psykiatireformen og nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene innbefatter hjemmetjenestene psykiatriske pasienter som ofte får sparsom annen hjelp i hjemkommunene. Etter HVPU-reformen omfatter hjemmetjenestene utviklingshemmede som fortrinnsvis skal bo i egen bolig og integreres i hjemkommunen. Det skal gis hjelp til ulike grupper av funksjonshemmede mennesker som skal få muligheter til livsutfoldelse på lik linje med andre. Det skal gis akutt hjelp til syke, overgangshjelp til personer utskrevet fra sykehus, hjelp til døende, assistanse og tilsyn til aldersdemente, rusmisbrukere, suicidale, alkoholikere, og slitne private omsorgsytere skal få avlastning. Bredden i hjemmetjenestens oppgaver er stadig økt i de senere år. Brukerne er blitt flere, sykere og mer hjelpetrengende, hjelpebehovene mer varierte. Flere hjelpes hjemme. Denne store skare med hjelpetrengende mennesker overlates i økende utstrekning til de minst utdannede og dårligst betalte hjelpere i omsorgstjenestene; hjemmehjelpere og ufaglærte assistenter. Ideologien er at de ulike gruppene har best av hjelp gitt i hjemmet, men samtidig er hjemmet blitt en restsfære for alle de brukere som ulike instanser vil skyve fra seg eller overlate til

---

<sup>20</sup> Mia Vabø og Kirsten Thorsen er de norske deltakerne i denne studien, som foregår i de fire nordiske hovedstedene.

andre. Hjemmehjelpen er en *residual* tjeneste (Thorsen 1998a) som stadig må motta hjelpetrengende fra andre instanser, men som selv ikke kan skyve dem fra seg. Slik kamuflerer hjemmet også avmakten blant brukerne, når tjenestene ikke strekker til.

## Avmakt som omsorgsmottaker

Gamle kvinner viser det Susan Sontag (1975) har kalt «*kvinnens doble byrde*», de er nedvurdert både i kraft av kjønn og alder. Deres status er forbundet med posisjonen som «den dobbelt underlegne» – kjønnsmessig og aldersmessig. Men gamle, kvinnelige omsorgsmottakere er underlegne også i et tredje forhold: de er syke, svake og hjelpetrengende. De er som hjelpemottakere *avhengige* av andres hjelp, de fleste *kan ikke klare seg* uten hjelpen. Det er avmakt. De lever i en kjønns-, alders- og funksjonsmessig underlegenhet, i *en trippelbestemt form*.

*Omsorg er en relasjon*, og kan ikke forstås eller analyseres uavhengig av relasjonen. Jeg tar utgangspunkt i begrepet *omsorgstjenester*,<sup>21</sup> og hevder at hjemmetjenestenes hensikt skal være å gi tjenester med omsorg. Omsorg – eller manglende omsorg – er innvevd i og gjennomsyrrer alle sider ved relasjonen mellom giver og mottaker. Men juridisk formulert er hjemmehjelp definert som en «*sosial tjeneste*» (etter § 4-2 a-d i Lov om sosiale tjenester 1991), som ytelse av *praktisk bistand*. Den omhandles likevel som en omsorgstjeneste i departementale dokumenter.<sup>22</sup> Jeg begrenser meg altså ikke til å analysere omsorgstjenester som kun tjenester, avgrensede ytelser gitt av ansatte i et tjenesteapparat til en mottaker som får hjelp til bestemte oppgaver. At tjenestene i større utstrekning betraktes slik, er noe jeg vil komme tilbake til.

I økende grad er det blitt et gap mellom den offentlige retorikk rundt tjenestene og de avgrensede oppgaver som ytes. Formålet med tjenestene er nå ikledd en kvalitetsretorikk – der de skal ha omfattende, ja nærmest altomfattende velferdseffekter – på hele personenes «livskvalitet». (Se Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene Mars 1997, Thorsen 1998a, 2000, Vabø 1998).<sup>23</sup> Samtidig blir omsorgsoppgavene oppdelt og spesifisert i stadig mer avgrensede og veldefinerte tjenester, som *vedtaksfestes* som den

---

<sup>21</sup> Se Christensen og Næss (1999) for en gjennomgang av utviklingen av begrepet omsorgstjenester.

<sup>22</sup> Christensen og Næss (1999) har understreket dette poenget. Et eksempel er Stortingsmelding nr. 35 1994–95. Velferdsmeldingen og Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

hjelp som skal gis mottaker. En vedtaksfesting er en rettighet til bestemte former for hjelp, gir klageadgang, men blir i praksis også et utelukkelsesvedtak overfor andre former for hjelp og assistanse i en hverdag der brukernes behov, krefter og ønsker skifter med dagsformen.

Ulikevektigheten i et giver–mottakerforhold er i seg selv et forhold mellom en som er «underlegen» og en som er «overlegen». Det er en ulik maktposisjon der mottaker ved å motta hjelpen også aksepterer sin rolle som ikke selvhjulpen, ikke selvstendig, ikke uavhengig. Dette er tap av en helt sentral og aktet samfunnsposisjon i vår kultur. Rollen som avhengig av offentlig hjelp betyr å ha en posisjon med negative selvdefinerende aspekter. Hjelpen er i større grad blitt oppfattet som en rettighet, også av mottakerne (Daatland 1984). Men fremdeles er det gamle mennesker som sterkt forbinder offentlig hjelp med stigma og fattigomsorg, og som opplever det å motta hjelp som et sterkt brudd med den livsfilosofi de har levd et langt og strevsomt liv etter – å klare seg selv (Thorsen 1998b). Omsorgsrelasjonene *kan* – gitt disse fundamentale assymetriske vilkår – likevel gjøres mer eller mindre verdiggjørende, myndiggjørende, respektfullt – avhengig av ytre former og indre innhold.

I det perspektivet jeg anlegger i artikkelen kan unødig undertrykkelse, avmaktgjøring og umyndiggjøring skje både gjennom *kunnskapsgrunnlaget for tjenesten, systemets organisering og i omsorgsrelasjonene*. Formidlingen mellom disse sfærene skjer direkte i ansikt-til-ansiktmøtene mellom hjelper og bruker, regulert av de ytre rammene som trekkes opp for hjelpen. Hjelperen fremstår som *personifiseringen av systemmakten* og kan bli tillagt ansvar for rammer og avgjørelser som ligger utenfor hennes myndighet. Hun fremstår som maktens ansikt. Og igjen – makt kan være særlig vanskelig å avdekke iført hjelpens gevanter, døpt i omsorgsretorikk. Alle disse ulike sidene ved omsorgsutøvelsen har kjønnede aspekter, de skjer hovedsakelig i relasjoner mellom kvinner, innenfor det som har vært kvinners tradisjonelle ansvarsområde – hjemmet, huset og omsorgen. Hjemmet har vært særlig sentralt i gamle kvinners livsverden, for mange har det vært en hovedarbeidsplass. Og husmorrollen har vært en overordnet identitet.

---

<sup>23</sup> Mia Vabø omhandler dette inngående i sin artikkel i denne rapport.

## Med Foucault som utgangspunkt for undersøkelse av maktens mikrorelasjoner

I Foucaults analyser av galskapen, fengselet, straffen, nytelsen og seksualiteten, avdekker han at makten finnes overalt og i alle relasjoner, og må analyseres i den konkrete situasjonen. Makten kan ikke «tas» av noen, den utøves på komplekse måter gjennom relasjoner. Erling Sandmo påpeker i en artikkel om Foucault at han er en maktteoretiker uten noen teori om makt. Hans arbeider er konkrete, historiske analyser, riktignok om makt, men ikke om makten «i seg selv», og aldri bare om makt (Sandmo 2000, s. 81). Foucault har «glede ved detaljskildringen av maktens mikrofysikk, det hverdagsnære og det kroppsliggjorte i den allestedsværende makten» (ibid s. 82).

Sentralt i den allestedsnærværende makten er kunnskapsregimer og systemer, klassifikasjonssystemer der normalitet og avvik er overordnede strukturerende prinsipper. Makten produseres og opprettholdes gjennom kunnskap som settes i system gjennom mer omfattende diskurser. «Innenfor slike diskurser finnes ingen maktuavhengig kunnskap eller kunnskapsuavhengig makt», som Sandmo formulerer det (ibid s. 87). Kunnskap ses av Foucault ikke som kultur, struktur eller tidsånd, men som uttrykk for maktens kledebon. Kunnskapen gjøres til allmenne, kroppsliggjorte sannheter. Foucault studerer makten i det konkrete, praktiske, hverdagslige, slik det er utformet i sin tid, som historisk praksis og forståelsesmåte. I den nitide analysen av maktens konkrete relasjoner, fremstår Foucaults analyser «som en hårdnakket empirisme» (ibid s. 88).

Makten avdekkes der og da, på stedet, i øyeblikket, i et nedenfraperspektiv som sammenfattes og gir kunnskapregimer en samfunnsdimensjon. Den gangbare aksepterte «sannhet» i det små inngår i mer omfattende fortolkningssystemer – diskurser. «Each society has its regime of truth, its 'general politics' of truth: that is, the type of discourse which it accepts and makes function as true» (Foucault 1982). Hans analyser retter seg inn mot «språket, diskursene, definisjonsmakten og sannhetsregimene» (Sandmo 2000, s. 93).

Makt kan altså ikke ses uavhengig av kunnskap slik den utvikles omkring et felt. Makt kan heller ikke ses uavhengig av kontekst, makt utspilles dynamisk innenfor konkrete kontekster og kan avdekkes der. Makten må studeres på nært hold. «Man tenker innenfra, innvevd i maktrelasjoner» (ibid s. 94).

Erling Sandmo sammenfatter sin analyse av Foucault som maktteoretiker med å påpeke at

den moderne makten er ikke først og fremst undertrykkende og massiv, men produktiv og omskiftelig. Den skaper nytt, den etablerer ny kunnskap og nye forestillinger – i mest grunnleggende forstand forestillinger om mennesket. Maktstrukturene er en grunnleggende del av den menneskelige etableringen og formingen av et selv. Makten gjør mennesket til subjekt (ibid s. 94).

Og som Foucault påpeker, mens vi før levde i fyrstenes tidsalder, lever vi nå i ekspertenes.

Foucaults forestillinger om den gjennomgripende, allestedsnærværende makten, forankret i kunnskapsregimer, utvist i hverdagslivets praksiser, formidlet gjennom språket, fastslått gjennom de selvfølgelige sannheter, avleiret i kroppen, er velegnet til å gripe den maktutøvelse som foregår i de offentlige omsorgstjenestene og den avmakt omsorgsmottakerne kan oppleve. Hans tilnærming er «theories in use» (Argyris og Schøn 1968). Han viser hvordan den disiplinerende makten blir inkorporert som selvdisiplin.

Denne tilnærming til maktens mikrostrukturer blir fruktbar til å gripe makten i de alminnelige, uaktede, gjentatte hverdagslige praksiser, som det å opprettholde husholdningen, kroppens pleie og hjemmets orden. Perspektivet legitimerer analysen av makt i de små samhandlingene hvor sammenfall av mange små maktutøvelser kan avsløre mer systematiske skjevheter og systembetingelser. Omsorgen for gamle slitne kvinner – og menn – blir i særlig grad makt utøvd i kroppslige relasjoner, der kroppens og evt. også sinnets svakhet og avmakt utgjør grunnlaget for kontakten. Omsorgsrelasjoner blir en viktig arena for maktens og avmaktens mikrofysikk. De blir et speil for samfunnets forestillinger og behandlinger av de mest avhengige.

Men Foucault hadde ikke noe kjønnsperspektiv på makten.

## Forskjeller mellom mannlige og kvinnelige hjemmehjelpsbrukere

La oss først få et bilde av hvordan gamle menn og kvinner mottar hjelp innenfor hjemmehjelpstjenesten. Hvem er hjelpemottakerne, hvilke behov har de og hvilken hjelp får de?

I den norske hjemmehjelpsstudien i seks norske kommuner, er i alt 80 prosent av mottakerne kvinner. Kvinnene er gjennomsnittlig eldre enn mennene (Helset 1998). Relativt færre kvinner er gifte, noe som *kan* peke mot at det kan være vanskeligere for en gift kvinne enn en gift mann å få hjelp ved skrøpeligheit. Bare 15 prosent av mottakerne er gifte, så hjemmehjelp er i all hovedsak hjelp gitt til enslige, gamle kvinner. Mannlige brukere

er oftere ugifte eller fraskilte, kvinnene er oftere enker. Menn har i større grad fått hjelp ved «maskulin hjelpeløshet» – manglende kunnskaper og erfaringer på kvinners tradisjonelle livsområder i hjemmet – kvinnene ved «fysisk» hjelpeløshet.

Kvinnelige hjemmehjelpsbrukere er mer skrøpelige enn mennene. De har i langt større grad enn mennene mobilitetsproblemer og kronisk sykdom som har innvirkning på dagliglivet. De har oftere besvær med og trenger hjelp til dagliglivets oppgaver.<sup>24</sup> De opplever hyppigere enn menn at boligen er dårlig og uegnet, at adkomsten er bratt, at det er for mange trapper både ute og inne. Kvinnene har sjeldnere tilgang til bil, og de er oftere hjemmebundet enn mennene. Og deres inntekter er dårligere og økonomien strammere. *Kort sagt er kvinnes behov større, deres krefter mindre, deres sykkelighet mer omfattende, deres utrygghet større, deres aksjonsradius er mer innskrenket og deres økonomiske muligheter mindre enn mennenes. De er mer avhengige av hjelpen og mer utlevert til hjelpen enn mennene.*

Mens mennene i stor grad mottar huslige tjenester privat – av sin ektefelle – er kvinnene mer avhengige av den offentlige forsørgelsen. Kvinnene er også mer berørt av hjelpen, de er mer bundet til hjemmet, mer opptatt av det og mer engasjert i hjemmets standard, utseende og drift. Hjemmet er deres revir og domene, hjemmets standard et mål på den kvinnelige husmoridentitetens standard. Og de kan i mindre grad enn menn velge alternative tjenester og betale for dem. Også slik sett er deres avmektighet overfor hjelpeapparatet større.

Den maskuline hjelpeløsheten viser seg ved at de friskere mennene i hjemmehjelpsstudien oftere enn kvinnene har vansker med å lage seg frokost og middag uten besvær, og de er oftere helt avhengige av hjelp til klesvasken. Den kjønnsdelte arbeidsdelingen med den maskuline, huslige hjelpeløsheten resulterer i at mennene i større grad enn kvinnene får hjelp fordi de ikke *kan*. Relativt flere kvinner fikk hjelp fordi de plutselig ble syke, relativt flere menn fordi de ble alene.

