

Kampen om skittarbeidet

*En analyse av diskusjonen mellom sykepleiere og
hjelpepleiere i etterkant av "Loen-vedtaket" i 1989*

Marianne Høgvold-Iversen



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

15. mai 2008

Forord

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til min veileder, Rannveig Dahle ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Uten hennes utrettelige innsats i flere omganger og gjennom flere år ville denne oppgaven ikke blitt skrevet. Tusen takk for alle faglige innspill, din optimisme på mine vegne og for all annen hjelp og støtte som jeg har fått gjennom både oppturer og nedturer!

Jeg vil også takke mine to inspirasjonskilder hjemme, min mann Dag Olav og ikke minst lille August, som endelig skal få mamma tilbake!

Og til sist takk til alle andre som har hjulpet og støttet meg på forskjellige måter i dette arbeidet!

Oslo, 15. mai 2008

Sammendrag

Utgangspunktet for denne oppgaven er det såkalte Loen-vedtaket fra Norsk Sykepleierforbunds (NSF) årsmøte i Loen i 1989. NSF vedtok da å arbeide for at det i fremtiden kun skulle være sykepleiere og ikke hjelpepleiere som arbeidet med pasientpleie i de somatiske sykehusene. Hjelpepleierne skulle bort fra pleiefeltet på sykehusene. Arbeidsdelingen mellom de to yrkesgruppene skulle altså endres.

Sykepleiernes begrunnet dette forslaget med at behandlingsmetodene i somatiske sykehus ville endres så mye i omfang og kompleksitet at det kun var sykepleiere med et teoretisk kunnskapsgrunnlag som kunne utføre pleien her. Med hjelpepleiere på feltet mente de at det var fare for at pasientene ble feilbehandlet fordi de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å behandle de mest kompliserte sykdomstilfellene.

Den nye arbeidsdelingen innebar at sykepleierne ville ta tilbake arbeidsoppgaver som de tidligere hadde delegert til hjelpepleierne. Dette var oppgaver med lav status som det ifølge Hughes (1984) er vanlig at profesjonsaspirerende yrkesgrupper delegerer til grupper under seg, og som han benevner som ”dirty work”, eller *skittarbeid* (Dahle og Iversen 2001: 249) som jeg velger å bruke i denne oppgaven. Jeg vil i analysedelen argumentere for at Loen-vedtaket var et forsøk på å få aksept for at sykepleie var et fag som var basert på teori, og dermed presse hjelpepleierne ut fra feltet – altså at sykepleierne her førte en profesjonskamp mot hjelpepleierne.

En gjennomgang av sykepleiens historie gir støtte for en slik tolkning. Sykepleie har tradisjonelt blitt oppfattet som et fag basert på kvinners naturlige egenskaper og forestillingen om en kall- og oppofrelsesideologi har hengt ved faget i alle år. Sykepleierne og NSF har i alle år kjempet en kontinuerlig kamp for å oppnå anerkjennelse for sykepleien som et eget profesjonelt fagfelt på lik linje med andre profesjoner, noe jeg vil vise med et tilbakeblikk på deler av sykepleiernes historie.

Loen-vedtaket mener jeg er eksempel på en av mange kamper sykepleierne har kjempet opp gjennom historien for å oppnå status som profesjon og få økt

anerkjennelse for eget fagfelt. Argumentene og strategiene de har brukt har vært forskjellige i innhold, men målet har hele tiden vært det samme. Med Loen-vedtaket viste profesjonskampen seg svært tydelig i form av forsøk på utestengelse av en yrkesgruppe som jobber tett med sykepleierne.

Hvordan kunne så Loen-vedtaket bidra til sykepleiernes langvarige prosjekt om økt anerkjennelse for eget fagfelt? Ifølge Abbott er det avgjørende for profesjoner at de har et teoretisk kunnskapsfundament å støtte seg på. Først når de har et slikt fundament i ryggen vil de stå sterkere i den kontinuerlige kampen om jurisdiksjon som foregår mellom profesjoner (Abbott 1988: 9).

Jeg vil i oppgaven argumentere for at hjelpepleierne står i veien for at sykepleierne skal oppnå sine profesjonsmål. Hjelpepleierne er en yrkesgruppe som i hovedsak baserer seg på et praktisk kunnskapsgrunnlag. Når pleiefeltet bemannes av to yrkesgrupper der den ene nesten utelukkende besitter praktisk kunnskap, blir det vanskelig for den andre å argumentere for et sterkt behov for teoretisk kunnskap. Samtidig møter sykepleierne et annet hinder, nemlig at kvinners arbeid blir betraktet som praktisk arbeid. Dermed blir det vanskelig for sykepleierne å oppjustere feltets status gjennom å argumentere med behovet for en teoretisk kunnskapsforankring.

Loen-vedtaket kan sees på både som en enkeltstående og selvstendig profesjonshandling vurdert ut fra tradisjonelle profesjons- og kjønnteorier, men vedtaket og argumentasjonen rundt kan også plasseres inn i en rekke av sammenlignbare kamper som sykepleierne har ført gjennom mange år. Saken er på ny blitt aktualisert gjennom den evalueringen Nasjonalt Organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) gjennomførte av de akkrediterte bachelorstudiene i sykepleie i Norge i 2005, hvor hele 30 av 31 sykepleierutdanninger ble underkjent og sto i fare for å miste retten til å utdanne sykepleiere hvis ikke kvaliteten i studiet ble hevet betydelig. En fellesnevner i kritikken av utdanningene var at de manglet et teoretisk kunnskapsfundament – nettopp det som sykepleierne og NSF har kjempet for å oppnå gjennom historien.

Innhold

1. INNLEDNING.....	7
1.1 PROFESJONELL KUNNSKAP	7
1.2 SYKEPLEIERE, HJELPEPLEIERE OG PROFESJONELL KUNNSKAP.....	8
1.2.1 NOKUTS dom.....	8
1.2.2 Empirisk fokus – Loen-vedtaket.....	10
1.2.3 En nærmere avgrensning.....	12
1.2.4 Problemstilling	12
1.2.5 Gangen i oppgaven.....	13
2. HISTORISK BAKGRUNN.....	14
2.1 INNLEDNING	14
2.2 SYKEPLEIENS FØRSTE ORGANISERING.....	14
2.3 NSF OG KAMPEN FOR STATUS SOM SELVSTENDIG YRKESGRUPPE	17
2.3.1 Etableringen av NSF	17
2.3.2 Sykepleieformidlingen	17
2.3.3 Kampen om sykepleierutdanningen.....	19
3. TEORETISK RAMMEVERK.....	24
3.1 INNLEDNING	24
3.2 PROFESJONSBEGREPET.....	24
3.3 PROFESJONSARENAEN: EN ARENA I KONTINUERLIG ENDRING	26
3.4 DELEGERING AV SKITTARBEIDET (“DIRTY WORK”).....	31
3.5 FEMINISTISK KRITIKK MOT KONVENSJONELLE PROFESJONSTEORIER	33

3.5.1	<i>Social closure</i>	33
3.5.2	<i>Maskuline script som hinder for kvinners profesjonaliseringsprosjekter</i>	36
3.6	KUNNSKAP	38
3.7	TORUNN HAMRAN: OM SYKEPLEIERNES KUNNSKAPSGRUNNLAG	40
4.	FORSKNINGSMETODE	47
4.1	INNLEDNING	47
4.2	DATAINNSAMLINGEN	47
4.2.1	<i>Bruk av dokumenter som datamateriale</i>	47
4.2.2	<i>Finnkunst</i>	50
4.2.3	<i>Utvalgsprosessen</i>	51
4.2.4	<i>Utvalg</i>	54
4.3	ANALYSEN AV DATAENE	55
4.3.1	<i>Bruk av kvalitativ analyse med elementer fra diskursanalyse</i>	55
4.3.2	<i>Fremgangsmåte</i>	56
5.	EMPIRI: INNHOLDET I DISKUSJONEN	63
5.1	UTGANGSPUNKTET FOR LOEN-VEDTAKET OG SYKEPLEIERNES VIRKELIGHETSOPPFATNING ..	63
5.2	LOEN-VEDTAKET OG HJELPEPLEIERNES VIRKELIGHETSOPPFATNING	66
5.3	INNHOLDET I LOEN-VEDTAKET – HVA VIL SYKEPLEIERNE?	68
5.3.1	<i>Ny arbeidsorganisering innenfor den direkte pleien</i>	68
5.3.2	<i>Hvilken funksjon vil hjelpepleierne få?</i>	69
5.4	HJELPEPLEIERNES REAKSJONER PÅ DEN NYE HJELPEPLEIERROLLEN	72
5.5	SYKEPLEIERNES SVAR TIL HJELPEPLEIERNE	74
5.6	SAMFUNNSUTVIKLINGENS PÅVIRKNING PÅ ARBEIDSDELINGEN I SYKEPLEIEN	76

