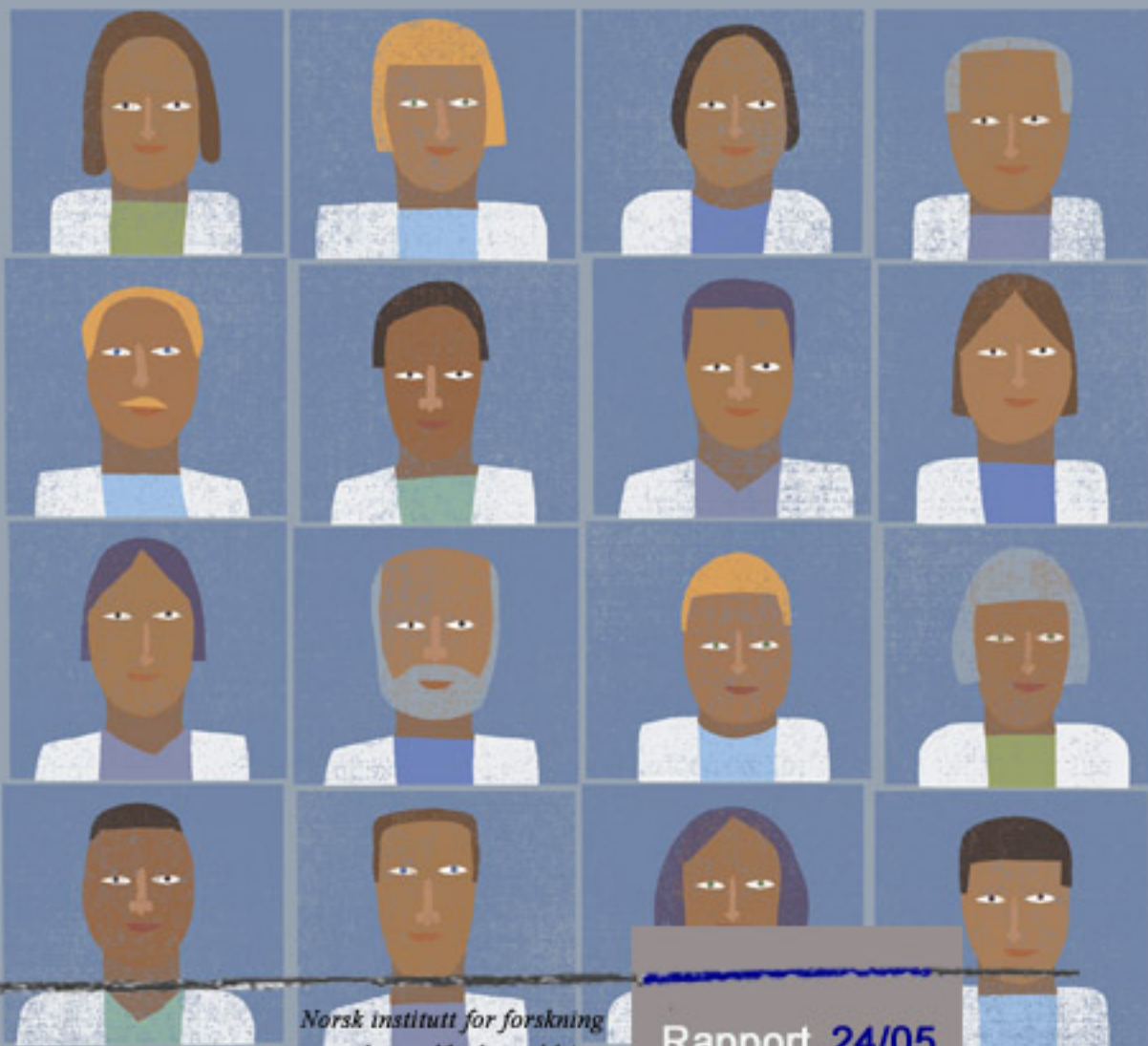


«Det er kunnskapene mine dere trenger, ikke språket mitt»

Etnisitet, kjønn og klasse ved to arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren

MARIE LOUISE SEEBERG
RANNVEIG DAHLE



«Det er kunnskapene mine dere trenger, ikke språket mitt»

Etnisitet, kjønn og klasse ved to arbeidsplasser
i helse- og omsorgssektoren

MARIE LOUISE SEEBERG
RANNVEIG DAHLE

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 24/05

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 Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD).

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 velferds-samfunnets 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) 2005
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-228-5
ISSN 0808-5013

Forsidefoto: Corbis/Scanpix
Desktop: Torhild Sager
Trykk: GCS/Allkopi

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

Denne rapporten handler om hva etnisitet, kjønn og klasse betyr på arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren. Den er basert på feltarbeid ved et bo- og omsorgssenter og et sykehus, begge i Oslo-området. Feltarbeidene ble utført i 2004. Rapporten er en publikasjon under prosjektet «Arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren: kjønn, klasse, etnisitet», som er finansiert av Norges forskningsråds program for arbeidslivsforskning. Prosjektet startet opp i mai 2003 og avsluttes ved utgangen av 2005.

Som regel er forskere eksperter enten på innvandring og integrering, eller de er eksperter på ulike områder i det samfunnet som også skal inkludere innvandrere – for eksempel arbeidslivet. Vi har forsøkt å forene disse to kunnskapsfeltene ut fra hvert vårt ståsted. Det er ikke noen selvfølge at slike samarbeid på tvers går bra, men for oss har dette blitt en lærerik og interessant prosess.

Vi vil takke Forskningsrådet som gjorde prosjektet mulig, kolleger ved NOVA og særlig Nicole Hennem som har lest rapporten og kommet med nyttige kommentarer, samt alle som har hjulpet oss underveis. Spesielt vil vi takke ledelsen og de ansatte ved de to arbeidsplassene der vi har fått lov å utføre feltarbeidet. Vi håper at denne rapporten kan vise seg nyttig for alle som arbeider innenfor dette feltet, enten som ansatt, byråkrat, politiker eller forsker.

Oslo, desember 2005

Marie Louise Seeberg og Rannveig Dahle

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
Prosjektets bakgrunn og problemstillinger	11
Kompetanse i helse- og omsorgsarbeid	12
Politisk styring: for rekruttering/mot rasisme.....	16
Kjønn, klasse, etnisitet og forvaltning av utilgjengelighet	17
Gjennomføringen av prosjektet.....	19
Om rapporten: struktur og begreper	20
2 Bo- og omsorgssenteret	22
Bo- og omsorgssenteret som arbeidsplass.....	23
Rekruttering og ansettelse	25
Hvem var de ansatte ved bo- og omsorgssenteret?	27
Arbeidsgiver, tilrettelegging og diskriminering.....	30
Etnisk diversitet og arbeidsfellesskap	35
«Godt nok norsk».....	38
Uformell kompetanse	39
3 Sykehuset	42
Sykehuset som arbeidsplass	42
Rekruttering og ansettelse	45
Hvem var de ansatte på sykehuset?	47
Arbeidsgivers tilrettelegging	49
Insistering på at alt er bra – og forskeren som bedreviter.....	50
«Godt nok norsk».....	53
Uformell kompetanse	56
4 Kompetanser og sammenhenger	58
Spesifikke steder, generelle spørsmål.....	58
To deler av en større helhet	60
Kjønn, klasse, etnisitet: hierarkier i samspill	60
Utilgjengelighet og hierarki	61
Forskjellighet, likhet og kompetanse	64
Universalisme kontra partikularisme.....	64
Kompetanshierarkier og politisk styring	65
Summary	69
Litteratur	73

Sammendrag

Prosjektet «Arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren: kjønn, klasse, etnisitet» ble gjennomført fra 2003 til 2005, og var finansiert gjennom Norges forskningsråds program for arbeidslivsforskning. Bakgrunnen for prosjektet var at andelen ansatte med innvandrerbakgrunn i helse- og omsorgssektoren øker, og at en regner med fortsatt vekst. Hensikten var å utforske hvordan ansatte med innvandrerbakgrunn inkluderes i det eksisterende arbeidsmiljøet, og hvordan arbeidsorganisering, arbeidsrelasjoner og hierarkidannelser påvirkes av at ansatte med innvandrerbakgrunn blir rekruttert inn i helse- og omsorgssektoren. Vi har gjennomført feltarbeid ved et bo- og omsorgssenter og et sykehus i Oslo-området. Prosjektets hovedfokus er altså på arbeidsplassene, snarere enn på de ansatte. De to arbeidsplassene beskrives i hvert sitt kapittel i rapporten. Kapitlene skal også fungere som en tilbakemelding til arbeidsplassene som tok imot oss. På den måten kommer problemstillinger som er særlig relevante for henholdsvis sykehus og bo- og omsorgssentre eller sykehjem, tydelig fram. Sykehuset og bo- og omsorgssenteret utgjør eksempler på to forskjellige typer organisasjoner med særegne muligheter og problemer. Slik blir rapporten også nyttig for ledere og ansatte innenfor begge typene organisasjoner. Rapporten sammenligner arbeidsplassene i forhold til ulike temaer. Den viser også til at de inngår i en større sammenheng og er underlagt ulike rammebetingelser, noe som har betydning for hva forskjeller i etnisitet, kjønn og klasse får å si i praksis.

Hovedfunnene kan oppsummeres slik:

- Ved sykehuset hadde et stort flertall av de ansatte pleierne etnisk norsk bakgrunn. Bo- og omsorgssenteret hadde en langt høyere andel pleiere med innvandrerbakgrunn enn sykehuset. Ved den avdelingen vi utførte feltarbeidet var over 20 ulike etniske grupper representert, og et mindretall av de ansatte hadde etnisk norsk bakgrunn. Ved sykehuset var det altså liten grad av etnisk diversitet, mens det ved bo- og omsorgssenteret var høy grad av slik diversitet.
- Det er lettere for kvalifiserte søkere med innvandrerbakgrunn å få arbeid i bo- og omsorgssentre enn på sykehus. Det er lettere for søkere med bakgrunn fra såkalt «vestlige» land å bli ansatt ved sykehus enn det er for søkere med «ikke-vestlig» bakgrunn. Her spiller forskjeller i ansettelses- og rekrutteringsrutiner i to typer organisasjoner en viktig rolle. Det er en

utbredt erfaring blant søkere med innvandrerbakgrunn at det nesten ikke er bryet verdt å forsøke å få en stilling på sykehus. Denne selvforsterkende tendensen medfører blant annet at personalsammensetningen blant de ansatte ved sykehus i dag er langt fra målet om å gjenspeile befolkningsgrunnlaget i de delene av Norge hvor det bor relativt mange med innvandrerbakgrunn.

- Likhhet, forskjell og diskriminering var viktige temaer i denne undersøkelsen. Hvordan spørsmål relatert til disse temaene oppfattes og håndteres har stor betydning for arbeidsmiljøet og for den enkelte ansatte. Vi fant her systematiske forskjeller mellom sykehuset og bo- og omsorgssenteret, både i politikk og i praksis. På sykehuset var den offisielle politikken at «her behandles alle likt». Premisset om likhet gjør at en forventer like resultater av lik behandling, uansett om en ansatt er norsk eller har innvandrerbakgrunn. Underforstått forutsatte sykehuset norskhet som det normale. Innvandrerbakgrunn ble dermed oppfattet som avvik fra det normale. Norsk bakgrunn ble slik et kompetansefortrinn i seg selv. For å unngå åpen stigmatisering var utveien for ansatte med innvandrerbakgrunn å underkommunisere dette aspektet ved sin identitet. Ved bo- og omsorgssenteret var politikk og praksis på dette feltet helt annerledes. Bydelen hadde en bevisst likestillingspolitikk og en samordning av sitt likestillingsarbeid i forhold til alle diskriminerte grupper. Selv om den enkelte ansatte hadde lite kontakt med bydelsadministrasjonen, visste de likevel at spørsmål om diskriminering var anerkjent og ble tatt alvorlig. Det var legitimt å bringe enkeltsaker videre om det oppstod problemer. Derimot var de langt mer usikre på mulighetene for å skape endringer som kunne bedre mulighetene for ansatte med innvandrerbakgrunn mer generelt. I avdelingen der vi gjorde feltarbeid, fant vi ingen tendenser til stigmatisering av etnisk identitet. Fellesskapet her ble bygget på felles erfaringer som innvandrere i det norske samfunnet, og på arbeidet med beboerne.
- Når det gjelder betydninger av den etniske sammensetningen for organiseringen og arbeidsoppgavene, fant vi ved bo- og omsorgssenteret at selve det faktum at de ansatte i liten grad hadde felles etnisk bakgrunn, bidro til at de satte beboernes behov i sentrum. Ved sykehuset fant vi ikke noe tilsvarende. Her *hadde* flertallet av de ansatte felles etnisk bakgrunn, nemlig norsk. Det er tankevekkende at der vi fant de fleste pasienter/beboere med innvandrerbakgrunn, nemlig på sykehuset, fant vi den laveste andelen ansatte med slik bakgrunn. Man kunne ha tenkt seg at de relativt få ansatte med innvandrerbakgrunn kunne ha blitt ansett som en særlig ressurs i forhold til en økende andel pasienter med innvandrerbakgrunn. At dette i liten grad var tilfellet ser vi som en

konsekvens av den stigmatiseringen som vi nevner ovenfor. Vi fant altså ved sykehuset en dårlig utnyttelse av den uformelle kompetansen til ansatte med innvandrerbakgrunn. Når det er sagt, fant vi at de enkelte ansatte på sykehuset i flere tilfeller oppga at de selv tok initiativ til å gjøre innleggelsesperioden lettere for pasienter med innvandrerbakgrunn, ved å snakke deres felles språk, vise romslighet i forhold til familiebesøk, og på andre måter vise en forståelse som var bygget på felles erfaringer. Slike individuelle initiativ skjedde diskret og hadde ingen strukturell forankring.

- Vi fant at betydningen av å beherske norsk «godt nok» til å kunne arbeide som for eksempel sykepleier i Norge, handler om mye mer enn «objektive» kriterier som for eksempel språktester. En må også beherske de tause delene av språket, de kulturelle språklige kodene i helsesektoren, og en må kunne bedømme hvordan kolleger tar imot det en forsøker å uttrykke. Like viktig som den enkeltes norskkunnskaper er arbeidsrelasjoner mellom ansatte og strukturelle forhold som arbeidsorganisering og konjunkturer på arbeidsmarkedet. Våre funn støtter her opp under andre undersøkelser som bl.a. viser at kravene til norskkunnskaper synker når det er mangel på arbeidskraft, og stiger når det er god tilgang eller overskudd. Det er vanskeligere å rekruttere etnisk norske til omsorgssektoren enn til sykehus, og dermed er kravene til norskkunnskaper i omsorgssektoren også lavere.
- Sykehusene har gjennomgått betydelige omorganiseringer de senere årene, mange av dem som en del av den reformpolitikken som gjerne kalles for ny offentlig styring (New Public Management). Dette har medført en desentralisering av beslutningsprosesser, og det stilles store krav til effektivitet og økonomiforvaltning. Oppgavefordelingen for pleierne var gjennomgående fastlagt og detaljstyrt fra avdelingsledernivå. Mye tyder på at disse rammebetingelsene ikke ga rom for å tenke nytt og finne fleksible løsninger for effektivt å utnytte kompetansen til de ansatte. Mange relasjonelle og strukturelle faktorer spiller altså sammen når enkeltmennesker med innvandrerbakgrunn vurderes som «god nok» eller «ikke god nok» til å arbeide i denne sektoren.
- Eksisterende kompetanshierarkier i helse- og omsorgssektoren bestemmer hva som gir uttelling i form av status og lønn. I dette systemet får kunnskaper som assosieres med medisinsk ekspertkunnskap, mannlighet, elite, rasjonalitet, formell utdanning, som oppfattes som norsk eller vestlig og er individuelt orientert en privilegert status. Andre kunnskapsformer anerkjennes derimot ikke som like viktige, selv om de kan bety mye for pasienter/beboere. I denne undersøkelsen var norskhet

et eksempel på en slik selvinnløsende og ikke-tematisert kompetanse. Nye markedsorienterte systemer forsterker slike trekk.

- Dette bringer oss til spørsmål om politisk styring av de feltene denne rapporten berører, nemlig *rekruttering av helse- og omsorgsarbeidere* på den ene siden og *rasisme og diskriminering i arbeidslivet* på den andre siden. Skal tendensen til et etnisk segregert arbeidsmarked i helse- og omsorgssektoren brytes, må en bruke sterke politiske virkemidler. Med etableringen av statlige helseforetak og den sterke vektleggingen på økonomi og effektivitet kan imidlertid mulighetene for politisk styring bli svekket. I praksis kan de nye utviklingstrekkene bety at det blir vanskeligere å få til en bedre etnisk sammensetning blant personalet. Også her så vi forskjeller mellom nivåene. I bydelen var det lagt tydelige likestillingspolitiske føringer for arbeidet med etniske spørsmål, som også omfattet det kommunale bo- og omsorgssenteret, mens det manglet slike på sykehuset. I bydelen var klagemuligheter bygget inn i selve strukturen – og de ansatte visste at de hadde den, mens dette feltet var taushetsbelagt på sykehuset. Skal helsesektoren utvikles som en god og inkluderende arbeidsarena for diskriminerte grupper, trengs en mye tydeligere politikk på feltet, og en må nærme seg spørsmål om diskriminering på en mer direkte måte.

1 Innledning

Dere trenger ikke mitt *språk*, dere trenger mine *kunnskaper*!
(Roland, sykepleier)

Prosjektets bakgrunn og problemstillinger

I Norge, som i andre rike land, har en økende etterspørsel etter helse- og omsorgspersonell ført til en økende rekruttering av innvandrere i denne sektoren. Slik rekruttering har skjedd både direkte fra utlandet og blant innvandrere som allerede er etablert i Norge. Vi ønsket med dette forskningsprosjektet å belyse hvordan slike endringer har påvirket organisering og rekruttering i helse- og omsorgssektoren, og hvordan den daglige samhandlingen og kommunikasjonen på arbeidsplassen preges av endringene. Vi har derfor gjennomført feltarbeid ved to arbeidsplasser, en sykehuspost og en avdeling ved et bo- og omsorgssenter. I feltarbeidet rettet vi oppmerksomheten spesielt mot hvordan etnisitet virker som en av flere måter å oppfatte mennesker som like og ulike på, og hvordan dette igjen former ideer om hvem som passer inn hvor, og hvilke praktiske konsekvenser dette har. Vi visste fra før at etnisitet virker sammen med andre og tilsvarende måter å beskrive og sortere mennesker på, slik som for eksempel kjønn og klasse. I dette prosjektet ville vi lære mer om hvordan dette skjer, og vi var interessert i å se hvordan etnisitet inngikk i disse arbeidsplassenes hierarkier. Våre funn kan leses i forhold til migrasjon og det som ofte kalles det nye arbeidsmarkedet, med globalisering som et bakteppe for begge disse temaene.

Hensikten med dette prosjektet har vært å utforske *hvordan ansatte med innvandrerbakgrunn, i vid forstand, inkluderes i det eksisterende arbeidsmiljøet, og hvordan arbeidsorganisering, arbeidsrelasjoner og hierarkidannelser påvirkes av at ansatte med innvandrerbakgrunn er rekrutert inn i helse- og omsorgssektoren. Prosjektet fokuserer altså ikke på ansatte med innvandrerbakgrunn, men på to arbeidsplasser der innvandrere er blant de ansatte.* I studier av forhold mellom minoriteter og majoriteter, slik som forholdet mellom innvandrere og etnisk norske er ett eksempel på, fokuseres det ofte på minoritetene. Det er ikke mindre viktig å studere majoriteten, ettersom det for en stor del er her premissene for samhandlingen legges. Dette prosjektet tar derfor først og fremst sikte på å studere de to arbeidsplassene som deler av det norske samfunnet, der innvandring inngår i den større helheten.

Følgende spørsmål har hjulpet oss underveis i arbeidet, og vi skal også vise til dem videre i denne rapporten:

- Hvem er de ansatte, med og uten innvandrerbakgrunn, i helse- og omsorgssektoren? Hvor kommer de fra, hva slags bakgrunn har de, og hvordan er de rekruttert?
- Gjøres det noe for å legge til rette for at ansatte med innvandrerbakgrunn skal bli inkludert i arbeidsmiljøet, og i så fall hva gjøres, av hvem, på hvilke beslutningsnivåer?
- Har det betydning, og i så fall hvilke, om flere ulike etniske grupper er representert på samme avdeling? Oppstår nye skillelinjer og ulike typer hierarkier?
- Hvilken betydning har språkkunnskaper for det daglige arbeidet og for skillelinjer og hierarkier? Hvordan virker oppfatninger om betydningen av språk sammen med andre forhold?
- Også pasienter/beboere har i økende grad ulik etnisk bakgrunn. Hvordan håndteres dette? Utnyttes ansattes etniske bakgrunn produktivt for å forbedre kvaliteten?

Etter hvert mens vi har arbeidet med dette, har det gått opp for oss at mye av det vi er opptatt av dreier seg om ulike begrep om kompetanse. Hva kompetanse er, eller anses å være av ulike parter og grupper av ansatte, ligger under som en uutalt forutsetning for hvordan spørsmålene ovenfor kan besvares. Dette siste spørsmålet:

- Hva er kompetanse i helse- og omsorgsarbeid?

skal vi komme tilbake til underveis og avslutningsvis. Vi skal i det følgende si noe om hvorfor det er så sentralt i forhold til rapportens tema.

Kompetanse i helse- og omsorgsarbeid

Det foreligger mange studier av forhold mellom etnisitet og arbeid, kjønn og arbeid, eller klasse og arbeid, både i Norge og internasjonalt. Innenfor helse- og omsorgssektoren har oppmerksomheten gjerne vært rettet mot kjønn og klasse i forbindelse med såkalte profesjonsstudier, men også her har etnisitet i noen studier stått i sentrum (Næss 1997, Danielsen 2000). Mindre vanlig har det vært å koble sammen betydningen av etnisitet, kjønn og klasse i forhold til arbeid. Kompetanse er et stikkord for mye av forskningen i profesjonsstudier, noe som ikke er overraskende når forskningen i høy grad utføres i det som gjerne kalles kunnskapsbedrifter. Spørsmålet om hva

kompetanse kan være i ulike sammenhenger, og hvordan det henger sammen med nettopp etnisitet, kjønn og klasse, skal også vi komme tilbake til. Men hva er egentlig forskjellen på kunnskap og kompetanse? Når blir hva slags kunnskap kompetansegivende? Det skiller ofte mellom formell kompetanse, og reell kompetanse eller realkompetanse. Formell kompetanse defineres gjerne som den kompetansen som kan dokumenteres gjennom vitnemål, attester, eksamensbevis og fagbrev. Realkompetanse blir det et menneske kan, uavhengig av slike papirer. Dette begrepet ligger nær det vi her har kalt kunnskap.

I arbeidslivet brukes kompetanse om kunnskaper som anerkjennes som nødvendige for å utføre et bestemt arbeid, og begrepet knyttes som oftest til den enkelte arbeidstaker. Kompetanse oppfattes som noe som enkeltmennesker har eller ikke har, til tross for at «det som til enhver tid oppfattes som kompetanse, er noe som varierer avhengig av sammenhengen» (NOU 2003, kap. 8.1). I en mer utvidet forstand kan vi også snakke om en organisasjons felles kompetanse:

Når flere arbeider sammen i grupper, organisasjoner og bedrifter, kan det utvikles noe vi vil kalle felleskompetanse. Felleskompetansen i slike grupper er mer enn summen av de individuelle kompetansene fordi den blant annet vil være avhengig av hvordan de ulike individuelle kompetansene står til hverandre, hvordan de kombineres og av gjensidig læring. En viktig del av felleskompetansen i en virksomhet vil være evnen til å utnytte enkeltpersonenes kompetanse på en best mulig måte (NOU 1997: 25, kap. 7.2).