Langt flere kvinner enn menn er misfornøyd med hjemmehjelpen – henholdsvis 40 og 20 prosent – og kvinnene synes i større grad at den hjelpen de får er utilstrekkelig.<sup>25</sup> De trenger oftere enn menn mer hjelp til nesten alle oppgaver, bortsett fra middagslaging som hører til de kvinnelige kjerneoppgavene i denne generasjon. Kvinnene har også flere detaljerte

---

<sup>24</sup> Alle utsagnene her om kjønnsforskjeller viser til relative fordelinger. Tallene er hentet fra undersøkelsen «Hjemmehjelp, bruker kvalitet» (Helset 1998, Thorsen 1998).

<sup>25</sup> I alt 54 prosent av kvinnene mot 32 prosent av mennene synes at de ikke får nok hjelp, og kunne trenge mer.



klagemål, de er mer opptatt av hjelpens ulike aspekter, også de sosiale kvaliteter. Mennene lar i større grad enn kvinnene hjemmehjelperne styre og råde, det ligger utenfor deres kompetanseområde, det angår dem mindre.

Flere menn enn kvinner har et fast tidspunkt for hjemmehjelpen – som holdes. Relativt flere kvinner enn menn ville ønske at hjelpen kom presis til faste tider og at de fikk et bestemt timetall for hjelpen. De har på dette området mindre kontroll og har et større ønske om å få det. Og flere kvinner enn menn synes at det er vanskelig å klage på hjelpen<sup>26</sup>.

Hjemmehjelpen har stor betydning, hele 69 prosent sier at hjemmehjelperen er den viktigste hjelperen (en like stor andel av kvinnene som av mennene). *Men kvinnene er altså mer avhengige av den, mer avmektige i forhold til den og hjelpen er i mindre grad tilpasset deres behov.*

### Husmorepoken, husmorkontrakten og betalt og ubetalt arbeid

De gamle mennene og kvinnene har levd sitt voksne liv i det Berge Furre kalte «den gode husmortida» (1993). De tilhører den generasjonen der roller og oppgaver var klart kjønnsdelte (Thorsen 1998a). De gamle har etablert seg og levd sitt voksenliv i hva Yvonne Hirdman har betegnet som epoken for «husmorkontrakten». Hun har tidfestet den til perioden 1930–1965, etterfullt av «jämlikhetskontrakten» (1965–1975/80) og «jämställhetskontrakten» (fra 1975/80–) (Hirdman 1990).

Husmorkontrakten er basert på *arbeidsdeling mellom kjønnene og underordning av kvinnene*. Livsområdene i den eldste generasjonen<sup>27</sup> var klart kjønnsdelte. Verden der ute – i det offentlige rom – tilhørte mennene, mens kvinnene var tildelt privatsfæren, med innskrenket og delegert råderett over sitt revir – hjemmet og barneomsorgen. Tove Stang Dahl understreket (i 1976) underordningen ved å kalle en husmor for «en moderne husmann». Ekteskapet ble satt opp mot lønnsarbeidet som to ulike måter å belønne arbeidet på, mens trykkesystemet kom inn som en tredje forsørgelseskontrakt, med staten som part (Hagemann og Åmark 1999).

Genuskontrakten til Hirdman, med den kvinnelige underordning, peker mot grunnleggende normer i samfunnet, de mer stabile, lange historiske linjer. Men kjønnenes grammatikk (ibid) var også innvevd i hverandre ved at *sivilstand ga kjønnene ulik status*.

---

<sup>26</sup> I alt 52,3 prosent av kvinnene mot 33,9 prosent av mennene synes det er vanskelig å klage. Mennene synes oftere at det er uaktuelt.

<sup>27</sup> Jeg benytter her og andre steder ordet generasjon om de over 80 år – altså i betydningen fødselskohort.

En husmor hadde høyere anseelse enn en kvinne som måtte forsørge seg selv (og sine barn) gjennom yrkesarbeid. For menn derimot var evnen til familieforsørgelse en helt sentral statusmarkør. Den mannen som hadde hjemmearbeidende kone rangerte over den gifte mannen som ikke klarte familieforsørgelsen alene. I et førindustrielt samfunn var ekteskap ensbetydende med forsørgerevne. Men også i industrisamfunnes storhetstid var det skamfullt for mannen å ikke kunne forsørge familien,

slik Hagemann og Åmark sammenfatter kjønns- og sivilstandsgrammatikken (s.185).

Hjemmehjelpstjenesten er vokst ut av «husmorkontrakten» ved at det først var frivillig, ubetalt arbeid av husmødre «som ikke lenger har barn i skolealderen, og som finner det tilfredsstillende å ta deltidsarbeid av denne art»<sup>28</sup>. I Sverige betonte man at

Vanligt husmorsvett och en ärlig vilja att hjälpa sina medmänniskor är i de flesta fall fullt ut tillräkligt och lämpligt som utrustning för en hemhjälp (Szebehely 1995, s. 58).

Det var frivillige organisasjoner som organiserte og tilbød denne tjenesten, inntil 1969, da den ble videreført av kommunene under betegnelsen «hjelpetjenester for hjemmene». Disse inkluderte både hjemmehjelp, hjemmesykepleie og husmorvikarer. De sistnevnte ble utdannet til lønnet husmorarbeid – både hus- og barnarbeid – for unge og eldre husmødre som i perioder ble syke eller ikke maktet husmoroppgavene. Hjemmehjelperne fikk den første tiden en symbolsk lønn, de var timelønnet og gjorde arbeidet i ledige timer fra eget husarbeid, mens de levde av mannens forsørgelse<sup>29</sup>.

I denne fasen – det vi kan kalle «*hjemmehjelpens husmorkontrakt*» – var hjemmehjelper og husmor mer likestilte i den forstand at de delte husmorkunnskapen og kriterier og krav til godt husmorarbeid. Husmor erfaringer var tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å påta seg tjenesten. Både hjemmehjelper og husmor bekreftet hverandre gjensidig i oppfatningen av husmorarbeidets betydning – de hadde begge levd og formet sine liv innenfor husmorkontrakten<sup>30</sup>. Husarbeidet var viktig fordi det var en livsoppgave, om enn ulønnet, uregulert og avhengig av mannens forsørgerevne. Det ga kvinner status og bekreftet deres kvinnelige identitet. Kunnskapsgrunnlaget

---

<sup>28</sup> Fra Den norske Eldreomsorgskomiteen (1966, s. 33). Komiteen mener også «at det ikke skal stilles bestemte vilkår, for eksempel utdanningskrav».

<sup>29</sup> Hjemmehjelp har aldri utelukkende vært et tiltak for eldre, men har i all hovedsak vært en eldreomsorgstjeneste. I 1965 hadde vel 70 prosent av hjemmehjelperne arbeidet som husmødre før de tok jobb som hjemmehjelpere (NOU 1973.26).

<sup>30</sup> Kari Wærness (1978) har betegnet dette i en treffende artikkeloverskrift: «Hjemmehjelperne – den moderne velferdsstatens hushjelper».

var komplekst, inngående og mangfoldig. Dess mer detaljkunnskap om oppgaver som sylting, safting, syng, dess bedre husmor. Men tidsbruken var ikke verdsatt i lønn. Husmorarbeidet har også den egenskap at det har *trekkspilleffekt*, det kan fylle den tiden som står til disposisjon. Det kan alltid gjøres mer og bedre. Kvinner fikk støv på hjernen. Som ubetalt arbeid var det et uttrykk for kvinnens natur og omsorgsevne – omsorgen skjulte arbeidet – og det kunne fortsatt være ulønnet eller avspises med en symbolsk lønn.

Menns arbeid derimot var betalt time for time, regulert dag for dag i etterhvert stadig mer detaljerte lønns- og arbeidsavtaler. Hans tid var penger. I det moderne industrisamfunnets arbeidsliv var det å være presis en nødvendighet. Arbeidskjøperen krevde det, arbeidstakeren internaliserte det. I det lønnede arbeidsliv var man nøye med tiden. Den er et knapphetsgode, stadig mer verdsatt ettersom lønningene stiger. Et menneskes status i den senmoderne tiden avleses etter hvor verdifull tiden er. Dess mer makt og høyere status, dess viktigere er det å komme presis til møter med denne personen. Maktens og situasjonens betydning formidles gjennom klokken kontroll. Ingen kan komme for sent til et jobbintervju. Det er i seg selv et viktig utelukkelsekriterium for stillingen.

Men det ulønnede husmorarbeidet fulgte ikke klokkeid. Husmoren var «Oppe først og sist i seng» (Avdem og Melby 1985), men hennes tidsbruk blir likevel ikke verdsatt som arbeid. Alle kunne ta av hennes tid. Den stod til andres disposisjon.

Etter hvert ble hjemmehjelpenes tid regulert. De gikk fra å være timeengasjerte til å bli fast ansatte, oftest i deltidstillinger. De fikk gå hjemmehjelpskurs, så ble det opprettet den ettårige hjemmehjelpsskolen, og fra 1994 ble grunnkurset i Helse- og sosialfag innført i den videregående skolen. Man kunne ta fagbrev som omsorgsarbeider. Tjenesten ble i denne forstand mer profesjonalisert. Det ble en utdanning man helst burde bestemme seg for tidlig i livet, før man hadde noe som helst erfaring med eller ønske om å utføre eget husstell, snarere tvert imot. Tilsvarende tørket den tidligere form for rekruttering av voksne kvinner til bl.a. hjelpepleierutdanningen inn, ved at den nå ble lagt til den videregående skolen.

## Omsorgspraksis og kunnskapsregimer <sup>31</sup>

Kunnskaper og tenkemåter omkring omsorgstjenester er i endring. Ordbruken forandrer seg, formålene, metodene. Paradigmeskifter innebærer nye «sannheter», nye mål og nye måter å nå målene på. Makten viser seg ved at

---

<sup>31</sup> Mia Vabø går nærmere inn på dette temaet i sin artikkel i rapporten.

«it excludes, it represses, it censors, it abstracts, it masks, it conceals. In fact, power produces reality, it produces domains of objects and rituals of truth» (Foucault 1982, 224–225).

Det skjer i dag en retorisk og ideologisk dreining av omtalen av omsorgstjenestene, slik de avspeiles i offentlige utredninger, retningslinjer og planer; fra omsorg til tjenester, fra omsorgsorientering til oppgaveorientering (Christensen og Næss 1999). Omsorgens mål er det relativt ferske ordet «kvalitet», og dette skal oppnås ved kvalitetsutvikling og kvalitetsmålinger (Slagsvold 1995, St.meld. nr. 50, 1996–97: Handlingsplan for eldreomsorgen, Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 1997). Omsorgen deles inn i oppgaver, til dels meget spesifiserte og veldefinerte praktiske oppgaver. For eksempel er 13 ulike rengjøringoppgaver og fem klesvaskoppgaver omtalt i en sjekklister på 26 ulike oppgaver over tjenester som hjemmehjelpstjenesten i en Oslobydel tilbyr (Szebehely 2000, notat).

Brukeren får vedtak om hvilke tjenester han eller hun tildeles, og kan klage om vedkommende ikke får det som er lovet. Dette inngår i en mer omfattende og overordnet utvikling i retning av *juridifisering* av offentlige tjenester i ulike former. En logisk konsekvens av dette er at omsorgsyterne i detalj må redegjøre for hva de har gjort. I noen distrikter vi har studert<sup>32</sup> skjer kontrollen ved at hjemmehjelper noterer i en bok hjemme hos brukeren hva hun har gjort, og brukeren skriver under. Kontroll har erstattet tillit. I mer systematisk utarbeidede skjemaer står alle mulige hjemmehjelpsoppgaver oppført i egne rubrikker, og hjemmehjelperen krysser av for dagens riktige rubrikk for hva som er gjort. Den logiske videreføring av dette systemet er at også omsorg («vård» på svensk) kan føres opp som en egen kategori og krysses av, slik vi har sett i en bydel i Stockholm. Tjenester kan altså gis *med* eller *uten omsorg*. Omsorg gjelder ikke hele tilbudet av ytelser. Den fleksible omsorgen som den konkrete hjelpen er innbakt i gjøres til en egen oppgave. Denne konstruksjon er både et uttrykk for og har den effekt at forestillingen om omsorg endres til tjeneste, en radikal omdefinering.

I den norske studien av hjemmehjelpstjenesten er det en felles oppfatning både fra hjemmehjelpere og brukere at tiden til samtale, til prat og kontakt, er blitt mindre (Helset 1998, Thorsen 1998a), noe som også fremgår av andre undersøkelser (se Helset 1997). Men det finnes ikke i de norske skjemaer vi har sett i den nordiske studien noen egen kategori for samtale/kontakt og tilsyn – slik Marta Szebehely konstaterer. De oppgaver som ikke

---

<sup>32</sup> I studien «Hjemmehjelp, bruker, kvalitet» i seks kommuner/bydeler i Norge (Helset 1998, Thorsen 1998), og i den nordiske studien.

er vedtatt eller skjemaestet, taper når tiden er knapp. Når de ikke er definert som oppgaver og ikke er tildelt, kan de heller ikke kreves eller forventes. I beste fall kan de flettes inn mens hjelperen gjør noe annet. Hjemmehjelperen kan prate ved støvtørringen, samtale om handlelisten, snakke under påkledningen. Når betalingen i tillegg, som i en Oslobydel, bare dekker tiden for tildelte oppgaver – som tidfestes nøyaktig for betalingens skyld – da blir prat dyrt betalt tid for å gjøre «ingenting». Samtale kan oppfattes som latskap og unnasluntring, en ekstra kostbar fornøyelse som den gode hjelper ikke tar seg betalt for. Den tiden må betraktes som illegitim tidsbruk og noteres ikke.

Kategoriseringen og oppdelingen av omsorgstjenestene er igjen vel-egnet for å lage indekser – sammenfattende mål for brukernes behov – slik som i registreringssystemene Gerix, avløst av det kommende IPLOS<sup>33</sup>. De sammenfattende verdiene for brukernes totale behov vil igjen danne grunnlag for ressurstildeling til kommuner, bydeler eller soner<sup>34</sup>. Indeksene skal inngå i grunnlaget for landsomfattende eller kommunale analyser av utviklingen av ressursbruk og behovsdekning i omsorgstjenestene, et styringsverktøy for effektiv ressursutnyttelse. For å være gyldig må denne registreringen stadig oppdateres, den blir tid- og ressurskrevende. Den skal ikke gjøres gjeldende som uttrykk for den enkelte brukers behov under utøvelse av hjelpen, men vil uvegerlig kunne få gjennomslag som dette, ved sin besnærende enkelhet, slik vi har hørt henvisninger til. Tenkningen preges også på individnivå.