5.6.1	<i>Hensynet til pasientene og kvaliteten på pleien</i>	80
5.6.2	<i>Hensynet til myndighetene og effektivitet i pleien</i>	83
5.6.3	<i>”Sykepleie er et praktisk fag” – og – ”løper en sykepleier raskere enn en hjelpepleier?”</i>	86
5.6.4	<i>Har sykepleierne gode intensjoner?</i>	88
6.	ANALYSE AV DISKUSJONEN	91
6.1	INNLEDNING	91
6.2	EN PROFESJONSKAMP OG TRE DISKURSER	91
6.3	PROFESJONSDISKURSEN	94
6.3.1	<i>Loen-vedtaket: Behovet for ny grensdragning settes på dagsorden</i>	94
6.3.2	<i>Kampen om skittarbeidet</i>	95
6.3.3	<i>Redefinering som mekanisme</i>	98
6.3.4	<i>Teoretisk kunnskap som konkurransefortrinn</i>	100
6.4	KUNNSKAPS- OG KJØNNSDISKURSEN	101
6.4.1	<i>Valg av kunnskap og kjønn som analytisk fokus</i>	101
6.4.2	<i>Kunnskap som legitimerende argument</i>	102
6.4.3	<i>Sykepleierne – fanget mellom teori og praksis</i>	102
6.5	MAKTDISKURSEN	107
6.5.1	<i>Rangert eller likeverdig?</i>	107
7.	AVSLUTNING	110
	KILDELISTE	112

1. Innledning

1.1 Profesjonell kunnskap

Denne oppgaven handler om profesjonell kunnskap. Den handler om sykepleierne som yrkesgruppe og hvordan de har håndtert spenningen mellom to viktige elementer innenfor den profesjonelle kunnskapen – teori og praksis.

Men hva er forskjellen på profesjonell kunnskap og annen type kunnskap? Dette spørsmålet var utgangspunktet for profesjonssosiologen Andrew Abbotts sentrale profesjonssosiologiske bok, "The System of Professions – an Essay on the Division of Expert Labour" (Abbott 1988). Etter flere år med feltarbeid ved et psykiatrisk sykehus fant han ut at ulike typer kunnskap gir ulik status innenfor arbeidsorganisasjoner. Han selv, som ikke hadde akademisk utdanning innenfor faget psykiatri, men likevel hadde tilbrakt mer tid med mange psykiatriske pasienter enn mange formelt utdannede psykiatere, kunne aldri påberope seg status som ekspert på psykiatriske pasienter. Denne statusen var kun forbeholdt akademisk utdannede psykiatere (Abbott 1988: xii).

Hva profesjonell kunnskap er og hvilke muligheter og begrensninger det gir for den som innehar den er tema for denne oppgaven. På dette stadiet i oppgaven vil jeg imidlertid nøye meg med meg å si at profesjonell kunnskap tradisjonelt har blitt sett på som ensbetydende med akademisk, teoretisk kunnskap. Det finnes imidlertid en annen type profesjonell kunnskap også, nemlig den praktiske eller erfaringsbaserte. Ifølge Erichsen er det en nær sammenheng mellom kunnskap og autoritet (Erichsen 1985: 165). Teoretisk kunnskap har i profesjonssosiologien tradisjonelt blitt sett på som objektiv og nøytral og nærmest et tryllemiddel for maktutøvelse. Den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen derimot har ikke den samme statusen og virkningskraften og kommer til kort i det profesjonssosiologiske spillet. Som jeg også vil komme tilbake til er heller ikke disse to kunnskapsformene nødvendigvis likt fordelt i samfunnet. Tradisjonelt har det vært en nær sammenheng mellom

kjønn og type profesjonell kunnskap; menn har vært bærere av den teoretiske kunnskapen, mens praktisk kunnskap har ligget til grunn for det arbeidet kvinner gjør. Studiet av profesjonell kunnskap kan derfor også være et studie i maktrelasjoner og kjønnskamper.

1.2 Sykepleiere, hjelpepleiere og profesjonell kunnskap

1.2.1 NOKUTS dom

I 2005 gjennomførte Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT)¹ en revidering av de akkrediterte bachelorstudiene i sykepleie i Norge. Resultatet var nedslående; 30 av 31 utdanninger ble underkjent og sto i fare for å miste retten til å utdanne sykepleiere hvis ikke kvaliteten i studiet ble betydelig hevet. Bare en ble godkjent (Raaen 2006: 1). En fellesnevner i kritikken av utdanningene var at de manglet et akademisk kunnskapsfundament. I 25 av rapportene ble utdanningen underkjent fordi kravet om at 20% av fagpersonalet skulle ha førstestillingskompetanse² ikke var tilfredstilt. I 14 av rapportene ble det påpekt at utdanningen manglet en forpliktende kompetanseutviklingsplan på vitenskapelige områder (Raaen 2006: 18).

Det at NOKUT underkjente sykepleierutdanningene på grunnlag av manglende akademisk kunnskapsgrunnlag er bemerkelsesverdig. Et av de viktigste trekkene ved sykepleiernes yrkeshistorie er nettopp deres krav og kontinuerlige kamp for å få samfunnets aksept for at sykepleie er et fag som i tillegg til å være praktisk fundert, også i vesentlig grad støtter seg på et akademisk, teoretisk kunnskapsgrunnlag. Som

¹ NOKUT er et regjeringsoppnevnt uavhengig akkrediterings- og evalueringsorgan for høyere utdanning som startet sin virksomhet ved årsskiftet 2002/2003. NOKUTS oppgave er å "overvåke den enkelte institusjons systemer for kvalitetssikring og kvaliteten på de tilbud utdanningen gir" (Raaen 2006: 6).

² Med førstestillingskompetanse menes både førsteamanuensisstillinger og førstelektorstillinger. Til førsteamanuensisstillingene stilles det formelt krav om doktorgrad eller produksjon av tilsvarende omfang og kvalitet. Førstelektor skal være på samme nivå som førsteamanuensis, men kvalifikasjonsgrunnlaget er bredere og vil også kunne inkludere undervisningserfaring og pedagogisk arbeid" (Raaen 2006: 19).

nevnt i forrige avsnitt er ikke den teoretiske og den praktiske kunnskapen fordelt likt mellom menn og kvinner, og sykepleierne har i alle år kjempet en hard kamp mot samfunnet og den helsepolitiske elite for å avlive den generelle oppfatningen om at sykepleie er et praktisk fag som ”faller naturlig” for kvinner. Denne holdningen har gjennom årtier blitt holdt i hevd av autoriteter og da særlig menn med et akademisk og teoretisk kunnskapsfundament, slik som for eksempel leger og toppbyråkrater.

Når sykepleierutdanningene nå blir underkjent for å være for lite akademiske får de kritikk for noe de i alle år har kjempet for, men hele tiden blitt motarbeidet på. Enda en gang er sykepleierutdanningen blitt plassert midt i skuddlinjen for denne teori - praksisproblematikken og blitt utsatt for den kontinuerlige spenningen mellom teori og praksis. Det paradoksale er at det ikke er sykepleierne som nå står bak kravet om aksept for et teoretisk kunnskapsfundament, men at de tvert i mot blir kritisert av andre for å ikke være teoretiske nok.