I denne rapporten skal vi forsøke å gi en forståelse av vekselvirkningene og samspillet mellom slik felles kompetanse i de to arbeidsplassene, og de ansattes og ledernes individuelle kompetanse.

I en tidligere studie om syke- og hjelpepleiere, to viktige og kvinne-dominerte yrkesgrupper i helsetjenesten, kom det fram at forholdet mellom dem var anstrengt, men også i forandring (Dahle og Iversen 2001). Ett tydelig konfliktområde var synet på hva som var nødvendig kompetanse for å yte godt omsorgsarbeid. Sykepleie bygger på en treårig høgskoleutdanning basert på allmennfaglig studieretning fra videregående skole, og rekrutterer i hovedsak kvinner med middelklassebakgrunn. Ved siden av behandling og pleie av pasienter, har sykepleierne et overordnet ansvar for å planlegge og koordinere arbeidet. Hjelpepleierne er sykepleiernes assistenter. Deres utdanning er ettårig, basert på helse- og sosiallinjen på videregående skole, og de fleste utøverne har arbeiderklassebakgrunn. For sykepleiere er kompetanse i økende grad en akademisk type kunnskap, knyttet til fagfelt

som medisin og organisasjonslære. Dette er kunnskap som assosieres mer med mannlig enn med kvinnelig yrkesutøvelse. For hjelpepleiere er kompetanse i første rekke evne til omsorg og praktisk stell med syke, en type yrkesutøvelse som gjerne knyttes til kvinner.

Kompetanse er også et stikkord for hierarkiene i denne sektoren: jo mer, og jo mer spesialisert biomedisinsk (skolemedisinsk) kompetanse, jo høyere plassering. Dette prinsippet gjelder for enkeltindivider innenfor den enkelte arbeidsplass, så vel som for avdelinger og hele institusjoner i forhold til hverandre. Det vil si at sykehus generelt har en overordnet plassering i forhold til sykehjem, at sykepleiere er overordnet hjelpepleiere, leger overordnet sykepleiere, legespesialister overordnet allmennleger, og så videre. Virkeligheten er ofte mer komplisert enn som så, fordi flere av disse hierarkiene kan motvirke eller forsterke hverandre. Dermed kan en hjelpepleier oppleve at hun eller han får en høyere posisjon i arbeidsfellesskapet på et sykehjem, der mange av kollegene ikke har noen formell medisinsk kompetanse, enn det som ville vært tilfelle på et sykehus, der praktisk talt alle har mer slik kompetanse enn hjelpepleiere har. I tillegg kompliseres bildet, som vi skal se, av at hierarkier basert på medisinsk kompetanse inngår i samspill med andre hierarkier som er basert på andre kriterier, for eksempel kjønn, klasse, og/eller etnisitet.

Den økende avstanden mellom syke- og hjelpepleiere henger sammen med hierarkier på flere nivåer. Lenge har institusjoner som bo- og omsorgscentre og sykehjem vært lite attraktive for sykepleierne. Ved siden av den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, har dette blitt hjelpepleiernes viktigste arbeidsarena. Hjelpepleierne selv mener de har blitt skjøvet vekk fra de faglig mest interessante arbeidsplassene, samtidig som de ser et stort behov for sin arbeidskraft og praksiskunnskaper på somatiske sykehus (Dahle og Iversen 2001).

De nye arbeidslivskravene til effektivitet og kvalitet viser seg å ha en del utilsiktede konsekvenser for samarbeidet på arbeidsplassene (Lindgren 1999). Halvard Vike og hans medarbeidere (Vike et al. 2002) hevder ut fra sitt antropologiske feltarbeid i en større norsk helseinstitusjon, at kollektive arbeidserfaringer i økende grad blir privatisert og erstattet av en opplevelse av egen utilstrekkelighet. Ifølge Vike hadde de ansatte til felles at de hadde fått større press og mer ansvar, men ikke mer makt. Denne forskningen beskriver og analyserer organisering og arbeidsforhold som i hovedsak gjelder for etnisk norske kvinner. I dette landskapet er kvinner, og særlig menn, med innvandrerbakgrunn i ferd med å bli synlige som en voksende gruppe medarbeidere. Spesielt sykehjem er i ferd med å bli en viktig

arbeidsarena for ansatte med innvandrerbakgrunn, mens etnisk norske syke- og hjelpepleiere orienterer seg mot nye og mer attraktive karriereveier, enten direkte innenfor sykehussektoren eller mer indirekte ved at de velger tilknytning til medisinske vikarbyråer.¹ Slike bevegelser kan både endre og forsterke segregering og hierarkidannelser slik vi kjenner dem fra før, altså i forholdet mellom profesjonene og mellom kjønnene.

I et arbeidsliv som stiller stadig større krav til fleksibilitet, effektivitet og raske omstillinger, er personlig kompetanse en fordel for dem som har den. I den grad «norskhet» anses som en type personlig kompetanse, kan dette bidra til å skyve etniske minoritetsgrupper nedover i hierarkiet. En antakelse forut for prosjektet var at noen få med innvandrerbakgrunn lykkes med å bli inkludert i arbeidsfellesskapet, men at de fleste vil falle utenfor, og at alle er i en utsatt situasjon med risiko for å bli ekskludert, selv om det er stort behov for deres arbeidskraft. Denne antakelsen viste seg å stemme for sykehusets del, mens feltarbeidet i bo- og omsorgssenteret bidro til å nyansere dette bildet.

Store norske helseinstitusjoner har lenge vært helt avhengige av ansatte med innvandrerbakgrunn (Næss 1997). I Næss sin undersøkelse ved Ullevål sykehus, var omtrent 40 prosent av disse sykepleiere som i hovedsak var rekruttert fra andre nordiske og «vestlige» land. Bare ca. fire prosent var hjelpepleiere, og deres bakgrunn var lite kjent. Næss viser at Klinikk for Intern Service på Ullevål sykehus, som er rangert aller nederst i sykehus-hierarkiet, i hovedsak har ansatte med bakgrunn fra land utenfor Europa. Undersøkelsen var basert på et omfattende spørreskjema til samtlige ansatte med innvandrerbakgrunn og en tilsvarende norsk kontrollgruppe, men svarprosenten fra innvandrerne i de nederste segmentene var så lav at det ikke var mulig å kartlegge deres situasjon. Språkvansker gis som den viktigste enkeltforklaringen på den lave oppslutningen. Det kan synes selvsagt at ansatte lavt nede i hierarkiet har dårligere norskkunnskaper enn ansatte høyere opp i hierarkiet. Dette til tross for at man fortsatt, og uten å bruke mye tid på å lete, kan komme over stillingsannonser der det søkes etter renholdere som oppfyller kravet om at «norsk må beherskes skriftlig og muntlig» (Veterinærhøgskolen i Oslo, oktober 2005) eller butikkansatte som «er flytende i norsk skriftlig og muntlig» (7-eleven, oktober 2005).

¹ Med utgangspunkt i Lov om utleie av helsepersonell fra 1. juli 2000, er det vokst fram mange nye vikarbyråer, som har vist seg å være svært attraktive for sykepleiere og der en venter at de også vil bli populære blant hjelpepleiere

Generelt verdsettes arbeidstakere med innvandrerbakgrunn mer innen sektorer der det er underskudd på arbeidskraft enn der det er mangel på arbeidsplasser (Djuve og Rogstad 1999). Hvor langt oppover i hierarkiet en må gå før norsk språk anses som en nødvendighet for å klare de daglige arbeidsoppgavene, og hvor godt norsk som er «godt nok», varierer på samme måte med tilgangen på arbeidskraft (Djuve og Rogstad 1999). Mange arbeidsgivere setter likhetstegn mellom «innvandrere» og dårlige norsk-kunnskaper (Rogstad 1998). Dette har også noe å si for inkludering av innvandrere på arbeidsmarkedet og i helsesektoren. Det er vanlig å anta at språk spiller en mindre rolle i arbeid hvor det stilles mindre krav til kompetanse (Moshuus og Smedal 1998). Dette reiser igjen spørsmålet om hva kompetanse er. I helse- og omsorgsarbeid stilles andre krav til kommunikativ og språklig kompetanse enn i vareproduksjon. Det å avgjøre hvor gode norsk-kunnskaper som er nødvendige for å oppfylle kravene til god omsorg og kunnskap, fra forståelsen av norsk regelverk og skriftlig journalføring til beherskelsen av småprat med beboere/pasienter og kolleger, kan være vanskelig.

Profesjonskonflikter i helsesektoren er et mye utforsket tema. Feministisk forskning har vist at samfunnsmessige forhold både kan forene og splitte kvinner (Siim 1993). For eksempel kan forholdet mellom syke- og hjelpepleiere være både en profesjons- og en *klassekonflikt*. Rang og status er knyttet til forskjellige slags oppgaver. I den grad ansatte med innvandrerbakgrunn dominerer i enkelte profesjoner eller segmenter av profesjonshierarkiet, mens de er nærmest fraværende i andre, kan dette også få karakter av å være en *etnisk* konflikt. Dersom utviklingen går slik mange frykter, kan grupper med minoritetsbakgrunn komme til å havne nederst i det hierarkiet som arbeidsplasser i helsesektoren utgjør. Det kan igjen bety at klasse-skillene forsterkes og den sosiale ulikheten øker, og at nye hierarkidannelser konsolideres på klasse og etnisk grunnlag (Bradley et al. 1999). Derimot kan man også tenke seg et mer komplisert bilde, der etnisitet ikke følger de etablerte skillelinjene, men tvert imot går på kryss og tvers av dem og dermed kan bidra til å svekke de etablerte profesjons- og klassekonfliktene.

Politisk styring: for rekruttering/mot rasisme

Politisk befinner prosjektet seg i skjæringspunktet mellom to styringsområder: rekruttering av arbeidskraft til helse- og omsorgsarbeid og rasisme og diskriminering i arbeidslivet. Regjeringen beskriver sin politikk på disse områdene særlig i to styringsdokumenter, henholdsvis «Rekruttering for bedre kvalitet: rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006»

(SHD 2002) og «Handlingsplan mot rasisme og diskriminering 2002–2006» (KRD 2002). Rekruttering av helse- og omsorgsarbeidere med innvandrerbakgrunn, og tilrettelegging av arbeidsforholdene deretter, kan dermed begrunnes på to måter.

For det første kan man si, som Sosial- og helsedirektoratet gjør i rekrutteringsplanen, at det er et stort behov for å «auke kvaliteten i tenestene gjennom god rekruttering og ved å sikre stabil arbeidskraft med nødvendig kompetanse» (s. 5), og at «rekruttering av hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar framstår som den største utfordringa på personellfeltet i helse- og sosialsektoren i åra framover» (s. 9). I dette perspektivet utgjør altså «innvandragrupper» en viktig «arbeidskraftreserve» (s. 15), og det snakkes om lønnsomhet og løsninger snarere enn rett og galt.

For det andre kan man, fortsatt med vekten på lønnsomhet og med støtte i Kommunal- og regionaldepartementets handlingsplan, hevde at «mangfold kan heve kompetansenivået og stimulere utviklingen i virksomheten, og lønner seg derfor for arbeidsgiverne» (s. 18), og man kan påpeke at diskriminering av innvandrere på arbeidsmarkedet «et vanlig fenomen. (...) arbeidsgivere opplyser til arbeidskontoret at de ikke ønsker innvandrere, (...) det forekommer diskriminering i form av mobbing på arbeidsplassen, eller ved at arbeidsoppgaver ikke samsvarer med utdanningsbakgrunn og reelle kvalifikasjoner» (s. 14). Når andelen innvandrere blant pasientene/beboerne øker, blir det som den samme handlingsplanen sier om «Offentlige tjenester» også spesielt viktig for denne sektoren i arbeidslivet. Her er det nemlig blant annet vedtatt at «den statlige arbeidsstyrken skal avspeile befolkningsgrunnlaget» og at «For å bedre tjenestetilbudet, vil regjeringen øke rekrutteringen av personer som tilhører minoriteter til visse prioriterte sektorer ... Flere ansatte med innvandrerbakgrunn innenfor helse- og sosialsektoren vil kunne bidra til at tenestene blir bedre tilpasset behovene til eldre, funksjonshemmede og syke med innvandrerbakgrunn» (s. 22).

Kjønn, klasse, etnisitet og forvaltning av utilgjengelighet

Begrepene kjønn, klasse og etnisitet står, samlet og hver for seg, for forsøk på å analysere sosiale forskjeller og maktrelasjoner i samfunnet. Forskjellene de viser til er av ulik karakter: «Kjønn» bygger på biologiske forskjeller, «klasse» på økonomiske forskjeller, og «etnisitet» på historiske forskjeller, med oppfatninger om raseforskjeller som en underliggende forutsetning. Selv om utgangspunktet dermed er ulikt, henger alle disse begrepene også nært sammen med kulturelle forskjeller: hvordan vi forstår verden kommer an på hvem vi er og hvilke erfaringer vi har.

Kjønn, klasse og etnisitet er altså forskjellige slags forskjeller, men de har mye til felles i sine sosiale konsekvenser, ettersom egenskaper som knytter seg til de sosialt definerte kategoriene kjønn, klasse og etnisitet henger nært sammen med forskjeller i hvilke muligheter den enkelte har i samfunnet. I en studie som denne er det flere vanskeligheter med å skulle beskrive folk ved hjelp av slike sosiale kategorier. *Etisk* er det problematisk å bruke kategoriene til å beskrive folk med, som om de beskrev menneskers viktigste egenskaper. *Praktisk* viser kategoriene seg vanskelige å bruke, fordi virkeligheten er så mye mer komplisert enn slike samlebetegnelser gir rom for. I denne rapporten vil vi langt på vei bruke kategoriene slik de ble brukt i arbeidskontekstene. For eksempel ble «norsk» kontra «innvandrere»/«ikke norsk» ofte brukt når ansatte skulle snakke om etnisitet. «Mann» kontra «kvinne»/«jente» ble brukt når de skulle snakke om kjønn. «Homofil» var også en merkelapp som i noen tilfeller ble brukt for å forklare trekk eller atferd som ble oppfattet som atypisk for den ene av de to hovedkategoriene av kjønn, mens vi aldri hørte noen bruke ordet «lesbisk» på denne måten i løpet av feltarbeidet.

Sosial klasse ble det snakket svært lite om. Vi har likevel valgt å bruke dette begreper, og en klassisk, sosiologisk inndeling i arbeiderklasse, middelklasse og overklasse, fordi vi mener at begrepene fortsatt viser til reelle forskjeller i det norske samfunnet. Det er godt kjent fra annen forskning at det snakkes lite om klasseforskjeller i det norske samfunnet, samtidig som klasseforskjeller har stor betydning for hvordan vi lever her i landet (se f.eks. Gullestad 1984, Lien et al. 2001). Vi vet at klassebakgrunn henger nøye sammen med valg av utdanning og dermed er relativt stabilt gjennom flere generasjoner, for eksempel slik at en hjelpepleier, statistisk sett, har høyere sannsynlighet for arbeiderklassebakgrunn enn det en lege har. Samtidig kompliseres dette bildet nettopp i en studie som denne, der utdannings- og klassebakgrunn i et annet land enn Norge ikke nødvendigvis faller sammen med stilling og muligheter i arbeidsmarkedet i Norge. Slike forhold gir oss muligheten til å vise at kjønn, klasse og etnisitet henger sammen på mange måter i virkelighetens verden. Samtidig er det nok denne dimensjonen som er svakest belyst i rapporten. Nettopp det at klassebakgrunn er så flertydig når det er snakk om innvandrere, gjør det vanskelig både å kategorisere enkeltpersoner og å si noe om betydningen av klassebakgrunn for den enkeltes muligheter i det norske samfunnet.

Et begrep vi skal gjøre bruk av underveis, er «Forvaltning av utilgjengelighet». Dette et begrep som i sin tid ble lansert av Inger Haugen (Haugen 1978). Slik lyder hennes definisjon:

Med utsagnet «A er utilgjengelig for B» vil jeg mene at trekk ved A's opptreden eller utsagn, samt eventuelt andre arrangementer rundt A's person uttrykker, ifølge bestemte koder, at det eksisterer sterke begrensninger på A's evne, vilje eller muligheter til å ta imot henvendelser fra B og reagere på dem i samsvar med B's (uttrykte eller tillagte) ønske.

Inger Haugen brukte begrepet om forhold mellom enkeltmennesker, mens vi skal benytte oss av det på flere nivåer: til å belyse relasjoner mellom institusjoner og enkeltmennesker, mellom grupper av arbeidstakere, og mellom enkeltmennesker. Vi vil videre knytte diskusjonen av begrepet til den større antropologiske diskusjonen rundt norsk «likhet» i ideologi og praksis. «Gjennom [forvaltning av utilgjengelighet] konstrueres det symbolske gjerder mot dem som ikke oppfattes som like nok Ved å ... unngå å samhandle med de som er forskjellige, vil hierarkiske relasjoner kunne underkommuniseres» (Lien et al. 2001:17).

Gjennomføringen av prosjektet

Undersøkelsen har vært gjennomført som en feltstudie ved to ulike arbeidsplasser:

- En avdeling på et sykehus i Oslo-området
- Et bo- og omsorgssenter i en bydel i Oslo kommune

Feltarbeidet ble utført i 2004. Første halvår utførte Marie Louise Seeberg feltarbeid i bo- og omsorgssenteret. Annet halvår utførte Rannveig Dahle og Marie Louise Seeberg i fellesskap feltarbeid ved sykehuset. Framgangsmåten vår var slik: Først gikk vi inn for å bli kjent med mennesker, arbeid og rutiner på hver av de to arbeidsplassene. Også de som jobbet der til daglig trengte tid til å bli kjent med oss og prosjektet, og til å bli vant til å ha forskere til stede. I neste fase fulgte vi arbeidet tettere. Hverdagens rutiner, som personal- og rapportmøter, var viktige, og det var også mer uformelle møtesteder som avdelingskjøkkenet, skyllerom og røykerom. Det var viktig for oss å kunne være til stede og observere så mye som mulig. Undersøkelsen omfattet også mange uformelle samtaler og mer strukturerte intervjuer med medarbeidere med både norsk og annen bakgrunn, og – om enn i mindre grad – med ledelsen, som hadde et hovedansvar for ansettelse, organisering og tilrettelegging.

Om rapporten: struktur og begreper

Vi har valgt å beskrive de to arbeidsplassene i hvert sitt kapittel i denne rapporten. Dette har vært naturlig fordi rapporten skal fungere som en tilbakemelding til de to arbeidsplassene som tok imot oss. Det gjør også at problemstillinger som er særlig relevante for sykehus på den ene siden og bo- og omsorgssentre eller sykehjem på den andre siden, som to forskjellige typer organisasjoner, skal komme tydelig fram. Slik vil rapporten også være nyttig for ledere og ansatte innenfor disse to typene organisasjoner.

Innenfor hvert av disse to hovedkapitlene har vi forsøkt å lage en struktur som gjør det mulig også å sammenligne de to arbeidsplassene i forhold til ulike temaer. Beskrivelsene utgjør grunnlaget for diskusjon og analyse av de ulike temaene som vi fant var viktige for rapportens hovedtema. Til slutt i rapporten trekker vi sammen noen av trådene fra de to kapitlene. Her viser vi også til at det at de to arbeidsplassene også inngår i en større sammenheng som gir dem ulike rammebetingelser, er viktig for hva forskjeller i etnisitet, kjønn og klasse får å si i praksis. Dermed fungerer de også som eksempler på generelle tendenser og trekk i denne delen av arbeidslivet.

Alle navn i rapporten, bortsett fra forskernes og Oslo kommunes, er forandret. Vi har også forandret på en god del beskrivende detaljer. Dette har vi gjort for å beskytte deltakernes anonymitet. Mange vil likevel kjenne igjen både seg selv og andre. Dette har også deltakerne i prosjektet vært klar over, men det er til syvende og sist vårt ansvar som forskere å sørge for at ingen skal ha grunn til å oppleve dette som ubehagelig. Derimot kan en ikke som forsker garantere at alle vil like resultatene av forskningen.

I rapporten bruker vi ordet «pleiere» som en samlebetegnelse for sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter, i motsetning til for eksempel beboere, pårørende, renholdspersonale, fysioterapeuter eller leger.

Ordet «innvandrerbakgrunn» bruker vi om bakgrunnen til mennesker som enten selv har innvandret til Norge, eller som er født i Norge av to utenlandskfødte foreldre. Denne definisjonen samsvarer med SSBs definisjon. Der det ikke er nevnt spesielt, så skiller vi ikke mellom innvandrerbakgrunn fra ulike land. Vi har altså valgt ikke å skille systematisk mellom det SSB kaller «vestlige» og «ikke-vestlige» innvandrere, fordi vi mener dette skillet ofte kan tilsløre mer enn det avslører. Med dette mener vi at forskjellene mellom mennesker innenfor hver av disse samlebetegnelsene ofte kan være større enn forskjeller på tvers av dem. Går man betegnelsene nærmere etter i sømmene, handler de i bunn og grunn mer om opprinnelses-

landenes økonomi enn om egenskaper ved mennesker som har sin opprinnelse i land av enten den ene eller den andre «typen». Samtidig er det verdt å merke seg at det var flere ansatte med bakgrunn fra nordiske og vest-europeiske land blant de ansatte på sykehuset, mens det ikke var noen med slik bakgrunn blant de ansatte ved bo- og omsorgssenteret. Det er neppe tilfeldig: på samme måte som ansettelse i sykehus gir høyere status enn ansettelse i eldreomsorgen, gir «vestlig» innvandrerbakgrunn høyere status i det norske samfunnet enn «ikke-vestlig» innvandrerbakgrunn gjør.

2 Bo- og omsorgssenteret

Bo- og omsorgssenteret var bydelens tilbud til eldre med behov for kontinuerlig pleie, behandling og tilsyn. Det hadde plass til rundt 100 beboere og besto av fire avdelinger, kalt poster, og i tillegg en dagavdeling. Det hadde litt i overkant av 100 årsverk, fordelt på hel- og deltidsansatte og ekstravakter. Senteret var ledet av en bestyrer som hadde ansvaret for hele institusjonen, og som i sin tur var underlagt bydelsadministrasjonen. Hver post hadde også en avdelingsleder med sykepleierutdannelse som hadde ansvaret for den daglige driften av sin post.

Alle lederne ved bo- og omsorgssenteret var kvinner. Bestyreren for hele institusjonen hadde norsk bakgrunn. To av avdelingslederne hadde innvandrerbakgrunn, mens de to andre avdelingslederne hadde norsk bakgrunn. Bestyreren hadde sitt kontor i 1. etasje, der det også var en felles resepsjon for hele bygget, samt arealer blant annet til bruk for ergo- og fysioterapeuter, felles møte- og undervisningsrom, og en kafeteria som var åpen for alle. Kafeteriaen ble brukt som kantine av de ansatte, av flere beboere ved senteret som gjerne tok heisen ned for å kjøpe seg en vaffel utenom måltidene, og av folk som kom utenfra for å få seg et rimelig måltid. I første etasje fantes også et lite kontor som jeg fikk disponere til intervjuer og skrivearbeid. I kjelleretasjen var vaskeriet og kjøkkenet plassert, og i toppetasjen var dagavdelingen, et tilbud til eldre i bydelen som ikke bodde på bo- og omsorgssenteret.