Begrepsbruken farges også hos soneledere og hjemmehjelpere, slik vi har sett i den norske hjemmehjelpsstudien (Thorsen 1998a, 2000). De betoner hvor viktig det er å observere brukeren og registrere ADL-funksjoner<sup>35</sup>, og bidra med kunnskap for å vurdere sykdomsutvikling.

Det overordnede paradigmet inngår i en økonomisk-administrativ effektivitetstenkning der målet er mer kvalitet for pengene, eller samme kvalitet rimeligere. Dette er den rasjonale som også ligger bak konkurranseutsetting av omsorgstjenester, noe som er vedtatt i en rekke norske kommuner, inklusive Oslo. Men det teknisk-administrative språket og den formålsrasjonelle logikken får – via ledelsen, planer, kurs og møter –

---

<sup>33</sup> IPLOS er en videreføring av Gerix-registreringsskjemaet, som tar hensyn til en del av de innvendigene som ble rettet mot Gerix. Dette er registreringsskjemaer på individnivå over behov og tjenestebruk.

<sup>34</sup> Et vanlig tildelingskriterium i dag er antall eldre over 80 år, inndelt etter kjønn.

<sup>35</sup> «Activities of daily living» – et sammenfattende mål for personenes funksjonsevne i dagliglivet. Det innbefatter vanlige daglige gjøremål.

spredning like inn i den omsorgstenkningen hjelperne handler i pakt med (Thorsen 1998a).

At omsorgstjenestene og brukernes behov oppfattes som kategorier eller variabler som evt. indekseres, er igjen i pakt med et positivistisk vitenskapssyn som overordnet vitenskapsteoretisk paradigme. Her passer økonomisk-administrative kalkyler som hånd i hanske.

Et motstykke til kategorioppfatningen av omsorg finnes innenfor andre deler av omsorgsforskningen, ikke minst innenfor sykepleieforskningen. I denne tilnærming er idealet nettopp «den helhetlige omsorg», der handlinger inngår i en omtanke som gjelder «det hele mennesket». Tilnærmingen er hermeneutisk, fortolkende, innlevende til lidelser og problemer (Nerheim 1995). Kari Martinsen står sentralt i denne tilnærmingen, med hennes formidling ikke minst av filosofen Løgstrups idégrunnlag. Her rettes det normative ideal til sykepleierne om realisering av omsorgens idealtilstander i de mellommenneskelige relasjoner.<sup>36</sup>

Men denne helhetlige ambisjonen får dårlige vekstvilkår innenfor et organisasjonssystem basert på turnus, teamarbeid og rotasjon av hjelperen og brukere – forsterket av permisjoner, sykefravær og videreutdanning. Svært mye av dette er nødvendig og uunngåelig. Men noen steder er *omsorg i rotasjon* oppfattet som et høyverdig profesjonelt prinsipp og innført i hjemmehjelpstjenesten. I ett distrikt vi studerte i den norske hjemmehjelpsundersøkelsen (Thorsen 1998a) skulle brukere og hjelpere rutinemessig skifte kontakt hvert år, for ikke «å bli for nære».

Personkontinuitet i tjenesten er, nest etter godt arbeid, det brukerne ønsker seg mest (Helset 1998). Den helhetlige omsorgen lar seg vanskelig realisere i et system med liten kontinuitet og forutsigbarhet. Personkunnskapen blir dårlig, og dermed mulighetene til å «ta det hele mennesket i betraktning» når behov skal oppdages og ivaretas. Idealet om den helhetlige omsorg blir abstrakt og virkelighetsfjernt hvis en ikke samtidig analyserer vilkårene for at dette skal la seg realisere<sup>37</sup>. Det blir umulige idealer, forventninger om personlige holdninger uten bakkekontakt, ambisjoner som skaper frustrasjoner hos arbeidstakerne hvis de ikke rår over midlene til å realisere dem. Systemsvikt oppleves som personlig svikt.

---

<sup>36</sup> Martinsen: *Fra Marx til Løgstrup* (1993).

<sup>37</sup> Marta Szebehely studerer «hemtjänsten» i Sverige i sin doktorgradsavhandling: «Vardagens organisering» (1995). Også i studien: «Den pressede omsorgen» studeres sammenhengen mellom omsorgens vilkår og organisering, ledelsens oppfatninger, hjemmehjelperens synspunkter og samspillet mellom hjelpere og brukere i omsorgssituasjonen (Thorsen 1998a).

«Moderne» forestillinger om å være profesjonell får innpass. Innenfor disse oppfatninger må en organisere tjenesten slik at man ikke blir «for nær», for knyttet til hverandre, ellers «kan man bli spist opp» av den gamle. Nærhet defineres som uprofesjonelt. Grensedragningen mellom hjelper og bruker, mellom lovlige og ulovlige tjenester må gjøres klar. Det markeres avstand, og hjelpemottakeren blir grådig som presser seg til flere tjenester enn tildelt. «De prøver seg», som en leder formulerte det. Det gjøres organisatoriske grep og betones en form for profesjonell kunnskap som svekker kontinuitet og tilknytning, muligheter for innlevende omsorg avtar, og avstanden mellom hjemmehjelper og bruker øker (Szebehely 1995, Thorsen 1998a). Nærheten i omsorgen, personkontakten, er en helt vesentlig grunn til at hjemmehjelperne opplever arbeidet som verdifullt (Thorsen 1998a, Helset 1998). En større, mer regulert avstand, med mindre muligheter for personlig kontakt mellom partene, kan bidra til å gjøre arbeidet mindre attraktivt.

Den eldre mottakeren blir ved sterkere oppgaveregulering mer avmektig, mer utlevert til systemets organisering med mindre muligheter til å påvirke innholdet i tjenestene. «Den gode hjelper» er en som kjenner den gamle. Hjelperen i roterende systemer blir mindre kjent, men defineres som mer profesjonell. I enkelte tilfeller blir hjelpen mer til skade enn gagn. Det finnes en rekke eksempler på at gamle har sagt opp hjelpen sin og prøver å finne andre løsninger – de orker ikke uforutsigbarheten ved at det kommer så mange hjelpere.

## Omsorg – en flytende strøm eller avgrensede tjenester?

Den kategoriserende tilnærmingen til omsorg – oppdelingen i adskilte enkelttjenester – er lite egnet til å gripe omsorgsarbeidets flytende strøm, der nettopp *fleksibilitet* og *samtidighet* er to sentrale prinsipper. Hus- og omsorgsarbeidet er kjennetegnet av at flere ting kan gjøres samtidig. Kvinner i husmorarbeid er *spesialister i samtidighetsarbeid*, med *stor simultankapasitet*. De kan prate, trøste, se etter, lytte og føre tilsyn mens de vasker eller rydder. Oppgavene er ikke klart avdelte, men overlappende og innvevd i hverandre. Oppgaver veksler, avbrytes, tas opp igjen. Det ytes omsorg for andres varierende behov parallelt med at også annet arbeid utføres. En nytter tida – effektivt. En gammel kvinne fortalte meg hvordan hun som barn ble oppdradd til alltid å nytte tida – hun og venninnene strikket når de gikk langs landeveien (Thorsen 1998b). Omsorg oppfattet som en helhetlig relasjonsorientert bistand – ikke som en avgrenset spesialisert tjeneste – ligger også nær kjernen i en tradisjonell kvinnelig omsorgsorientering (Thorsen

1998)<sup>38</sup>, der omsorgsutøvelse gjerne skjer under ivaretagelse av mange behov og gjøremål.

Skiftende behov i brukernes liv er mange. Det kan være en knapp som er falt ut, en søm som er gått opp, en boks som ikke lar seg åpne, hjelpemidler som er utslitt, medisiner som er brukt opp, planter som skranter, vin som skal kjøpes inn, regninger en ikke skjønner, bekymringer som nager. Det kan være sykdom som gjør at en stadig trenger tilsyn og assistanse. Oppgaveinndelingen av omsorgen omdanner denne flytende strømmen til avgrensede tjenester – fortrinnsvis store, mer regelmessige oppgaver som gulvvask, støvsuging, støvtørring, handling. Dette er de mest benyttede hjemmehjelpsoppgavene. Mulighetene for fleksibilitet og samtidighet avtar fordi hovedoppgavene i hjemmehjelpenes repertoar er de som er minst egnet for dette. Det er vanskelig å prate sammen når hjemmehjelperen støvsuger eller vasker gulv, umulig når hun går ærend alene.

Omsorg er oppgaver underlagt *prosesstid* (Christensen 1998). Oppgavene kan gjøres raskt, men kan også ta lang tid om de skal tilpasses den gamles tempo. Å kle på et skrøpelig menneske ved å tilrettelegge for at vedkommende skal gjøre mest mulig selv, kan ta mye lenger tid enn den mest effektive utførelsen. Å vaske opp kan ta lang tid hvis det skal gjøres sammen med en med person med giktbrudne og verkende fingre. Å bli skrøpelig betyr å gjøre ting langsommere, med mindre krefter.

En tjeneste som skal bli mer effektiv og rimeligere *må* knappe inn nettopp på yrkesutøvernes tid. Tid anvendt til prosestetid, anvendelig til samtidighet og til å dekke alle de små vekslende behov, reduseres. Kontakt utdefineres fra tjenestens formål og oppgaver. Eller som det ble understreket av en Pleie- og omsorgsleder i hjemmetjenestene: «Kontaktbehovet kan vi ikke lenger dekke, det må andre gjøre».

## Organisering, kunnskapsutvikling og prioritering

Den skisserte kunnskapsutviklingen om omsorgstjenester forsterkes av at hjemmetjenestene – hjemmehjelp og hjemmesykepleie – nå integreres på lokalt nivå, oftest i soner eller distrikter i kommunene. Hovedmønsteret er «*den lille integrasjon*» der de to tjenestene samorganiseres enten 1) ved at de får en felles leder – vanligvis en sykepleier – men ellers fortsetter som separate tjenester eller 2) ved at de blir samordnet i integrerte sonegrupper

---

<sup>38</sup> Med ordet tradisjonell mener jeg å understreke det kulturelt avhengige, tidbundne og relative. Kjønnsutformingene og de kjønnete selvkonstruksjonene har vært under radikal endring i løpet av de eldstes levetid.



der begge yrkesgruppene inngår i teamarbeid, igjen som regel under ledelse av en sykepleier. Hensikten er å koordinere og effektivisere tjenestene ved å unngå unødig dobbeltarbeid, samordne arbeidet og få innsikt i hva den andre yrkesgruppen gjør også overfor enkeltbrukere (Solem og Høistad 2000, Kristoffersen og Solem 1998).

I kraft av sin høyere utdanning blir vanligvis sykepleierne ledere. Disse får en strategisk posisjon til å definere hva som er de viktigste og mest presserende oppgavene, som skal dekke det som gjerne kalles «*de grunnleggende*» eller «*primære*» behov. Indirekte avgjøres også hva som må vike. Den diagnostiske kultur og sykdomsorientering får sterkt fotfeste. Dette skjer parallelt med at brukerne blir skrøpeligere. Men disse vil ikke trenge *mindre* hjelp til husarbeidet enn tidligere når kreftene svinner.

Det blir en økende avstand mellom kunnskapsgrunnetten knyttet til sykdom, pleie og funksjonssvikt, og hverdagskunnskapen og erfaringene omkring husarbeid. Kunnskapen som gjøres (mer) gyldig og legitim i omsorgssituasjonen fjerner seg fra felles kvinnelige hverdagskunnskaper om arbeid i hjemmet, om betydningen av god gulvvask, teknikker for vindusvask, matlagingskunnskaper osv. Dette er kunnskaper og erfaringer som kvinner i den eldste generasjon i særlig grad representerer. Både mottakerne og hjemmehjelpenes huslige kunnskaper og prioriteringer blir mindre betydningsfulle, liksom oppgavene i seg selv mister sin status og verdi. Begge parter har mistet et grunnlag for innflytelse og makt i omsorgsrelasjonen.

## Kjønn og klasse

Kjønnenes grammatikk kan ikke ses uavhengig av klasseforskjeller. Kvinnens posisjon i den eldste generasjonen varierte ikke bare med ekteskapeleg posisjon, men var også bestemt av mannens status. Hun fikk ved ekteskapet en klasseposisjon som varierte fra overklasse til fattigklasse. Hennes posisjon var lite påvirket av hennes egen yrkesinnsats – «da var det viktigere hva mannen var», som en gammel kvinne formulerte det. Gamle overklassekvinner har ofte hatt andre kvinner til å utføre husarbeidet, de mest velstående hadde både barnepiker, stuepiker og hushjelpere. De mest velbergede i bondestanden kunne ha en rekke kvinner i sving på gården, i fra faste poster til mer sesongavhengig innleid arbeidskraft. De fattige gikk ut i arbeidslivet, ofte for å tjene hos de velstående kvinnene som hushjelpere, husholdersker, vaskehjelpere, sydamer. Alle får de den samme hjemmehjelp i alderdommen når de ikke selv kan klare sin husholdning.

Hjemmene vitner om deres klasseposisjon. Det er de store villaer og de romslige leiligheter med gamle antikviteter, vakker kunst, persiske tepper, arvede møbler og utsøkte gjenstander. Det kan være mange rom med blanke mahognimøbler, skinnende sølvoppsatser, funklende prismelysekroner – som trenger å vaskes, støvtørres og pusses. Det er gamle kvinner med matvaner fra de finere butikker på Frogner. Og det er de trange små trygdeleilighetene, overfylte av møbler og gjenstander fra et langt liv, plassert overalt der det er plass til ting. Der er utallige bilder av familiemedlemmer i fire-fem ledd, broderte puter, klokkestrenger, porselen og nipsfigurer – gaver til jul, fødselsdager, jubileeer. Det er synlige tegn i overflod på hvem kvinnene er og er knyttet til. Leilighetene er nesten umulige å forsere med rullator, og vanskelige å rengjøre i alt sitt tettpakkede livsrom. Og det er de enslige – ugifte eller fraskilte – mennenes leiligheter, som kan være en hån mot enhver kvinnes ordens- og renslighetssans, også hjemmehjelpenes. Stuen kan se ut som en lagringsplass for tilfeldig innbo, plassert i et ubeboelig kaos. Der har innehaveren slått leir med sine kjæreste og mest nødvendige eiendeler innen rekkevidde: røyken, fjernstyreren, telefonen, avisen, medisinen, kaffekoppen. Og det er de veloppdragne enkemennenes velstelte leiligheter, fremdeles med tydelige spor etter kvinnehånd – som om ektemaken nettopp er gått ut.