For meg fungerer denne NOKUT-revideringen som et insentiv til å se på det problematiske forholdet mellom teori og praksis som har fulgt sykepleierne i alle år. Mitt prosjekt er generelt å vise hvordan sykepleierne har behandlet denne teori-praksisdimensjonen gjennom historien, og spesielt å gå i dybden på *en* av de mange kampene sykepleierne har kjempet i forhold til dette, en kamp som oppsto mellom sykepleierne og hjelpepleierne på begynnelsen av 90-tallet og som hadde sin bakgrunn i det såkalte ”Loen-vedtaket”. Med utgangspunkt i denne saken vil jeg se nærmere på hvordan de to yrkesgruppene argumenterer for sine synspunkter og samtidig relatere dette til tidligere (historiske) problemstillinger av samme type. Debatten i kjølvannet av Loen-vedtaket er et konkret eksempel på sykepleiernes håndtering av teori-praksis-problemstillingen, mens ved å gi eksempler fra tidligere sammenlignbare hendelser vil jeg vise at Loen-vedtaket føyer seg inn i en rekke av mange tilsvarende saker for sykepleierne, om enn med noe forskjellig innpakning.

1.2.2 Empirisk fokus – Loen-vedtaket

Temaet for oppgaven er som nevnt profesjonell kunnskap. Målet er å se på hvilke muligheter og begrensninger som ligger i den profesjonelle kunnskapen og hvordan disse kommer til uttrykk. For å studere dette har jeg valgt å fokusere på helsevesenet og den konkrete konflikten som pågikk mellom sykepleierne og hjelpepleierne i etterkant av Loen-vedtaket.

Bakgrunnen for konflikten var at Norsk Sykepleierforbund (NSF) på sitt landsmøte i Loen i 1989 vedtok innstillingen "Sykepleietjenesten i fremtiden" (1989), en innstilling som argumenterte for store endringer i oppgavefordelingen og grensedragningen mellom sykepleierne og hjelpepleierne som yrkesgrupper. I korte trekk gikk vedtaket ut på at NSF skulle arbeide for å få gjennomslag for en bemanningsplan i somatiske sykehus som innebar at det i fremtiden bare skulle være sykepleiere og ikke hjelpepleiere som arbeidet med pleie av pasientene. Hjelpepleierne som siden 1960-tallet hadde vært en viktig og sentral yrkesgruppe når det gjaldt stell og pleie av pasienter, skulle nå bort fra disse oppgavene. Arbeidsdelingene mellom sykepleierne og hjelpepleierne skulle altså endres, og grensene mellom dem tegnes på nytt.

Sykepleiernes begrunnelse for å trekke opp nye grenser var helsepolitisk fundert. De hevdet at med medisinske nyvinninger og komplisert teknologi ville kompleksiteten i behandlingsmetodene i somatiske sykehus i fremtiden øke så dramatisk at det kun var sykepleiere med et høyt teoretisk kunnskapsgrunnlag som kunne ta seg av pasientene her. Med hjelpepleiere på feltet mente de at det var fare for at pasientene ble direkte feilbehandlet fordi hjelpepleierne ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å behandle de kompliserte sykdomstilfellene.

Innstillingen og vedtaket om å arbeide for å få den gjennomført opprørte hjelpepleierne. De hadde jobbet på feltet i mange år, følte at de gjorde en viktig jobb, og trivdes med den. At de nå skulle bort fra det arbeidet som gjorde det

meningsfylt for dem opplevde de svært negativt og leit. Likeså provoserte det hjelpepleierne at sykepleierne i en håndvending skulle diktere hva deres arbeidsoppgaver skulle være uten at de i det hele tatt hadde invitert hjelpepleierne til å diskutere saken. Hele saken opplevdes svært belastende for hjelpepleierne, mens sykepleierne i hele perioden denne saken var aktuell, sto på sitt og hevdet at endringene i arbeidsdelingen måtte gjennomføres. Klimaet mellom disse to yrkesgruppene og deres fagforeninger ble derfor svært anstrengt i denne perioden.

Kjernen i konflikten var spørsmålet om hva slags type kunnskap som var nødvendig i pleiearbeidet. Var det, slik sykepleierne hevdet, størst behov for teoretisk kunnskap, eller var det også rom for den mer praktiske og erfaringsbaserte pleien som hjelpepleierne representerer? Sett ut fra et profesjonssociologisk perspektiv, kan sykepleiernes forslag virke underlig da de ønsker å ta tilbake oppgaver som krever lite teoretisk kunnskap og tradisjonelt har hatt lav status på profesjonsarenaen. Enda merkeligere er det når vi tar i betraktning sykepleiernes historiske kamp for å få anerkjennelse for at arbeidet deres er teoribasert. Hvordan kan det ha seg at sykepleierne som yrkesgruppe ønsket å ta tilbake de oppgavene som gjennom flere år var blitt delegert til hjelpepleierne blant annet fordi de er mindre prestisjefylte og mindre avanserte?

Som nevnt er en rød tråd i sykepleiernes historie kampen deres for å få aksept for at sykepleie er et selvstendig fag med et eget kunnskapsgrunnlag på lik linje med andre (mannsdominerte) yrker, og et teoretisk og akademisk preg på oppgavene er viktig for yrker som forsøker å hevde seg i den kontinuerlige kampen om jurisdiksjon som foregår mellom yrker (jfr. Abbott 1988: 9). For å få svar på disse spørsmålene vil jeg gjøre bruk av andres forskning om sykepleiernes historie. Med dette vil jeg underbygge min fortolkning av konflikten og sette den inn i en historisk sammenheng.

1.2.3 En nærmere avgrensning

Konflikten mellom sykepleierne og hjelpepleierne i etterkant av Loen-vedtaket var på sitt mest intensive i perioden mellom 1989 til 1999. Datamaterialet og analysen fokuser derfor på denne perioden. Datamaterialet består i all hovedsak av artikler fra de to yrkesgruppene fagtidsskrifter hvor de har omtalt selve vedtaket eller diskutert prinsipper rundt arbeidsdelingen mellom de to yrkesgruppene samt selve innstillingen ”Sykepleietjenesten i fremtiden” (1989).

Jeg har valgt å fokusere på den delen av debatten som dreier seg om arbeidsfordelingen på somatiske sykehus, og å se denne konflikten fra sykepleiernes perspektiv. Det betyr ikke at jeg har tatt parti i saken, men jeg bruker konflikten til primært å belyse sykepleiernes dilemma som yrkesgruppe. Hjelpepleierne er en svært viktig del i saken og de som vier konflikten størst oppmerksomhet. Jeg har derfor også foretatt en grundig gjennomgang av deres argumenter som part i saken, men primært bidrar de i denne oppgaven til kaste lys over sykepleiernes dilemma.

1.2.4 Problemstilling

På bakgrunn av dette mener jeg at det mest oppsiktsvekkende med Loen-vedtaket og den påfølgende debatten er sykepleiernes ønske om å ta tilbake arbeidsoppgaver av svært praktisk karakter, med lave krav til kunnskap og med lav status, fra hjelpepleierne – arbeidsoppgaver som Hughes (1984) kaller ”dirty work” eller som i denne oppgaven kalles *skittarbeid*. Spesielt virker dette som et paradoks ettersom sykepleierne samtidig ønsker anerkjennelse som et kunnskapsfag. Jeg har derfor formulert følgende problemstilling for oppgaven:

Hvordan kan det forklares at sykepleierne ønsker å ta tilbake skittarbeidet som gjennom mange år har vært delegert til hjelpepleierne?

1.2.5 Gangen i oppgaven

Kapittel 2 gir en historisk bakgrunn og en oversikt over sykepleierne og hjelpepleierne som yrkesgrupper gjennom historien. Jeg gir både en beskrivelse av utdanningsgrunnlag, organisering av yrkesgruppene og hva slags utfordringer yrkesgruppene har støtt på i en profesjonssociologisk sammenheng.

I kapittel 3 tegner jeg opp et teoretisk rammeverk som jeg vil benytte meg av i analysedelen. Med dette teorgrunnlaget setter jeg funnene inn i en teoretisk sammenheng som bidrar til å forstå og forklare denne konkrete konflikten og tidligere konflikter.

I kapittel 4 beskriver jeg metodene jeg har brukt i forbindelse med datainnsamling og analyse, samt at jeg redegjør og drøfter noen dilemmaer og valg jeg tatt underveis i arbeidet med oppgaven.

I kapittel 5 begynner jeg analysedelen med å gi en gjennomgang av de empiriske funnene. Her presenterer jeg funn fra datamaterialet.

I kapittel 6 setter jeg funnene inn i en teoretisk og historisk sammenheng for å forstå hva den konkrete konflikten egentlig handler om før jeg oppsummerer i kapittel 7.