Beboerpostene disponerte en etasje hver. De ansatte arbeidet på, og forholdt seg til, den enkelte post, og jeg fikk i liten grad inntrykk av bo- og omsorgssenteret som én arbeidsplass. Det var sjelden å treffe bestyreren rundt i avdelingene. Avdelingslederne hadde jevnlig møter med henne og med hverandre, og inngikk dermed i et fellesskap som de øvrige ansatte ikke deltok i. To og to av postene hadde en ordning med at avdelingslederne «dekket for hverandre» ved sykefravær, slik at oppgaver som etter lov måtte utføres av sykepleier eller avdelingsleder ble utført også ved slikt fravær. De to avdelingslederne med norsk bakgrunn dekket for hverandre, og de to med innvandrerbakgrunn dekket for hverandre. I sammenheng med denne ordningen ble det også slik at de to avdelingslederne som dekket for hverandre, også kjente hverandres arbeidsforhold, avdelinger, rutiner, ansatte og beboere, bedre enn de kjente den andre halvdel av bo- og omsorgssenteret.

Alle de fire postene var delt inn i to underavdelinger, som ble kalt A og B. Selve bygningen la til rette for dette, ved at det var to fløyer som gikk ut fra midten av bygget, der heis, trapp og fellesrom befant seg. A var litt mindre enn B, og både bemanning og antall beboere var også færre på A i alle etasjene. Hver underavdeling skulle ha en gruppeleder, en hjelpepleier som skulle ha et overordnet ansvar for det daglige arbeidet på sin underavdeling og fungere som et bindeledd til avdelingsleder. I praksis var dette litt ulikt organisert, og noen avdelinger manglet en eller begge gruppeledere, noe som kan ha hatt med bemanningssituasjonen å gjøre. Jeg snakket med en av gruppelederne på post 2 om det:

Jeg spør hvorfor det er så mange ekstravakter, og hun forklarer at det meste av stillingene de har er hjelpepleierstillinger, og da får de ikke ansette ufaglærte, og så har de ikke nok søkere som er hjelpepleiere. Så da blir de ekstravakter.

Spørsmål som er knyttet til rekruttering viste seg da også å være sentrale på bo- og omsorgssenteret, som hadde problemer med å skaffe formelt kvalifiserte pleiere. Vi skal komme tilbake til dette nedenfor, men la oss først beskrive hvordan det daglige arbeidet fungerte for dem som allerede var ansatt, enten det var fast eller midlertidig, i hel- eller deltidstilling, som fagpersonell eller som ekstravakt/pleieassistent.

Bo- og omsorgssenteret som arbeidsplass

Vi hadde tilgang til hele bo- og omsorgssenteret og var innom alle postene i kortere eller lengre perioder. Hovedtyngden av feltarbeidet, som varte i fire måneder, ble utført ved post 1, noe som var et bevisst valg for å kunne gå i dybden og sette seg best mulig inn i forholdene. Dette kapitlet kommer derfor til handle mest, men ikke bare, om arbeidsmiljøet ved denne ene posten. Her var beboerne pleietrengende både av fysiske og psykiske grunner, og denne posten ble omtalt som den «tyngste» på senteret fordi arbeidet både var tungt fysisk og fordi det krevde stor evne til å tilpasse seg den enkelte beboers personlighet.

Slik var rytmen og rutinene ved denne posten: Posten var delt inn i to underavdelinger, A og B. De ansatte var tilsvarende delt inn i to grupper, som tok seg av hver sin underavdeling. Rutinene var felles for begge grupper. Kl 7.30 begynte dagvakt med rapportmøte, og nattpersonalet gikk av vakt 7.45. Alle som hadde dagvakt samlet seg så for å gå gjennom kalenderen, så alle skulle vite hva som sto på programmet i tillegg til de

faste rutine. Så gikk gruppe A og B hver til sin avdeling og begynte morgenstellet. Stellet varte fra ca. 8 til 9.30, en av de ansatte dekket på til frokost fra 9.15 – selve maten kom fra kjøkkenet i kjelleren (middagen ble lagd sentralt og bare fordelt fra kjøkkenet). Sykepleierne delte ut medisiner i forbindelse med frokosten. 10.15 skulle trallene ned til kjøkkenet igjen. Pleieassistentene gjorde dem i stand, og de ble hentet av folk fra kjøkkenet. Det ble servert drikke og evt. frukt ved 11-tiden, middag ble servert kl. 13.30 – noen ganger litt senere, hvis det var kurs for de ansatte eller noe annet som tok tid. Kaffe ble servert ca. 14.30. Rapport fra 15–15.30 da dagvakt gikk av og kveldsvakt begynte. Mandag og torsdag var det lege på posten, fra 13–13.30 i samtale med avdelingsleder på hennes kontor, og deretter til pasientenes rom for konsultasjoner. Fredag hadde de ansatte felles lunsj på vaktrommet. En gang i måneden var det felles postmøte.

Etter kl. 16 hadde personalet gjerne bedre tid til beboerne. Da var det ikke stadige leveringer og henvendelser utenfra, og de kunne i ro og fred konsentrere seg om beboerne og være sammen med dem. Om vinteren var de mye inne – spilte spill, pratet, så på TV – men om sommeren kunne de ofte gå ut om ettermiddagen, enten på takterrassen eller ut i bydelen for dem som ville og kunne det. Pårørende kom gjerne om kvelden, frisøren var også oftere der da. Kveldsmat ble servert 18.30. Noen ville legge seg tidlig, andre sent, og legging skjedde fra 19.30 til nærmere 22. Noen beboere dusjet om kvelden, andre om morgenen. De fleste dusjet bare én gang i uka, mens andre måtte dusje oftere av hensyn til andre og hygiene. Bad eller dusj kjentes utrygt for mange av beboerne, og det var vanlig at de protesterte mot det. Nattevakt kom 21.45, så var det satt av ett kvarter til rapport. Kveldsvakt gikk av vakt kl. 22.

Det var 4 pleiepersonale på hver underavdeling om dagen, 3 + 2 om kvelden, og 1 på hele posten om natta. I helgene var det 4 + 3 om dagen, 2 + 2 om kvelden, og 1 om natta. Avdelingsleder hadde akkurat satt opp en ny turnusplan da vi begynte på feltarbeidet. Det nye med den var at bortsett fra henne selv og aktivtøren, så jobbet alle nå turnus. Ifølge avdelingslederen hadde det flere fordeler: det ble mer kontinuitet for ansatte så vel som for beboere og pårørende, og det var alltid godt kvalifiserte folk på vakt. Dessuten hadde det tidligere vært en tendens til å skylde på ekstra-, kvelds- og nattevakter for ting som gikk galt eller ikke ble utført skikkelig, fordi dagvaktene alltid hadde sitt på det tørre for det som skjedde når de ikke var på jobb. Nå ble det ikke lenger så lett å skylde på noen, fordi alle var både dag-, kvelds- og nattpersonale. Alle ville også få vite mer om hva som skjedde på

de tidene av døgnet da de ikke tidligere hadde pleid å være der, både når det gjaldt rutiner og enkelthendelser.

Rekruttering og ansettelse

Hvordan rekruttering og ansettelse gjennomføres i praksis, har viktige konsekvenser. Først og fremst er det viktig fordi det har mye å si for hvem som får jobb, og hvem som ikke får det. I tillegg har det mye å si for hva slags ansettelsesforhold som finnes på en arbeidsplass, og dermed også for stabiliteten og den interne utviklingen av kompetanse.

Det forelå skriftlige retningslinjer for ansettelse. Retningslinjene var felles for hele bydelen. Ansettelse ved bo- og omsorgssenteret skjedde i hovedsak på to måter, og retningslinjene – eller de delene av dem som var relevante – kom til anvendelse i begge tilfeller. Noen stillinger ble utlyst eksternt, og da kom alle retningslinjene til anvendelse. Eksterne utlysninger var likevel ikke den vanligste rekrutteringsformen. Det vanligste var at folk som allerede var ansatt, og da gjerne som ekstravakter, fikk utvidet sin stillingsbrøk. Dette kunne skje ved at avdelingsleder ved den enkelte posten så at det manglet folk når turnusplanen skulle settes opp, enten på grunn av sykdom, permisjoner eller ferier. Avdelingsleder ville da tenke gjennom hvem av ekstravaktene hun hadde lagt merke til som godt egnet, og så spørre dem om de kunne tenke seg å jobbe mer, kanskje 100 prosent i en periode. Noen av disse ville så etter hvert få fast ansettelse etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. En tredje variant, en mellomting, var at det stadig kom inn søknader fra folk som ønsket å arbeide som ekstravakt, uten at noen stilling var utlyst. Bunken med slike åpne søknader ble formidlet til alle avdelingslederne hver uke, slik at de selv kunne kontakte søkerne etter behov.

Andelen ansatte med innvandrerbakgrunn var høyere ved post 1 enn den var på resten av bo- og omsorgssenteret. Noen nøyaktig statistikk fantes ikke, men vi fikk dette bekreftet både ved å gå gjennom vakt- og ansattelister og gjennom samtaler med de ansatte ved flere av postene. Det var dermed iøynefallende hvordan tilsynelatende like ansettelsesprosedyrer hadde ført til svært ulik etnisk sammensetning innenfor de enkelte postene. Ved post 1 var for eksempel de fleste norsk-etniske ansatte pleieassistenter, som arbeidet ekstra-, helg- og nattevakter ved siden av skolegang og studier. Post 3 var derimot preget av en toppung norskhet, der det daglig var tre norske ledere på jobb: avdelingssykepleier og begge gruppelederne. Av de øvrige faste pleierne på post 3 var det omtrent like mange norske og ikke norske, mens det på post 1 var mindre enn en tredjedel av de som arbeidet

fast som var etnisk norske. Ajaya, avdelingsleder ved post 1, kom selv opprinnelig fra et asiatisk land. Vi spurte henne hvordan sammensetningen av ansatte hadde blitt slik på hennes avdeling:

MLS: Andelen ansatte med annen bakgrunn enn «helt norsk» er høyere her enn på de andre avdelingene. Hvordan har det blitt slik?

Ajaya: Det er kanskje riktig, jeg hadde ikke tenkt på det, men det er det nok. Nei, det er ikke noe spesielt jeg har gjort for å få det slik. Jeg har ikke noe «etnisk» kriterium for å ansette folk, det legger jeg ikke spesielt merke til. Det jeg er opptatt av, er hva slags utdanning og praksis de har. Men mange av dem som har fått utvidet stillingsbrøk, har utenlandsk bakgrunn. Jeg prioriterer å utvide brøken når det blir noe ledig. Da vet jeg allerede hvordan de jobber. Mange av dem er voksne mennesker, og det er en fordel både fordi de gjerne blir i jobben og fordi det er ganske krevende å arbeide med beboerne våre. Her er det også flere som har søkt seg hit fra andre avdelinger. Ikke for å skryte, men de sier det er godt arbeidsmiljø her. Noen av de norske blir av og til frustrert over språket. Men det gjelder særlig norskkunnskapene til folk som er her i praksis. Det har blitt slik at Aetat presser oss til å ta inn folk som trenger praksis, og mange av dem kan lite norsk. Men jeg har liggende to søknader nå fra norske hjelpepleiere som vil jobbe på bo- og omsorgssenteret, jeg har ikke bestemt meg ennå, den ene mangler litt praksis. Det er en mann og en kvinne. Vi får se.

MLS: Det er svært få som har samme land/språkbakgrunn, den geografiske spredningen er stor. Er det tilfeldig?

Ajaya: Ja, det tror jeg. Jeg har ikke gjort noe spesielt for at det skal være slik. Men ingen er i familie her, det er jo ikke sånn vi ansetter folk.

Avdelingssykepleierne både på post 1 og 3 oppga at etnisitet ikke spilte inn ved ansettelser. I og med at søkermassen til de to postene var den samme, er det likevel vanskelig å forklare forskjellen på andre måter enn at etnisitet spilte inn i vurderingen av søkere ved minst en av de to postene. For eksempel kan en tenke seg at norskhet i seg selv ble vurdert som et kompetansefortrinn ved ansettelser ved post 3, og/eller at innvandrerbakgrunn ble vurdert som et kompetansefortrinn ved post 1. Ettersom tendensen blant norsk-etniske pleiere er at de søker seg til sykehus snarere enn til eldreomsorg, er det sannsynlig at en stor andel av søkerne til bo- og omsorgssenteret ikke hadde norsk bakgrunn. I så fall kan vi regne med at etnisitet spilte inn som et – mer eller mindre ubevisst – kriterium særlig ved ansettelse av etnisk norske pleiere.

Som ellers i eldreomsorgen var det langt mellom søknadene fra formelt kvalifiserte sykepleiere og hjelpepleiere. Som nevnt i innledningen, søker disse yrkesgruppene seg først og fremst til sykehus. Det formelle hovedkriteriet for ansettelse var dermed sjelden oppfylt. Vurderingene av søkere til stillinger ved bo- og omsorgssenteret var derfor nødvendigvis preget av skjønn i sterkere grad enn de ellers ville ha vært. Vi hadde ikke anledning til å følge ansettelser på nært hold i løpet av feltarbeidet, og det vi skriver her, er dermed et resultat av informasjon vi har fått gjennom observasjon, samtaler og intervjuer med ansatte og enkelte ledere. Dermed vet vi lite om hvilke personer som *ikke* ble ansatt ved bo- og omsorgssenteret generelt eller post 1 spesielt.

Ved post 3 var det de tre lederne som bestemte oppgavefordelingen og satte den opp skriftlig for en uke om gangen. På post 1 ble den bestemt i fellesskap fra dag til dag. Turnusen var også annerledes organisert ved post 3. De tre norsk-etniske lederne hadde kun dagvakter. Om kvelden var tendensen mens vi var på feltarbeid der at det var en norsk og tre ikke norske på vakt. Med andre ord var det et tydelig organisatorisk skille her mellom etnisk norske og ansatte med innvandrerbakgrunn. Skillet var basert på nøytrale kriterier som stillingstype og profesjon, men hadde altså klare, om enn utilsiktede, konsekvenser for forholdet mellom ansatte med norsk bakgrunn og ansatte med innvandrerbakgrunn.

Hvem var de ansatte ved bo- og omsorgssenteret?

Det var 27 ansatte på turnuslistene på post 1. Dette omfattet (mer eller mindre) fast ansatte ved avdelingene A og B, samt 3 natte- og 6 helgevakter. I tillegg kom ekstravakter, sykepleierstudenter og hjelpepleierelever og renholdspersonale. Alt i alt var det 36 personer som mer eller mindre fast tilhørte «de ansatte ved post 1». Alle disse inngikk i postens arbeidsmiljø. De ansatte kan deles inn etter mange ulike kriterier, som var relevante for ulike sider av arbeidet. For den *formelle* arbeidsorganiseringen var stillingstype/utdanning og gruppeinndelingen i A og B viktigst. *Uformelt* spilte også kjønn, klasse og etnisk bakgrunn inn når arbeidet skulle organiseres og oppgaver fordeles. En oversikt over de ansatte etter stilling, kjønn og etnisitet kan skjematisk framstilles slik:

	Kvinner	Menn
Sykepleiere	2 (0 norske)	1 (0 norske)
Hjelpepleiere	8 (4 norske)	3 (0 norske)
Pleieassistenter	9 (4 norske)	6 (2 norske)
Aktivitører	1 (1 norsk)	0
Studenter/elever (ikke ansatt, men inkludert i fellesskapet)	4 (1 norsk)	0
Renhold	2 (0 norske)	0

Her var det 36 mennesker, 26 kvinner og 10 menn, født i 15 ulike land, og med høyst forskjellig utdannings- og klassebakgrunn, som arbeidet sammen. Tre europeiske, fem afrikanske og syv asiatiske land var representert. Mens 12 av de ansatte var født i Norge av norske foreldre, var variasjonen stor når det gjaldt hvor lenge de ansatte med innvandrerbakgrunn hadde bodd i Norge. Mens enkelte var vokst opp her i landet, var det andre som hadde vært her i et år eller enda mindre. Når det gjaldt utdanning, var spennet også stort, fra noen års grunnskole til norsk eller utenlandsk universitetsutdanning på hovedfagsnivå. Mange hadde helsefaglig utdanning. Flere var inne i en prosess der arbeidet på bo- og omsorgssenteret inngikk som en del av den praksis som krevdes av dem for å få norsk autorisasjon som hjelpepleier, sykepleier eller lege. Andre hadde utdanning innen helt andre fagområder, men hadde (i allfall inntil videre) ikke lyktes i å finne arbeid der deres utdanning var relevant.

De ansatte kunne deles inn etter ulike kriterier. Av de (mer eller mindre) fast ansatte åtte i gruppe A, var det for eksempel én sykepleier, to hjelpepleiere med tilleggsspesialisering, to hjelpepleiere uten spesialisering, og tre pleieassistenter. Dette er stillingsbetegnelser som reflekterer hvilken autorisasjon den enkelte hadde som pleiearbeider, noe som igjen var nedfelt i lønnsnivå og ansvarsområde. Gruppe B hadde en lignende sammensetning, med en sykepleier, tre hjelpepleiere og fire pleieassistenter. La oss se litt på hvordan avdelingslederen, som altså var leder for både A og B, resonnererte da hun skulle begynne oppgaven med å finne en gruppeleder for A.

Formelt sett er listen ovenfor en uttømmende oversikt over de ansattes kompetanse. Ut fra denne oversikten synes det derfor helt klart at den eneste sykepleieren på A også måtte være den opplagte gruppeleder. Uformelt og i henhold til tidligere forskning (Davies 1995; Isaksen og Dahle 2000; Dahle og Iversen 2001) burde et slikt valg være desto mer sannsynlig i praksis, fordi det i dette tilfellet var snakk om en sykepleier som også var mann. I virkeligheten var bildet atskillig mer komplisert. Sykepleieren i gruppe A, Ronaldo, hadde nemlig bare vært i Norge i ett år, og både han selv,

avdelingslederen og hans kolleger fortalte meg, uavhengig av hverandre, at han var «altfor dårlig i norsk» og «måtte jobbe mye mer med språket». Som avdelingslederen og flere av de ansatte også påpekte for meg, var han dessuten en tilbakeholden og forsiktig person, og ikke noe typisk lederemne. Selv om det også var enighet om at Ronaldo var en meget dyktig sykepleier, var det derfor ikke aktuelt for ham å innta en lederposisjon på A. Han ønsket da selv heller ikke et slikt tilleggsansvar.

En av de to hjelpepleierne på A, polske Janina, hadde nylig kommet til Norge via Sverige for å arbeide i Norge. Hun var en erfaren sykepleier og snakket et flytende svensk som hun arbeidet med å fornorske, men hadde foreløpig ikke fått autorisasjon som sykepleier i Norge. Janina kunne kanskje vært aktuell som gruppeleder, men det var tre hovedgrunner til at avdelingslederen ikke valgte henne. For det første var det lite sannsynlig at hun ville velge å fortsette å arbeide på bo- og omsorgssenteret når hun fikk autorisasjon, noe det var gode utsikter til innen relativt kort tid. Hun sa selv at hun trivdes på bo- og omsorgssenteret, men heller ville arbeide på sykehus. For det andre var også hun en forsiktig person, og ingen ledertype. For det tredje oppga hun selv som et problem at hun ennå snakket mer svensk enn norsk, fordi både tunghørte beboere og ikke minst kolleger med andre morsmål enn norsk ikke alltid forsto hva hun sa.

Avdelingslederen hadde også en tredje person i kikkerten med tanke på gruppelederstillingen. Dette var Ted, en mannlig pleieassistent. Formelt sett var han den minst opplagte kandidaten for en slik stilling. Nå innebar ikke stillingen ansvar for medisindeling eller annet som etter lov er tillagt personell med helsefaglig utdanning. Det var snarere en stilling med et visst personalansvar og ansvar for organisering av arbeidet. Her var det at avdelingssykepleier mente å ha funnet en kompetent person. Ted var klar i sine meninger om hvordan ting burde være, han hadde arbeidet på flere andre sykehjem og brukte sine erfaringer i det daglige arbeidet. Han hadde altså realkompetanse, uformell kompetanse som var relevant for stillingen.

Vi skal ikke gå videre med valget av gruppeleder her (stillingen var fortsatt ubesatt da feltarbeidet ble avsluttet). Poenget med å bruke dette eksemplet er at det viser hvordan de ansattes kompetanse ikke var entydig. Det var mange grunner til å ta andre hensyn enn de rent formelle. At uformelle sider ved en organisasjon ofte kan ha stor betydning, er kjent fra mange antropologiske og andre studier. Det som var spesielt her, særlig – som vi skal se i neste kapittel – i forhold til det som var tilfelle på sykehuset, var at de uformelle vurderingene ble satt ord på og dermed gjort tilgjengelig for alle de ansatte.

Arbeidsgiver, tilrettelegging og diskriminering

I innledningen stilte vi spørsmålet «Gjøres det noe for å legge til rette for at ansatte med innvandrerbakgrunn skal bli inkludert i arbeidsmiljøet, og i så fall hva gjøres, av hvem, på hvilke beslutningsnivåer?» Dette temaet berører ledelsen av bo- og omsorgssenteret på flere nivåer: kommunen, bydelen, institusjonsledelsen, og avdelingsleder på hver enkelt post. Feltarbeidet ble utført på post-nivå. Det vil si at verken representanter for kommunen, bydelen eller institusjonsledelsen har vært systematisk studert eller intervjuet. På den ene side betyr det at de ikke har fått anledning til å uttale seg om hvordan de har tenkt at en eventuell tilrettelegging skal fungere. På den annen side innebærer det at vi kom til å se på ledelsen ut fra det nivået der arbeidstakerne befant seg, og dermed at vi kan si noe om hvordan de ansatte opplevde virkningene av ledelsens arbeid på dette feltet.

Man kunne kanskje tenke seg at spørsmål om tilrettelegging for å inkludere arbeidstakere med innvandrerbakgrunn kunne besvares med beskrivelser av spesielle opplegg eller tiltak på arbeidsplassen (se f.eks. Næss et al. 2000, Aakervik 2005). Noen slike «skreddersydde» opplegg eller tiltak fra ledelsens side fant vi ikke. Heller ikke var det noen som etterlyste noe slikt i våre samtaler med ansatte både med norsk- og innvandrerbakgrunn.

Det som fantes var et planmessig arbeid for å *rekruttere og kvalifisere* arbeidstakere med innvandrerbakgrunn. Dette arbeidet ble begrunnet ideologisk med fokus på likestilling, som i Handlingsplan mot rasisme og diskriminering (KRD 2002), men kunne kanskje like gjerne ha blitt begrunnet praktisk med behov for arbeidskraft, som i Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell (SHD 2002). På samme måte kan det innvendes at det neppe var nødvendig med noen aktiv rekrutteringspolitikk for å få en høyere andel ansatte med innvandrerbakgrunn i en sektor der tendensen har vært at etnisk norske ansatte er på vei «ut». Den etniske sammensetningen av arbeidsstokken ved bo- og omsorgssenteret hadde utvilsomt flere årsaker enn dette arbeidet, årsaker som var å finne i andre deler av arbeidsmarkedet, der søkere med innvandrerbakgrunn i langt mindre grad ansettes.