Hjemmehjelperne skal skape orden, renslighet og helst også trivsel i disse totalt forskjellige revirene. Og de møter beboerne med *sin* klassebakgrunn og *sin* klasseplassering som hjemmehjelpere. Klasseforskjellene utspilles i hovedsak mellom kvinner, på kvinners tradisjonelle revir, i forhold til huslige arbeidsoppgaver og hjemlige gjenstander som i særlig grad symboliserer kvinners ulike livsstil og livsform. I trolig enda større grad enn tidligere er det en klasseavstand, dels et klassegap, mellom dem og de gamle brukerne. Det er ikke lenger husmødre med overskudd og «god tid» som tar seg noen timers hjemmehjelpsarbeid blant gamle i nabolaget. Nå er de i en fast stilling og klager over lav lønn og lav status. Noe av det som skaper de sterkeste reaksjonene hos hjemmehjelperne i møter med brukerne ser ut til være å bli *behandlet som hushjelp* – som en som kan settes til hva som helst. Brukerens tone behøver ikke være nedlatende, bare markere stor avstand – slik vi har sett. Hjemmehjelperen blir behandlet vennlig, men markeres som en uinteressant person som er der *kun* for å gjøre det som trenges. Motakeren kan ha en manglende forståelse av hva hjemmehjelperen kan tilby og er til for. Her kan grensdragningproblematikken bli akutt, nødvendig og ubehagelig. Velstanden kan bli provoserende. Det kan være mer irriterende å

tørke støv av en ærverdig mahogni-chiffoniere enn av en sliten furukommode.

Betydningen av klasseavstander vil utspilles med særlig skarphet mellom kvinner, fordi de markeres i et kvinnelig revir, med kvinnelig detaljkunnskap om de finere nyanser i selvframstillingen. Markering av klasseforskjeller på dette området kan være spesielt provoserende overfor kvinner fordi hjemmet samtidig er en felles kvinneverden, med likhetstrekk som også symboliserer likeverd i rolleutøvingen. I en «hushjelprelasjon» forholder partene seg til hverandre i historisk avlagte klasseposisjoner. Å møte tegn på en slik relasjon vil trolig bli oppfattet som særlig provoserende av unge, kvinnelige hjemmehjelpere med en moderne yrkesoppfatning.

Klasseforskjeller kan kanskje lettere aksepteres av hjemmehjelperne i forholdet til velstående mannlige brukere. Partene inngår i tilvante kjønnete maktrelasjoner. Mennene har tradisjonelt hatt hustruer, husholdersker eller hushjelpere til husarbeidet, og har overlatt detaljene til dem (Ytrefhus 1998). Ved dette får de kvinnelige hjelperne anerkjent sitt skjønn og sin kompetanse. Kanskje er det også lettere for unge mannlige hjelpere å akseptere velstående kvinners «husfrueposisjon» som en avlagt, men eksentrisk levestil, og avverge kravene med maskulin ignorans, høflig overtalelse eller klare markeringer. Det er grenser for hva en spør en mann om. Hushjelprollen er i alle tilfelle en utradisjonell rolle for ham, han passer ikke inn.

Å bli bedt om å pusse sølvtøy, polere mahognikommoden eller gjøre handleturen lenger for å gjøre innkjøp i spesialbutikker for finere matvarer kan kreve markering av grenser.

'Hun har hatt hushjelp hele livet, og hun klarer ikke å tømme askebegeret og sånn. (...) Hun har aldri vært noen humor da, og så tenker jeg at hjemmehjelpen gjør mer sånn hushjelpjobb. Småting, men det tar så lang tid, og så prøver jeg å forklare henne litt, eller så prøver jeg å gjøre det hvis jeg får tid til å gjøre det', sier en tålmodig mannlig hjemmehjelper med innvandrerbakgrunn.

En annen hjemmehjelper omtaler overklassekvinnene som de «*som har gjort veldig lite gjennom hele livet*». Her foreligger et spill om «vanvørde» fra begge sider. Hjemmehjelperen detroniserer overklassen som «the leisure class». Den gamle overser hjemmehjelperen som et nødvendig tyende. Tjenesten skal kun være tjeneste, hjemmehjelperen blir tjener.

Den *nødvendige* hjelp må skilles fra den unødvendige statusoppholdelse. Vanens makt har uklar status – og blir gjerne bekjempet når det oppfattes som overklassens snobbete statussymboler. Men det kan også

hende at hjelperen kan overtales ved borgerskapets diskret sjarm. Og kombinert med maskulin hjelpeløshet kan mangt et velstandshjem få finpuss.

Det er eksempler på at grensedragningen for hva hjemmehjelperen *ikke* skal gjøre, lages stadig mer detaljert. Reglementet kan si at kun to beboelsesrom rengjøres regelmessig hver fjortende dag, andre eventuelt sjeldnere. Sølvpuss hører ikke med, tepper skal støvsuges, ikke bankes eller tas ut osv. Slik reduseres statussymboler til problemer, fremtredelseformene gjøres likere, klasseavstanden mellom hjelper og brukere reduseres. I denne prosessen gjøres de velstående mer avmektige og avhengige, hjelpeapparatets makt markeres. Å motta hjelp kan innebære mer subtile former for deklaseringsprosesser. Vanens og fasadens betydning for selvframstillingen nedprioriteres til det nødvendige og nødtørftige. Det skinner ikke lenger så mye på overflaten.

Den fine fasade kan også kamuflere mottakerens hjelpeløshet når det blir viktig for velstandsfruen å gi en verdig fremstilling av seg selv, når hun ikke vil syte og klage. Hjelpens nødvendighet og bidrag til å opprettholde livskvalitet blir vanskelig å anerkjenne når mottakeren ser ut til både å kunne lage mat, motta gjester, dra i bridgeklubben og spille revy på eldresenteret. Hjemmehjelperen kan trekke sin berettigelse i tvil. Vi hører eksempler om velstående kvinner som oppfordres til å søke etter privat rengjøringshjelp. Andre måter å skille dem ut på, er å gjøre hjemmehjelpen så dyr for dem med størst inntekter at de evt. kan få hjelpen billigere på et privat marked. Dermed blir den offentlig velferden ikke lenger generell, men behovsprøvet, og de mest velstående blir i all stillhet skilt ut til et privat marked. De offentlige omsorgstjenester innskrenkes i omfang og ytelser, og blir gjort mer selektive både når det gjelder dekning og behov hos mottakerne. Hjemmetjenesten blir mer sykehjelp og mindre husholdshjelp. Det blir mindre hjelp til dem som kan skaffe seg hushjelp på annen måte. Det åpnes for et todelt velferdssystem; private tjenester for de mer velstående, og offentlige, behovsprøvde tjenester for de mindre betalingsdyktige.

I det private system av tjenester kan man kjøpe hjelpens tid, målt i timer, og man kan bestemme hvilke tjenester man vil ha. Kjøperen får større makt og kontroll. Man unnslipper det diagnostiske blikket og den ustanselige behovsvurderingen. Man unngår at ens behov, personlighet og elendighet stadig omtales på «rapporten». Man endrer status fra hjelpmottaker til arbeidskjøper. Avtaler kan gjøres innenfor arbeidslivets logikk for kjøp av tjenester. Man verdiggjøres som part. Det kan være gode grunner for enkelte til gå ut av det offentlige hjelpesystemet og over til private tjenestetilbydere.

For overklassen kan dette ligne mer på de former for kjøp av tjenester man tidligere har vært vant med.

Men mange av de skrøpeligste orker ikke å ta den kontrollen som trengs for å oppnå mer kontroll. Det er nettopp kraft og energi til å velge, ansette, følge opp og kontrollere hjelpen som de mangler. De kan mangle byråkratisk og markedsmessig kompetanse, i tillegg til at valgene i praksis viser seg å være illusoriske. Avmakt avler ytterligere avmakt. Og de fleste av disse skrøpeligste er kvinner.

## Kjønn og generasjonskløften

Voksne kvinners vekslings mellom yrke og omsorg og ervervede husmor- og omsorgserfaringer fanges ikke lenger opp som motiverende grunnlag for å gå inn i omsorgstjenestene. Og de unge som nå går inn i omsorgsarbeiderutdanningen er lite motivert for å gå inn i hjemmetjenestene. Dermed har man skapt en større kløft mellom de som yter tjenestene og de som mottar dem.

Pleie- og omsorgsarbeid er fremdeles sterkt *kjønnsdelt* i Norge, i større grad enn i de andre nordiske land. Men nå er det også oppstått *en økt generasjonskløft* mellom omsorgsarbeidere og omsorgsmottakere. De utdannede unge kvinnene som skal gå inn i omsorgen har andre ønsker og ambisjoner for sitt liv enn å yte husmorbearbeid for andre, liksom husmorrollen ikke er aktuell for dem (Hagemann og Åmark 1999). Hus- og omsorgsarbeidet har mistet mye av sin status og motiverende kraft stilt overfor konkurransen fra den postmoderne verdens utdanningsmangfold, hvor yrker som rekrutterer til medieverdenen og med lettjente penger lokker. Stilt overfor valgets selvkonstituerende betydning, ser det ut til at de yrker som sterkest forbindes med den gamle husmorkontrakten, må vike. Unge kvinner ønsker ikke å bli husmødre, verken ubetalt eller betalt. Som en ung, nyansatt kvinnelig omsorgsarbeider formulerte seg da jeg fulgte henne til en gammel mann på hjemmehjelpsoppdrag: «Jeg ønsker meg et mer utfordrende arbeid».

Slik kan de unge omsorgsarbeiderne ikke lenger bekrefte de gamle, kvinnelige mottakerne i en delt kunnskapsverden, med felles vurderinger av det som regnes for viktige oppgaver og god utføring. De gamle kvinnene respekteres verken for sitt (ulønnede) husmoryrke eller sin husmorkompetanse. Deres yrkesstolthet som husmødre anerkjennes ikke. Den gamle husmoren og den unge omsorgsarbeideren blir fremmede for hverandre – i alder, kohort, livsmål, kjønnsroller, ambisjoner, erfaringer og språk. Fast

lønn, økt utdanning og profesjonalisering har ikke gitt *det huslige* i hjemmehjelpenes arbeid høyere status. Studien av hjemmehjelperne viser at den oppgaven de liker minst er rengjøring, den vil de gjøre mindre av (Helset 1998, Thorsen 1998a). Sosial kontakt er det de liker best, det som sterkest motiverer dem til å gå inn i yrket, og som de stadig har fått mindre anledning til å ivareta. Det er den siden ved brukernes behov de sier blir mest forsømt. Men organiseringen og oppgavetildelingen av hjemmehjelpsarbeidet fører til at hjemmehjelperne i Norge i enda større grad gjøres til rengjøringsarbeidere, konsentrert om det de liker minst ved jobben.

Disse forhold bidrar til at rekrutteringen til omsorgsarbeid i alminnelighet – og hjemmehjelpsarbeid i særdeleshet – blir dårlig. Sykefraværet er høyt og frafallet fra yrket er stort på tross av økt profesjonalisering og bedre arbeidstakerrettigheter. I tillegg er arbeidet fysisk og psykisk slitsomt, sier hjemmehjelperne.

Så klager de gamle kvinnene over at de unge kvinnene ikke gjør husarbeidet ordentlig. De har ikke lært seg kunsten. Det hjemmehjelpsmottakerne aller helst ønsker seg når det gjelder hjemmehjelpen er et godt og grundig utført arbeid (Thorsen 1998a, Helset 1998). Og arbeidsledere forteller at de må lære de nyansatte hjemmehjelperne å vri opp en klut og fortelle dem at de ikke skal sette vaskebøtten på stuebordet. De må instruere dem i at de også skal støvsuge i krokene og under møblene. Dette støter de gamle kvinnene. Husarbeidets betydning underkjennes, det er en fornærmelse mot deres husmorstandarder og en undervurdering av vanens makt. Det viser en manglende forståelse av hjemmets betydning i selvframstillingen, særlig for husmorgenerasjonens kvinner (Thorsen 1998a). Det blir en understreking av gapet mellom de unge kvinnene og de gamle.

Men det er den gamle som er den underlegne og prisgitte. Ved å klage og ved å påpeke krav om godt husarbeid, risikerer den gamle kvinnen å bli oppfattet som pirkete og masete – «en som går etter en» – en vanskelig bruker. Hun kan bli en hjemmehjelperne synes de må gå flere til, noe som øker overmakten og ytterligere avskjærer brukerne fra å ha innvirkning på hjelpens utforming. I et offentlig omsorgsvesen av moderne type – med rapportmøter og opplysninger lagt inn på data – spres oppfatninger av den vanskelige bruker raskt.

Gamle mennesker klager i liten grad på hjemmehjelpstjenestens utføring, viser studier. Avmakten viser seg når en ikke tør klage, påpeke, irrettesette, instruere (Helset 1998, Thorsen 1998a).

## Makten og kontrollen over tiden som maktens prisme

I tidligere tiders hjemmehjelp – fra 1950-tallet og utover til 1980-tallet – ble hjemmehjelpen vanligvis tildelt som antall timer og bestemt som tidspunkter da hjelpen kom og gikk. Mottakeren hadde derved råderett over tidens innhold, som kunne bestemmes og avtales i forhold til vekslende ønsker og behov. Mottakeren hadde mer makt og kontroll over tjenesten. Men det hadde også hjemmehjelperen, som kunne bruke sitt eget skjønns, initiativ og erfaring til å tilby situasjonstilpassede omsorgstjenester (Szebehely 1995). Det erfarne skjønnet, som Dreyfusbrødrene (1986) oppstiller som et høyere nivå av profesjonell kunnskap, fikk her muligheter til å utfolde seg. Hverdags erfaringene og den individuelle tilpasning kunne her tas i bruk. Den enkelte hjemmehjelper hadde vanligvis bare noen få faste brukere, og partene ble godt kjent. Hjemmehjelperen fikk være mer allsidig, med større muligheter til å ivareta «det hele mennesket», den humanistisk orienterte omsorgsvitenskapens mest omtalte mål.