2. Historisk bakgrunn

2.1 Innledning

Andrew Abbott (1988) argumenterer for nødvendigheten av å se konkrete profesjonsprosjekter i lys av historiske forhold. For å få en forståelse av hva konkrete forhandlinger mellom to eller flere yrkesgrupper egentlig handler om, er det helt nødvendig å ta i betraktning de historiske forholdene som har virket inn og som de bærer med seg (Dahle og Iversen 2001: 240).

Loen-vedtaket som en konkret konflikt i samtiden, mener jeg bare kan forstås og forklares ved å undersøke de forholdene som har preget yrkesgruppene i fortiden, hva de har kjempet for og hva utfordringene og hindringene har vært. For å gjøre dette vil jeg gi et riss av den delen av sykepleiens historie som er relevant i forhold til debatten rundt Loen-vedtaket, og vise hva som har vært den røde tråden i fagets kamp og utvikling.

Hjelpepleierne slik vi kjenner dem i dag ble ikke formelt etablert før i 1963, og er dermed en forholdsvis ny yrkesgruppe innenfor sykepleien (Melby 1990: 205). Mesteparten av denne gjennomgangen vil derfor ta for seg sykepleiernes kamp. Dessuten mener jeg at forklaringene på konflikten i første rekke må søkes hos sykepleierne.

2.2 Sykepleiens første organisering

Frem til slutten av 1800-tallet var helsetjenesten i Norge svært lite organisert, medisinen var lite utviklet og helseinstitusjonene bar mer preg av å være fattighus og oppbevaringsanstalter enn behandlende institusjoner (Berg 1987: 37). De som jobbet der var gjerne ufaglærte middelaldrende enker fra arbeiderklassen som ble rekruttert som skurekoner eller kjøkkenpiker, for så etter hvert å få oppgaver som var mer knyttet til den pleierelaterte delen av arbeidet (Melby 1990: 26). Disse ble

kalt gang- eller våkekoner, og ble gjerne beskrevet som sjuskete og uflidde. Ifølge Martinsen & Wærness (1979) og Melby (1990) var dette arbeidet en forløper til dagens sykepleiearbeid, men hadde svært lav status (Berg 1987: 38).

I siste halvdel av 1800-tallet startet en rivende utvikling innenfor medisinen og legene var ikke lenger tilfreds med dette ufaglærte pleiepersonalet. Fremfor alt var det ønskelig med et mer dannet og ærverdig pleiepersonell og de første ansatsene til etablering av en enhetlig sykepleieyrkesgruppe ble nå synlig. Det første skritt i denne retningen var etableringene av *diakonisseutdanningen* i 1868 som hadde sitt utspring i det religiøse menighetsarbeidet (Berg 1987: 38). Målet her var å utdanne kristelige sykepleiere som skulle være kirkens tjenere og forkynne evangeliet (Marthinsen & Wærness 1979: 20). Den bærende ideen var *kallstanken* som innebar at sykepleiearbeidet først og fremst skulle rettleides av uselviskhet og et ønske om å tjene andre (Marthinsen & Wærness 1979: 14). Sykepleien ble med dette delt mellom to profesjoner; medisinen og religionen. Sykepleie ble ikke bare et helseyrke, slik vi kjenner det i dag, men også et yrke for utøvelsen av kirkens humanistiske arbeid. Også for prestene var det viktig med en ”viss standard hos sine tjenere” og resultatet ble at det bare var unge kvinner fra de bedrestilte lag av befolkningen som skulle rekrutteres. Etableringen av diakonisseanstaltene førte dermed til at sykepleien skiftet karakter. Fra å være uorganisert og arbeid for de lavere samfunns lag i befolkningen ble det nå forsøkt etablert som et anstendig yrke for de høyere sosiale lag.

Ifølge Melby (1990) var ikke denne kombinasjonen av religion og helse særlig vellykket. For få søkere samtidig med et stadig større behov for sykepleiere førte etter hvert til at det særlig fra legene side ble satt frem krav om opprettelse *verdslige* sykepleieskoler³. Denne sykepleien hadde sitt kjernepunkt i Florence Nightingales

³ Den første ble opprettet i 1895, nesten 30 år etter diakonisseanstalten (Melby 1990: 29).

sykepleieideologi⁴ og årsaken til at legene var pådrivere, var at de som følge av den vedvarende medisinske utviklingen hadde behov for sykepleieassistenter med bedre *medisinske* kunnskaper. Den mer ”ideologisk-opdragende barmhjertighetssykepleie” som var resultatet av samarbeidet mellom medisinen og religionen var ikke lenger tilstrekkelig for legene. Marthinsen og Wærness går langt i å argumentere for at etableringen av den verdslige sykepleien var en kamp om jurisdiksjon mellom legene og prestene – hvem som skulle ha kontrollen over sykepleien (Martinsen og Wærness 1979: 22).

På dette tidspunktet så legene og prestene fortsatt på sykepleien som sine ”personlige eiendeler,” som legenes og prestenes forlengede arm. Selv om den verdslige sykepleien slapp unna prestenes kontroll og det religiøse aspektet, var den fortsatt sterkt underlagt legenes overoppsyn. Sykepleien og sykepleiere var for legene en assistentgruppe som sto til rådighet for dem. Men til tross for denne kontrollen var det nettopp innenfor denne verdslige sykepleien at NSF i 1912 skulle se dagens lys og at en profesjonell sykepleie med ønske om innflytelse og kontroll over eget fag kom til å vokse frem (Melby 1990: 45).

Etableringen av NSF markerte et skille i sykepleiens historie ved at det ble tatt et oppgjør med den underordnede rollen sykepleien hadde hatt. NSF hadde fra første stund en klar profesjonaliseringsstrategi der det overordnede målet var å oppnå profesjonell selvregulering (Melby 1990). I det neste avsnittet tar jeg for meg sentrale hendelser i NSF's langvarige kamp for å oppnå denne kontrollen over eget fag.

⁴ Denne ideologien var knyttet til betydningen av hygiene i det medisinske arbeidet og ledelsesfilosofi for sykepleiere (Hamran 1987)

2.3 NSF og kampen for status som selvstendig yrkesgruppe

Martinsen & Wærness (1979) sier at det overordnede målet og det som må sies å utgjøre den røde tråden i NSF's aktiviteter var kampen for å "gjøre sykepleien til et respektert og selvstendig yrke med høy status, det vil si et profesjonsprosjekt" (Martinsen & Wærness 1979: 29). Dette kommer til uttrykk gjennom flere av NSF's fanesaker opp gjennom årene og jeg vil her ta for meg noen av disse for å belyse hvilke problemer og hindringer de har støtt på og hvordan de har forholdt seg til dem.

2.3.1 Etableringen av NSF

Ifølge Melby (1990) var den første saken hvor NSF's profesjonsbevissthet kom til uttrykk selve stiftelsen av forbundet. Her kom det fram at det var svært viktig å skape et tydelig skille mellom de ufaglærte (gang- og våkekonene) og faglærte sykepleierne som kom fra de verdslige sykepleieskolene. NSF skulle bli et forbund som sto for kunnskap og kvalitet, og siden de ufaglærte i NSF's øyne representerte det stikk motsatte, var det i forhold til et profesjonsprosjekt viktig å holde distanse. Konkret kom denne distansen til uttrykk ved at de 44 sykepleierskene som var med på å stifte forbundet var håndplukkede, at det i statuttene eksplisitt ble pekt på betydningen av å holde distanse til det de kalte "uskikkede kvinner" som tok arbeid som pleiersker, og at det i tillegg ble stilt strenge krav til verdier, holdninger og fremtreden hos pleierne. Begrunnelsen NSF selv ga for disse kriteriene var behov for "å rense opp inden standen" (Melby 1990: 17). Vi ser derfor allerede her at en klar strategi i NSF's profesjonsprosjekt var å holde distanse til underordnede grupper.