Når det gjelder kvalifiseringsdelen av dette arbeidet, henger den også sammen med behovet for kvalifisert arbeidskraft. Dette var et opplegg under «Oslo-prosjektet», som også omtales i Rekrutteringsplanen: «Prosjektet rettar seg mot innvandrarar... Siktemålet er å rekruttere og kvalifisere personar som har helsefagleg utdanning frå heimlandet sitt, eller tilsette med lang erfaring frå stillingar for ufaglærte i helse-, pleie- og omsorgssektoren»

(SHD 2002:14). På vaktrommet hang det også oppslag der det ble informert om bydelens arbeid med aktiv rekruttering og kvalifisering av ansatte med innvandrerbakgrunn. For de ansatte på post 1 betydde dette prosjektet helt konkrete muligheter. Da det kom en henvendelse fra bydelen om å foreslå kandidater til hjelpepleierutdanning, spurte Ajaya hver av de som tilhørte målgruppa om de var interessert, oppfordret dem til å søke og snakket med dem om de ulike måtene å organisere løpet på, for eksempel slik:

Ajaya kommer inn på vaktrommet og legger fram et ark med informasjon fra bydelen, om hjelpepleierutdanning. Hun sier til Naomi: «DU skal søke om det, Naomi. Det er to muligheter: enten kan du gå på full tid i ett år, eller du kan gå en dag i uka i to år.» Naomi: «men hvis jeg går på skolen, hvem skal betale for leiligheten min?» Ajaya: «det er derfor det er lurt å ta det over to år, da kan du jobbe som vanlig, den ene fridagen i uka dekker jo arbeidsgiveren din.» Naomi tenker seg om, og svarer: «Det er en bra løsning».

Et problem som kommer fram både i annen forskning og i vår studie er at diskriminering av ansatte med innvandrerbakgrunn kan være et hinder for inkludering. Spørsmål om tilrettelegging for at ansatte med innvandrerbakgrunn skal bli inkludert i arbeidsmiljøet, henger derfor også nær sammen med spørsmål om hvordan diskriminerende praksiser håndteres, og om det i det hele tatt er en åpenhet for å ta opp diskriminering.

Arbeidet med dette var underlagt bydelsadministrasjonen, der et minoritetsperspektiv eksplisitt inngikk i det daglige arbeidet, som en del av arbeidsgiveransvaret. Minoritetsperspektivet nedfelte seg blant annet i at alle arbeidsplasser hadde sin likestillingsrepresentant, og i at det var en øremerket stilling i administrasjonen som skulle ivareta likestillings- og minoritetsspørsmål, med vekt på arbeid mot diskriminering. «Minoriteter» inkluderte i bydelens likestillingsarbeid alle grupper av ansatte som er utsatt for diskriminering på grunnlag av religiøs tro, kjønn, funksjonsnivå, alder, seksuell orientering eller etnisk opprinnelse. Bydelen hadde altså gjennomført en samordning av sitt likestillingsarbeid i forhold til alle diskriminerte grupper. I den forstand kan man si at bydelen faktisk har ligget et stykke foran Staten i utviklingen av et slikt felles, overordnet perspektiv på arbeid knyttet til ulike diskriminerte grupper i befolkningen. En felles statlig instans, Likestillings- og diskrimineringsombudet, opprettes som kjent først fra 2006. Internasjonalt er da også en gradvis samordning av ulike diskriminerte gruppers perspektiver på likestilling den mest fremherskende tendensen, både i praktisk politikk og i teoriutvikling (de los Reyes 2005).

De ansatte på post 1 hadde lite kontakt med bydelsadministrasjonen. Likevel ga de uttrykk for en bevissthet om at spørsmål om diskriminering ble tatt alvorlig og at det var legitimt å bringe enkeltsaker videre til avdelingsleder og til bydelen dersom problemer skulle oppstå. Det var med andre ord en utbredt enighet om at det fantes folk på høyere nivåer i hierarkiet som stilte opp og støttet ansatte som mente seg utsatt for diskriminering. Derimot var det atskillig mer usikkerhet når det gjaldt viljen og mulighetene til mer dyptgripende, strukturelle endringer som kunne bedre mulighetene til ansatte med innvandrerbakgrunn mer generelt, for eksempel med tanke på karrieremuligheter og mobilitet oppover i hierarkiet.

Ansatte med innvandrerbakgrunn rapporterte at diskriminerende praksiser forekom både i kontakt med beboere, pårørende, kolleger og ledere, og at problemer som oppsto ble tatt opp på ulike måter, alt etter hvem som utøvde den diskriminerende praksisen. Enkelte beboere kunne for eksempel av og til eller regelmessig nekte å bli stelt av andre enn norske pleiere. Beboerne kunne avvise dem på til dels svært fornærmende måter. Vi spurte en av de mannlige pleierne som opprinnelig kom fra et asiatisk land:

MLS: Hva om beboerne ikke liker en pleier, ikke vil stelles av dem, hva gjør man?

Muttu: Det med kvinne og mann, det godtar vi, da bytter vi. Men ellers – til å begynne med prøver man å unngå den beboeren. Men så ser de oss jo hele dagen, vi hjelper dem kanskje med noe, gir dem saft, de venner seg til oss, ikke sant, kanskje de godtar oss da. Man må gi dem tid. Disse beboerne, de trenger kanskje bare å være i fred litt, om en halvtime kanskje de har glemt det eller de synes det er helt greit. Man må lære hver enkelt å kjenne, og bruke deres kunnskaper også, og deres gode sider.

Samtidig som alle pleierne var klar over at beboerne ikke kunne holdes helt ansvarlige for hva de sa, og at man måtte strekke seg langt for ikke å være til belastning, var det enighet om at det var grenser for hva man kunne finne seg i også fra beboernes side. Janina forklarte:

Janina: Jeg vil hjelpe, jeg vil gjøre jobben min og gjøre den bra. Men det – ja, det gjør vondt å høre ... det vi får høre i blant. Det er mange som – de liker ikke utlendinger.

MLS: Mm... Men du har ikke prøvd å si til beboere at sånn får du ikke snakke og –

Janina: Jo, jo. Jo, jeg gjør det nå, men ikke i begynnelsen. Det var vanskelig å vite hvor grensen går. Men etter hvert så jeg hvordan andre gjør, hvordan man kan si fra. Nå er det nok, f.eks., du kan ikke si sånne ord til meg. Det kan jeg si. De glemmer det jo igjen, men det er godt å kunne si fra.

Pleierne fortalte at dette var situasjoner de løste på egen hånd, eller seg imellom. Samtidig uttrykte de at det hadde utviklet seg en felles holdning gjennom gjensidig utveksling av erfaringer, og at de følte de kunne gå til avdelingsleder med denne type spørsmål. Avdelingslederen, Ajaya, hadde en mer aktiv rolle i forhold til enkelte pårørendes diskriminerende praksiser. Ved to anledninger hadde hun tatt opp temaet i forbindelse med kveldsmøter mellom pårørende og representanter for de ansatte ved posten. Her sa hun tydelig fra at bo- og omsorgssenteret var helt avhengig av utenlandsk arbeidskraft, og at alle hennes medarbeidere skulle møtes med respekt, både fordi de var mennesker, og for arbeidet de gjorde. Ajaya hadde flere eksempler på pårørende som ikke greide å skjønne at hun, som altså selv hadde innvandrerbakgrunn, faktisk var avdelingsleder. Selv opplevde vi også at besøkende ikke forholdt seg til henne som avdelingsleder, men henvendte seg til oss (med «norsk» utseende) gjentatte ganger, som i denne episoden der en eldre kvinne skulle overflyttes til bo- og omsorgssenteret fra et sykehjem i en annen bydel:

Ajaya er på vei ut for å hjelpe til, og jeg slår følge. Rett utenfor står en eldre dame, sammen med en norsk kvinnelig pleier fra X sykehjem. Den eldre damen vil ikke inn. Pleieren fra X sykehjem lar blikket gli forbi Ajaya og det stopper ved meg, hun smiler litt oppgitt og spør meg: 'er det du som er avdelingssykepleieren?' 'Nei, det er Ajaya, sier jeg og peker tilbake til henne, men pleieren fortsetter likevel å henvende seg til meg. Ajaya løper inn for å hente hjelp, og pleieren gir meg en pose og begynner å forklare meg hva slags medisiner det er i den. Jeg kutter henne av og sier at jeg ikke har noe med det å gjøre, jeg er ikke engang sykepleier, så det er bedre hun sier fra direkte til Ajaya. Ajaya kommer ut igjen med den mest erfarne av hjelpepleierne, Bodil, og en rullestol. I samarbeid får de damen med seg inn, og jeg følger etter og kommer opp på posten noen minutter senere. Damen sitter nå og venter i gangen utenfor dagligstua, mens flere av pleierne som er på vakt kommer og ønsker henne velkommen. Ajaya har gått til kontoret sitt med pleieren fra X for å ordne med noen papirer. Etter en stund åpner døra til Ajayas kontor seg igjen, og de to kommer ut. Pleieren fra X sier at det ser jo ut til å ordne seg, og gjør seg klar til å dra. Ajaya svarer at hun tar kontakt med X sykehjem hvis det er noe mer hun trenger å vite, og pleieren drar. Jeg forteller senere Ajaya at pleieren fra X trodde jeg var avdelingssykepleier, til tross for at jeg hadde sagt tydelig fra om at det var Ajaya. Hun smiler litt, og sier: 'Skal jeg være ærlig, tror jeg ennå ikke hun hadde skjønt det da hun dro. Men det er det samme for meg. Man blir vant til det.'

Ajaya var vant til at mange utenforstående åpenbart ikke klarte å forene hennes person med ideen om en avdelingsleder. For dem var en avdelings-

leder og en person med innvandrerbakgrunn to forskjellige kategorier som var vanskelige å forene, særlig fordi de befinner seg på ganske forskjellige nivåer i et hierarki. «Because authority is imagined in gendered and racialised terms, there is an element of surprise associated with seeing people who are assumed to belong elsewhere» (Puwar 2004:144).

Det er sannsynligvis sjelden at det er bevisst rasisme som ligger bak slike episoder som den vi nettopp beskrev. De sammenlagte konsekvensene av mange slike episoder er likevel at ledere med innvandrerbakgrunn opplever å bli systematisk nedvurdert. Dette er altså et eksempel på det som gjerne kalles strukturell diskriminering (NOU 2002: 12: 35). Indirekte diskriminering er en variant av dette. Her utføres de diskriminerende praksisene ikke ut fra en egen negativ holdning, men ut fra forestillinger om at brukere, beboere, pårørende, kunder eller andre viktige samarbeidspartnere vil reagere negativt på å møte ansatte med innvandrerbakgrunn. «Det er viktig å påpeke at problemene ikke nødvendigvis er størst i forholdet mellom leder og underordnete, det kan også starte med at lederen ikke aksepteres av samarbeidspartnere og andre instanser, noe som da i neste omgang kan bidra til å svekke tilliten fra de ansatte» (Beveney 1996). La oss understreke at vi ikke fant en slik svekket tillit innad i post 1, noe det neste eksemplet kan illustrere:

Jeg er inne på vaktrommet sammen med en ny pleieassistent, Zahra, hjelpepleieren Bodil, Ajaya, og flere andre som sitter og arbeider med hver sine journaler. Idet Berit går forbi glassdøra til vaktrommet sier Bodil til Zahra: «hun som går der er aktivtør». «Ja, jeg så det på skiltet» sier Zahra. Bodil fortsetter, høyt og muntert og like mye henvendt til alle i rommet: «og hun der (peker på en annen hjelpepleier, Sabrina) er sjefen til alle oss!». Alle flirer litt, dette er tydeligvis et kjent tema. Sabrina ler og sier: «Jeg hører deg nok, Bodil! Men sjefen sitter jo der!» (nikker mot Ajaya). Ajaya, med et skjevt smil: «jeg er nestsjefen, jeg.» Så legger hun til, alvorlig: «alle her er sjefen for sitt eget arbeid.» Bodil blir også alvorlig nå, og sier til Ajaya, med ettertrykk: «Du er sjefen vår, du.»

For Ajaya var ikke problemet å få de ansattes tillit. En høy andel av de ansatte delte tilsvarende erfaringer med å komme seg inn, fram og opp i det norske arbeidslivet. Snarere kunne vanskeligheten være å nå fram som representant for arbeidsplassen utenfor post 1, overfor pårørende, overordnede og samarbeidspartnere. At det kunne være tungt å få slike relasjoner til å fungere, henger igjen ikke så mye sammen med enkeltpersoner og deres bevisste handlinger som med usagte forventninger både til «innvandrere» og til «nordmenn». For eksempel mente Ajaya at det var sannsynlig at over-

ordnedes forventninger til at pårørende eller samarbeidspartnere vil ha mer tillit til en norsk leder, former og begrenser de karrieremuligheter og handlingsrom ansatte med innvandrerbakgrunn har. Slik utvikles et glass-tak for ansatte med innvandrerbakgrunn – et usynlig hinder for bevegelse oppover i organisasjonen.

Etnisk diversitet og arbeidsfellesskap

Mange forskjellige sammensetninger kan selvsagt tenkes innenfor rammen av «fler-etniske arbeidsplasser». Få eller mange ulike etniske grupper, nasjonaliteter eller verdensdeler kan være representert; det kan være ulik fordeling av slike grupper i forhold til stillingstyper og profesjoner; kjønns-, klasse- og aldersfordelingen kan være ulik i de forskjellige etniske gruppene, og så videre. Derfor sier det ikke så mye om en arbeidsplass hvordan prosentfordelingen av etnisk norske ansatte og ansatte med innvandrerbakgrunn er. Derimot kan det være interessant å se på virkningene av at mange eller få etniske grupper er representert, med tanke på mulighetene for danning av fellesskap innenfor og på tvers av slike grupper.

De ansatte ved denne avdelingen kom fra mange forskjellige land, og hadde svært forskjellig bakgrunn, utdanning, erfaringer og kunnskaper. Noen behersket flere språk flytende både skriftlig og muntlig, noen behersket kun sitt morsmål norsk, mens andre igjen kunne gjøre seg bedre forstått på andre språk enn norsk. Bortsett fra de etnisk norske ansatte, som det sjelden var mer enn 3–4 av på vakt samtidig, hadde de ansatte ved post 1 ikke felles språkbakgrunn. De kunne derfor ikke velge å snakke «morsmålet» seg imellom. I teorien sto dermed valget mellom norsk og engelsk, som de fleste – men ikke alle – også behersket. I praksis var det norsk som var arbeidsspråket, både på vaktrommet, i fellesarealene og på beboernes rom. Hovedbegrunnelsen for å gjennomføre norsk som arbeidsspråk var hensynet til beboerne. Bare én av disse hadde ikke norsk bakgrunn, og nesten ingen av dem forsto engelsk, som ellers kunne ha vært et alternativ. Avdelingslederen, Ajaya, som selv snakket flytende engelsk, var nøye med å markere at bare norsk kunne godtas som arbeidsspråk. For eksempel hadde en av de ansatte som arbeidet ved hele bo- og omsorgssenteret, samme språkbakgrunn som henne. Han begynte ofte samtaler med henne på deres felles morsmål, men slo over i norsk fordi hun alltid svarte på norsk. De mange ansatte som ikke hadde norsk bakgrunn var også opptatt av å hjelpe hverandre med å bli vant til å snakke norsk.

Det som ble tydelig gjennom dette bildet av forskjellighet, var hva de hadde felles. Det de hadde til felles, var først og fremst arbeidet for

beboerne. Hvor sentralt arbeidet for beboerne var for dem, gikk opp for meg på et rapportmøte jeg var med på omtrent halvveis ut i feltarbeidet:

Ajaya fører samtalen over på Kenny, en av beboerne på avdelingen. Hun har vært i et samarbeidsmøte med bydelen som hun referer til. De som jobbet i bydelen ble svært positivt overrasket over hva Ajaya kunne fortelle dem om hvordan Kennys dager ser ut nå – at han har en vanlig døgnrytme, lar seg stelle, spiser skikkelig og så videre. «Kenny er mye bedre nå enn han var da han kom hit. Men bydelen har ikke gjort noe for å skaffe ham en leilighet», forteller Ajaya. «Det er det største problemet for ham nå.» Signe tar ordet: «Ja, han sa det jo til meg i går: 'det er nok leilighet. det er nok leilighet'. Jeg sa bare at jeg ikke visste noe mer om leilighet, men at han ikke skal bo her permanent, og at så lenge han er her hos oss skal vi ta oss så godt av ham som vi kan.» Ajaya: «De i bydelen bekreftet det, og jeg vil bringe det videre til dere alle sammen: dere skal ha ros for den måten dere arbeider med Kenny på. Dere har gjort en veldig god jobb med ham.» Signe: «Jeg tror det er viktig at vi ikke går på glass, at vi tør å spøke litt, at vi sier fra til ham og ikke er redde for ham.» Ibrahim: «Det er jo mulig at han bare er inne i en god periode generelt. Men man må tenke seg hvordan han har det, hvem han er, det er viktig». Signe nikker og utdyper det hun mente: «Når han sier noe, er det viktig at man hører på ham og tar ham på alvor, ikke gjør ham liten, f.eks. sier han 'flaut. flaut.' når han har avføring». Ajaya: «Det er klart det er flaut for en voksen mann som er vant til å gå på do selv. Han hadde jo mye bedre førlighet før. Men hør: alle sånne ting vil jeg be dere om å skrive opp. Hvordan dere kommuniserer med ham, hva som fungerer godt. Også at han har lagd sine egne ord, sitt eget språk og sine egne tegn – han har afasi, men særlig fordi dere har lært dere hans språk, går det bra. Bydelen ville helt konkret ha en liste over ordene og tegnene hans. Og alle ting dere sier om hvordan dere gjør, helt konkret, fra situasjon til situasjon – dusjing, måltider, legging, stell, alt sammen. Og en skriftlig pasientplan – hvis dere ikke har det alt, må dere lage det. De vil ha alt sammen. Hvem er primærpleieren hans?» Naomi: «Jeg tror det er meg, jeg skal sjekke hva det står på døra. Men vi skal gjøre dette sammen, ikke sant?» Hun, Ibrahim og Signe ser på Ajaya, som nikker, og går videre til neste sak.

I denne situasjonen er det Kenny som står i sentrum, selv om han ikke fysisk er til stede på møtet. Personalet, som denne gangen består av avdelingslederen Ajaya, Signe, Ibrahim og Naomi, tenker seg inn i hvordan Kennys liv er, og beskriver hvordan de systematisk har arbeidet for å gjøre livet best mulig for denne mannen. Språk er ett tema, men her er ikke oppmerksomheten rettet mot de ansattes språkkunnskaper. Det er Kennys mangel på

språk de sammen har greid å komme rundt, ved å lære seg det språket som han selv, tross alt, har.

Det kan lyde selvsagt at beboerne, eller «brukerne» som de ansatte ofte kalte dem, står i sentrum for arbeidet. Hva skulle vel ellers hensikten med arbeidet ved et sykehjem være? Ofte er dette likevel et uttalt mål, heller enn en beskrivelse av hverdagens praksis. At en «brukerorientering» i mange tilfeller kan være et honnørord som tilslører snarere enn å beskrive virkeligheten, er rikelig dokumentert (jf. Roberts et al. 1999; Poulton 1999; Drew 2001; Gwyn 2002; Ørstavik 2002; Andreassen 2004).

Det er heller ikke et ukjent fenomen mer generelt i arbeidslivet at meningen med arbeidet for den enkelte ansatte ikke alltid samsvarer med det som er organisasjonens eller bedriftens eksplisitte formål. Blant annet er lønnsarbeidets «identitetsbærende verdi så sterk og så omtalt i den nordvestlige kulturkrets at det nesten føles meningsløst å prøve å si noe mer om den» (Sørhaug 1996: 179). Det er med andre ord langt fra gitt at arbeidets hensikt er den samme for bedriften som helhet og for de ansatte som individer og grupper. Når det her altså i høy grad var et slikt samsvar, er det snarere oppsiktsvekkende enn banalt.

Det er lite sannsynlig at det kan finnes én forklaring eller årsak til det gode samarbeidet på post 1. Snarere er det et snakk om et samspill av mange ulike faktorer. Noen av disse har med *personlige* egenskaper å gjøre, både på ledernivå og blant pleierne. Slike forklaringer kan virke mindre nyttige med tanke på overførbarhet til andre arbeidsplasser, men de er likevel viktige. Andre forklaringer har med *sammensetningen* av personer å gjøre. Sammensetningen er, som vi har vist, blant annet et resultat av bevisste og ubevisste kriterier for valg av personer ved ansettelse. Her vil vi understreke at den store spredningen av ulike bakgrunner både geografisk, språklig, religiøs og utdanningsmessig sannsynligvis har virket positivt inn. Det hadde ikke dannet seg «uformelle grupper med uformelle ledere» (Næss 2001) blant de ansatte med innvandrerbakgrunn. Nå er ikke slike grupperinger nødvendigvis bare negative. Tvert imot kan de bidra til et bedre internt arbeidsmiljø for gruppemedlemmene og lette kommunikasjonen med ledelsen (Sollund 2004). På en arbeidsplass som bo- og omsorgssenteret ville dette likevel ikke være nok, fordi en av de viktigste arbeidsoppgavene nettopp er å snakke med beboerne.

Arbeidet ved bo- og omsorgssenteret var i seg selv viktig for å bygge opp en positiv felles identitet som uselviske og gode hjelpere. Denne felles identiteten passet også godt inn i eksisterende positive, men ikke desto mindre stereotype forståelser av innvandrere som representanter for «tradisjonelle»

verdier som familie, kollektiv, respekt for de eldre og så videre (Seeberg 1999). Dette kommer klart til uttrykk også i et NRK-oppslag om ansatte med etnisk minoritetsbakgrunn i eldreomsorgen: «Her er de svakeste, de som trenger mest hjelp» sier en hjelpepleier, og videre: «Jeg er vant til at det er barnas plikt å passe på foreldrene når de blir gamle. Så jeg blir glad når jeg kan gjøre noe for eldre mennesker. Dette er viktig for meg, det handler ikke bare om penger. Jeg vil gi noe til dem» (hjelpepleier, NRK 2005). Forholdet til beboerne var viktig for samfølelsen til de ansatte ved bo- og omsorgs-senteret. Dette forholdet var mulig gjennom et felles språk, nemlig norsk. Dermed ble det å kunne norsk også et viktig positivt element innad i arbeidsmiljøet, i tillegg til å være et viktig arbeidsredskap for de ansatte.

«Godt nok norsk»

Som redskap i det daglige arbeidet hadde språket selvsagt en rent praktisk betydning. Bortsett fra rengjøringspersonalet måtte alle de ansatte på posten kunne snakke med beboerne og med hverandre for å få gjort jobben sin. De måtte være i stand til å uttrykke seg klart og forstå hva som ble sagt, og de måtte også kunne lese og skrive norsk for å kunne bruke journaler, vaktlister og annet skriftlig materiale. Men språk er mer enn et arbeidsredskap. Det er også et viktig symbol i forhold mellom mennesker, ved at ulik språkbruk signaliserer, og oppfattes som et uttrykk for, ulike former for identitet og tilhørighet. All menneskelig samhandling har et element av symbolikk i seg, og det gjør at det ofte kan være vanskelig å skille mellom språk som symbol og språk som redskap. Hva det for eksempel vil si å beherske norsk «godt nok» til å kunne arbeide som pleier, avhenger ikke bare av objektive kriterier, konjunkturer på arbeidsmarkedet og arbeidets organisering, men også av både norskfødte og innvandrede enkeltindividers egenskaper, tolkninger og holdninger (jf. Borchgrevink 1996, Danielsen 2001).