Med oppgavevedtakene og -bestemmelsen forsvant *tiden* som strukturerende ramme om omsorgen, med stor innvirkning på omsorgens innhold for begge parter. Den gamle får nå vanligvis en «cirkatid» både for omfang og når hjelpen kommer. Denne kan være så løs som «før eller etter lunsj». Pleie- og omsorgsavdelinger kan tilstrebe en «finere» tidsangivelse enn dette, men sjelden et angitt fast klokkeslett eller et gitt antall timer.

En fast tid vil frata ledelsen mulighetene til å være fleksible med hjelpen for å imøtekomme akutte behov hos nyutskrevne pasienter, syke eldre og nye brukere. Ledelsen arbeider under nødvendighetens lov. Stilt overfor de ansattes turnuser, sykefravær, permisjoner, kurs og møter, skal tjenesten strekkes til å dekke både uforutsette behov og inngåtte avtaler. Innenfor snau bevilgninger og trange bemanningsrammer trenger tjenesteparatet denne fleksibiliteten i tid, for evt. å kunne gi mer til flere innenfor samme tid. Men mottakeren opplever mindre kontroll over sin egen hverdag, liksom hjemmehjelperen har fått mindre kontroll over sin egen arbeidsdag. Avmakten viser seg ved at brukeren kan få mindre tjenester til mer uforutsigbare tider, mens den ansatte kan presses til å yte mer arbeid innenfor samme tidsrom. Vedtakene kan oppfylles på knappere tid. Begge lever innenfor tidsknapphetens skrustikke. Kontrollen over hjelpernes tid i tjenesten blir strengere mens den blir løsere overfor brukerne. «Tidligere så gikk det på timer, skjønner du, men så fikk vi beskjed fra administrasjonen her for et par år siden, og da innførte de minutter», forklarer en hjemme-

hjelper oss om tidsregistreringen deres av tiden hos brukerne. «Kanskje neste år blir det sekunder», kommenterer en annen.

Den løse tiden som angis overfor brukeren viser at gamle kvinners – og menns – tid ikke verdsettes, at gamle skrøpelige pensjonister ikke anses å trenge faste tidsavtaler, det moderne livets mest strukturerende faktor. De gamle kvinnene – tilvant til husmorkontrakten – tilbakevises til husmorarbeidets manglende verdsetting i tid. Tidsorganiseringen utnytter både deres livsformserfaringer, husmortidens betydningsløshet og husarbeidets trekkspilleffekt. Den manglende respekten for gamles tid kan være særlig nærliggende innenfor hjemmets fire vegger, der husmorens tid har vært viktig – den har stått til disposisjon for andre. Tiden hadde en kjønnets betydning og målemåte; kvinners husmor-tid var ikke lineær, den var som en strikk strukket ut etter andres behov. Og den mannlige pensjonist blir for husfar å regne når han er trådt ut av arbeidslivet – han har trådt inn i det kvinnelige husmorlivets tidsregning. Pensjoniststatusen, der pensjonistens tid ikke lenger regnes i arbeidstimer – man forsørges etter tidligere innsats – bidrar også til nedvurderingen av eldre menneskers tid. Hjelpenes knapt tilmålte tid blir langt viktigere enn gamles «overflod» av tid.

De man ikke kan gi faste tidsavtaler, gjør man mindreverdige. Dette skjer overfor en generasjon der presishet er inngravert i kroppens habitus. En gammel arbeidskar fortalte med stolthet, som en fortettet beskrivelse av sitt livs innsats, at han hadde jobbet i 52 år og var bare kommet for sent to ganger. «Og det var på grunn av en trikk eller noe slikt!» (Thorsen 1998b).

Menn kan komme til å reagere særlig skarpt på dette provoserende symbol på tap av status – når de gjøres uverdige til faste tidsavtaler. En hjemmehjelper forteller at hun ble korporlig kastet på dør av en rasende mann da hun kom 20 minutter for sent til ham. Han nektet å ta i mot henne som hjelper siden.

Å lære de gamle at de ikke er tildelt et fast antall timer eller et fast tidspunkt, hører med til hjemmehjelpenes og ledelsens store utfordringer. Det er opplysninger som ofte må gjentas mange ganger. En hjemmehjelper møter brukernes forventninger slik:

Vi får ofte tilbakemeldinger på at bruker har fått inntrykk av at vi kanskje kan gjøre mer enn det vi skal gjøre. De opererer ofte med tid, sier for eksempel at 'Jeg har fått 2-3 timer', og vi opererer aldri med tid. Men da er det en kommunikasjonssvikt, det synes jeg det må være. Da har antakelig de spurt hvor lang tid til vi har rådighet, og så har de kanskje fått høre at : 'Vi opererer ikke med tid, men stort sett er det rundt pluss-minus to timer'. Og da tar de det som om de har fått en fastsatt tid. Så ... det synes jeg ofte at jeg opplever, og det er det jo vi som må jobbe



med. Og det kan jo bli tungt i forhold til alt det andre vi skal gjøre der, å hele tiden måtte forklare oss. Så vi kommer i en forsvarsposisjon.

For mennesker som har mistet kontroll over mye av hverdagslivets organisering og er blitt avhengige av hjelp, kan det bli desto viktigere å opprettholde struktur og kontroll på det som fremdeles er igjen. Det som foregår innenfor hjemmets fire vegger blir desto mer vesentlig. Hjemmehjelpens tidsorganisering er helt sentral som strukturerende kraft i gamle brukeres hverdagsliv, både innenfor dagen og uken.

Denne betydningen stilles i relieff når vi sammenligner hjemmehjelpstjenesten med tjenesten «brukerstyrt personlig assistanse<sup>39</sup>», som ble introdusert i Norge i 1990 og nå er et lovfestet tilbud i alle landes kommuner. Ordningen springer opprinnelig ut fra Independent Living-bevegelsen i USA. Den er særlig brukt av yngre funksjonshemmede mennesker for at de skal kunne delta i samfunnet i sosialt liv, yrkes- og organisasjonsliv, på lik linje med andre. Mange har tidligere erfaringer med hjemmetjenestene. Sosial- og helsedepartementet har utgitt en eksempelsamling om «Brukerstyrt personlig assistanse». Der sies det at målet «med denne ordningen er en aktiv bruker som har kontroll over sin egen assistanse. Den enkelte kan selv velge sine assistenter, hva assistentene skal gjøre og på hvilke tidspunkter av døgnet de skal komme» (s.13). Den er tilpasset vekslende behov, varierende hjelp og forutsigbare tider. Den innledes med overskriften: «Friheten til å leve sitt liv» (s. 3).

Skriftet har et intervju med Sonja Rusten. Hun er en 70-årig bruker, en alder som er uvanlig i denne tjenesten:

Denne livsnyttende, humoristiske og kloke 70-åringen har hatt brukerstyrt personlig assistanse siden 1991. (...) Hjemmetjenesten fungerte dårlig for den aktive damen – som fikk multippel sclerose allerede som 22-åring. Hun har fortsatt sentrale posisjoner både i Norges handicapforbund og MS-foreningen. Med sitt store engasjement og dermed mange møter, var det håpløst å holde avtaler når hun aldri visste når det dukket opp en hjemmesykepleier som kunne gi henne den bistanden hun hadde behov for (...). Det var vanskelig å forholde seg til et skjema der det står når tjenesteyterne skal komme, og det sendretlige systemet bidrar til at det er umulig for de samme tjenesteyterne å følge det samme skjemaet.

Sonja Rusten har ansatt to personlige assistenter, den ene to timer i uken, den andre tolv: «Da kan jeg be henne om alt – uten at det er problematisk»,

---

<sup>39</sup> Ordningen kalles bevisst *assistanse*, ikke hjelp, heller ikke brukerstyrt assistent, noe som ville personliggjøre hjelpen. Ordet *brukerstyrt* fastslår makt/myndighetsrelasjonene.

sier hun om den ene. Med den andre planlegger de to «i felleskap hvordan de ukentlige 12 timene skal brukes. Det varierer fra uke til uke – avhengig av begges behov. Vi tilpasser oss med andre ord så langt vi kan til hverandre», forteller hun. Arbeidet dreier seg om personlig stell, sengetøyskift, støvsuging, gulvvask, støvtørking, vask og ettersyn av rullestoler, vaske vinduer en gang i blant, vanne blomster, forberede måltider når det er nødvendig og følge ved sammenkomster, kurs, helge- og ferieturer etter avtaler osv. – altså en meget bred gjennomgang av oppgaver i et variert dagligliv. Noe av det 70-åringen setter størst pris på ved brukerstyrt personlig assistanse «er at det gir henne anledning til på gjøre ting hun har lyst til – helt spontant». Hjemmehjelpen kunne ikke gi det, snarere tvert i mot.

Denne historien er en god kontrast til de gamle hjemmehjelpbrukernes situasjon. Viktige forutsetninger for at hun har en slik hjelp like opp i 70-årsalderen er nok at hun er definert som funksjonshemmet, hun har fått sin sykdom tidlig i livet, og hun er talefør og sentral i handicaporganisasjoner. Hun har både direkte og indirekte makt og innflytelse. Det har i liten grad gamle hjemmehjelpsbrukere<sup>40</sup>.

Skillet mellom de med funksjonshemminger som kommer i høy alder og de som kommer tidligere i livet blir særlig skarpt. Forskjellen går mellom klassifikasjonene «å være funksjonshemmet» og å bli det. Det er ulike språklige diskurser med store konsekvenser. Funksjonshemmede mennesker har ved brukerstyrt personlig assistanse erobret kontrollen med tiden og hjelpen, mens hjemmehjelpsbrukerne i større grad har mistet den.

## Hva så? Avslutning

Respekt for tiden er i dag kanskje det viktigste symbol på respekt for personen, med stempelingseffekter på personens selvbylde. «Nye» gamle kvinner og menn vil ha et annet livsløp enn dagens gamle. De vil ha levd under «likestillingkontraktens» idealer. Kvinnene vil ha et langt yrkesliv bak seg. De vil ha et annet forhold til og krav på respekt for egen tid. Å få kontroll over tiden og forutsigbarheten vil være et sentralt mål skal brukerne erobre mer makt i forhold til omsorgstjenestene. Da vil husarbeidets,

---

<sup>40</sup> Pårørende vil kunne være en ressurs og en pådriver for enkelte gamle mennesker når det gjelder å få hjelp fra hjemmehjelpstjenesten. De kan nok stå på og hjelpe «sin hjelpe-trengende» til å få noe mer hjelp. Men slik statistikken viser omfanget av hjelpen og antall timer hjelp selv de skrøpeligste vanligvis får, har pårørende i liten grad hatt innvirkning på rammene, på organiseringen av hjelpen og prinsippene for den. Ett av forholdene som innvirker på hjelpetilfanget, er at andre lovbestemte tjenester har et sterkt vern og blir prioritert.

husmørarbeidets og omsorgsarbeidets prosesskarakter få lov til å spille seg ut innenfor faste rammer som gir brukerne mulighet for valgets muligheter og kontroll.

## Litteratur

Abrahamsen, B. (1997): *Kvinner i omsorgsykker. En generasjonsstudie av hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere*. ISF-rapport 6/1997. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Abrahamsen, B. (2000a): *Yrkesinnsats og karriereutvikling: En studie av et utdanningskull hjelpepleiere*. ISF-rapport 11/2000. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Abrahamsen, B. (2000b): *Hvorfor utdanne to pleiere for å få en?* Foredrag på Norsk selskap for aldersforsknings ettermiddagsseminar 7. november 2000, Oslo.

Argyris, C. og Schön, D. A. (1978): *Organizational learning*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Avdem, A. J. og Melby, K. (1985): *Oppe først og sist i seng*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, K. og Næss, S. (1999): *Kunnskapsstatus om de offentlig omsorgstjenestene*. Bergen: Senter for samfunnsforskning.

Christensen, K. (1998). *Omsorg og arbeid. En sosiologisk studie af ændinger i den hjemmebaserede omsorg*. Bergen: Doktorgradsavhandling fra Sosiologisk institutt, Bergen.

Dahl, T.S. (1976): Ekteskapet, den moderne husmørkontrakten. I Støren, T. og Vetlesen, T. (red): *Kvinnekunnskap*. Oslo: Gyldendal.

Daatland, S.O. (1997) (red.): *De siste årene. Eldreomsorgen i skandinavia 1960–1995*. NOVA-rapport 22/97. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.

Daatland, S. O. (1984): Holdninger til hjelp og hjelpere. Endringer i løpet av 1970-årene. *Gerontologisk magasin* 3.

Daatland, S.O. (1994): *Hva skjer i eldreomsorgen?* NOVA-rapport 1/94. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.

Dreyfus, H. og Dreyfus, S. (1986): *Mind over Machine: The power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: Free Press.

Foucault, M. (1982): Truth and power. I Foucault: *Power, Knowledge: Selected interviews and Other Writings 1972–1977*. Redigert av Gordon, C. New York: Pantheon.

Furre, B. (1993): *Norsk historie 1905–1990*. Oslo: Det norske samlaget.

Hagemann, G. og Åmark, K. (1999): Fra «husmørkontrakt» til likestillingskontrakt. Yvonne Hirdmans genusteori. I Engelstad, F. (red): *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Helset, A. (1997): *Hjemmehjelp, bruker, kvalitet*. NOVA-rapport 7/1997. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Helset, A. (1998): *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre? Brukernes og hjemmehjelpernes syn på kvalitet*. NOVA-rapport 19/1998. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Kristoffersen, G. og Solem, P. E. (1998): *Integrering av pleie- og omsorgstjenestene. Virkninger på ledelsesstrukturen*. NOVA-rapport 22/1998. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Martinsen, K. (1993): *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- Nerheim, H. (1995): *Vitenskap og kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Næss, S. (2000): *Bedre standard, men større ulikhet? Foreløpig evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen*. SEFOS-notat 2-2000. Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Romøren, T. I. (2000): *Metusalems døtre. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder*. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Sandmo, E. (1999): Michael Foucault som maktteoretiker. I Engelstad, F. (red): *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slagsvold, B. (1995): *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. NGI-rapport 1-1995. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Solem, P.E. og Høistad, B. (2000): «Vi spiller på lag». *Om integrerte organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene*. NOVA-rapport 1/2000. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Sontag, S. (1975): *The double standard og ageing. I am no longer young. The older woman in America*. University of Michigan, Michigan.
- Sosial- og helsedepartementet (2000): *Brukerstyrt personlig assistanse*. Eksempel-samling.
- Sosial- og helsedepartementet: St.meld. nr. 50 (1996–97): *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Trygghet-kvalitet-respekt.
- Szebehely, M. (1995): *Vardagens organisering. Om värdbitraden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv forlag.
- Szebehely, M. (1999): *Omsorgsarbeidets ulike former. Nye klasskillnader och gamla könsmonster i äldreomsorgen*. *Sociologisk forskning*, 1/99
- Thorsen, K. (1998a): *Den pressede omsorgen*. NOVA-rapport 18/1998. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Thorsen, K. (1998b): *Kjønn, livsløp og alderdom. En studie av livshistorie, selvbilder og modernitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. og Wærness, K. (red.) (1999): *Blir omsorgen borte? Eldreomorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam. Gyldendal.