2.3.2 Sykepleieformidlingen

Den første store saken NSF engasjerte seg i var kampen om privat sykepleieformidling. Kampen sto her mellom NSF på den ene siden og staten på

den andre, og handlet om hvem som skulle ha retten til å formidle sykepleiere til privatsykepleien.⁵ Selv om denne saken ved første øyekast ikke så ut som en typisk profesjonssak, viser Martinsen & Wærness (1979) at det likevel er mulig å se konturene av taktiske profesjonsstrategier her. For det første mener de at sykepleieformidling organisert av NSF ville være et skritt i retning av å få kontroll med eget fagområde, noe som er svært viktig for yrkesgrupper som forsøker å oppnå profesjonell status. Men det som kanskje var aller viktigst for sykepleierne, var at de lettere kunne vokte og jobbe for å forsterke skillet mellom de faglærte og ufaglærte sykepleierne (Martinsen & Wærness 1979: 30-34). Statens primære mål var å få dekket behovet for arbeidskraft, den var ikke interessert i å bygge opp under profesjonsgrensene. Dersom staten skulle få retten til å drive sykepleieformidlingen ville alt personell bli behandlet likt og grensene mellom de ufaglærte og faglærte bli mindre tydelige. NSF's kamp for å tydeliggjøre skillet til de ufaglærte ville da få et hardt tilbakeslag. Dersom NSF derimot fikk retten, ville de kunne passe på at det bare var kvalifiserte faglærte sykepleiere som utførte arbeidet, og dermed verne om profesjonsprosjektet sitt.

Men i tillegg til en kontroll- og distansestrategi gir denne saken også et innblikk i NSF's alliansestrategi. Martinsen & Wærness skriver at selv om det ikke ble direkte uttrykt så var det klart at hvis NSF fikk kontrollen så ville det være et tilbud for de bedre samfunnslag (Martinsen & Wærness 1979 : 35), (Melby 1990: 71). NSF's argument var at sykepleien ville bli bedre dersom NSF fikk kontrollen fordi de – i motsetning til staten – var kvalifisert til å vurdere pleierenes nivå og dermed sikre pasientene en god pleie. Men det de ifølge Martinsen & Wærness ikke sa noe om var *hvem* som skulle nyte godt av denne kontrollen. Logikken var at de velstående var interessert i en bedre sykepleietjeneste, og sykepleien og dens organisasjon var avhengig av allianser til mektige grupper for å nå sine profesjonsmål (Martinsen & Wærness 1979: 36).

⁵ En stor del av sykepleiarbeidet foregikk fortsatt i de private hjemmene.

Men de allierte seg ikke bare med overklassen, men også med legene. Martinsen & Wærness skriver at legene støttet NSF i denne konkrete saken, men at støtten deres både i denne saken og mer generelt var svært ustabil og preget av egeninteresser. Legene var først og fremst interessert i å ha dyktige assistenter som støttet dem i deres arbeid, men de var *ikke* interessert i at de skulle få en for selvstendig posisjon og trakk gjerne støtten når de så at dette kunne skje (Martinsen og Wærness 1979: 30). I en artikkel i Sykepleien i 1917⁶ kommer dette klart til uttrykk når legene i en uttalelse erklærte at:

”hvad sykepleiere av begge kjønn skal utdannes til er at være lægernes hjælpere, ikke en med lægerne sideordnet og selvstendig profession, - og at lægerne følgelig maa ha den avgjørende stemme ved planleggelsen av hvad sykepleiere bør lære og hvorledes de bør lære det.” (Martinsen & Wærness 1979: 49).

2.3.3 Kampen om sykepleierutdanningen

Men sykepleiernes kamp for profesjonell selvregulering skulle møte flere hindringer, og i 1915 ser vi de første ansatsene til den kampen som skulle komme til å prege NSF gjennom resten av århundret; kampen om organiseringen av sykepleieutdannelsen, og spesielt, lengden på sykepleierutdanningen (Melby 1990: 71).

Etter å ha vært bare et støttefag til medisinen og religionen utviklet sykepleierne egne ambisjoner. Forsøket på å påvirke organiseringen og lengden på sykepleieutdannelsen var et viktig element i forhold til å forsøke å få mer innflytelse og kontroll over eget fag, det vil si mer profesjonell selvregulering. I 1915 satte derfor sykepleierne fram et krav om treårig sykepleieutdanning, men i stedet for å få støtte ble de møtt med motforslag fra legene om at det også måtte opprettes en

⁶ Sykepleien 1917, nr. 3, side 22

kortvariant av utdanningen på 1 ½ år⁷ for å dekke etterspørselen etter sykepleiere (Melby 1990: 73). Tanken var at dette skulle organiseres som en *trinnvis* modell der de som ønsket det kunne bygge ut utdanningen fra 1 ½ til tre år. Sykepleierne argumenterte imot dette og hevdet at sykepleien var så komplisert og omfattende at assistenter med liten utdanning ville gjøre liten nytte, og faktisk kanskje skade. De mente at denne gruppen ville være til sjenanse for pasientene og til bryderi for sykepleierne. Den ville virke hemmende på sykepleiens utvikling og kvalitet, og aktelsen for sykepleien ville bli svekket ved at det ville bli vanskelig å kontrollere hvem som slapp inn i yrkesgruppa (Melby 1990: 71, 76-77). Igjen ser vi NSF's redsel for slippe de ufaglærte for tett inn på seg og behovet for markere skille. Som jeg vil vise senere er også disse samme argumentene sentrale i diskusjonen rundt Loen-vedtaket på 1990-tallet.

En konsekvens av sykepleiernes motstand mot kortere utdanninger ble at de igjen ble assosiert med å skyve pasientene foran seg og være mest opptatt av hensynet til sykepleiens utvikling og egne interesser. Legene derimot fikk et bedre stempel og ble sett på som de som var opptatt av å bedre de sosiale forholdene (Melby 1990: 71,74). Underveis i NSF's kamp for profesjonell selvregulering kan det derfor tenkes at noe av det uegennyttige og oppofrende bilde som preget sykepleierne forvitret.

Som nevnt var sykepleierne avhengige av alliansepartnere for å få gjennomslag for sine krav. Legene hadde støttet dem i saken om sykepleieformidlingen, men med forslaget om trinnvis utdannelse ble alliansen brutt (Melby 1990: 74). Legene mente nå at sykepleierne gikk for langt i sitt selvstendighetsprosjekt og de rettet i stedet blikket mot de mer føyelige diakonissene (Martinsen & Wærness 1979: 49). NSF forsøkte å trekke paralleller til andre yrker som leger og jordmødre, og hevdet at det aldri hadde vært reist forslag om å ha en kortvariant av utdanningen deres. Slik de

⁷ På dette tidspunktet eksisterte det allerede et tilbud om et to-tre måneders kurs i sykepleie, samrittkurs, som følge av det prekære behovet for sykepleiere under første verdenskrig. De som tok denne utdanningen skulle få tittelen distriktssøster og først og fremst arbeide i distriktene, mens de som tok treårig utdannelse skulle få status som autorisert sykepleierske og arbeide i hospitalene (Melby 1990: 73).

så det var det ingen forskjell – sykepleien var også et arbeid og et fag som krevde et solid kunnskapsfundament (Martinsen & Wærness 1979: 47-48).

Både Melby (1990: 77) og Martinsen & Wærness (1979: 49) er opptatt av at denne ”kampen” mellom NSF og legene også må fortolkes som en *kjønnskamp*. Melby skriver at både den helsepolitiske eliten så vel som legene var mannsdominert (jfr. også Dahle 1997: 220), og at det i den voksende motstanden mot NSF ble trukket veksler på kjønnskriterier. Overlege og senere statsråd og medisinaldirektør Karl Wefring gikk imot sykepleiernes krav med det han mente var ”naturlig kvinnelighet”:

Hjertelag og haandlag er medfødte egenskaper. Finnes disse to verdifulle egenskaper har erfaring noksom vist at man kan faa særdeles dyktige pleiersker til aa løse mange av sykepleiens oppgaver uten saa lang utdannelse som 3 aar” (Melby 1990: 79)

Det ble også gitt uttrykk for at det kunne være direkte problematisk dersom sykepleierne fikk treårig utdannelse, for som det ble sagt, så kunne utdannelse være direkte skadelig. Melby referer en distriktslege som

”betakket seg for å få sykepleiere med treårig utdanning i menighetspleien. Med lengre utdanning steg sykepleierskenes krav. Mange ble både fordringsfulle og kjepphøye, slik at de ’i istedenfor at være til hjelp snarere blir en plage å ha i et hjem’” (Melby 1990: 79).