Språk består av flere komponenter som henger tett sammen. Det vanligste skillet går mellom skriftlig og muntlig språk, men kroppsspråk inngår også som en viktig del av språket. Delvis fungerer bevegelser og gester som selvstendige uttrykk mer eller mindre uavhengig av nasjonale eller etniske språkgrenser, delvis er de også integrerte deler av ethvert muntlig språk. Det vil si at kroppsspråk noen ganger kan fungere som et internasjonalt språk som gjør det mulig å kommunisere på tvers av grenser mellom nasjonale eller etniske språk, mens kroppsspråk andre ganger kan misforstås og feiltolkes når det tas ut av sin nasjonale eller etniske sammenheng.

Skriftlig språk er et stort, eget kompetanseområde som ikke nødvendigvis henger sammen med muntlig språkkompetanse. Ved post 1 tok pleierne det på omgang å skrive ned oppgavefordeling og andre små notater som var viktige for arbeidets gang. Når det var Fadilas tur pleide hun å si «skriv, du» eller «se her, du kan gjøre det» til en av de andre og gi dem papiret og pennen. Det godtok de uten videre. Vi spurte aldri Fadila rett ut hvorfor hun ikke selv ville skrive, og det ble heller aldri tatt opp i fellesskap mens vi var der. Det ble bare slik at Fadila, hun skrev ikke. Ellers var hun ikke den som overlot oppgaver til andre, snarere tvert imot. Det kunne se ut til at Fadila byttet bort skrivingen mot å være ekstra hjelpsom overfor kollegene. Dette var mulig fordi fordelingen av oppgaver var fleksibel. Det var vanlig at alle trådte til etter behov og stilte opp for hverandre for at alt skulle bli gjort. Også postene imellom kunne det skje, for eksempel ved at de få sykepleierne på bo- og omsorgssenteret stilte opp for hverandre ved midlertidig fravær, slik at lovbestemte sykepleieroppgaver som for eksempel medisinfordeling kunne bli gjort uten bruk av vikarer. På den ene side kan slik fleksibilitet ha usynliggjort det faktiske behovet for arbeidskraft ved bo- og omsorgssenteret. Samtidig viser eksemplet med Fadila at viljen og evnen til å stille opp for hverandre også gjorde begrepet «godt nok norsk» tøyelig. Dermed ble det mulig å gjøre god bruk av Fadilas, og andres, kompetanse på andre områder enn det rent språklige. På den annen side kan det synes som om Fadila unngikk situasjoner som hun kunne ha brukt til å utvikle sin kompetanse i skriftlig norsk. I et slikt perspektiv kan den samme fleksibiliteten som gjorde det mulig å bruke hennes faktiske kompetanse, samtidig ha bidratt til å hindre henne i å utvikle sin kompetanse og dermed få andre og bedre muligheter på arbeidsmarkedet.

Uformell kompetanse

Mange av de ansatte ved post 1 hadde kvalifikasjoner som de ikke fikk uttelling for i form av lønn. Kvalifikasjonene kunne være helsefaglige eller noe helt annet. De ble i stor grad gjort synlige av avdelingssykepleieren Ajaya. Det kunne være legeutdannede som ventet på autorisasjon, eller IT-utdannede som ikke fikk arbeid innen sin bransje. En med sykepleierutdanning fra utlandet som ventet på autorisasjon ville for eksempel få laveste hjelpepleierlønn fordi han ikke hadde opparbeidet ansiennitet i kommunen. En med IT-utdanning på universitetsnivå ville få laveste avlønning som pleieassistent, og så videre. Ajaya sørget likevel for at slik kompetanse kom til anvendelse i det daglige arbeidet. Dette foregikk *ikke* slik at helsefaglig

utdannede som ikke hadde autorisasjon, fikk tildelt oppgaver som om de hadde hatt autorisasjon. Vi finner grunn til å nevne dette spesielt fordi det har vært en del medieoppslag om slike tilfeller fra andre institusjoner. Her kunne det snarere dreie seg om å trekke helsefaglig utdannede inn i faglige diskusjoner om helsetilstanden til beboere, for å få tilgang til deres kunnskaper på området, uten at de ble avgjørende for behandlingen. IT-utdannede kunne få oppgaver som var datarelaterte, for eksempel som ressurspersoner for de andre når alle skulle sette seg inn i nye datasystemer. At dette inngår i Ajayas ledelsesstrategi, framgår av følgende intervjuutdrag:

MLS: Mange har kompetanse som ikke er pleiefaglig, men som de likevel ser ut til å få brukt, i det minste er den kjent blant kollegene. Er det et poeng for deg?

Ajaya: Ikke når de ansettes. Det er ikke slik at jeg gjerne vil ha folk med mye forskjellig og høyere utdanning, men de er der. Det er ikke plass til dem i samfunnet, derfor søker de her. De søker, og hvis de passer i jobben, så får de den. Slik er det. Når de først er her, så ville det jo være veldig bortkastet å ikke bruke det de kan. Slik blir jo kompetansen deres synlig her, kanskje mer enn på de andre postene. Og det er jo fint for bo- og omsorgssenteret, på en måte, men det er klart, det er jo ikke her de ville jobbe! Jeg håper jo at alle får tilbud om en slik jobb de egentlig vil ha, jeg vil ikke prøve å holde på dem. Det kan være ydmykende å skulle være her, de er jo ikke vant til å vaske folk nedentil, det var ikke det de ville. Men de må. De har familie, regninger å betale, derfor må de.

Selv om de fleste ansatte var ansatt som, og lønnet som, «ufaglærte» fikk mange altså likevel anvendt sin kompetanse i samarbeidet med kollegene, noe som både bidro til å gjøre arbeidet mer meningsfylt og til en maksimal utnyttelse av de ansattes faktiske kunnskaper.

De etnisk norske ansatte ved post 1 hadde til felles en type uformell kompetanse som deres kolleger ikke hadde. Denne kompetansen ble ikke synliggjort på samme måte som skissert ovenfor, noe som var kilde til en delvis latent, delvis uttalt konflikt mellom de norske ansatte på den ene side og deres kolleger med innvandrerbakgrunn på den annen side. Dette kom fram gjennom intervjuer og gjennom flere små, hver for seg, tilsynelatende ubetydelige hendelser. Det kunne for eksempel komme fram gjennom uttalelser om hvor viktig det var for beboerne å bli stelt av noen som virkelig kunne det norske språket, der det ble antydning at det norske språket omfattet «mer enn bare ord». Små uformelle samlinger av etnisk norsk personale på avdelingskjøkken eller i kantina, der samtalen brått stilnet når forsker eller ansatt med innvandrerbakgrunn nærmet seg, er et annet eksempel. Et tredje

eksempel er at en av beboerne kom til å bli fokus for uenighetene: i rapportmøter var de ansatte blitt enige om å holde henne litt unna de andre beboerne fordi hun kunne være til belastning for dem gjennom sin atferd. Denne konsensusen ble brutt ved at etnisk norske pleiere lot henne sitte sammen med de andre beboerne når hun ønsket det. Dette var en beboer som ikke sjelden uttrykte åpent rasistiske holdninger. Dette gjorde det svært komplisert å finne fram til den beste måten å forholde seg til henne på, uten å ta del i den underliggende konflikten mellom etnisk norske og ansatte med innvandrerbakgrunn.

På en avdeling som denne, der beboerne hadde norsk morsmål og bakgrunn, kunne nok de norske ansattes kulturelle kompetanse ha vært utnyttet mer systematisk. Som i eksemplene ovenfor ble deres egen opplevelse av at de hadde en slik kompetanse liggende som en uforløst faktor, og til dels som et gjensidig irritasjonsmoment, i samarbeidet: de visste at de visste best, uten at kunnskapen de hadde ble utnyttet positivt i samarbeidet. Når denne kompetansen ikke var tema for diskusjon, ble det også vanskelig å vite om det var noen enighet om hva den besto i: akkurat hva var det egentlig de norske ansatte visste og kunne som de andre kunne ha dratt nytte av? En mer åpen og planlagt tematisering av kulturell kompetanse kunne ha vært en løsning på dette. Samtidig kunne en slik strategi ha blitt vanskelig å gjennomføre, fordi få av de etnisk norske var stabil arbeidskraft på avdelingen. Med noen få unntak, var det snakk om studenter og andre unge som ikke så på bo- og omsorgssenteret som et sted de skulle arbeide i lang tid, mens mange av de ansatte med innvandrerbakgrunn hadde arbeidet der lenge.

På mange måter kan man si at denne posten utgjorde en flerkulturell lomme i et stort sett enkulturelt system. Dette større og overveiende enkulturelle systemet er det norske arbeidsmarkedet. Flere av de ansatte med innvandrerbakgrunn ga uttrykk for at hvis de først måtte arbeide innenfor pleie og omsorg, ville de heller gjøre det her enn et annet sted. Noe av grunnen til det var at de følte at de ble sett og verdsatt. Samtidig er det tankevekkende at dette ikke ble reflektert i lønnsnivå eller ansettelsesforhold, noe som også gjorde det langsiktige arbeidet med kompetanseutvikling vanskelig. Flere av de ansatte ga videre uttrykk for at dette var en arbeidsplass de havnet mer eller mindre tilfeldig i, og at de egentlig heller kunne tenkt seg arbeid utenfor pleie og omsorg. At de havnet her, var neppe så tilfeldig som det lett kunne se ut til ut fra hvert enkelt tilfelle. Dette er en sektor der statistikken viser at andelen ansatte med såkalt innvandrerbakgrunn er økende, og forklaringene på det finner vi ikke på denne posten, men i den større helheten som både den og sykehuset var deler av. Dette er et tema vi skal vende tilbake til i det avsluttende kapitlet, etter at vi har sett på sykehuset som arbeidsplass.

3 Sykehuset

Beskrivelsen av bo- og omsorgssenteret i forrige kapittel formidlet vårt inntrykk av et helhetlig, langsiktig og personlig forhold til «brukerne», beboerne, som hadde bo- og omsorgssenteret som sitt hjem. Både sykehus og bo- og omsorgssentre er institusjoner som yter omsorg og pleie til mennesker som trenger det, men et sykehus skiller seg samtidig klart fra et bo- og omsorgssenter. Et sykehus skal diagnostisere og gi medisinsk behandling, og det skal bare yte omsorg og pleie som en del av den medisinske behandlingen. Vår framstilling av sykehuset i dette kapitlet vil dermed formidle et bilde av et langt på vei oppdelt, upersonlig og løsningsorientert forhold mellom ansatte og «brukere» eller pasienter.

Sykehuset var et middels stort, somatisk sykehus i Oslo-området. I de senere årene hadde det hatt en økning i andelen pasienter med innvandrerbakgrunn, noe som gjorde det særlig interessant for vårt prosjekt. Vi var interessert i å finne ut hvordan personalpolitikken eventuelt ble sett i sammenheng med, og i praksis hang sammen med, behovet for å tilpasse seg de nye pasientene. Samtidig var vi klar over at andelen ansatte med innvandrerbakgrunn i helseprofesjonene var langt lavere i sykehus enn det som var tilfellet i kommunal sektor, som bo- og omsorgssenteret jo tilhørte.

Sykehuset besto av mange ulike avdelinger og enheter. I tillegg til avdelingene for administrasjon, drift og medisinsk service, var hovedvekten av aktivitetene ved sykehuset lagt til de kliniske avdelingene. Av disse var medisinsk avdeling den største både regnet i antall pasienter og antall ansatte. Medisinsk avdeling var igjen delt inn i flere underavdelinger, blant annet dagposter og sengeposter.

Sykehuset som arbeidsplass

Vi fikk ikke tilgang til å utføre feltarbeid ved hele sykehuset, og kunne dermed ikke bevege oss fritt mellom de ulike enhetene slik vi hadde håpet, og slik vi hadde kunnet ved bo- og omsorgssenteret. Da vi etter mange forsøk (se neste kapittel) fikk tillatelse til å forske her, omfattet tillatelsen feltarbeid i Medisinsk avdeling, post 12, i fire måneder. Vi søkte senere, og fikk da, adgang til å gjøre et mindre feltarbeid ved post 13 i den siste av disse fire månedene. Våre beskrivelser her er dermed hentet fra disse to postene ved Medisinsk avdeling. I diskusjonen av materialet herfra trekker

vi likevel på samtaler og observasjoner som involverer andre avdelinger, som for eksempel møter vi hadde med sykehusledelsen.

Begge postene var sengeposter. «Ut-og-inn-pasienter» var det en god del av, spesielt ved post 12: pasienter som på grunn av høy alder hadde sviktende helse og derfor ble innlagt på sykehuset flere ganger i året, og som etter hvert sannsynligvis ville bli «meldt til bydelen» for å få mer kontinuerlig pleie enten i hjemmet eller på et sykehjem. Mange av oppgavene på sykehusposten lignet derfor på oppgavene til de ansatte ved bo- og omsorgssenteret. Det dreide seg i stor grad om å gi best mulig pleie og omsorg til gamle mennesker med slitne kropper og ikke sjelden ganske forvirrede sinn. De fleste pasientene hadde norsk bakgrunn, men det var likevel ifølge ledelsen en klart økende andel pasienter med innvandrerbakgrunn.

Her var hverdagen atskillig mer oppstykket enn den var i bo- og omsorgssenteret, både i tid og rom. Det var klare skiller mellom rom der pasienter hadde adgang og rom der bare de ansatte hadde adgang, og mellom rom der alle ansatte og bare noen ansatte hadde adgang. Vi hadde som forskere adgang til de rommene alle ansatte brukte, først og fremst vakt- og pauserommet på post 12. Vaktrommet var også arbeidsrom for to av pleiergruppene. Pauserommet var samtidig arbeidsrom for de to andre pleiergruppene, og det fungerte dessuten som møterom. Her hadde ingen pasienter eller pårørende lov å gå inn. Det var ikke så vanskelig å merke hvilke rom man hadde tilgang til. Den som var så uheldig å gå feil, ble raskt avvist. Derimot var det atskillig mer krevende å få en oversikt over hvor alle de ansatte skulle være til enhver tid. Skillene i rom hadde sin parallell i at det også var klare skiller mellom pasientenes og de ulike personalgruppenes tid. Pasienter så vel som ulike personalgrupper fulgte forskjellige rytmer og rutiner, som riktignok var nøye koordinert. Dette var ikke noe stort problem for den enkelte ansatte, som bare trengte å holde oversikt over sin egen plass i dette innviklede systemet. For oss som forskere var det derimot slående hvor komplisert samspillet mellom alle de ulike kategoriene ansatte var. Det var også en sterk kontrast til bo- og omsorgssenteret at pasientenes verden forble nærmest ukjent for oss, fordi pasient-tid og pasient-rom var så atskilt fra de ansattes.

Som arbeidsplass var sykehuset dessuten preget av at det hadde vært gjennomført mange endringer i løpet av kort tid, med omorganiseringer i form av deling og sammenslåing, innskrenkninger og utvidelser i rask rekkefølge. Det gjorde at det var mange som ikke hadde arbeidet sammen særlig lenge ved post 12, selv om flere hadde vært ansatt ved sykehuset i mange år.

Ved post 12 var det 30 senger og 35 stillinger. Det var 35 fast lønnet pleiepersonell, hvorav 29 var sykepleiere og 6 var hjelpepleiere. Litt under halvparten av disse var ansatt i full stilling. Bare én av de som hadde 100 prosent stilling hadde ikke norsk bakgrunn. Dette var en sykepleier fra et nordisk land. Tendensen var at nytilsettinger ikke skjedde i form av full stilling. Av de 7 sist tilsatte jobbet alle enten 75 prosent eller 80 prosent. I tillegg tok de fleste ofte ekstravakter, slik at de i realiteten arbeidet full tid. Vikarer ble ikke brukt. Isteden ble deltidsansatte bedt om å arbeide ekstra, og i noen tilfeller ble eksterne ekstravakter innkalt etter behov. Som avdelingssykepleieren, Mette, forklarte oss: «Jeg kan ikke ha dem på full tid. Jeg må ha de prosentene å gå på for å få fylt opp vaktlistene, ellers får jeg det ikke til å gå opp!» Dette var altså en bevisst strategi fra ledelsens side. På denne måten ble det også spart penger, i og med at de fast ansatte ikke hadde krav på overtidstillegg før de hadde arbeidet mer enn 100 prosent, uansett hvilken stillingsbrøk de hadde.

Det var på listen over ekstravakter vi fant de fleste ansatte med innvandrerbakgrunn, selv om det heller ikke her var snakk om noe stort antall personer. Det var også her vi fant de få pleieassistentene, som uten unntak enten var sykepleiestudenter eller hjelpepleierelever. Alle de fast ansatte sykepleierne hadde tredelt turnus og arbeidet altså både dag, kveld og natt. Hjelpepleierne hadde ikke nattevakter, fordi det om natten kun skulle være to sykepleiere på vakt.

Det var også mange andre yrkesgrupper representert ved post 12. I motsetning til pleierne, var disse ikke underlagt avdelingssykepleier. Legene var underlagt klinikkjefen, og de arbeidet også ved andre poster. Det var to overleger og to assistentleger som var fast tilknyttet post 12. Det var dessuten andre faggrupper som var underlagt en annen klinikkjef og som også arbeidet ved andre poster: fire fysioterapeuter, to ergoterapeuter, to sosionomer, en prest, en ernæringsfysiolog, og en logoped. I tillegg var det flere sykepleierstudenter og hjelpepleierelever og deres veiledere. I kategorien «andre», altså ikke pleiende eller behandlende personell, kommer portører, laboratoriepersonell, røntgenpersonell, og så var det kjøkkenvertene.

Da vi startet feltarbeidet, fikk vi høre at «kjøkkenvertene, de er jo ofte fra andre kulturer, de klarer vi ikke å holde styr på, de har vi jo ikke ansvaret for.» Vi observerte for øvrig senere at de fleste kjøkkenvertene ved post 12 var etnisk norske. De vi snakket med var i en fase før de gikk i gang med sitt framtidige yrkesvalg. Kjøkkenvertene var altså ulik pleierne først og fremst i den forstand at de ikke studerte eller arbeidet innen helsefag – en profesjonsavstand, som ble omtalt i etniske termer. Først mente pleierne vi

snakket med at kjøkkenvertene var ansatt utenfra, men så kom de på at det var de jo ikke, de sorterte under avdelingen for kantine og kjøkken. Det var da det var avklart at de kom på renholderne: «Åja, og så er det rengjøring, det er jo bare tverrkulturelle. De er jo fra ISS. Der er det ingen norske.»

Fordi det var så mange ansatte, og fordi pleierne var den gruppen ansatte som var samlet på denne posten, valgte vi å fokusere mest på pleierne, uten å ekskludere noen av de andre yrkesgruppene helt. Det betyr at vi snakket med og observerte ansatte fra de fleste andre yrkesgrupper, men at vi ikke satte oss inn i deres arbeidsrutiner og fellesskap. De fast ansatte pleierne – med unntak av dem som hadde mer administrative eller koordinerende stillinger – var fast inndelt i fire grupper, med ansvar for hver sine pasientrom og med oppgaver som ble tildelt dem skriftlig via oppslag fra avdelingssykepleieren, Mette, som også hadde personalansvaret for dem. Gruppeinndelingen var det avdelingslederen som bestemte. Hver gruppe fordelte sine tildelte pasienter seg imellom, slik at alle visste hvem som hadde ansvaret for hver enkelt pasient. Det var gjerne hjelpepleierne og evt. pleieassistentene som tok seg av gruppas «husarbeid»-oppgaver, slik som oppgaver på skyllerom, lager eller kjøkken. Formelt sett hadde gruppene ingen gruppeleder, men i praksis var det gjerne den mest erfarne sykepleieren på gruppa som gikk inn i en lederrolle.

Arbeidsdagen til pleierne på dagvakt begynte 7.30 med rapportmøte. Dette møtet var delt i to, den første delen var felles for alle pleierne, så delte de seg i to, slik at to og to grupper hadde møte med detaljer om hver enkelt pasient. Møtet varte vanligvis til 8.00, da morgenstellet begynte. Legevisitten kom omkring 9.45, og var gjerne ferdig litt etter 11. Så gikk det slag i slag med lunsjavvikling og møtevirksomhet. Det var oppslag på pauserommet om alle møter, som i hovedsak enten var av typen faglig oppdatering eller pasientorienterte, i tillegg til personalmøter. 14.30 var det tid for ettermiddagens rapportmøte, før dagvakten var over klokka 15. Om kvelden var det, som på bo- og omsorgssenteret, bedre tid til pasientene fordi møter og samarbeid med andre instanser foregikk på dagtid.

Rekruttering og ansettelse

Fra personalavdelingen fikk vi vite at ansettelse ved sykehuset nå foregikk som «desentraliserte beslutningsprosesser». Før hadde ansettelse dreid seg om stillingshjemler, men denne ordningen var erstattet med budsjettrammer som – igjen i følge personalavdelingen – ga klinikkjefene mulighet til å ha «fleksible stillingsbrøker». Også lønn var blitt mer individualisert. Der en

før fulgte ansiennitetsprinsippet, ble lønnstillegg nå fastsatt av klinikksjefen. En rekke viktige avgjørelser var i de senere årene delegert til klinikksjefene.

Personalavdelingen så sine viktigste oppgaver i å skulle fungere som et støtteapparat for klinikksjefene. De skulle gi råd, ha oversikt over sykefravær og ordninger i tilknytning til det, overvåke pensjonsordninger, registrere dem som begynte og sluttet, ha oversikt over legitimasjonskort/nøkler og andre praktiske ting. De byråkratiske rutinene rundt ansettelser tok de også hånd om: «Avdelingene bestemmer hvem som skal ansettes, mens personalavdelingen ordner alt det formelle.»

Sykehusets utlysninger hadde ikke noen generell oppfordring til folk med etnisk minoritetsbakgrunn om å søke. Personalavdelingen oppga at de mottok en del søknader fra innvandrere, mest til serviceavdelingen, uten at de kunne tallfeste dette. Videre bekreftet de vårt inntrykk av at de medisinske avdelingene, derunder post 12, i stor grad brukte sommervikariater som rekrutteringsmåte. De hadde mange søkere til sommervikariatene. Sommervikarene var svært ofte nyutdannede som på denne måten fikk gode sjanser til å få fortsette i faste stillinger ut over høsten. Personalavdelingen understreket at de forsøkte å være konsekvente med å ha utlysning av alle faste stillinger. Likevel var det slik at de sommervikarene som hadde vist seg dyktige fikk et fortrinn framfor andre, ukjente, søkere. Ekstravakter var en annen slik indirekte rekrutteringskanal. Avdelingslederne valgte selv, uten utlysning, ekstravakter, som i neste omgang hadde et fortrinn framfor ukjente søkere ved utlysning av faste stillinger.

Utlysninger var altså ikke den viktigste rekrutteringsmåten. Hvordan hadde så de ansatte ved post 12 fått sine stillinger? På grunn av omorganisering var ca. ti av pleierne ved post 12 i løpet av de siste månedene blitt overført til post 12 fra andre poster ved sykehuset. Nesten like mange var nyutdannede sykepleiere og hadde altså nettopp fått sin første jobb her etter endt utdanning. Mange av disse hadde arbeidet som ekstravakter i løpet av studietiden og/eller i sommermånedene etter endt eksamen, slik at de allerede var kjent. En av de mannlige sykepleierne hadde kommet til post 12 som sivilarbeider og hadde «blitt her», som avdelingslederen, Mette, sa. Reda hadde arbeidet ved sykehuset som ekstravakt ved siden av sykepleierstudiene, og hadde så fått et vikariat og siden blitt bedt om å søke fast stilling. Flere av de ansatte med innvandrerbakgrunn hadde fått jobb etter personlig frammøte. Sykepleier Zola, på post 13, fortalte oss at hun hadde gått direkte til avdelingslederen der da hun var ferdig med utdanningen, for å spørre om det var noen ledige jobber. Det var det, og hun hadde fått beskjed om å skrive en søknad, og hadde så først fått et vikariat og så blitt spurt om

hun ville ha fast ansettelse. Pleieassistent Simone hadde egentlig tenkt seg jobb på sykehjem, men fortalte i intervju med oss:

Simone: Jeg opplevde veldig at det var greit når jeg ringte og snakket med arbeidsgiverne, men så traff de meg og fikk se meg og da sa de plutselig helt andre ting.