- Thorsen, K. (2000): Eldreomsorg, kvaliteter og lokal kontekst. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 4, 203–218.
- Vabø, M. (1998): *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*. NOVA-rapport 8/98. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Wærness, K.: (1978): Hjemmehjelperne – den moderne velferdsstatens hushjelper. *Tidsskrift for samfunnsforskning*.
- Wærness, K. (1983): *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, K. (1984): Caring as Women`s Work in the Welfare State. I Holter, H. (red.): *Patriarchy in the Welfare State*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, K. (1999): Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten? I Thorsen, K. og Wærness, K. (red.) (1999): *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Ad Notam. Gyldendal.
- Ytrehus, S. (1988): *Gamle menn og omsorg. Om mannlige hjemmesykepleieklinters kunnskapsmangel om den hjemmebaserte omsorgen*. Hovedoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.

## Kan skiten akademiseres?

### Kjønn og makt i helsearbeid

Alt helsearbeid er i en eller annen forstand rettet mot andre menneskers kropper. Unge kropper og gamle kropper, «stygge» like mye som «pene». Slik har arbeidet en kroppslig karakter. Det er en viktig side at utøverne ofte må overskride vanlige intimitetsgrenser, og de har for eksempel tilgang til kroppsdelene som i andre kontekster er private eller seksualiserte.

Men ikke alt helsearbeid anses som like mye verd, arbeidet er rangert. Et av de viktigste skillene mellom arbeidsoppgaver i helsesektoren går mellom *behandlings-* og *pleie- og omsorgsoppgaver*. Dette er både et kjønn og et rangert skille, og det utgjør en maktrelasjon. Pleie- og omsorgsarbeidet er kulturelt kodet som kvinnearbeid, arbeidet er ansett som praktisk, konkret og blir ofte nedvurdert i vår kultur. Medisinsk behandlingsarbeid er derimot kodet som mannlig, det anses som hovedsakelig teoretisk og abstrakt og har høy sosial prestisje.

Lise Widding Isaksen (1992) peker på en annen skillelinje som også rangerer arbeidet, nemlig graden av kroppsnærhet. Hun ser, i likhet med flere andre, en tydelig forbindelseslinje mellom graden av kroppsnærhet i arbeidet og arbeidets sosiale status. Det mest kroppsnære arbeidet gir lavest status, mens administrasjon skaper større avstand til pasientkropper enn pleiearbeid og belønnes med høyere status. Derfor blir det å fjerne seg fra de mest kroppsnære oppgavene en bevegelse oppover i et prestisjehierarki. Den sterke vektleggingen på mer teori i sykepleiefaget kan forstås som utslag av samme tendens (Dahle 2001), siden teori gir mer status enn praksis. Teoretiske kvalifikasjoner viser seg i praksis ofte å bli en bevegelse bort fra det konkrete og kroppsnære arbeidet i pleie- og omsorgsyrkene, selv om intensjonen har vært den motsatte (Wærness 1984). At den pågående kunnskapsutviklingen er både omstridt og komplisert, også blant sykepleierne selv, er et viktig spørsmål, men som jeg skal la ligge her.

Annen forskning har vist at også ferdigheter og teknologi påvirker rangeringen av helsearbeidet (Kvande 1998, Twigg 1999). For selv om også legearbeidet er praktisk og rettet mot pasientenes kropper, får dette arbeidet en mer indirekte kroppslig karakter. Teknologien kommer imellom og den skaper avstand. Abstraksjon, avstand og avansert teknologi er en kombinasjon som settes helt på spissen når pasientens hjerne er gjenstands-

feltet for kirurgens inngrep. Slike operasjoner må utføres med meget høy teknisk kompetanse og presisjon, det utføres med avanserte, tekniske instrumenter på en tildekket og bevisstløs pasientkropp. Det kroppsne nære forsvinner ut av synsfeltet. Vi har alle mentale bilder av legenes arbeid. Egentlig vet alle at leger gjør mye kroppsne nært og praktisk arbeid. Tross dette opprettholder de fleste av oss et mentalt bilde av legearbeid som overveiende teoretisk, ja i en viss forstand nesten «kroppsfernt». Bildet av hjernekirurgen er en helt, ikke en heltinne, innkapslet i sitt operasjonsutstyr som står overfor en tildekket pasient og utfører nesten magiske inngrep med sine avanserte instrumenter. Dette dreier seg om et symbolsk mettet meningsunivers, hvor mentale bilder er virksomme og påvirker våre oppfatninger.

I denne artikkelen skal jeg se nærmere på det kroppsne nære helsearbeidet, det vi også kan kalle helsevesenets skittarbeid. Vi trenger å nyansere forståelsen av hva 'skittarbeidet' er, og problematisere om det bare er kroppsne nærheten i seg selv som gir kvinnearbeidet lav status. Først ser jeg på noen trekk ved kroppen, som er blitt tiltakende privatisert i vår tid. Kroppens private status kan ha betydning for hvordan en tilegner seg ferdigheter. Dernest ser jeg nærmere på hvordan skittarbeidet er blitt forstått, og diskuterer til slutt et særdeles kroppsne nært arbeidsområde innenfor det mannlige symbolske universet, kirurgien, nemlig avføringsinkontinens. Dette feltet er i løpet av de siste ti til femten årene konstituert som en ny (sub)spesialitet, som nå blir viet adskillig både akademisk og praktisk oppmerksomhet. Fra å være et tabubelagt og neglisjert område, er det blitt en interessant kirurgisk spesialitet, som ennå ikke er stor, men som vokser i betydning og omfang, både nasjonalt og internasjonalt.

## Kroppen

Kroppen ble et av 1990-årenes store sosiologiske tema. Av redsel for å bli fanget av en biologisk determinisme, hadde man flyktet fra kroppen, hevder den engelske sosiologen Ellen Annandale (1998). I en lang periode kom en til å overse at all sosial handling har et kroppslig element. Men kroppen har aldri vært helt borte i sosiologien, den har snarere vært «fraværende til stede», som sosiologen Chris Shilling (1993) ganske presist uttrykker det. Når kroppen igjen er på den samfunnsvitenskapelige dagsorden, blir den sett og teoretisert fra nye synsvinkler. For det moderne mennesket ses kroppen som et redskap for å iscenesette seg selv, den er råmaterialet for å forme ikke bare én, men mange, til dels ulike og kanskje til og med motstridende

identiteter. I dag tar vi det for gitt at vi har vi en nærmest ubegrenset eiendomsrett til egen kropp. Som anvendelse har kroppen beveget seg dramatisk fra *produksjon* til *presentasjon*, mener psykiateren Finn Skårderud (1994). Midt i all denne nye friheten, den utvidete eiendomsretten og det nye mulighetsrommet, er vårt forhold til kroppen antakelig dypt ambivalent. Kroppen er en kilde til lyst, begjær, erkjennelse og erfaring, men også til ubehag, forlegenhet og skam. På den ene siden synes alle tabuer og intimitetsgrenser å være sprengt. På den andre siden har kroppen aldri vært så privat som nå. Ett eksempel er vår kulturs privatisering av toalettfunksjoner, som kan tolkes som uttrykk for den enkeltes eksklusive og nærmest hellige rett til sin egen kropp, sin egen intimsfære og sin egen «innside» (Sørhaug 1994). Et annet eksempel er det ekstremt tabubelagte ved å vise bilder av eldre kvinner som anerkjenner sin egen seksualitet.<sup>41</sup> Slike bilder vekker avsky. Den svenske idéhistorikeren Thomas Johansson (1999) hevder at i en tid som preges av store omstillinger, usikkerhet og med så stor vekt på individskapning og identitetsdannelse, blir kroppen en bastion mot den utryggheten som fremelskes i moderniteten. Kroppens ytre avgrensning tar vare på og beskytter mot indre kaos.

Det ligger i en moderne forståelse av kroppen at både økende privatisering og offentlig eksponering kan ha skammen som følgesvenn. Og det er antakelig et tegn i vår tid at flere og flere skammer seg over sine egne kropper (Davies 1997). Få av oss har kropper som helt svarer til forestillingen om det vakre og vellykkete; enten er kroppen for fet, huden i ansiktet for rynket, leggene for tykke osv. Ikke uventet er kvinner mest misfornøyde med kroppene sine. Vår tids privatisering av den egne kroppen kan få konsekvenser for hvordan en forholder seg til andres kropper. For heller ikke helsearbeidere er uberørte av sin samtids kroppsforståelser.

Den nye forskningen som setter kroppen på dagsorden, har hittil vært mindre opptatt av de relasjonelle sidene. Sider ved arbeidet som tidligere kan ha vært uproblematisk, fortoner seg kanskje som mer problematisk i dag. Men også forhold som tidligere ikke ble snakket om, kan i dag bli tematisert. Det er en rekke spenninger knyttet til selve arbeidsutførelsen, til symboliseringen og til verdsettingen av oppgavene.

---

<sup>41</sup> Dette omtales bl.a. i en artikkel i den svenske avisen Dagens Nyheter (06.10.99).



## Kroppslig helsearbeid må læres

En forestilling som sjelden problematiseres, er at helsearbeidere har et naturlig forhold til pasientkroppen, ganske enkelt fordi de er vant til det. Men hvor selvfølgelig er det? Hvordan lærer unge studenter å arbeide med andre menneskers kropper? Den australske sykepleieren og sosiologen Jocelyn Lawler (1994) hevder at det er en sterk ambivalens knyttet til det å utføre dette arbeidet, og også at det er en tydelig tendens til å ville skjule det skitne arbeidet. Hun gjorde selv et pionerarbeid ved å gå inn i sykepleiens praksisfelt og studere kroppsarbeidet på nært hold, og der hun også trakk inn sine egne erfaringer som sykepleier. Også hun legger vekt på at kroppen er blitt så privat i vår tid at den representerer et problem, den skaper forlegenhet, ofte også skam – hos begge parter. Arbeid som får merkelappen skittent, blir også lett usynlig og tabubelagt. Sykepleiernes kroppsarbeid foregår i et normativt regulert felt. Det er regler for hva man kan og hva man ikke bør gjøre. Lawlers studie viser at disse kjørereglene ikke alltid er eksplisitte og heller ikke lette å lære. Tross det organiserer og strukturerer slike uformelle regler pleiesituasjoner. De har bl.a. til hensikt å ivareta begge parters verdighet. Noe av skammen og forvirringen oppstår nettopp rundt forvaltningen av reglene. Ett trekk ved usynliggjøringen, ifølge Lawler, er at arbeidet også er blitt utilgjengelig for forskeren. Derfor vet vi lite om hvilken makt og betydning det skitne arbeidet har, ut over det at pleiearbeid med sikte på å fjerne kroppens avfallsprodukter har lav status. I for eksempel fysioterapi kan det lett oppstå seksualiserte relasjoner og situasjoner, der kjønnsmakten blir et tydelig aspekt (Dahle 1992, Sudman 1998). Fysioterapeuter lærer seg, svært ofte på egen hånd, strategier for å håndtere pasienter i 'skjøre' situasjoner, mens undervisningen som regel unngår å ta opp slike sensitive tema.

Selve opplæringen og tilvenningen til det kroppsnære arbeidet er en prosess som kan være krevende og vanskelig. Et glimt inn i noen erfaringer i læresituasjoner viser at det i utgangspunktet ikke er så selvfølgelig å håndtere andres kropper, selv om man har valgt helseyrke som utdanningsvei. En mannlig sykepleier som hadde praksis på et aldershjem før han startet sykepleieutdanningen, fortalte at de første erfaringene var så sterke at det gikk ut over både matlysten og seksuallivet hans (Dahle og Isaksen, kommer 2002). Det var en bøyg å komme over, men gradvis gikk det lettere. En kvinnelig sykepleier opplevde følgende på sin aller første arbeidsdag som ufaglært på en sykeavdeling, bare 17 år gammel:

Jeg fulgte en eldre mann på toalettet. Han var dårlig til bens, men virket ellers klar og kjekk. Men da jeg kom tilbake en stund senere, hadde han smurt avføring utover speilet og stod med en klump i hendene som han spiste. Jeg ble helt forskrekket over å se et menneske oppføre seg på den måten. Så tok jeg fra ham avføringsklumpen og forsøkte å hjelpe ham med å vaske hendene. Men han ønsket ingen innblanding, ble irritert og mente at dette greide han selv. Det ble nesten håndgemeng og krangel av det. Likevel syntes jeg ikke at jeg kunne gå fra mannen for å hente hjelp, så dette måtte jeg greie selv. Jeg trodde mannen var vrang og at han ikke likte meg da situasjonen skar seg. Jeg turde heller ikke å spørre om hjelp. Og jeg følte meg tvers igjennom mislykket. Jeg tenkte at 'dette greier jeg ikke å arbeide med' og jeg hadde ikke lyst til å gå på arbeid neste dag (Bjugan 1997).<sup>42</sup>

Tross den svært ubehagelige opplevelsen tok hun seg sammen og syntes hun måtte vise hva hun dugde til, uansett hvordan hun hadde det med seg selv. Først etter 25 år, når hun skriver en hovedoppgave i helsefag, henter hun erfaringen fram fra glemselen og klarer å sette ord på den. Hun hadde følt seg totalt mislykket. Men den gangen gjaldt det bare å tie og tåle og holde det hun hadde opplevd for seg selv. Både var avføringen ekkel i seg selv, og i tillegg skulle hun også håndtere den gamle mannen som hadde mistet kontrollen over seg selv og sitt kroppsprodukt, og som dessuten oppførte seg aggressivt overfor henne som skulle hjelpe. Når hun tidde om episoden, var det fordi det ikke var noen å dele arbeidserfaringen med på avdelingen, og derfor ble erfaringen privatisert. Hun la ansvaret på seg selv, og hadde ikke en gang reflektert over det urimelige i at en ung og uerfaren jente ble overlatt helt til seg selv med en uforutsigbar pasient, uten opplæring eller støtte fra de mer erfarne. For dem var slike episoder en del av hverdagen, men ikke for nykommeren. Om mange av dagens nykommere heller gir opp og forsvinner ut av yrkene før de er kommet helt i gang, vet vi lite om. Men vi vet at det er blitt lite attraktivt å arbeide med eldre mennesker, både for syke- og hjelpepleiere.