Den samme legen ga også uttrykk for at utdanningen var ”for krevende for de fleste” (Melby 1990: 80).

Etableringen av hjelpepleierutdanningen var det siste leddet i sykepleiernes kamp for utdanningen sin, og som så mange ganger før var det mangelen på sykepleiere som var bakgrunnen⁸. De første forslagene til formalisering kom i 1946, men reaksjonen fra sykepleierne på formaliseringen av hjelpepleierutdanningen var ikke

⁸ Spesielt viktig var det at den medisinske utviklingen førte til at sykepleierne fikk mer krevende oppgaver, og at det da var behov for at andre kunne overta en del av de enklere pleieoppgavene (Melby 1990: 203).

uventet negativ. De påpekte betydningen av distanse til underordnede grupper og hevdet at hjelpepleierordningen ikke burde gjennomføres da den ville ”trekke standen nedover” (Martinsen & Wærness 1979: 74, Melby 1990: 202). Etter hvert forsto sykepleierne at de egentlig ikke hadde noe annet valg enn å stille seg velvillig til opplæringen av hjelpepersonell. Både legene og myndighetene ønsket en slik løsning og NSF så at det absolutt var behov for noen som kunne ta seg av de enklere pleieoppgavene. Helsemyndighetene hadde fremmet forslag om at sykepleierutdanningen skulle kortes ned til to år og at en ny type hjelpepersonell skulle kunne bygge ut utdannelsen sin til fullstendig sykepleierutdanning. Stilt overfor slike forslag følte NSF at det strategisk var det eneste de nå kunne gjøre å akseptere en separat hjelpepleierutdanning og samtidig sikre seg kontrollen med den. Da ville de kunne kontrollere distansen mellom de to yrkesgruppene (Melby 1990: 205, 207). Resultatet ble at sykepleierne skulle stå for undervisningen av hjelpepleierne, være representert i styrene ved hjelpepleierskolene, og ledelse av hjelpepleierne ble etter hvert en viktig sykepleieoppgave. At hjelpepleierne skulle ha en yrkestittel som klart skilte dem fra sykepleierne var også svært viktig (Melby 1990: 207). Imidlertid kom sykepleiernes motvillighet til hjelpepleierne til uttrykk når de bestemte seg for å ikke innlemme dem i eget fagforbund og heller ikke hjelpe dem til å organisere sitt eget (Melby 1990: 206).

Men selv om sykepleierne og NSF høyst motvillig gikk med på å etablere hjelpepleierutdanningen, mener Melby at den samtidig til en viss grad måtte være hensiktsmessig. Sykepleierne hadde ambisjoner om mer krevende og spesialiserte oppgaver, og en assistentgruppe som kunne ta seg av de enklere oppgavene var da nødvendig (Melby 1990: 207). Imidlertid fulgte ikke arbeidsdelingen mellom de to yrkesgruppene noen klart optrukket linje, og ifølge Melby ble det stående igjen et spørsmål om hva sykepleierne skulle gjøre og hva som var dens innholdsmessige kjerne (Melby 1990: 207). Dette knytter da an til debatten rundt Loen-vedtaket som nettopp tar opp spørsmålet om hvilke oppgaver som hører inn under sykepleierens område og hva som hører inn under hjelpepleiernes område. Forståelsen av Loen-

vedtaket, som jeg vil redegjøre for og analysere senere, må derfor sees i nær sammenheng med dette kapittelet.

Etter dette har sykepleiernes kamp fortsatt og de har vunnet en del skanser. Kampen for høyere lønn kom etter hvert til å bli svært viktig. Men i forhold til profesjonaliseringsstrategier så må gjennomslaget for å etablere sykepleievitenskap som fag ved universitetene ha vært særlig viktig.

STILLINGSBEKRIVELSE SYKEPLEIER

Stillingsbeskrivelse for sykepleiere i Kongsberg Kommune

- Sykepleier skal sikre at det gjennomføres tiltak i samsvar med enkeltvedtak, event. individuell plan og avtale med den enkelte bruker.
Sykepleier er som «fagansvarlig» tillagt funksjon og ansvar som beskrevet i egen arbeidsbeskrivelse.
- Sykepleier skal bistå i det daglige arbeidet slik at sonens/distriktets arbeidsoppgaver utføres på en smidig og forsvarlig måte.
- Sykepleier skal medvirke til at det er et godt arbeidsmiljø innen distriktet.
- Sykepleier skal forestå medisinerer etter leges forordning og gjeldende retningslinjer.
- Sykepleieren skal medvirke til at det er et godt arbeidsmiljø innen seksjonen.
- Sykepleieren skal ivareta absolutt taushet om private forhold, helsetilstand og økonomi som vedkommende blir kjent med i arbeidet.
- Sykepleieren skal ikke omtale forhold omkring bruker som vedkommende blir kjent med andre steder enn gjennom sitt arbeid.
- Det underskrives taushetserklæring.

STILLINGSBESKRIVELSE HJELPEPLEIER

Stillingsbeskrivelse for hjelpepleiere i Kongsberg Kommune

- Hjelpepleier skal gi bistand til personlig hygiene, morgen og kveldstell, matning og gi miljørette tiltak for å bedre den enkeltes funksjonsnivå.
- Hjelpepleier skal sikre at det gjennomføres tiltak i samsvar med enkeltvedtak, evnt. plan og avtale med den enkelte bruker.
- Hjelpepleieren skal ikke påta seg andre arbeidsoppgaver i arbeidstiden enn det som er Hjelpepleierens ansvar med mindre dette er gjort avtale med seksjonsleder på forhånd.
- Hjelpepleieren skal medvirke til at det er et godt arbeidsmiljø innen seksjonen.
- Hjelpepleieren må ivareta absolutt taushet om private forhold, helsetilstand og økonomi som vedkommende blir kjent med i arbeidet.
- Hjelpepleieren skal også vise varsomhet med å omtale andre forhold omkring pasienten som vedkommende blir kjent med andre steder enn gjennom sitt arbeid.
- Det underskrives taushetserklæring.

*Eksempler på stillingsbeskrivelser for hhv. sykepleier og hjelpepleier i dag.
(Kongsberg Kommune 2008)*

3. Teoretisk rammeverk

3.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg ta for meg profesjonslitteraturen og vise hva som kjennetegner denne retningen innenfor sosiologien. Jeg starter med en gjennomgang av de første profesjonsteoriene og ser hva som har kjennetegnet utviklingen på feltet frem til i dag. Jeg vil også trekke inn kunnskapsaspektet, da dette er et sentralt element i sykepleiernes og hjelpepleiernes argumentasjon. Dessuten vil jeg ta for meg feministisk kritikk mot konvensjonelle profesjonsteorier, da disse gir gode innfallsvinkler til mitt datamateriale som de konvensjonelle teoriene ikke gir. Til sammen danner denne teoretiske gjennomgangen et bakteppe som jeg vil bruke i analysen av dataene senere i oppgaven.

3.2 Profesjonsbegrepet

Opp gjennom årene har profesjonsbegrepet blitt forsøkt definert på mange forskjellige måter. Dermed har det også vært mange forskjellige måter å studere profesjoner på. Den retningen som kanskje har fått mest innflytelse i et profesjonshistorisk perspektiv, er den tilnærmingen som har gått under betegnelsen ”trekkteori”. Det sentrale ved denne retningen var at man mente at det var visse trekk eller karakteristika som særpreget de yrkene som ble betegnet som profesjoner, og som de yrkesgruppene som ikke hadde denne statusen manglet. Studiene var gjerne rettet mot å samle inn opplysninger om profesjonenes organisering og fremvekst, for så å sammenlikne og trekke ut de trekkene de hadde til felles. Abbott (1988) viser blant annet til Carr-Saunders og Wilson som var blant de første til å definere en slik ”trekkliste”. Deres liste besto av følgende elementer: anvendelse av spesialkunnskap, opplæring og utdanning, eksaminasjon og formelle krav, etiske retningslinjer og retningslinjer for adferd. Andre miljøer vektla senere andre trekk, men tok utgangspunkt i denne listen (Abbott 1988: 4).