MLS: Du mener det var noe med utseendet ditt som fikk dem til å forandre mening om deg?

Simone: Ja, det var helt tydelig, det var fordi jeg er afrikansk. Plutselig skulle de liksom ringe meg senere hvis det ble noe ledig, selv om de hadde sagt at det var det i telefonen. Sa helt andre ting. Det stemte liksom ikke med det de hadde sagt før.

MLS: Men det er jo ganske vanlig at folk med innvandrerbakgrunn jobber i sykehjem – jeg trodde nesten det var lettere å få jobb der enn på sykehus?

Simone: Jo, men det er ikke afrikanere som jobber der, vet du. Det blir noe annet. Det er utlendinger, men ikke afrikanere. Vi får ikke jobb der.

MLS: Men så søkte du jobb her? Akkurat hvordan gjorde du for å søke jobb her, skrev du en søknad eller?

Simone: Ja, jeg fylte ut et skjema som jeg lastet ned.

MLS: Og så sendte du det til administrasjonen, eller rett til Mette?

Simone: Nei – du vet, at jeg liker ikke å sende sånne søknader. Alle sier det, at de bare kaster dem. De ser navnet ditt, og så er det rett i søpla med den. Så jeg tok med søknaden og dro hit, jeg. Og så spurte jeg i resepsjonen hvor jeg skulle gå, at jeg hadde jobba på sykehjem før og sånn, og de sa at rehab og geriatri, det var best å dra til post 12. Så jeg kom til Mette, og hun så på meg på en helt rett, direkte, jeg kjente med en gang at dette her var noe annet. Hun ville vite hva jeg kunne. Og hun ga meg jobb her med en gang.

Hvem var de ansatte på sykehuset?

Vår oversikt over andel og plassering av ansatte med innvandrerbakgrunn ved sykehuset som helhet, er basert på utskrifter av telefon- og distribusjonslister som vi vet var til dels mangelfullt oppdatert. Beklageligvis fikk vi ikke tilgang til oppdaterte personallister, slik vi hadde håpet. Med forbehold om et noe svakt datagrunnlag skal vi likevel si noe om dette. Distribusjonslisten for ledere ved sykehuset inkluderte ledere fra direktøren og ned til

avdelingsleder/avdelingssykepleiernivå. På denne listen, som besto av ca. 100 navn, fant vi fire navn som ikke var helt norske. Mindre enn 5 prosent av denne store gruppen ledere hadde altså innvandrerbakgrunn. Av disse igjen var to navn nordeuropeiske, mens to tydet på asiatisk eller afrikansk opprinnelse. I kjøkken og kantine fant vi at den tilsvarende prosentandelen var 20 prosent, mens den i serviceavdelingen, som hadde ansvaret for all transport, tekstiler, søppel, sengesentral og garderober, var litt over 10 prosent. Ved operasjonsavdelingen var tallet i overkant av 20 prosent, det samme gjaldt radiologisk avdeling, mens det i medisinsk legetjeneste var ca. 5 prosent ansatte med navn som indikerer innvandrerbakgrunn. Ut fra listene framgår det dessverre ikke hvilken stilling disse hadde i avdelingene, men i den grad navnene ikke finnes på listen over ledere, kan vi gå ut fra at det var stillinger under avdelingsledernivå. Noen få avdelinger hadde ingen ansatte med innvandrerbakgrunn, blant annet personalavdelingen.

Rundt 70 personer hadde post 12 som arbeidsplass, men langt fra alle disse hadde posten som sitt eneste eller viktigste arbeidsmiljø. Først og fremst de fast ansatte syke- og hjelpepleierne «hørte til» på posten. Fordi mange av de ansatte med innvandrerbakgrunn *ikke* var fast ansatte pleiere, men enten tilhørte andre yrkesgrupper eller ikke var fast ansatt, er det likevel god grunn til å ta med noen av dem i en oversikt som skal bidra til å vise hvordan etnisk forskjellighet spilte inn i forhold til arbeidsfellesskapet. En oversikt over dem som hadde post 12 som sin viktigste arbeidsplass, etter stilling, kjønn og etnisitet, kan skjematisk framstilles slik:

	Kvinner	Menn
Sykepleiere: fast ansatte	25 (20 norske)	4 (4 norske)
ekstravakt	3 (0 norske)	2 (0 norske)
Hjelpepleiere: fast ansatte	5 (4 norske)	1 (1 norsk)
ekstravakt	3 (2 norske)	1 (0 norske)
Pleieassistenter (kun ekstravakter)	3 (1 norsk)	0
Renhold	0	1 (0 norske)
Leger	2 (2 norske)	2 (2 norske)
Totalt	41 (29 norske)	11 (7 norske)

Etter stillingsprosent kan en oversikt over de 35 fast ansatte pleierne framstilles slik:

Fast ansatte	Etnisk norsk	Innvandrerbakgrunn
100 % stilling	16	1
72–92 % stilling	13	5

Tendensen var at ansatte med innvandrerbakgrunn i mindre grad enn etnisk norske var å finne i faste stillinger. Tydeligst var denne tendensen for menn med innvandrerbakgrunn. Ansatte med innvandrerbakgrunn var også i mindre grad enn etnisk norske å finne i fulle stillinger.

Arbeidsgivers tilrettelegging

I et møte med sykehusets toppledelse i forkant av prosjektstart tok vi opp nettopp dette spørsmålet. Ledelsens svar var at alle ansatte ble behandlet likt. De la også vekt på at personalet burde avspeile pasientgrunnlaget. Det hadde da også i en periode vært aktiv rekruttering av ansatte med innvandrerbakgrunn, uten at dette hadde vært fulgt opp i senere år i form av evalueringer eller ytterligere slik rekruttering. I praksis hadde sykehuset valgt å «møte den flerkulturelle utfordringen», som ledelsen oppfattet lå i et økende antall pasienter med innvandrerbakgrunn, med utstrakt bruk av tolk. De mente likevel at vårt prosjekt ikke ville få noe ut av å snakke med tolkekoordinatoren, ettersom vi ikke fokuserte på pasienter, men på ansatte. Toppledelsen ved sykehuset hadde hva man kan kalle en «aktiv ikke-politikk» på området inkludering av ansatte med innvandrerbakgrunn. Vi skal komme tilbake til hva vi mener med dette i sammenligningen av de to institusjonene.

En kvinnelig, etnisk norsk lege, kommenterte ved en senere anledning, da jeg sa at vi blant annet ville fokusere på fordeling av arbeidsoppgaver og hvordan folk ser på hverandre, at «det er følsomme temaer, vet du. I allfall blant leger. Men når utenlandske leger og sykepleiere først har greid å få en jobb her, da er det dyktige folk. Det er bare de beste som får det til. Og det vet jo kollegene.» Det paradoksale i at dette skulle være et følsomt tema, hvis alle var enige om at de «utenlandske» kollegene var uvanlig dyktige, ble ikke berørt i denne samtalen.

En av lederne påpekte, da jeg nevnte forskjellen i «etnisk rekruttering» mellom statlig og kommunal sektor, at man må ta rekrutteringsgrunnlaget i betraktning. Hun trodde bestemt ikke at sykehusene har like mange søkere med innvandrerbakgrunn som sykehjemmene har. Hun påpekte også at mye av rekrutteringen skjer allerede ved opptak til studier, slik at også høyskoler og universitet burde arbeide mer aktivt med sitt rekrutteringsgrunnlag.

En av legene ved post 12 sa følgende til oss da samtalen dreide seg om hvordan en arbeidsplass kan møte arbeidstakere med innvandrerbakgrunn:

Vi kan jo tenke oss tre måter: 1) alle starter helt likt og behandler hverandre likt uansett bakgrunn, 2) norsk helsepersonell strekker seg lengre, fordi de har de beste mulighetene til det og 3) de ansatte med

innvandrerbakgrunn strekker seg lengre. Vi er jo tross alt i Norge og pasientene er stort sett norske.

Hva var så praksis i sykehushverdagen? Praksis på dette feltet må sees som en del av sykehushverdagen for alle de ansatte. Et kjennetegn var det doble presset særlig pleierne var utsatt for. Dette besto i en betoning av deres personlige ansvar som omsorgsgivere nærmest med et slags kall for å yte neste-kjærlighet, kombinert med nødvendigheten av å være maksimalt «kostnads-effektive» i konkurranse med andre sykehus. Som en sykepleier med lang fartstid ved sykehuset uttrykte det i et intervju:

Det er en slags morsrolle i hele avdelingsledersjiktet, og pleierne blir en slags barn. Det blir helt personlig mellom henne og deg. Veldig vanskelig å forholde seg til, man tror jo det er noe feil med en selv når man får sånne meldinger om at man ikke strekker til. Jeg tror det er generelt på avdelingsledernivå, jeg er ganske sikker på det. Det blir på en måte sånn at morsfigurene i avdelingsledersjiktet spiller på lag med direktør-farens new public management.

At mange av de ansatte også var ganske nyutdannede og unge kvinner, bidro nok til å styrke dette aspektet ved forholdet mellom ledelse og ansatte. Denne dynamikken kunne også bidra til å gjøre det vanskelig for «menige pleiere» å uttale seg kritisk i forhold til spørsmål som hadde med ledelse og organisering å gjøre. Generelt var det sjelden det kom fram åpen kritikk av denne typen.

Insistering på at alt er bra – og forskeren som bedreviter

Det «familiære» ved sykehuset som organisasjonstype gjorde det altså vanskelig for de ansatte å uttale seg kritisk uten å bli oppfattet og avfeid som rebelske barn. Dette var et generelt trekk. I en slik organisasjonstype er det heller ikke vanskelig å forstå at forsøk på å avklare eventuelle negative sider ved samarbeidet mellom ulike kategorier av pleiere kan oppfattes som «søskensjalsi». De sykehusansatte var da også svært forsiktige i sine uttalelser om forhold som for eksempel kunne tolkes som diskriminering og rasisme. Intervjuet med en av sykepleierne som hadde bakgrunn fra Midt-Østen, Reda, er typisk i så måte. Hun var rask til å understreke hvor fint det var å arbeide her – det samme hadde hun også tidligere, uoppfordret, fortalt oss. Det følgende er utdrag av våre notater fra intervjusituasjonen:

Reda: «Jeg føler det sterkere her enn andre steder jeg har jobbet. Alle tar godt vare på hverandre. Inkluderer. Andre steder har jeg hatt dårligere

erfaringer. At man ser ned på, eller – ikke ser. At jeg føler meg usynlig, det har skjedd andre steder. At folk ikke hilser, ikke ser meg, selv om jeg er der. Det er ikke sånn her.» Hun ser litt nervøst på klokka, den er akkurat halv tre. Rommet vi sitter i, skal brukes til rapportmøte med hennes egen arbeidsgruppe halv tre. Plutselig blir døra revet opp og inn kommer Kari og Anne, to av arbeidskameratene til Reda. Jeg ser litt forskrekket på dem (de kunne gjerne ha banket på først, det står 'opptatt' på døra) og sier, for å glatte over det brutale ved inntoget: «åja, dere skal ha rapportmøte nå?» «Ja!» sier de begge to og setter seg ned. Reda reiser seg og sier forsiktig: «dere banket ikke – ?» Kari overser henne og henvender seg til meg med kroppsspråk og med spørsmålet: «Nå, er Reda meldt til bydelen nå da?» Jeg skjønner at det er ment å være en spøk. Å 'melde til bydelen' er noe man gjør med pasienter som skal utskrives, men som ikke er i stand til å klare seg selv, uten pleie – det er altså ikke noe man gjør med ansatte. Jeg kjenner ikke systemet godt nok til å komme med et kjapt svar. «Den var det visst ingen som tok,» sier Kari til Anne, idet de setter seg godt til rette og jeg er på vei ut. Reda har reist seg og blir med meg ut, tiltross for at hun også egentlig skulle være med på møtet, og vi går bortover gangen sammen, uten å si noe.

Kontrasten mellom den idyllen Reda nettopp hadde sittet og beskrevet, og den virkeligheten som brått trengte seg på, var slående. At Kari og Anne så klart markerte sin overordnede innenfor-posisjon overfor Reda, var overraskende. Som regel nøyde de seg med atskillig mer subtile former for forvaltning av utilgjengelighet. Som Inger Haugen sier:

Presentasjonen av (eller det som blir forstått som presentasjonen av) budskap om tilgjengelighet og utilgjengelighet foregår på et utall måter: ved stemmebruk, ansiktsuttrykk, styring av blikket, kroppsholdning, plassering i forhold til dører og inventar (...) [Det later til at] denne kommunikasjonen fortrinnsvis foregår ikke-verbalt (Haugen 1978:409).

Små utålmodige sukk, skuldertrekk, unngåelse og andre ikke-verbale uttrykk var det vanlige også her. Hva var det da som gjorde at Kari og Anne gikk til en slik direkte aksjon denne gangen?

Spørsmålet er viktig, men det er like viktig å være åpen for at svarene kan være flere. Ut fra vårt kjennskap til sykehusets organisering, temaer og ikke-temaer er det to forklaringer som virker sannsynlige. De utelukker ikke hverandre. Den ene forklaringen går direkte på forholdet mellom ansatte med innvandrerbakgrunn og ansatte med norsk bakgrunn. Her er det ikke-temaet diskriminering som kan kaste lys over Karis og Annes handlinger. De visste at vi i vårt forskningsprosjekt satte søkelyset nettopp mot dette ikke-

temaet, og hadde underveis i feltarbeidet markert sin utilgjengelighet også overfor forskerne, delvis ved unngåelse, delvis ved ufarliggjøring gjennom spøk og skjemt: «Er du her nå igjen, da?» eller «Nå, hva finner du ut om oss?» Intervjuet med Reda markerte at vi ikke respekterte at ikke-temaet var et ikke-tema. Det utgjorde dermed en mer entydig trussel enn vårt mer flertydige nærvær i det daglige, der vi ofte la vekt på at det ikke bare var etnisitet vi var opptatt av.

Den andre forklaringen har å gjøre med et eksplisitt tema i organisasjonen: møter og tidsrammer. Gang på gang hadde vi fått høre om hvor mye tid som gikk med til møter, og hvor viktig det var å holde seg innenfor tidsrammene både ved å starte presis og avslutte presis. Ledelsen forsøkte å holde en stram linje, som blant annet ble begrunnet med at alle forsinkelsene medførte unødvendig store overtidsutbetalinger. Langt på vei møtte denne stramme linjen liten oppslutning blant de ansatte. Gang på gang observerte vi at folk kom for sent, og at møter holdt på ut over den oppsatte tiden. Som vi også hadde observert, var det et problem som forplantet seg gjennom hele dagen og organisasjonen: en eller annen sentral person kom for sent til møtet på vår avdeling fordi møtet hennes på en annen avdeling ikke ble ferdig i tide. Derfor måtte også vårt møte begynne etter tiden, og så videre. Det var altså et sprik mellom en utbredt praksis og uttalte mål.

Det var det uttalte målet om å få en slutt på den utbredte praksisen som gjorde det mulig i det hele tatt å avbryte intervjuet vårt uten å banke på eller be om unnskyldning. Samtidig er det viktig å være klar over at dette ikke ville ha vært mulig dersom det var et annet sykepleiermøte, et tverrfaglig møte, et legemøte eller et ledermøte som brukte møterommet på overtid når rapportmøtet skulle starte. Det skjedde for eksempel flere ganger at vaktrommet var fullt av pleiere som ventet utålmodig på at møterommet skulle bli ledig slik at de kunne komme i gang med rapportmøtet. Møterommet ble nemlig også brukt til tverrfaglige møter, der blant annet leger også var til stede. I disse tilfellene opplevde vi aldri at noen foreslo å avbryte det forsinkede møtet, til tross for at det «stjal» av rapportmøtets tid. Det var ikke aktuelt, fordi det tverrfaglige møtet rangerte høyere enn rapportmøtet.

Det at Reda selv ikke ble sittende i rommet slik man kanskje kunne forvente da jeg gikk ut og rapportmøtet skulle begynne, bekrefter også at dette var en ubehagelig situasjon for henne, at dette var noe mer enn en vanlig tøff tone likestilte kolleger imellom. Enda mer tankevekkende enn det brå avbruddet var Redas gjentatte insistering på at hun var helt og holdent inkludert i arbeidsfellesskapet, til tross for våre like gjentatte observasjoner som indikerte det motsatte. Hun var heller ikke den eneste ansatte med

innvandrerbakgrunn som insisterte på at sykehuset var en inkluderende arbeidsplass. Hvordan skal vi som forskere tolke dette? Det blir for enkelt å si at de tok feil, eller at de snakket usant. Det ville på den annen side være i strid med våre observasjoner å ta påstanden helt bokstavelig.

Per definisjon er det rom for mange subtiliteter og misforståelser rundt det tilsynelatende enkle utsagnet «A er utilgjengelig for B». Nettopp i uklarehetene ligger potensialet for forvaltning av utilgjengelighet. Kari og Anne var utilgjengelige for Reda, de hadde satt opp et symbolsk gjerde mot henne. Fordi gjerdet nettopp var symbolsk og derfor mangetydig, var det likevel mulig for Reda og hennes kolleger med innvandrerbakgrunn å opprettholde forestillingen om at de var helt innenfor. Denne forestillingen var en forutsetning for å opprettholde et positivt forhold til arbeidssituasjonen. Alternativet kunne lett bli å la seg presse ut av et ansettelsesforhold som ansatte med innvandrerbakgrunn har ekstra vanskelig for å få: fast, tilnærmet full stilling som fagperson i sykehussektoren.

Sykehuset var et sted der det gjaldt for ansatte med innvandrerbakgrunn å gjøre sin annerledeshet minst mulig synlig. Bare det å skulle bli intervjuet av oss som forskere med interesse for situasjonen til ansatte med innvandrerbakgrunn, var vanskelig, fordi dette gjorde hver enkelt av dem synlig som «annerledes» og dermed satte dem i fare for å havne «utenfor». Sykehuset som arbeidsplass var derfor preget av splittelse i den forstand at ansatte med innvandrerbakgrunn vurderte det slik at de hadde mer å tape enn å vinne på å knytte bånd seg imellom og dermed gjøre annerledesheten relevant og synlig på arbeidsplassen. Det var mer å vinne på å understreke hvor godt man selv trivdes, at man egentlig anså seg for å være norsk, at man hadde tilpasset seg det norske samfunnet og derfor hadde det fint. Underforstått tok man dermed også avstand fra, og markerte seg i motsetning til, den kategorien innvandrere som klager over norske forhold.

«Godt nok norsk»

Som ved bo- og omsorgssenteret, var norsk arbeidsspråket også ved sykehuset. En engelsktalende pleier som snakket ganske dårlig norsk, Judy, gikk for eksempel ikke over til engelsk i samtaler med kolleger. Her er et lite utsnitt fra et rapportmøte:

Nå er det Judy som rapporterer, og Ole Fredrik som noterer. Judy bruker – må bruke – mye kroppsspråk for å formidle det hun skal si. Mens hun snakker illustrerer hun ved å vise hvilken del av pasientens kropp hun snakker om. Slik kompenserer hun for sitt ganske haltende norsk. Ole

Fredrik lener seg forover, lytter intenst og noterer. Judy stotrer og bruker lang tid, men hun slår aldri over i engelsk. Hun behersker fagterminologien godt, men resten er hun veldig usikker på.

Utgangspunktet for denne situasjonen kunne ha vært hentet fra bo- og omsorgssenteret, der det også var pleiere som kunne ha gjort seg bedre forstått på engelsk, men som likevel konsekvent holdt seg til norsk. Begrunnelsen for å bruke norsk var likevel ikke den samme. I motsetning til bo- og omsorgssenteret hadde sykehusets personale sine egne, fysiske helt atskilte rom der mye av kommunikasjonen dem i mellom foregikk. Det var ikke nødvendig å snakke norsk der av hensyn til pasientene. Flere av pasientene ved sykehuset var dessuten ikke norske, og vi overhørte ved flere anledninger at engelsk og andre språk ble brukt i kommunikasjonen mellom pasienter og personalet. Vi kom inn på årsakene til vekten på det norske språket personalet imellom da vi intervjuet en av pleierne på post 13. Hun hadde kommet til Norge som lite barn og snakket selv helt flytende norsk:

MLS: Hva slags råd ville du gi til nyansatte med innvandrerbakgrunn?

Zola: Jeg vet ikke helt hva jeg skal svare på det. Det er jo så forskjellig, alle med innvandrerbakgrunn er jo så ulike, det finnes ikke ett råd jeg kan gi. Jo forresten, det som skiller mest er kanskje det med språk. Altså at det har kjempemye å si, hvis man skal bli godtatt så må man kunne norsk.... Og norske reagerer jo veldig når det er noe de ikke skjønner, da. Det skal veldig lite til for at de føler seg – for at de reagerer.

Zola utgjør også selv et godt eksempel på hvordan språk er mer enn ord. Hennes kroppsspråk var nemlig også «flytende norsk». Med det mener vi at hun hadde, og brukte, en høy kompetanse i å bruke tegn som norske kolleger ville kjenne igjen som lik sine egne: gester og bevegelser, stemmebruk, klær, hårfrisyre. Hun «kunne norsk» like godt som dem.

Det å vise vilje til å «kunne norsk» var både en symbolsk og en praktisk handling. På sykehuset var det vanskelig å bli inkludert som ansatt med innvandrerbakgrunn hvis man la vekt på at man ikke var, eller ikke ønsket å være, norsk. Da måtte man regne med å få negative reaksjoner fra de norske kollegene. Hvis man derimot, blant annet gjennom å snakke mest og best mulig norsk, la for dagen en overordnet lojalitet til det norske fellesskapet, var sjansene bedre. Som en følge av dette var båndene mellom de sykehusansatte med innvandrerbakgrunn svake.

Det er fristende å bruke et uttrykk som «splitt og hersk» for å beskrive forholdet mellom den norske majoriteten og de ansatte med innvandrer-

bakgrunn, selv om dette selvsagt ikke var resultatet av noen planlagt strategi. Uttrykket har likevel sin berettigelse som en beskrivelse av ikke bare dette forholdet, men av forholdet mellom ledelse og ansatte generelt. I et så stramt hierarki som dette skulle det lite til for å bli hakkekylling. En effekt av dette, og av en felles kollektiv stil der alle skulle holde samme akkord, var at alle passet nøye på hverandre så ingen skulle gjøre mer eller mindre enn det som stillingen deres tilsa. I praksis betydde det at for eksempel Judy ikke kunne velge bort situasjoner der hun åpenbart kom til kort fordi hun ikke snakket godt nok norsk:

Judy og en av sykepleiestudentene, Afshin, står ved det ene skrivebordet og snakker om en pasient som skal utskrives til et sykehjem. Judy tar en telefon angående pasienten (på sitt ubehjelpelige norsk) mens Afshin lytter. Judy blir stående der, hun og ringer og ringer, og ser mer og mer fortvilet ut. Jeg skjønner på det hun sier, og på kommentarer fra flere av de andre sykepleierne som går forbi, at dette haster– her er det snakk om å få tak i rette vedkommende på sykehjemmet med en gang, ellers kan den utskrivningsklare pasienten bli liggende på sykehuset over helgen. Hun blir satt over fra sentralbordet til avdelingen gang på gang. Hver gang prøver hun å si til den som setter henne over at de må gjøre noe annet, finne noen andre, for avdelingen svarer ikke, men uten hell. Til slutt, etter at hun har holdt på i nærmere en time (jeg går ut og inn og hun er der hver gang, stadig mer fortvilt), overtar hjelpepleier Carolina. Hun sier kort og fyndig inn i røret: «Ja, dette haster veldig. Det er svært viktig at vi får overført pasienten med det samme. Nei, vi kan ikke vente» og liknende. Det virker, og situasjonen løser seg raskt.