Også mye legearbeid forutsetter nærkontakt med pasientkroppen. Teknologien gir ikke alltid en god «beskyttelse», selv om legerollen gir et statusvern. Gynekologiske undersøkelser er kanskje det mest nærliggende eksemplet. Der skal legen forholde seg til kroppens mest intime, private og seksualiserte soner. Dette skal skje innenfor en profesjonell ramme, slik at situasjonen nettopp ikke seksualiseres. Undervisningspraksis i gynekologi ved et av våre universitetssykehus tydeliggjør at kropps nærheten til kvinne-

---

<sup>42</sup> Jeg har omarbeidet og forkortet historien litt.

kroppen ikke er bare enkel å håndtere (Annfeldt 1998). Snarere preges situasjonen av en ambivalens som gjør at det kreves spesiell tilrettelegging når studentene skal tilegne seg praktiske ferdigheter i undersøkelse og diagnostikk. Når studenter skal øve seg i undersøkelsessituasjoner, møter de de første gangene pasienter som er lagt i narkose. Pasientkategorien er abortsøkende kvinner. Selve ordningen begrunnes med hensynet til pasientene, der argumentet for å bruke akkurat denne gruppen, er at de allerede på forhånd er i en ømtålig situasjon.<sup>43</sup> En kan spørre hvem det tas mest hensyn til her, studenter eller abortsøkende kvinners sårbarhet. Det kan i hvert fall ikke utelukkes at hensynet til studentenes bluferdighet og skamfølelse veier tyngre enn kvinnesenes. Eksempelet viser imidlertid at det å opptre profesjonelt, uten erfaring i skjøre situasjoner, verken er enkelt eller selvfølgelig i våre dager – selv om legearbeid fortsatt har høy prestisje.

## Skittarbeid

Den amerikanske sosiologen Everet Hughes (1984) understreker at karrierer ikke bare omfatter den sosiale prosessen å tilegne seg yrkesmessige ferdigheter, men at det like mye handler om å tilegne seg en oppfatning av hele systemet, og det å kunne se sin egen plassering innenfor dette systemet. Undervisning og opplæring fører til at studentene gradvis endrer sitt syn på hva arbeidet innebærer, slik at en klarer å se sin egen relasjon til yrket i en videre sammenheng. Studentene oppøver en bevissthet om hva som blir ansett som lite ærerikt, skittent og nedverdiggende. Hughes skriver mye om skittarbeid (*dirty work*) og peker på at det finnes former av skittarbeid i alle yrkesgrupper. Da bruker han begrepet skittarbeid i en vid betydning, uten å avgrense det til kroppslig helsearbeid. Skittarbeidet dreier seg grunnleggende om oppgaver som vanligvis gir utøveren lite glans og prestisje, og som det heller ikke alltid krever spesielle kvalifikasjoner å håndtere (s. 314). I en studie av vaktmestere viste disse en utrolig åpenhet når det gjaldt å beskrive sitt arbeid. Når det gjaldt hva som var den tøffeste biten av arbeidet, var svaret nesten uten unntak: «Søppel». Det var ofte bløtt, ekkelt og det stinket. Noen tålte det ikke. Andre syntes at det å sope opp rundt søppeltankene var det aller verste. Det viktige, ifølge Hughes, var at den fysiske

---

<sup>43</sup> Annfeldt er særlig opptatt av de etiske sidene ved denne praksisen, ved at kvinnene det gjelder ikke er orientert på forhånd om at de er øvelsesobjekter for studenter, og hun drøfter hvilken pasientkategori som utgjør øvingsobjektene. Det hører også med til historien at den ble offentliggjort i en avis, slik at sykehusledelsen måtte gå ut og forklare og forsvare sin praksis.

avskyen vaktmestrene følte for søppelet, også kom til å påvirke deres relasjoner til beboerne, fordi det var dem som spredte skiten. Han beskriver en maktrelasjon der vaktmestrene opplevde seg som den avmektige parten, uten å ha sanksjonsmuligheter overfor beboerne. Arbeidet blir skittent, hevder Hughes, når det på en eller annen måte går imot det mer heroiske i våre moralske oppfatninger. Og han sier videre at de aller fleste arbeidstakere på et eller annet tidspunkt vil ha følelsen av å gjøre noe som er under deres verdighet, *infra dignitate*. De færreste forholder seg passivt til slike opplevelser, og strategiene som tas i bruk for å motarbeide tap av ære, karakteriserer han som verdighetsskapende rasjonaliseringer.

Noe som gjør forståelsen av skittarbeidet til et mer komplekst fenomen, er at det kan være innleiret i nøyaktig den aktiviteten som gir yrkesgruppen dens karisma. Dette er tilfellet når legen håndterer den menneskelige kroppen. For legearbeidets del er skittarbeidet integrert i en helhet slik den oppfattes av omgivelsene, og i den prestisjefylte rollen til legen som utfører arbeidet. Motsatt vaktmesterrollen gir legerollen både stor symbolsk makt og store rettigheter. Et viktig poeng hos Hughes er at en ikke på forhånd kan avgjøre nøyaktig hvilken rolle skittarbeidet spiller i et drama av arbeidsrelasjoner. Dette må nettopp utforskes. Selv om han ikke analyserte skittarbeidets kjønnete karakter, kan hans modell utvides til nettopp å studere kjønnsmaktforholdet. Tross personlige erfaringer med at leger gjør kroppsnære undersøkelser, opprettholdes altså selve forestillingen om legearbeid som teoretisk og ikke praktisk eller kroppslig. Dette gir leger en definisjonsmakt og en mulighet for å avgrense det symbolske rommet.

Forsøkene på å redusere omfanget av skittarbeid er velkjente strategier i de fleste yrkesgrupper og er også godt beskrevet i profesjonslitteraturen. Ett opplagt mål kan være ønsket om å klatre oppover i yrkeshierarkiet, eller også hindre deklassering (f.eks. gjennom å bli åpent assosiert med skittarbeid). I helsesektoren skjer ofte en delegering av oppgaver fra leger til sykepleiere, sjelden omvendt. Dette er som regel de mest rutiniserte oppgavene, og kunnskapsfronten med de mest utfordrende oppgavene er flyttet til andre steder. Sykepleierne på sin side har delvis brukt samme strategi overfor hjelpepleiere og har skjøvet de minst prestisjefylte oppgavene nedover til dem.<sup>44</sup> Men om en ny oppgavefordeling også flytter den eksisterende maktens grenser mellom yrkesgruppene, er et annet og langt mer komplisert

---

<sup>44</sup> Interessant i denne sammenhengen er at sykepleiere i de siste 10 årene har forsøkt å gjenvinne arbeidsoppgaver de tidligere har delegert til hjelpepleiere (underskøterskor), ut fra ideologiske oppfatninger om helhetlig sykepleie.

spørsmål. Lite tyder på at maktforholdene mellom yrkesgruppene i helse-sektoren er vesentlig endret.

## Legearbeid som skittarbeid

Medisinsk behandling er rettet mot å forandre en sykkelig eller uønsket tilstand. Men det betyr ikke at all forandring er like mye verdt, og heller ikke at alle medisinske oppgaver framstår som attraktive. Leger er ikke uberørte av hvilke kroppslige organer de arbeider med. Sosiologen Dag Album (1991) sin undersøkelse av sykdommers medisinske prestisje, viste i klar-tekst at også medisinsk behandling er tydelig rangert. Det gir adskillig større prestisje å utføre hjernekirurgi eller transplantasjonskirurgi, framfor å befatte seg med hverdagslidelser som åreknuter, hemorroider eller endetarmslidelser (anal-inkontinens er den medisinske termen). Prestisjehierarkiet viser at lidelser i tarm og fordøyelsessystemet (gastrokirurgi) er rangert omtrent midt i hierarkiet. Gastrokirurgien omfattet helt fram til det siste ti-året mest øvre og midtre del av tarm-systemet. Lidelser i endetarmens nedre del var ikke en gang nevnt under rangeringen.

*Kvinnehelsemeldingen* som ble lagt fram våren 1999 (NOU-rapport nr. 13-1999) kan også tjene som en illustrasjon på hvor skjult – og tabuisert – endetarmslidelser har vært. Heller ikke der blir lidelsen nevnt eller omtalt, til tross for at majoriteten av pasientene nettopp er kvinner, som stort sett har pådratt seg skader etter fødsler.<sup>45</sup> Den andre, men langt mindre pasientgruppen, er eldre mennesker (både kvinner og menn) med generell muskelsvekkelse. Urin-inkontinens er til gjengjeld en langt hyppigere kvinnelidelse, som også er blitt bedre kjent, og som blir viet behørig plass i meldingen. Avføringsinkontinens er ikke like vanlig, men er til gjengjeld en uhyre plagsom lidelse for de som rammes. Det å ikke ha kontroll over sin egen avføring, er ufattelig stigmatiserende i vår type samfunn. Det blir dramatisk synlig for omgivelsene om avføringen kommer plutselig og uventet i sosiale situasjoner, og det lukter vondt. Hittil har kvinnene ikke fått hjelp. De er ofte blitt avvist av behandlingssystemet, eller lidelsene deres er blitt bagatellisert.

Kunnskapsmangelen på dette området er uttrykk for det skambelagte og har ført til den tabuiseringen lidelsen hittil har vært omgitt av. Antakelig

---

<sup>45</sup> Utvalgets leder var gynekolog og kvinneforsker dr. med. Johanne Sundbye. På forespørsel fra meg, kunne hun bare svare at det fortsatt er mange huller og mangler i kunnskapen om kvinners sykdommer, og at komiteen hadde vært avhengig av å få informasjon fra de som arbeider i feltet. Her gjenstår altså mye arbeid.

har det hatt betydning at pasientkategorien i hovedsak består av kvinner (se for eksempel Malterud 1990). Ingen vet hvor mange som har dette problemet, men ut fra det tabubelagte antar en at mørketallene er store. Leger som i dag arbeider innenfor dette feltet, forteller at i tillegg til de daglige plagene er symptomene i seg selv så skambelagte at mange pasienter av den grunn unnlater å søke hjelp. De isolerer seg i stedet helt. Ikke alle har latt være å søke hjelp, men hjelpen fantes ikke. En kirurg fortalte at:

Denne kvinnen hadde vært helt lekk i 31 år. Hver gang det kom ny lege, gikk hun og ba om hjelp. Men den fantes ikke. Først etter 30 år ble hun henvist til gynekolog, og så videre til oss. Jeg sa at det er vel ikke sikkert at vi kan gjøre noe, men la oss i alle fall forsøke. Her om dagen kom det et brev med en gullstjerne klistret utenpå. Der forteller hun om hvordan det går og at hun etter 31 år kan slutte med bleier.

Først i løpet av det siste ti-året har situasjonen for denne pasientkategorien begynt å bli forandret. Blant en del leger er det økende interesse for lidelsen, og feltet er konstituert som en ny medisinsk (sub)spesialitet. Hva har skjedd, og ikke minst *hvordan* har det skjedd? Flere forhold har bidratt til endringen. Enkelte leger har særlig festet seg ved at bekkenbunnen og endetarmssystemet er «anatomisk interessante strukturer», der kunnskapsnivået hittil har vært meget lavt. Feltet differensieres, og kunnskapen øker om hvordan endetarmslidelser dekker et vidt spekter både hva gjelder omfang, lokalisering og alvorlighetsgrad. De diagnostiske mulighetene er blitt betydelig forbedret, og den teknologiske utviklingen genererer nye reparasjonsmuligheter. Noen pasienter kan hjelpes med enkle inngrep, andre trenger mer avanserte, operative inngrep. En svikt i endetarmens lukkemuskel kan bli operert gjennom et relativt enkelt inngrep, et reflekssystem som fungerer dårlig kan restruktureres helt eller delvis gjennom operasjonsbehandling, og i de alvorligste tilfellene kan det legges inn en pace-maker på innsiden av låret for å regulere endetarmens lukkefunksjon. Mulighetsreportoaret vokser og mange flere pasienter kan bli hjulpet. Feltet er i ferd med å bli en kirurgisk suksesshistorie.

Aktiviteten genererer nye ringvirkninger. I løpet av de siste 10-årene er det produsert en økende mengde vitenskapelige artikler. Fagfeltet er blitt internasjonalsert, og det vokser fram et kunnskapsområde med faglige nettverk, kollegialt samarbeid, internasjonale konferanser, osv.

Proessen har flere sider som også griper inn i sykehusenes prioriteringer. På det nye Rikshospitalet er endetarmslidelser nå blitt et prioritert satsningsområde. Dette gir bedre ressursoverføringer, som igjen gjør det lettere å anskaffe nytt diagnostisk utstyr til avdelingen, og det opprettes flere

nye stillinger. Virksomheten utvides. Ved andre av (de større) sykehusene må legene kjempe om knappe bevilgninger, og hevder selv at de ikke når opp i den harde konkurransen<sup>46</sup>. Der går utviklingen langsommere. Men det er (foreløpig) bred enighet om at det ikke er et mål å spre kompetansen til alle sykehus, den må samles på noen få, større sykehus.

## Kroppsnær undersøkelse

Legen som skal gjennomføre diagnostikk og behandling knyttet til endetarmslidelser, står på flere måter overfor krevende oppgaver. En del pasienter (men ikke alle) synes som sagt at det er vanskelig å snakke med legen om sine problemer. Leger må føre samtaler med pasientene om et sosialt ømtålig tema. En (kvinnelig) spesialist framholder at det krever både varsomhet og omtanke med ord i undersøkelsessituasjonen:

Det som gjør dette så spesielt er nettopp det at det er en intimsfære. For meg er det jo naturlig, jeg holder på med dette hver eneste dag. Men for pasientene er det et veldig stort steg, det er en terskel å komme over. Du må være veldig ydmyk fordi du har fått deres fortrolighet, og for dem er det vanskelig å snakke om disse tingene. Du må ikke ignorere deres problem.