På tross av at retningen fikk stor innflytelse så har den også blitt sterkt kritisert. Erichsen (1996) poengterer at den bidro til å gjøre enkelte yrker heroiske ved å ”løfte dem fram som mer høyverdige og vitenskapelige enn andre” (Erichsen 1996: 24). Forholdet mellom tradisjonelle manns- og kvinneyrker er sentralt i denne sammenhengen. De yrkene som har blitt smykket med tittelen profesjon har historisk sett først og fremst vært yrker med sterk mannlig dominans, som for eksempel leger. Tradisjonelle kvinneyrker som sykepleiere, lærere og sosialarbeidere har derimot ikke nådd opp i denne sammenhengen. Amitai Etzioni bygget opp under dette med sitt begrep semi-profesjoner, og stemplet kvinneyrker som ”halvveis” og ”mindreverdige” (Dahle 1984).

I denne oppgaven er det to slike yrkesgrupper som står i fokus – sykepleiere og hjelpepleiere. Ifølge trekkteorien vil det være vanskelig å se disse yrkesgruppene i lys av et profesjonsperspektiv, men nye og mer dynamiske analysestrategier gjør dette mulig. Hughes var kritisk til trekkteorien og mente at i stedet for å spørre ”*hva* som gjør et yrke til en profesjon”, så bør man spørre hva profesjoner faktisk *gjør* for å *etablere seg* og *beholde* sin posisjon (Macdonald 1995: 6, Hughes 1984: 377). Hughes hørte inn under den interaksjonistiske tradisjonen som sprang ut fra Chicagoskolen. Han var lite opptatt av hva slags yrker som ble studert, det vesentlige var formen på interaksjonen. Ut fra dette formålet var ofte ”rare” yrker som søppeltømmere interessante forskningsobjekter (Hughes 1984).

Abbott er en fornyer av prosessorienterte perspektiver og ser profesjoner som en del av et større profesjonssystem (Abbott 1988: 112). Også for ham er det underordnet å *definere* og *karakterisere* profesjoner, selv om han selv benytter seg av en løs definisjon. Det vesentlige er å fokusere på *relasjonene* mellom yrkesgruppene i dette systemet. Spesielt er han opptatt av hva som skjer i *skjæringspunktene* mellom to eller flere profesjoner, og går med dette perspektivet mot den tidligere læren om at profesjoner er autonome enheter som utvikles uavhengig av hverandre (Dahle og Iversen 2001: 240). I Abbotts perspektiv er det nettopp *samhandlingen* mellom profesjonene som er drivkreftene i profesjonsutviklingen. Han ser på profesjonene

som gjensidig forbundet til hverandre, og hvor endringer i én yrkesgruppe får konsekvenser for de andre (Abbott 1988: 8).

Profesjonsbegrepet ble med dette mer flytende og åpent, og tilsvarer i dag på mange måter begrepet *yrkesgruppe*. Dette innebærer at begrepet nå gir mulighet til å inkludere yrker som tidligere falt utenfor de strenge profesjonskriteriene. Dermed blir det også mulig å studere forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere i et profesjonsperspektiv, ettersom dagens profesjonsstudier bruker profesjonsbegrepet mer som et analytisk redskap og ikke som en definisjon. Jeg vil i denne oppgaven benytte meg av et slikt åpent og flytende profesjonsbegrep, og skriver meg ved det inn i Abbotts og Hughes' tradisjon.

3.3 Profesjonsarenaen: en arena i kontinuerlig endring

I storsamfunnet er det en rekke oppgaver som skal løses og mange yrkesgrupper som selv mener at de er best egnet til å utføre disse oppgavene. En yrkesgruppe er ifølge Abbott ingenting uten at den har et sett med oppgaver som de skal løse, enten det er å behandle pasienter, løse tekniske problemer, yte service og bistand til personer i en vanskelig livsfase osv. I Abbotts teori kalles denne forbindelsen mellom en yrkesgruppe og dens arbeid for jurisdiksjon, og den utgjør et kjerneelement i hans analyse. Det er denne linken mellom arbeid og yrke som gjør at en yrkesgruppe har kontroll over og kan sies å eie den praktiske utøvelsen av et arbeidsfelt (Abbott 1988).

Det er også med utgangspunkt i dette jurisdiksjonsbegrepet at Abbott analyserer profesjoner som deler av et system. Ifølge Abbott er jurisdiksjonene eksklusive og profesjonene utgjør et gjensidig avhengig system. Dette innebærer at når en yrkesgruppe har jurisdiksjon eller kontroll over et konkret arbeidsområde så er disse arbeidsoppgavene forbeholdt denne yrkesgruppen alene (Abbott 1988: 86-87). Flere yrkesgrupper kan ikke ha jurisdiksjon over det samme feltet samtidig. Men det at en jurisdiksjon er opptatt av *en* yrkesgruppe, er ikke til hinder for at andre

yrkesgrupper kan forsøke å erobre den samme jurisdiksjonen. Det er i forhold til hvordan dette spillet utøves, hvilke faktorer som spiller inn i forhold til om profesjonen lykkes eller mislykkes i denne konkurransen, at Abbott mener at profesjoner må studeres som en del av et system. Siden jurisdiksjonene er eksklusive vil et forsøk fra en profesjon på å erobre en jurisdiksjon innebære at en annen profesjon utsettes for et angrep. Et trekk fra en profesjon får altså følger for en annen (Abbott 1988: 86). Som jeg vil vise senere i analysen er dette en måte å betrakte profesjoner på som er relevant i forhold til Loen-vedtaket.

Det er ikke naturgitt at enhver type arbeidsoppgave bare kan utføres av *en* yrkesgruppe og ikke noen andre. Gjennom historien finner vi mange eksempler på at en konkret arbeidsoppgave først har blitt utført av en yrkesgruppe, mens den senere har blitt overtatt av en annen. Abbott viser for eksempel til at alkoholisme både har blitt definert som en biologisk sykdom som legene mente å kunne behandle, som en mental lidelse som psykiatere og psykologer mente de kunne kurere, som et moralsk problem som prestene mente de kunne helbrede og som et rettslig problem som jurister og politiet håndterte (Abbott 1988: 37). Likeså kan det tenkes at et en yrkesgruppe har offisiell status som behandler av et problem, sykdom eller tilstand i *et* land, mens en annen yrkesgruppe ha tilsvarende status i et annet land (Abbott 1988).

Men hva skal til for at en arbeidsoppgave som en yrkesgruppe i utgangspunktet forvalter blir erobret av en annen og at en annen yrkesgruppe klarer å motstå dette redefineringsforsøket? Hvilke strategier og midler tas i bruk og er virksomme her? Ifølge Abbotts analyse er det i hovedsak to måter en yrkesgruppe kan sikre seg kontrollen over et arbeidsområde på. Den ene er gjennom et teknisk eller praktisk basert kontrollsystem (Abbott 1988: 8). Kontrollen her består i at yrkesgrupper behersker visse ferdigheter, det vil si at de vet hvordan et sett arbeidsoppgaver rent praktisk skal utføres. Kontrollen her ligger i selve teknikken. Yrkesgrupper som baserer seg på dette kontrollsystemet har gjerne lite utdanning og et begrenset teoretisk kunnskapsfundament. Abbott trekker her spesielt fram håndverkere som

eksempel (Abbott 1988: 8, 103-104). Yrkesgrupper som støtter seg til dette kontrollsystemet har svake juridiksjonelle bånd og er svært utsatt for forsøk på redefinering, det vil si forsøk fra andre yrkesgrupper på å gjøre arbeidsoppgavene til en del av deres egen juridiksjon. I kampene som utspiller seg på den profesjonelle arenaen er det teknikken, eller de konkrete arbeidsoppgavene konkurransen mellom yrkesgruppene står om. Når en yrkesgruppe da ikke har andre forsvarsmidler enn de praktiske ferdighetene i seg selv, blir de et lett bytte for andre yrkesgrupper som har et bredere fundament for sitt arbeid.