Her kan vi legge merke til at ingen av Judys med-sykepleiere gjør noe for å hjelpe henne, selv om de tydelig er klar over situasjonen. Judys jobb er å gjøre jobben sin, og hjelper de henne med det hun ikke klarer, så sier de samtidig at hun ikke klarer jobben sin. Hjelpen kommer likevel til slutt. En hjelpepleier, selv med innvandrerbakgrunn, trår til. Carolina snakker flytende norsk, og i dette tilfellet er det akkurat det som skal til – det nytter ikke å stotre og famle etter ord og setninger når man skal utvise myndighet overfor samarbeidspartnere, på vegne av sykehuset. Hjelpepleiernes rolle er tradisjonelt å gå sykepleierne til hånd, og det er nettopp det Carolina gjør. Hun utnytter dermed de mulighetene som ligger i en tradisjonell rollefordeling for å redde Judy ut av en svært pinlig situasjon. Ved å vise at hun, som også har innvandrerbakgrunn, behersker norsk atskillig bedre enn sykepleieren Judy, får hun samtidig bekreftet sin egen kompetanse. Dette er også en del av hjelpepleierrollen: en identitet basert på at man egentlig gjør vel så god nytte for seg som det sykepleierne gjør (Dahle og Iversen 2001).

Uformell kompetanse

Forholdet mellom de ansatte og pasientene var ikke det egentlige tema for vår undersøkelse, og vi hadde da heller ikke tilgang til denne delen av de ansattes arbeid. Vi overvar derfor bare glimtvis samhandling mellom pasienter og sykehusansatte, men observerte likevel flere ganger at engelsk ble (forsøkt) brukt som felles språk, også fra norske ansattes side. Tolker ble også mye brukt. Flere av de ansatte med innvandrerbakgrunn fortalte dessuten at de brukte sine språkkunnskaper og erfaringer i samhandling med pasienter med innvandrerbakgrunn. Zola sa det slik:

Zola: For pasienter med innvandrerbakgrunn så er det jo mye jeg kan sette meg inn i som de med helt norsk bakgrunn ikke kan. Jeg har jo en annen forståelse for det med familie, for eksempel, og mat – hva sånt betyr for at de skal føle seg vel, at det er viktig å legge til rette så langt det går. Det er jo hele mennesket det er snakk om. Jeg har jo hørt noen sånne småkommentarer fra norske, 'må de ha med sånn mat som lukter?' og sånn, det er noe med å skjønne hvor viktig sånt kan være. Selv om jeg selvsagt er ganske forskjellig fra de fleste av pasientene også. Dessuten det med språk, at jeg snakker flere språk flytende, det kommer jo til nytte.

MLS: Bruker du de språkene på jobb?

Zola: Det hender jo. Og jeg tror det er lettere, jeg vet det er lettere for pasienter med innvandrerbakgrunn å henvende seg til meg enn til en norsk. De ansatte med innvandrerbakgrunn vet hva de er verdt. Men sykehuset generelt er nok lite opptatt av det. Man blir jo lagt merke til. Det er jeg bevisst. Men jeg legger vekt på å vise at jeg behersker og skjønner den norske sykepleiermåten. Jeg kan jo bare den, men den kan jeg jo.

MLS: Det virker som mange av dem som har innvandrerbakgrunn er forsiktige med å vise til at de ikke har norsk bakgrunn, at de heller prøver å ikke bli lagt merke til i det hele tatt – hva tror du om det?

Zola: Jo, jeg kan være med på at det er mange som prøver å være mest mulig usynlige. At det kan være ganske lurt, for dem. Men det er ikke min måte å gjøre det på.

For Zola var det altså mulig å spille på et bredt register: hun behersket hele «den norske sykepleiermåten», både faglig, kulturelt og språklig, hun hadde (i norsk sammenheng) uvanlig gode språkkunnskaper, i tillegg til erfarte kunnskaper om det å være innvandrer i Norge. Det var hennes trygghet i det norske som ga henne spillerom til å bruke de andre delene av sin kompe-

tanse. De av hennes kolleger som ikke var tilsvarende suverene på det norske kulturelle og språklige feltet, måtte konsentrere seg om å bygge opp dette før de kunne bruke sin sykepleiefaglige kompetanse. Den kompetansen de hadde i kraft av sin innvandrerbakgrunn kunne først utnyttes fullt ut når hele den norske sykepleiermåten var på plass.

Som nevnt tidligere hadde sykehuset et i økende grad flerkulturelt pasientgrunnlag, uten at dette ble reflektert i ansettelsespolitikken eller i organisasjonen av det daglige arbeidet. Vi avdekket dermed den paradoksale situasjonen at mens bo- og omsorgssenteret praktisk talt hadde bare norske beboere og en høy andel ansatte med innvandrerbakgrunn, var det motsatte tilfelle på sykehuset. På sykehuset var pasientgrunnlaget stadig mer variert, ikke minst med tanke på etnisitet, men her var det en relativt lav andel ansatte med innvandrerbakgrunn. Dette paradokset blir bakgrunnsteppet for noen sluttord om hvordan sykehuset og bo- og omsorgssenteret kan sees i forhold til hverandre.

4 Kompetanser og sammenhenger

Spesifikke steder, generelle spørsmål

I begynnelsen av denne rapporten stilte vi noen spørsmål. Vi har ikke lovet å svare på spørsmålene, men har brukt dem som veiledere gjennom hele arbeidet. La oss likevel forsøke å oppsummere hvordan våre funn kan bidra til å belyse disse spørsmålene, ved at vi bruker de to arbeidsplassene som eksempler:

- *Hvem er de ansatte, med og uten innvandrerbakgrunn, i helse- og omsorgssektoren? Hvor kommer de fra, hva slags bakgrunn har de, og hvordan er de rekruttert?*

Verken tilgjengelig statistikk eller vårt feltarbeid kan svare utfyllende på dette spørsmålet. Det vi derimot kan si, ut fra vårt prosjekt, er at det er atskillig lettere for kvalifiserte søkere med innvandrerbakgrunn å få arbeid i den kommunale delen av denne sektoren enn i den (frikoblet) statlige. Til en viss grad spiller klassebakgrunn inn her, i den forstand at innvandrere med høyere klassebakgrunn ser ut til å ha litt lettere for å bli ansatt i sykehus enn det innvandrere med lavere klassebakgrunn har. Tilsvarende er det lettere for søkere med bakgrunn fra såkalt «vestlige» land å bli ansatt i sykehus enn det er for søkere med «ikke-vestlig» bakgrunn. Forskjeller i ansettelses- og rekrutteringsrutinene spiller også en viktig rolle her. Dette er allerede allmenn kunnskap blant søkere med innvandrerbakgrunn, noe som igjen har medført at mange ikke ser det som bryet verdt å forsøke å få seg arbeid i sykehus. Dersom man ønsker å se en gjenspeiling av befolkningsgrunnet blant ansatte i sykehus i deler av Norge der det bor relativt mange med innvandrerbakgrunn, må det dermed gripes aktivt inn for å bryte denne selvforsterkende tendensen.

- *Gjøres det noe for å legge til rette for at ansatte med innvandrerbakgrunn skal bli inkludert i arbeidsmiljøet, og i så fall hva gjøres, av hvem, på hvilke beslutningsnivåer?*

Som vi har sett, fant vi systematiske forskjeller mellom sykehuset og bo- og omsorgssenteret i måten de forholdt seg til dette spørsmålet på. Vi skal komme tilbake til dette litt senere i dette avslutningskapitlet, under overskriften *Universalisme kontra partikularisme*.

- *Har det betydning, og i så fall hvilke, om flere ulike etniske grupper er representert på samme avdeling? Oppstår nye skillelinjer og ulike typer hierarkier?*

Ved sykehuset var innslagene av ansatte med innvandrerbakgrunn så sporadiske at det norske forble helt dominerende. Ved bo- og omsorgssenteret fant vi at den kjensgjerning at de ansatte ikke hadde felles etnisk bakgrunn, var en faktor som bidro til at de fokuserte sterkt på beboernes behov.

- *Hvilken betydning har språkkunnskaper for det daglige arbeidet, og for skillelinjer og hierarkier? Hvordan virker oppfatninger om betydningen av språk sammen med andre forhold?*

Våre funn viser at hva det vil si å beherske norsk «godt nok» til å kunne arbeide som for eksempel sykepleier i Norge, ikke bare avhenger av «objektive» kriterier slik som resultat på språktester. Det kommer også an på hvordan man behersker de tause delene av språket, og hvordan andre på arbeidsplassen tar imot det man uttrykker. Like viktige er strukturelle forhold slik som arbeidets organisering og konjunkturer på arbeidsmarkedet. Kravene til norskkunnskaper har det med å synke når det er mangel på arbeidskraft og stige når det er overskudd. Det er også vanlig å anta at språk spiller en mindre rolle i arbeid hvor det stilles mindre krav til kompetanse. Disse to tingene henger også sammen. Det varierer altså med tilgangen på arbeidskraft hvor langt opp i systemet en må gå før det å beherske det norske språket anses som nødvendig for å klare de daglige arbeidsoppgavene, og hvor godt norsk som er «godt nok» til å få en høyere stilling. Vi fant i tillegg at måten arbeidet er organisert på, også kan ha mye å si. Dersom oppgavefordelingen er detaljstyrt og fastlagt ovenfra, blir det lite rom for å tenke nytt og finne fleksible løsninger for å få utnyttet arbeidskapasiteten best mulig. Det er altså mange strukturelle faktorer som spiller sammen når enkeltmennesker med innvandrerbakgrunn vurderes som «god nok» eller «ikke god nok» i norsk til å arbeide i denne sektoren.

- *Også pasienter/beboere har i økende grad ulik etnisk bakgrunn. Hvordan håndteres dette? Utnyttes ansattes etniske bakgrunn produktivt for å forbedre kvaliteten?*

Det paradoksale her var at der vi fant de fleste pasienter/beboere med innvandrerbakgrunn, nemlig på sykehuset, fant vi den laveste andelen ansatte med slik bakgrunn. Vi fant altså en dårlig utnyttelse av denne typen uformell kompetanse. Når det er sagt, fant vi at de enkelte ansatte på sykehuset i flere tilfeller oppga at de selv tok initiativ til å gjøre innleggelsesperioden lettere for pasienter med innvandrerbakgrunn ved å snakke deres felles språk, vise

romslighet i forhold til familiebesøk, og på andre måter vise en forståelse som var bygget på felles erfaringer.

- *Hva er kompetanse i helse- og omsorgsarbeid?*

I innledningen viste vi til at «en viktig del av felleskompetansen i en virksomhet vil være evnen til å utnytte enkeltpersoners kompetanse» (NOU 1997:25, kap. 7.2). Mye av det vi nettopp har svart på spørsmålene ovenfor, sier noe om de to arbeidsplassenes felleskompetanse. I tillegg vil vi i løpet av dette avslutningskapitlet forsøke å vise hvordan flere ulike former for kompetanse virker sammen og danner grunnlag for inklusjon og eksklusjon på ulike nivåer.

To deler av en større helhet

Sykehuset og bo- og omsorgssenteret utgjør deler av en større sammenheng, som, litt vagt og i henhold til hva man velger å legge vekt på, kan defineres som «helse-Norge», «det norske samfunnet», eller «arbeidsmarkedet». Mer presist kan vi si at de inntar forskjellige nivåer i et hierarki av arbeidsplasser. Denne større helheten henger sammen med, og bidrar til å forme, forskjellene vi fant mellom bo- og omsorgssenteret og sykehuset. I det hierarkiet som helsearbeidsplasser utgjør, gir arbeid i sykehus høyere status enn arbeid i sykehjem og bo- og omsorgssentre. Samtidig som det å bli ansatt i et sykehus gir høyere status for alt helsefaglig personell uansett bakgrunn, fant vi, som beskrevet i forrige kapittel, at det å tilhøre kategorien «ansatt med innvandrerbakgrunn» krevde større evne og vilje til balansekunst på sykehuset enn det gjorde i bo- og omsorgssenteret.

Kjønn, klasse, etnisitet: hierarkier i samspill

Når flere sosiale hierarkier virker sammen, vil effektene av ett av dem variere med hvor man befinner seg i forhold til de andre aktive hierarkiene. Et godt eksempel på dette er nettopp forskjellen mellom sykehuset og bo- og omsorgssenteret som arbeidsplass for ansatte med innvandrerbakgrunn. Effekten av den relativt sett lave statusen som innvandrerbakgrunn gir i det norske samfunnet, blir forsterket i samspill med effekten av den høyere statusen som sykehuset har som helsearbeidsplass. Det kan bidra til å forklare hvorfor det var så vanskelig å anvende den uformelle kompetansen ansatte med innvandrerbakgrunn i sykehuset hadde, sammenlignet med de ansatte i bo- og omsorgssenteret. Når mennesker som oppfattes som «innvandrere» befinner seg i posisjoner som oppfattes som både «norske» og «høystatus», utsettes de for et sterkt assimilasjonspress, og det gis svært lite rom for dem som ikke ønsker eller makter å utviske sin forskjellighet

(Puwar 2004:150-1). Jo høyere en ansatt med innvandrerbakgrunn kommer i det norske helsearbeidsplass-hierarkiet, jo sterkere blir presset, og jo færre klarer å innfri kravene for å «passe inn».

Klassebakgrunn og kjønn spiller også inn her. For en lege kan for eksempel den lave innvandrerstatusen kompenseres for dersom han i tillegg er mann og har overklassebakgrunn, noe vi fant eksempler på i sykehuset. Noe av forklaringen på dette ligger i det usagte og ubevisste, i det vi har kalt kroppsspråk. Måten man beveger seg på, selv ulike måter å stå stille på, henger sammen med identitet og bakgrunn. En kroppsliggjort selvsikkerhet som signaliserer at man med den største selvfølgelighet regner med å lykkes, at man ikke er vant til å mislykkes eller møte motstand, vil åpne dører. De som har den samme måten å være i verden på, vil kjenne den igjen og lettere anerkjenne et slikt menneske som «en av oss» (Puwar 2004; Bourdieu 1977).

Utilgjengelighet og hierarki

De to institusjonene befant seg på ulike nivåer i det hierarkiet som helsevesenet utgjør, og de forvaltet dermed utilgjengelighet i forskjellig grad. Sykehuset rangerte høyere og forvaltet utilgjengelighet i høy grad, bo- og omsorgssenteret befant seg nærmere bunnen av systemet og forvaltet utilgjengelighet i liten grad. Vi skal presentere et meta-eksempel på hvordan de to institusjonene forvaltet utilgjengelighet (Haugen 1978), hentet fra prosjektets begynnelsesfase. Eksemplet dreier seg om tilgang til det som for oss som forskere var to feltarbeidsarenaer, og for helsearbeiderne var to arbeidsplasser, nemlig bo- og omsorgssenteret og sykehuset. Våre erfaringer ble nemlig analoge med, og kan dermed godt illustrere, de erfaringer arbeidssøkere med innvandrerbakgrunn ifølge våre funn gjør seg. Vi lærte mye om hvordan helsesektoren forholder seg til innvandrere som arbeidskraft gjennom måten denne sektoren forholdt seg til oss som forskere nettopp på innvandrere som arbeidskraft.

I likhet med helse- og omsorgsarbeidere med innvandrerbakgrunn, fant vi det relativt greit å få tilgang til bo- og omsorgssenteret. Vi hadde en legitim begrunnelse for å ønske tilgang, og begrunnelsen åpnet dørene for oss. Vi opplevde at vi som forskere var velkomne. Slik var det også med arbeidssøkere: de som hadde legitim grunn til å anse seg kvalifisert for arbeidet, fikk tilgang til bo- og omsorgssenteret som arbeidsplass.

Derimot viste det seg uventet vanskelig for oss å få en fot innenfor sykehuset som feltsted, til tross for at vi hadde lang erfaring med etablering av feltarbeid, både i og utenfor institusjoner. Problemene med tilgang oppsto til tross for den legitimitet som ligger i at prosjektet var fullfinansiert gjen-

nom Norges forskningsråd, og til tross for at vi allerede under utarbeidelsen av prosjektet hadde samarbeidet med en avdeling i et sykehus, der våre kontaktpersoner viste stor interesse for å få prosjektet lagt nettopp til denne avdelingen. Vi arbeidet etter hvert med tilgang til tre forskjellige sykehus, og det tok oss mer enn ett år fra den første kontakten med det første sykehuset og til vi omsider fikk tilgang til å gjøre feltarbeid i det tredje. Vi hadde også avklart prosjektet med Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste i forhold til Lov om personvern, et punkt det stadig ble referert til når vi søkte tilgang. Vi hadde også lagt vekt på at vi ville tilpasse feltarbeidet i samarbeid med arbeidsplassen, for å unngå at prosjektet skulle forstyrre arbeidet. I tillegg la vi vekt på at dette var et forskningsprosjekt som vi utførte uten kostnader for sykehuset, som dermed ville få tilgang til forskningsbasert kunnskap om sin organisasjon. Likevel fikk vi blant annet følgende avslag:

02.10.03

Prosjektleder dr. philos Rannveig Dahle

NOVA

Pb 3223 Elisenberg

0208 OSLO

Forskningsprosjektet Arbeidsplasser i pleie-og omsorgssektoren: kjønn, klasse, etnisitet

Det vises til sønderende telefonsamtaler i våres og ditt brev nå av 29/9-03.

Vi er i utgangspunktet positive til slike undersøkelser da helsevesenet må regne med et stort innslag av innvandrerkvinner (uttrykket inngikk i deres opprinnelige tittel) i fremtiden.

Når vi nå ser det konkretiserte prosjektet på trykk blir vi skremt !

Dere skal ha timelange intervjuer og samtaler med mange ansatte, drive deltakende observasjon som må inkludere stadige forklaringer om deres tilstedeværelse til stadig nye, mer eller mindre aldersdemente eldre og skrøpelige pasienter (informert samtykke), over en 5 måneders periode!

er den mest rekrutteringssvake avdelingen ved sykehuset og sliter med en konstant personalmangel. Samtidig utsettes vi for et effektivitetskrav fra administrasjonen for å øke antall behandlede pasienter ved rask ”turn-over”, og dermed kortest mulig liggetid.

Vi ser allerede nå at deres forskningsprosjekt vil bremse vår effektivitet betydelig.

Prosjektet legger ikke opp til noen form for kompensasjon for vår del. Dere blir med andre ord en ren utgiftspost for oss, antagelig med et stort økonomisk tap for oss da vi vil produsere langsommere og tape DRG poeng som er grunnlaget for ISF (innsatsstyrt finansiering i helsevesenet).

Da dette prosjektet ser betydelig mer omfattende ut enn antatt må vi be dere om å finne en annen og mer resurssterk avdeling for prosjektet.

Med vennlig hilsen

Skepsisen til oss forskere og til vårt prosjekt var altså stor. Ut fra de erfaringene vi hadde fra tidligere forskning, og samtaler med andre forskere med lang feltarbeidserfaring, finner vi at prosjektets tema sannsynligvis har vært en hovedårsak til at det var så vanskelig å få tilgang til et sykehus. Tilsvarende fant vi at sykehusets terskel for å ansette arbeidssøkere med innvandrerbakgrunn var langt høyere enn bo- og omsorgssenterets. Dette var tydelig både ut fra hvor mange ansatte som faktisk hadde innvandrerbakgrunn, og ut fra informasjon vi fikk gjennom intervjuer og uformelle samtaler med ansatte og ledere – også ved bo- og omsorgssenteret, der flere av de ansatte forgjeves hadde søkt arbeid ved dette og andre sykehus.

Også etter at vi faktisk hadde fått tillatelse til å gjøre feltarbeid, var det forskjeller i tilgjengelighet mellom de to institusjonene. I bo- og omsorgssenteret ble vi møtt med tillit fra ledelsens side, og fikk tilnærmet frie hender når det gjaldt hvilke poster og rom vi trengte tilgang til, hvilke ansatte vi ønsket å be om å intervjuer, hvilke situasjoner vi ønsket å observere. Etter begrunnede ønsker fra vår side ble ting lagt til rette for oss så langt som mulig. Ledelsen viste interesse for prosjektet, men overlot til oss å utforme det i praksis og i samarbeid med de ansatte, slik at arbeidet ble minst mulig forstyrret av vårt nærvær. Noen av personalet ønsket ikke å ha så mye med prosjektet å gjøre, eller de ba om å slippe å bli intervjuet, og dette var ønsker vi selvsagt etterkom. Generelt var de ansatte interessert i de spørsmålene prosjektet tok opp, og gikk gjerne inn i samtaler med oss og med hverandre omkring disse spørsmålene.

På sykehuset ble vi også godt mottatt av personalet, men opplevde likevel at feltsituasjonen var langt vanskeligere. Tre forhold kan forklare dette. Det ene, som det ofte ble vist til, er at mange var slitne etter å ha vært under kontinuerlig press under vanskelige omorganiseringer som hadde fulgt tett etter hverandre. De ansatte trengte nå å få bli kjent med hverandre og etablere nye arbeidsfellesskap uten å føle at de var under observasjon ikke bare fra ledelsen, men også fra to forskere, som ut fra deres perspektiv kanskje også gikk ledelsens ærend. Omorganiseringene ble forstått og omtalt innenfor en diskurs om ny offentlig styring.

Det andre forholdet som kan forklare hvorfor sykehuset ble et vanskelig sted å utføre feltarbeid, er at det var relativt få ansatte med innvandrerbakgrunn. Disse få kunne nok ha grunn til å føle seg mer synlige for vårt prosjekt, og dermed at de var enda mer «under observasjon» enn andre. Når det er sagt, så var de ansatte med innvandrerbakgrunn imøtekommende og hjelpsomme mot oss, selv om de av og til også åpenbart syntes det kunne bli litt mye oppmerksomhet. Dette kan ha sammenheng med at flere av deres kolleger uttrykte at de fant det litt underlig, og kanskje også unødvendig og

til og med ubehagelig, å fokusere på forholdet mellom ulike etniske grupper. Vårt nærvær medførte en synliggjøring av etnisitet både som maktdimensjon og som et aspekt ved den enkeltes identitet, det satte noe på spill og medførte dermed usikkerhet. Hva dette *noe* var, er et spørsmål som gir ulike svar ut fra hvilken posisjon i det etniske hierarkiet man ser på det.

Den siste delen av forklaringen er å finne i mer strukturelle rammer rundt arbeidsmiljøet. Slike strukturelle rammer besto av fysiske strukturer, altså oppdelinger i tid og sted, og av ledelsesstrukturer. De strenge oppdelingene i tid og rom, som har sin klare funksjon, har også den effekten at de ekskluderer mennesker som ikke hører til der og da: pårørende fra vaktrom, leger fra sykepleiernes rapportmøter, kjøkkenverter fra undersøkelsesrom, hjelpepleiere fra ledermøter. Forstyrrende elementer tar tid og oppmerksomhet bort fra det som det egentlig skal handle om, og en streng oppdeling er derfor gunstig for effektiviteten. En slik oppdeling er videre et viktig kjennetegn ved disiplin, som innebærer at mennesker sosialiseres inn i et system og en tankemåte (Foucault 1977). Fordi disiplinen ikke bare omfatter menneskers kropper, men også deres tankemåter, henger oppdelingene i tid og rom ofte nært sammen med ledelsesstrukturer. Med ledelsesstrukturer forstår vi ansvarsfordeling, beslutningsrutiner og formelle og uformelle regler for styring av organisasjonen. Ikke minst det uformelle er viktig for å forstå hvordan mekanismer for eksklusjon og inklusjon fungerer i praksis.