I tillegg til rent håndverksmessige ferdigheter, trekker hun her fram at legen også må kunne kommunisere med pasienten. Selve undersøkelseprosedyrene krever at legen rent kroppslig kommer svært tett innpå pasientene. Avstandskapende teknologi kan ikke overta alle elementene i undersøkelsen. Legen må konkret og bokstavelig forholde seg nært til menneskets avfallsprodukter, samtidig som de skal ivareta pasientens verdighet. I noen situasjoner bruker de hendene for å lokalisere nøyaktig hvor i tarmen hindringene sitter.

Pasientene kan heller ikke alltid være «rengjorte» (av pleiepersonalet) før og under selve diagnostiserings-prosessen. Noen ganger inngår det i prosedyren å sprøyte inn kontrastveske i tarmen, for å teste funksjonen og følge produktens bevegelsen (med røngten) gjennom tarmen. Underveis må både avføringsproduktene og tarmen inspiseres, nettopp ved hjelp av hendene. Det er et konkret skittarbeid.

---

<sup>46</sup> Her legger jeg bare fram legenes eget syn på ressurstilgang og mangler fortsatt tall som kan dokumentere prioriteringsprofiler.

## Skittarbeidet har ulik – og kjønnet karakter

Undersøkelser omkring avføringsinkontinens er et kroppsnært arbeid, i dobbel forstand et skittarbeid. Men det som gjør at denne virksomheten skiller seg fra annet skittarbeid, er at den foregår i en medisinsk kontekst og settes inn i en vitenskapelig forståelsesramme. Legens oppgave er ikke å konkret *fjerne* et kroppslig avfallsprodukt, men å endre en medisinsk tilstand. Det avgjørende skillet er ikke selve arbeidsoppgavene, men oppgavenes symbolske (og billedskapende) kontekst, og den betydningssammenhengen de inngår i. Dette konstituerer antakelig den viktigste forskjellen mellom legenes skittarbeid og det skittarbeidet som utføres innenfor pleie- og omsorgsarbeid.

Også kunnskapsutviklingens retning er en rangert og kjønnet betydningssammenheng. Kunnskapskildene er forskjellige. Nye medisinske undersøkelsesmetoder som er avledet av en vitenskapelige forståelsesramme, rangeres høyere enn kunnskap som genereres fra praksiserfaringer. At legenes kunnskapsutvikling går *fra* teori *til* praksis, synes å bidra til å gjøre kunnskapen mer verdt enn sykepleiernes kunnskap, som er sterkere knyttet til praksisfeltet. At ny kunnskap kan føres tilbake til to ulike kunnskapssystemer, betegnet som henholdsvis teoretisk (den medisinsk vitenskapelige) og praktisk (den sykepleiefaglige), gjensker og viderefører et kjønnsmaktskille. Abbott (1989) legger avgjørende vekt på at praktiske ferdigheter som avledes fra teorien, representerer den abstrakte kunnskapen, mens teori som genereres fra praksisfeltet ligger nærmere det konkrete. Men hans analyser er lite sensitive for relasjonen mellom kjønn og kunnskapsutvikling. Også kunnskapsutviklingens retning er en kjønnet betydningsstruktur og gjennom det en maktrelasjon som trenger å bli utforsket. Vi trenger å problematisere forholdet mellom teori og praksis, og se det mentale arbeidet vi gjør for å opprettholde symbolske kjønnsgrenser (Acker 1992).

Grunnlaget for forandringen er undersøkelsesprosedyrenes kopling til teori og medisinsk vitenskap. Avføring opphører i en viss forstand å være et konkret kroppslig avfallsprodukt som enten utføres usynlig i et lukket toalettrom, eller i et bekket for deretter å bli fjernet. Den medisinske berøringen med kroppens «skammelige» produkter gjør, i Mary Douglas' betydning, avføring til et rent produkt, og den forandres fra et konkret til et abstrakt produkt. Renselsesprosessen og reparasjonen, dvs. transformasjonen, framstår som det sentrale, og det er slik det blir oppfattet av omverdenen. Arbeidet kodes som teoretisk og maskulint. I motsetning til avføringens abstrakte dimensjon innenfor den medisinske teoridannelsen, er pleieoppgavene knyttet til et kroppslig produksjonssystem. Det handler om å *fjerne* de samme



avfallsproduktene. Arbeidsutførelsen (oppgavene) kan vanskelig transformeres til å bli noe annet og noe som peker ut over det konkrete. Pleiearbeidets konkrete karakter gir det et manglende statusvern. Arbeidet kodes som konkret og kvinnelig. Flere elementer trekker i samme retning og sementerer oppfatningen om arbeidets lave karakter. Pleie- og omsorgsarbeidet fanges i en tvetydighet; på den ene siden er arbeidet menneskelig nødvendig og verdig, men representerer på den andre siden noe dypt foraktelig.

## Avslutning

Jeg har diskutert skittarbeidets karakter og natur, og forsøkt å vise at det ikke er nærheten til kroppslige (avfalls)produkter i seg selv som avgjør arbeidsoppgavens status. Det avgjørende for vurderingen er selve konteksten og kjønnsmaktforholdene.

Helsearbeidet forstått som kroppsarbeid inngår i et omfattende og kjønnspreget betydningssystem. Vi har sett at et hovedskille i helsesektoren går mellom kvinners og menns arbeid. Kulturelle koder har betydning for hvordan arbeidet blir oppfattet og vurdert. Jo mer usynlig en kulturell kode er, jo mer virksom er den (Bjørk (1996)). Det ligger i faget at leger har et mer akademisk forhold til pasientkropper enn pleie- og omsorgsarbeidere. De kan – og skal – konsentrere seg om diagnostiske og behandlingsmessige oppgaver, mens assistentenes oppgave er å tilrettelegger situasjoner, gi medisiner, trøst, næring og ta hånd om kropper som en avfallsproduserende organisme. Men som vi har sett, betyr ikke denne sosiale organiseringen av oppgaver at leger 'unnslipper' det kroppslige eller nærkontakt med kroppens skitne produkter. Skillet mellom *pleie* og *behandling* er knyttet til begrepsparene konkret/abstrakt og til kvinnelig/mannlig. Når Lawler legger så stor vekt på at sykepleierne forsøker å skjule det skitne arbeidet, mener hun at dette skjer ut fra en (begrunnet) frykt for at deres status og verdighet som yrkesutøvere står på spill. Slike anstrengelser trenger leger knapt å gjøre, siden deres arbeid tillegges en helt annen symbolsk og sosial betydning.

Jeg har lagt vekt på å få fram at noe skittarbeid kan forandre karakter, mens noe virker uforanderlig. Endetarmslidelser har lenge vært et neglisjert felt, en type skittarbeid heller ikke leger ønsket å befatte seg med. Men med et nytt medisinsk blikk og nye teknologiske muligheter transformeres hele arbeidsfeltet og blir til et nytt, interessant og utfordrende arbeidsfelt for leger – av begge kjønn. Argumentet her er at vi kommer for kort i forståelsen av helsearbeid dersom vi ensidig fokuserer på organisering, oppgaver og funksjoner. Kjønn og kjønnsmaktforhold er også betydningsstrukturer som må fortolkes.

## Litteratur

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press.
- Acker, Joan (1992): *Gendering Organization Theory*. I: Albert J. Mills & P. Tancred (eds.): *Gendering Organizational Analysis*. London: Sage.
- Album, Dag (1991): Sykdommers medisinske prestisje. I *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, nr.17.
- Annandale, Ellen (1998): *The sociology of health and medicine: a critical introduction*, Cambridge : Polity Press.
- Annfeldt, Trine (1998): *Kjønn i utdanning. Hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin og faglærerutdanning*. Dr.polit.-avhandling, NTNU, Pedagogisk institutt.
- Bjugan, Helga Gísladóttir (1997): *Pårørendeomsorg for den glemske i familien*. Hovedfagsoppgave NTNU, Institutt for sosialt arbeid.
- Bjørk, Nina (1996): *Under det rosa tækket*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Davies, Kathy (1997): *Embodied Practices*. London: Sage.
- Hughes Everett C. (1984): *The Sociological Eye*. New Brunswick and London: Transaction Books.
- Isaksen, Lise Widding (1995): *Den tabubelagte kroppen*. Avhandling for dr.polit.-graden, Universitetet i Bergen.
- Johansson, Thomas (1999): Vad gör vi på gymen? Drømmen om en hård kropp. I: *Tvårsnitt. Humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*.
- Kvande, Elin (1998): Konstruksjon av mannlighet i organisasjoner under endring. I *Sosiologi i dag*. Nr.3.
- Lawler Jocalyn(1991): *Behind the Screens – Nursing Somology and the Problem of the Body*. Pearson Professional.
- Malterud, Kirsti (1990): *Allmennpraktikerens møte med kvinnlige pasienter*. Oslo: Tano.
- Shilling, Chris (1993): *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Skårderud, Finn: Idéhistorier om kroppen. I : *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr. 2 1994; 114:177–84.
- Solheim, Jorunn (1999): *Makt som grense*. Foredrag på NFR-konferansen: Kjønn i endring.
- Sudman, Torbjørg (1998): Kjønn er (også) en jobb. I *Fysioterapeuten*, nr. 5, årg. 65, s.12–19.
- Sørhaug, Hans Christian (1994): Dær går grænsen! I Karl-Olov Arnstberg (red.) *Førbjudet, farligt, frestande. Om tabu i vår tid*. Carlsson bokforlag.

Turner, B.S. (1992) *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

Twigg, Julia (1999): *Carework as bodywork*. Paper at the IV European Congress of Gerontology, Berlin.

Wærness, Kari (1984): The Rationality of Caring. I *Economic and Industrial democracy*, SAGE, London, Beverly Hills, New Delhi, Vol. 5:185–211.

NOU nr. 13 – 1999: Kvinnernes helse i Norge.

# Summary

MIA VABØ:

## Consumerism – a suitable approach to quality of care?

Consumerism has become a conspicuous feature in the Norwegian welfare debate and a major driving force behind welfare reforms. The rhetoric of consumerism is promising, signifying the service recipient as an active subject who will take action if services fail, thereby pushing welfare providers to mend their ways. Remedial actions rooted in consumerism have been taken for granted as self evidently favourable to care recipient. In this article, however, this supposition is critically investigated.

*The first section* of the article draws attention to the ideological roots of the public human service regime, stressing the discretionary freedom of welfare state occupations due to the belief that each client is unique and unpredictable. Hand in hand with new public management, public services are increasingly being compared to services provided in the market. The belief in trust relationship and human discretion is thus challenged by the belief in sovereign consumers and contracts.

*The second section* of the article demonstrates how consumerist arrangements are being socially constructed and put into practice. Data from Vabø's own field research indicate that the home care system consists of two deeply competitive parts and discourses: Managers and reform agents seem to believe firmly in a consumerist management approach emphasising information, contracts, formal routines for needs assessment and handling complaints. Home care staff still assume that care needs are ambiguous, unstable and contextual. Responding adequately to needs acquires a relationship of trust and a continuous dialogue with care recipients and their families. The narratives of the home care staff indicate that consumerist arrangements do not explain how sudden shifts of needs should be met and how reluctant and confused patients should be treated. Older care recipients are often mentally too weak even to comprehend the formal information they receive from the municipality. To secure the latitude and flexibility needed to be responsive to human needs, care staff tend to adjust and modify the routines and practices which are expected due to consumerist arrangements.

In a final discussion the author suggests that the adjustment and modifications made by care staff may serve to cover the fact that consumerist management approaches are ineffective.

Thus, paradoxically the tacit opposition of care staff may serve to add fuel to the concept that consumerism is *the* remedial action necessary to make services more sensitive and responsive to the people whom they serve.

## KIRSTEN THORSEN: A perspective on gender, power and powerlessness in public care

Analyses of gendered power in public home care have been a neglected field. Since women usually are both caregivers and carereceivers, the meaning of gender has slipped out of sight, the care relation does not fit into a traditional perspective on male dominance. Public care is mostly «a female field». Care is traditionally seen like a sort of «natural» female gift. Analyses of power seem to be an inappropriate perspective on the good intentions and hard work from underpaid homehelpers to dependent and frail elderly clients – most of them women. Public care is help given from women to women, both – in their different positions – at the «bottom» of the care system.

The article presents a discussion of gendered power in public care – often structural, often implicit and unintended, concealed in modern ideology of care. Power is manifested in care given and care withheld, the content of care, the organization as well as the field of knowledge and discourses of care. Public care is being redefined as service, specified in contracts, given as predefined tasks, placed in an unspecified and vague time of the day, and often given by a team of helpers. The care is transformed to be more like a technical service. Theories of public management are implemented. The goals, the language, the knowledge, the rhetoric and the control systems transform both the content and way of thinking about care. The receivers of care have lost power to influence it to suit their varying needs.

The relations of care is also modified by positions of class and generation. The new recruits of homehelpers differ from the older ones, and from the elderly clients. «The gap» between the partners in the care relations is widened. Young women have a professional orientation, are working full time, planning a lifelong professional career and looking for interesting self-fulfilling work. Traditional housework is not their main ambition, not in their working or private life. The standards of work and care are to a lesser

degree shared between the young helpers and the elderly clients – the old house wives.

Strict time appointments are important symbols of the status, power and importance of people. The «loose» time of the home help given to the clients show disrespect of pensioners` – the older womens` – time, work and need to structure their daily life.

The article concludes that the clients have become more powerless, with reduced influence on the content, organisation and forms of the home care, and with less control over their daily life and timeplanning – a most valued aspect of modern life. This tendency inflicts mostly on elderly women.

## RANNVEIG DAHLE: Can dirt-work ever be academized? Gender and power in the health sector

The human body is a complicated matter, even when it comes to professional caring work in the health field. The gendered division of labour leaves it to women to do most of the intimate and *concrete* bodywork, which has low prestige and is also considered shameful. The target of medical doctors work on the other hand is to diagnose and offer medical treatment to patients. Also it is assumed that technology comes between the doctor and the patient. For various reasons the nature of medical work is constituted differently and leads to a more distant and *abstract* relationship to the corporeal body. The bodily relationship to the patient body is most often rendered invisible and hence neglected in theory as well as in our mental images of the nature of medical work. In this article intimate bodywork is problematised and discussed according to its concrete and abstract dimensions. Focus is on examining a process of transformation which has taken place within surgery during the last ten to twenty years or so, and in which a neglected and 'shameful' part of the body (rectum) has been reconstructed to become a 'visible', proper and clean part of the body. Important is also to consider how this work has been converted into a well accepted and respected speciality within the realm of medicine even when the diagnostic procedures and treatment require a lot of intimate body work. In this process new medical technology, scientification of knowledge and gender play an important part.