Måten forskjellighet, likhet og formell og uformell kompetanse ble håndtert på, var en side av ledelsesstrukturene som vi var spesielt opptatt av og som vi har beskrevet i denne rapporten når vi har tatt for oss arbeidsgivernes roller i forhold til ansatte med innvandrerbakgrunn. De to arbeidsgivernes roller kan oppsummeres som henholdsvis universalistisk og partikularistisk. La oss se litt nærmere på hva som ligger i dette.

Forskjellighet, likhet og kompetanse

Universalisme kontra partikularisme

De to institusjonenes ledelser inntok ulike posisjoner i spørsmål om likhet, forskjell og diskriminering. Vi vil her understreke at vi ikke snakker om intensjoner og mål. Vi tar det for gitt at ledelsen på begge steder ønsket å lede organisasjonene i retning av minst mulig rasisme og diskriminering. Det var strategiene de hadde for å oppnå dette målet som var forskjellige.

I debatten om hvordan «det flerkulturelle samfunn» kan organiseres til beste for alle, kommer det fram to ytterpunkter: universalisme og partikularisme. Universalisme kjennetegnes nettopp ved at «alle behandles likt», uansett bakgrunn, mens partikularisme vil si at alle behandles forskjellig, ut

fra hvilken etnisk bakgrunn de har. I praksis viser det seg at begge ytterpunkter har sine negative konsekvenser.

Partikularisme har den uheldige side at enkeltmennesker behandles ut fra sin bakgrunn, som medlemmer av en gruppe, og ikke som individer. På den måten mister enkeltmennesket sin rett til å bli møtt som et unikt menneske, og underlegges de normer som anses å gjelde for den gruppe man har sin opprinnelse i. Det er nettopp dette som gjør at universalismens «her behandler vi alle likt» kan virke så riktig, spesielt der formell kompetanse tillegges størst vekt: «Bedrifter som mener at likestillings- eller mangfoldspolitikker ikke er nødvendig hos dem, er som oftest kunnskapsvirksomheter med sterke profesjonsgrupper. Her har alle samme fagtilknytning. Et eksempel på en slik arbeidsplass kan være sykehus» (Andenæs, i intervju med Hagen 2005).

Problemet med universalisme er at det viser seg at lik behandling av forskjellige mennesker ofte forsterker betydningen av eksisterende forskjeller for hvilke muligheter folk faktisk har, snarere enn å gjøre dem mindre viktige. Dette er først og fremst fordi universalismen forutsetter at det finnes en nøytral definisjon av hva som er normalt og vanlig. I virkeligheten finnes ikke noe slikt, derimot er det slik at de mest privilegertes syn på hva som er vanlig og normalt til enhver tid gjelder (Meyer et al. 1999). Når «alle behandles likt» forutsettes det samtidig at «alle er like», fordi man forventer like reaksjoner på lik behandling. De som oppfattes som ulike blir dermed forstått som avvikende fra det normale, de kommer til kort. Det å ha norsk bakgrunn blir, som en konsekvens av dette perspektivet, et fortrinn i seg selv. Andre etniske identiteter enn den norske er stigmatisert, og for å unngå en slik stigmatisering, underkommuniseres dette aspektet ved den enkeltes identitet der også etnisk norske er tilstede (Eidheim 1969). «Mangelen» på norsk bakgrunn kan i varierende grad kompenseres gjennom at man innehar andre tegn på «norskhet», som norsk navn, flytende og aksentfritt norsk språk, norsk kroppsspråk, norske venner, norske vaner, norsk klesdrakt, hvit hudfarge, eller andre tegn på at man er «vanlig» og/eller ønsker å være det. De ansatte med innvandrerbakgrunn ved sykehuset var nettopp innstilt på slik kompensering, som tok ulike former ut fra hvilke muligheter de så i sin egen person og situasjon.

Kompetanshierarkier og politisk styring

Det er altså mange hierarkier i samspill her. Det ordnende prinsipp i flere av dem er kompetanse, og medisinsk kompetanse spiller selvsagt en sentral rolle. Selv om vi her legger hovedvekten på ulike former for kompetanse, er verken medisinsk eller annen kompetanse enerådende som kriterium for

plassering i hierarkiene. Etnisitet, klasse og kjønn går på kryss og tvers og innebærer kriterier som ikke i seg selv kan defineres som kunnskap eller kompetanse, slik som for eksempel hudfarge, penger eller kvinnelighet. Samtidig vil det være en nær sammenheng mellom slike kriterier i seg selv og den uformelle kompetanse de medfører i form av erfaring.

De to institusjonene der vi har gjort feltarbeid, er deler av et større arbeidsplasshierarki for helsearbeidere. De ulike yrkesgruppene, eller profesjonene, danner et hierarki som er nedfelt både i dette større arbeidsplasshierarkiet, og innad i hver institusjon. Institusjonene og profesjonene er differensiert i henhold til eksplisitt, medisinsk kompetanse. Profesjoner og institusjoner som forvalter mye slik kompetanse, befinner seg høyere i hierarkiene enn de som forvalter lite slik kompetanse. Biomedisinens, den vestlige medisinen, kunnskap framstår som «moderne» og «rasjonell» kunnskap. Dens motsetning er «tradisjonell» kunnskap, som omfatter alt fra kinesisk, indisk eller annen «alternativ» medisin, via overtro og kjerringråd (merk kjønnsbestemmelsen) til en «instinktiv», «erfaringsbasert» og «kroppsliggjort» kunnskap om omsorg. Forvalterne av biomedisinsk kunnskap er legestanden. Det er legene som eier mest slik kunnskap. Dermed er det også legene som befinner seg øverst i det hierarki som helsearbeidsplasser utgjør (Seeberg 1999). Tilsvarende er det slik at helsearbeidsplasser med høy legetetthet, slik som sykehus, rangerer øverst i dette hierarkiet, mens arbeidsplasser med få leger, slik som sykehjem og bo- og omsorgsentre, befinner seg nederst.

Men det er ikke bare om man har mye eller lite medisinsk kunnskap som avgjør hvilket nivå i hierarkiet man passer best inn i. Her er det flere skalaer som virker sammen, og med dem flere måter å definere kunnskap eller kompetanse på. For å gjøre det enkelt skal vi sette navn på ytterpunktene i disse ulike skalaene, som henger tett sammen på ganske innfløkte måter.

Kompetansetyper:

Medisinsk	—————	Allmenn
Moderne	—————	Tradisjonell
Mannlig	—————	Kvinnelig
Elite	—————	Folkelig
Rasjonell, skolelært	—————	Kroppslig, erfaringslært
Individuelt orientert	—————	Kollektivt orientert
Norsk/vestlig	—————	Innvandrer

Medisinsk kompetanse er her det motsatte av allmenn kompetanse, moderne kompetanse det motsatte av tradisjonell kompetanse, og så videre nedover. Kompetansetypene som står rett under hverandre assosieres med hverandre, og forsterker hverandre gjensidig. De til venstre gir hver for seg og særlig til sammen høy status i helsearbeidsplassene, mens de til høyre hver for seg og særlig til sammen gir lav status. I virkeligheten kompliseres selvsagt bildet – for eksempel ved at kvinner kan være leger, og av at innvandrere kan være menn. Nettopp fordi *det* ikke passer inn i skjemaet, er det vanskeligere for kvinner og for innvandrere å finne, og bli godtatt på, sin plass høyt oppe i dette hierarkiet: plasseringen stemmer ikke med dominerende og selvfølgelige oppfatninger av hvem som hører til hvor (Puwar 2004).

Stikkordene til venstre i skjemaet gir et bilde av hva som gir uttelling i form av status og lønn: kunnskaper som assosieres med medisin, modernitet, mannlighet, elite, rasjonalitet, skolelærdom, som er individuelt orientert, og som oppfattes som norsk eller vestlig privilegeres i dette systemet. Vi sier selvsagt ikke at det er feil å anerkjenne kunnskaper i vestlig skolemedisin som viktige i denne sektoren. Det skulle bare mangle. *Det som blir problematisk, er at en rekke kunnskapsformer som ikke nødvendigvis gir bedre helse- og omsorgsarbeid, anerkjennes fordi de assosieres med den overordnede, medisinske kunnskapen. Norskhet er en slik kompetanse. Videre er det problematisk at dette skjer på bekostning av en rekke andre typer kompetanse som også er viktige, men som dermed likevel ikke anerkjennes på like linje.* Kunnskapstypene til høyre i skjemaet *kan* anerkjennes, men kan også når som helst overprøves, underordnes og settes til side.

Vi vil altså hevde at dette skjemaet gir et bilde av hvordan den dominerende forståelsen av *hva* som er kompetanse i helse- og omsorgsarbeid, er satt sammen av flere ulike typer kriterier. Det sier derimot ikke noe om *hvem* som bestemmer hvilke kriterier som til enhver tid anses som viktige. Dermed forteller det oss heller ikke hvordan man skal gå fram dersom man for eksempel ønsker at typer av kompetanse som vi finner til høyre i skjemaet, skal anerkjennes, også formelt, og gis uttelling i form av lønn og status.

Dette bringer oss tilbake til spørsmål om politisk styring av de feltene denne rapporten har berørt, nemlig *rekruttering av helse- og omsorgsarbeidere* på den ene siden, og *rasisme og diskriminering i arbeidslivet* på den andre siden. Ett problem i denne forbindelse er at mulighetene for politisk styring av disse feltene reduseres når sykehus ikke lenger er statlige arbeidsplasser. Det oppstår en gråsoner når de ansatte fortsatt er offentlig ansatte, men ikke ansatt i noen bestemt del av det offentlige. Som vi har sett, var det kommunale bo- og omsorgssenteret underlagt eksplisitte føringer for

arbeidet innenfor de to politiske feltene fra bydelens side. Mangelen på klare retningslinjer for å iverksette politikken i sykehussektoren kan dermed bidra til å forklare mangelen på tilsvarende føringer for sykehusets del.

Det ville være en lettvint konklusjon om vi valgte å framheve bydelen og avdelingsledelsen ved bo- og omsorgssenteret som et eksempel til etterfølgelse, og kritisere sykehusledelsen for en manglende likestillingspolitikk og for å utsette de ansatte for et krysspress. En slik konklusjon ville være unyansert: begge steder fantes praksiser som andre kan trekke lærdom av, både i positiv og negativ forstand. Det ville også være urettferdig å trekke en slik entydig konklusjon, fordi begge institusjonene inngikk i større sammenhenger som i høy grad la føringer for hvilke handlinger som var sannsynlige, eller i det hele tatt mulige.

Summary

The project «Workplaces in the health care sector: gender, class, ethnicity» (2003–2005) was financed by the Norwegian Research Council's programme for workplace and labour market research. The project was initiated in order to explore some consequences of the increasing number of employees from immigrant backgrounds within the health care sector. Specifically, we wanted to study if, and how, employees from immigrant backgrounds were included in their workplaces, as well as if and how the organization of work and the existing hierarchies were influenced by the increasing ethnic diversity in the workplace. We have conducted fieldwork in two separate workplaces: a hospital and a nursing home, both in the Oslo area. The focus is on the workplaces, rather than on the employees. The two workplaces are described in separate chapters in this report, which is intended to communicate the results back to the institutions where we conducted the research. In this way, topics that are of special relevance to each of the two institutions respectively are easily accessible to the reader. We also hope that this structure will make the report useful for leaders and employees within these two types of institutions. Furthermore, in the report, we compare the two workplaces and also refer to the fact that they both form different parts of a larger context. This, in turn, provides them with different conditions for dealing with differences in ethnicity, gender and class. In this way, the report presents two examples of more general trends and tendencies in this sector of the labour market. Our main findings may be summed up as follows:

- In the hospital, the majority of the nursing staff had a Norwegian ethnic background. The nursing home had a significantly higher proportion of nursing staff from immigrant backgrounds. In the nursing home ward where we conducted fieldwork, more than 20 ethnic groups were represented, and a minority of the staff was from a Norwegian background. There was thus little ethnic diversity among the hospital staff, and a high degree of such diversity among the nursing home staff.
- It is easier for qualified applicants from immigrant backgrounds to find work in the municipal part of this sector, such as nursing homes, than in the central government owned health enterprises, such as hospitals. It is, furthermore, easier for applicants with so-called «Western» backgrounds to find employment in hospitals than it is for applicants with «non-

Western» backgrounds. Differences in recruitment and employment practices play an important role here. This is already common knowledge to applicants from immigrant backgrounds, so that many of them do not think it is worth the trouble to apply for jobs in hospitals. A consequence of this self-strengthening process is that hospitals in districts with ethnically diverse populations fall far short of the government goal that the workforce should reflect the composition of the population which it serves.

- Equality, difference and discrimination are central topics in this study. How questions related to these topics are conceived of and dealt with is important to the workplace and to each employee. There were systematic differences between the ways in which such issues were handled in the two workplaces. At the hospital, the policy was that «everybody was treated the same», which presupposes that everybody *was* the same, since the expectation was that similar treatment be received in similar ways. Those who came through as different were thus viewed as deviating from, or falling short of, the ethnic norm, which was Norwegian. Coming from a Norwegian background thus became an advantage in itself. Other ethnic identities were stigmatized. In order to avoid open stigmatization, employees from immigrant backgrounds under communicated this aspect of their identities. At the nursing home, the policy and practice were completely different. The municipality had established an active diversity policy aimed at combating the discrimination of all minority groups. The employees at the nursing home had little direct contact with the municipal administration, yet they trusted that questions of discrimination were competently addressed and that it was legitimate to bring cases of discrimination upwards in the system if necessary. When it came to the likelihood of changing the deeper, structural features that enabled such single cases of discrimination, however, there was less confidence among the employees. In the nursing home ward, we found no tendencies to stigmatization of ethnic identities. Here, community was built on common experiences as immigrants in Norway, and on the diverse needs of the nursing home residents.
- Regarding the significance of the ethnic composition of the workforce for the organization and tasks, we found that, at the nursing home, the very diversity made for a clear focus on what the employees did have in common, namely the residents and their well-being. At the hospital, we did not find any parallel to this. Here, a vast majority of the employees did have a common ethnic background: they were Norwegians. It is thought-provoking that, in the hospital, which was the institution with the larger number of patients from immigrant backgrounds, we found the

smallest proportion of employees from immigrant backgrounds. One might have expected to find that these relatively few employees be viewed as a particularly important resource for the institution, since the number of patients from immigrant backgrounds was increasing. That this was not the case, can be understood in light of the stigmatization of ethnic difference which we have already mentioned. The consequence was that, at the hospital, little use was made of the employees' real or informal competence that derived from their immigrant backgrounds. This said, we did find that a few of the employees themselves took the initiative to make hospitalisation easier for patients from immigrant backgrounds, by speaking a common language other than Norwegian, and in general show flexibility and understanding for their special needs. Our point is that such practices were discouraged by the structural framework.

- Our findings support the view that what it means to have a «sufficient» knowledge of Norwegian in order to work, for instance, as a nurse in Norway, not just depends on «objective» criteria such as language test results. It also depends on one's knowledge and skills when it comes to the silent parts of language, the cultural codes within the health care sector, and on how other people in the workplace receive what one intends to express. Equally important are structural conditions such as the organization of work, and labour market fluctuations: As other studies have found, when labour is scarce, the required level of language competence is lower than it is when there is a surplus of labour. Correspondingly, as long as it is more difficult to recruit ethnic Norwegians to nursing homes than to hospitals, the required level of Norwegian language competence is likely to be lower in nursing homes than in hospitals.
- Norwegian hospitals have gone through major reorganization processes in recent years, to a large extent as part of the reform trends broadly known as New Public Management. This has implied a decentralisation of responsibility, along with rigorous demands as regards efficiency and economy. The distribution of nursing tasks in the hospital wards was rigid and meticulously directed from the ward leadership. This organization form left little room for finding flexible solutions in order to maximise use of the employees' total competence. Thus, many relational and structural factors interplay when applicants or employees from immigrant backgrounds are deemed to have «sufficient» or «insufficient» skills to work in the health care sector.
- Existing competence hierarchies in this sector determine what is recognised as status and salary triggering competence. Knowledge

associated with medical science, modernity, masculinity, social elites, rationality, formal education, individuality, and Norwegian-ness or Western-ness, is privileged in this system. Needless to say, the recognition of medical competence is not a problem in this sector. What does emerge as problematic is, however, that a host of competence forms that do not necessarily lead to better health or care work are recognised because they are associated with medical competence. Norwegian-ness is such a competence form. Furthermore, it is problematic that this privilege by association simultaneously undermines other competence forms that may well be important to health and care work, without being recognised as such.

- This brings us back to the issue of political management, especially within the fields defined as *the recruitment of health care personnel* on the one hand, and *racism and discrimination* on the other. In order to achieve the explicit political goals of increasing the number of people from minority groups recruited to the health sector and to central government employment, active measures should be implemented at all levels. One problem in this context is that the possibilities for political management are limited when hospitals as employers are defined as semi-governmental health enterprises. This increases fragmentation and obfuscates lines of responsibility. The municipal nursing home was subject to explicit guidelines within the two political fields mentioned, and the lines of implementation and responsibility were clear. The lack of explicit and clear guidelines for the implementation of policies within these fields in the hospital sector needs to be further studied and amended

Litteratur

Andenæs, Ellen (2005) «Når likestilling blir ulikhet». Intervju ved Kristina Jullum Hagen, *Kilden* 13.01.2005.

<http://kilden.forskningsradet.no/c17251/artikkel/vis.html?tid=24421>

Andreassen, Tone Alm (2004) *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 13, 2004. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

Beveney, Elisabeth Appa (1996) «Likestilling i arbeidslivet: en utopi?» Etter oppdrag fra Kommunal- og arbeidsdepartementet. Bydel Grünerløkka-Sofienberg.

<http://www.bydel-grunerlokka.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Intranett/Dokumenter/dltmp86.PDF> (14.07.2005)

Bourdieu, Pierre (1977) *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press

Bradley, Harriet, Erickson, M. et al. (1999) *Ethnicity, Gender and Social Change*. London: Polity Press.

Dahle, Rannveig og Iversen, Marianne (2001) «Relasjonen mellom sykepleiere og hjelpepleiere – en grensetvist». I *Tidsskrift for Velferdsforskning*, no.4

Danielsen, Tone (2001) *Sykepleier – holdninger og handlinger i et flerkulturelt arbeidsmiljø*. Samarbeidsprosjekt mellom Norsk Sykepleierforbund og Høgskolen i Oslo (SEFIA). Temahefte 5, Norsk Sykepleierforbund.

Davies, Celia (1995) *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Open University Press, Buckingham - Philadelphia

Djuve, Anne Britt og Rogstad, Jon (1999) «Innvandrere Fremtidens olje?» *Horisont 21 Scenarier ved et nytt årtusen*, ECON, Senter for økonomisk analyse.

Drew, Paul (2001) “Spotlight on the patient». *Text*, 21 (1/2), 261-268

Eidheim, Harald (1969) “When Ethnic Identity is a Social Stigma». I Frederik Barth (red.) *Ethnic groups and boundaries*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gullestad, Marianne (1984) *Kitchen-Table Society*. Oslo: Scandinavian University Press.

Gwyn, Richard (2002) *Communicating health and illness*. London: Sage.

Foucault, Michel (1977) *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*. Penguin Books.

Haugen, Inger (1978) «Om forvaltning av utilgjengelighet.» I *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 19: 405-414.

Isaksen, Lise Widding og Dahle, Rannveig (2000) «The silenced body work». I Gannik, Dorte E. og Launsø, Laila (ed.) *Disease, Knowledge and Society*. København: Samfundslitteratur.

KRD 2002: *Handlingsplan mot rasisme og diskriminering (2002-2006)*. Oslo, Kommunal- og regionaldepartementet

Lien, Marianne, Lidén, Hilde og Vike, Halvard (2001) *Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Oslo, Universitetsforlaget

Lindgren, Gerd (1999) *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Stockholm, Liber

Meyer, Siri og Sirnes, Thorvald (red.) (1999) *Normalitet og identitetsmakt i Norge*, AdNotam. Serie: Makt- og demokratiutredningen.

NOU 1997: 25 *Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk*. Avgitt til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1. oktober 1997

NOU 2002: 12. *Rettslig vern mot etnisk diskriminering*. Oslo. Avgitt til Kommunal- og Regionaldepartementet.

NOU 2003: 16 *I første rekke*. Avgitt til Utdannings- og forskningsdepartementet 5. juni 2003

NRK 2005: «De driver eldreomsorgen». Puls 07.03. 2005. Internett-oppslag <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4560000.html>

Næss, Ragnar (1997) *Flerkulturelle Ullevål. 67 nasjonaliteter på en arbeidsplass*. Pertinax.

Næss, R., Einar C. Salvesen, Kjell Ribert (2000) *Likeverd og kommunikasjon på flerkulturelle arbeidsplasser*. En kokebok for arbeidsgivere, tillitsvalgte og arbeidsledere. Pertinax/ Reiselivsbedriftenes Landsforening.

Næss, Ragnar (2001) *Minoriteters kulturelle og religiøse behov på arbeidsplassen*. <http://www.pertinaxgruppen.no/html/Rapporter%20om%20innvandrere.htm>

Poulton, B. C. (1999) «User involvement in identifying health needs and shaping and evaluating services: is it being realised?» *Journal of Advanced Nursing*, 30 (6), 1289-96.

Puwar, Nirmal (2004) *Space invaders: Race, gender and bodies out of place*. Oxford and New York: Berg.

de los Reyes, Paulina (2005) «Interseksjonalitet, makt och strukturell diskriminering». SOU 2005:41 *Bortom Vi och Dom – Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*. Stockholm: Justitiedepartementet. Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering

Roberts, Celia og Srikant Sarangi (eds.) (1999) *Talk, work, and institutional order: discourse in medical, mediation, and management settings*. Berlin : Mouton de Gruyter

Rogstad, Jon (1998) *Innvandrere og arbeid – en empirisk studie i fire bedrifter*. ISF rapport 1998:008

Seeberg, Marie Louise (1999) *Mötet med svensk socialtjänst och sjukvård: en antropologisk studie*. Stockholm: Socialstyrelsen

Siim, Birte (1993) *Det kønnede demokrati: kvinders medborgerskab i de skandinaviske velfærdsstater*. Aalborg: Aalborg universitetsforlag

SHD 2002: *Rekrutteringsplan for helse-og sosialpersonell 2003-2006: Rekruttering for bedre kvalitet*. Utarbeidd av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag frå Helsedepartementet og Sosialdepartementet. November 2002.

Sollund, Ragnhild Aslaug (2004) *Rammer, rom og mobilitet: Innvandrerkvinnens arbeidsliv*. Oslo: Unipax

Sørhaug, Hans Chr. (1996) *Fornuftens fantasier : antropologiske essays om moderne livsformer*. Oslo: Universitetsforlaget

Vike, Halvard, Runar Bakken, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien, Randi Kroken (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.

Ørstavik, Sunniva (1996) *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. INAS-notat 96:8. Oslo: Institutt for sosialforskning

Aakervik, Gunnhild (2005) *På jobb*. Stiftelsen Mangfold i Arbeidslivet/ Fag og kultur, Oslo.