Konsekvensene av en slik redefinering er store for disse yrkesgruppene. Lykkes en annen profesjon å gjøre disse praktiske oppgavene til en del av sin egen juridiksjon, så vil den praktisk baserte yrkesgruppen miste hele sitt eksistensgrunnlag.⁹

Den andre måten en yrkesgruppe kan oppnå kontroll på er gjennom et teoretisk eller abstrakt kontrollsystem. Profesjoner som hører til dette systemet har de fordelene som yrkesgrupper i det praktisk baserte kontrollsystemet mangler (Abbott 1988). I dette systemet ligger kontrollen ikke i selve teknikken, men i et overordnet teoretisk kunnskapssystem som ligger til grunn for og veileder den praktiske utførelsen av arbeidet, teknikken. Denne teoretiske overbygningen legitimerer at visse oppgaver er en naturlig del av profesjonens myndighetsområde, de praktiske oppgavene oppfattes å ha en naturlig forankring i den teoretiske overbygningen (Abbott 1988). Dette innebærer at en yrkesgruppe basert på teoretisk kunnskap kan redefinere de praktiske oppgavene, det vil si argumentere for at en annen yrkesgruppes arbeidsoppgaver har basis i deres teoretiske fundament og at oppgavene dermed bør være en del av deres juridiksjon. Hos disse yrkesgruppene ser vi ofte at teknikken

⁹ Problemet for disse yrkesgruppene er imidlertid ikke bare at de er utsatt i forhold til at andre yrkesgrupper ønsker å overta deres arbeidsoppgaver. Problemet for dem er vel så mye at de på grunn av det snevre fundamentet arbeidet deres hviler på heller ikke er i stand til selv å utøve redefineringsforsøk overfor andre yrkesgrupper. På denne måten brenner lyset i begge ender for disse gruppene. De mister for det første arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper og de er ikke i stand til å utvide sitt eget oppgavesett.

– altså de praktiske arbeidsoppgavene – blir delegert til andre yrkesgrupper. Dette kontrollsystemet gjør derfor yrkesgruppene sterke i den kontinuerlige kampen som foregår mellom yrkesgruppene om arbeidsoppgavene (Abbott 1988).

I Abbotts teori er denne teoretiske og abstrakte kunnskapen selve ”valutaen” eller byttemiddelet i konkurransen mellom yrkesgruppene. Hvor avgjørende det er viser han blant annet i sin definisjon av profesjoner. Selv om Abbott er lite opptatt av å identifisere trekk ved profesjoner og kun benytter en løs definisjon av profesjonsbegrepet, har han altså et krav om abstrakt kunnskap for at en yrkesgruppe skal kunne kalles en profesjon:

“Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases” (Abbott 1988: 8).

Det er imidlertid viktig for Abbott å poengtere at denne abstraksjonen ikke kan trekkes ut i det uendelige. Jo videre yrkesgruppens arbeidsoppgaver spenner, desto mer behov er det for et abstrakt kunnskapssystem. Tøyer man dette svært langt blir den abstrakte kunnskapsoverbyggingen for vag og yrkesgruppens jurisdiksjon kan svekkes ved at den er utsatt for angrep fra andre yrkesgrupper (Abbott 1988: 104).

Men det er ikke bare yrkesgruppens kunnskapsgrunnlag som har betydning for om en yrkesgruppe klarer å erobre de arbeidsoppgavene som en annen yrkesgruppe har jurisdiksjon over. I tillegg er det viktig for yrkesgruppen å få samfunnets aksept for å få gjennomslag for sine jurisdiksjoner. Får den ikke det, er kampen om arbeidsoppgavene et umulig prosjekt. Det er spesielt tre områder i samfunnet Abbott mener det er viktig å få aksept på. Det ene er i samfunnet generelt, det vil si hos samfunnsborgerne. Dette kan både være vanlige samfunnsborgere som ikke har noen direkte tilknytning til det aktuelle yrket eller personer som innehar sentrale posisjoner i relevante offentlige organer (Abbott 1988: 60). Samfunnsarenaen er gjerne det første stedet en yrkesgruppe søker legitimitet for jurisdiksjonskravene sine og strategien er vanligvis å formidle budskapet gjennom magasiner, aviser og fjernsynet (Abbott 1988: 60-62). Datamaterialet i denne oppgaven er hovedsakelig

hentet fra denne første kategorien, sykepleiernes og hjelpepleiernes egne tidsskrifter og avisartikler. Her bygger profesjonene opp sine selvbilder og forsøker å få størst mulig tilslutning for sine jurisdiksjonskrav. Målet er å få støtte til kravet om kontroll over en konkret type arbeidsoppgave slik de mener den bør utføres og ekskludere andre yrkesgrupper. Oppfatningene som samfunnet har om profesjonene og hva de gjør er svært stabile og endres ikke raskt (Abbott 1988: 61).

Støtten de får fra samfunnet er viktig hvis jurisdiksjonskravene senere skal prøves innenfor rettssystemet, som er den andre arenaen Abbott nevner (Abbott 1988: 60). Her er temaene som tas opp i forhold til jurisdiksjonene svært spesifikke, som for eksempel krav om monopol på visse oppgaver og på fagterminologi. Jurisdiksjonskravene som behandles her er mer robuste enn jurisdiksjonskravene på samfunnsarenaen. Jeg vil imidlertid holde det juridiske aspektet utenfor i min analyse av forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere.

Den tredje arenaen hvor jurisdiksjonskrav kan fremsettes er i selve arbeidsorganisasjonen, det vil si rundt om på arbeidsplassene. I motsetning til de to andre arenaene er dette en uformell arena der de formelle grensene mellom yrkesgruppene i organisasjonen ikke håndheves så sterkt. Her er man mer opptatt av at den konstante strømmen av oppgaver blir løst fremfor å passe på at de formelle jurisdiksjonelle grensene mellom yrkesgruppene håndheves, noe som i praksis innebærer at arbeidsoppgaver som formelt hører inn under en yrkesgruppes jurisdiksjon kan bli utført av en annen. Dette innebærer i praksis at det foregår en stor grad av det Abbott kaller ”arbeidsplass-assimilering”, som innebærer at kunnskap om utføringen av en type arbeidsoppgave overføres til en person med en annen yrkesbakgrunn. Dette kan gjerne være underordnede yrkesgrupper. Disse personene lærer seg de praktiske ferdighetene ved arbeidet, men mangler det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som medlemmer av profesjonen har (Abbott 1988: 65). Denne arbeidsdelingen har en kort varighet og må ofte reforhandles.

3.4 Delegering av skittarbeidet ("dirty work")

Profesjonene eksisterer altså ikke i et vakuum og uavhengig av samfunnet, men er avhengig av det både fordi det er her de henter sine klienter og kunder, og fordi det er samfunnet som gir dem tillatelse til å utøve den tjenesten eller den behandlingen de tilbyr. Ofte er det også slik at flere ulike yrkesgrupper konkurrerer om å få eksklusiv rett til å drive behandling av en spesifikk lidelse. Et eksempel er feltet innenfor "sjelesorg" som historisk sett var et felt som kirken og prestene hadde hevd på, men som det i dag er psykologene som har ansvaret for. For at profesjonene i det hele tatt skal kunne eksistere er de avhengige av å "overbevise" samfunnet om at nettopp deres tilnærming til et problem er den mest effektive og den som gir best resultater (Abbott 1988).

Everett C. Hughes (1984) beskriver denne tillatelsen til å drive behandling som storsamfunnet gir en yrkesgruppe for lisens eller autorisasjon. Men denne lisensen står ikke alene. Den må sees i sammenheng med et annet viktig begrep hos Hughes; mandat. Hughes viser at når en yrkesgruppe har fått en lisens til å drive sitt arbeid, så vil yrkesgruppen etter hvert også kreve et mandat fra samfunnet i forhold til det samme arbeidet. Med dette mandatet krever profesjonene rett til selv å definere situasjonen, det vil si å bestemme hvordan for eksempel utdanningen skal være, hva slags behandlingsmetoder som skal brukes, hvordan arbeidet skal være organisert og hvordan oppgavefordelingene skal være mellom deres egen profesjon og andre yrkesgrupper (Larsen 1997: 15-16). Ifølge Hughes vil profesjoner med et teoretisk kunnskapsgrunnlag ha et videre mandat enn yrker med et praktisk kunnskapsgrunnlag og dermed større muligheter til å definere situasjonen. Legene er her et godt eksempel. De har oppnådd stor autoritet og posisjon i systemet som gjør at de lettere enn for eksempel hjelpepleiere som generelt ikke har den samme posisjonen og autoriteten til å sette betingelser for arbeidet i for eksempel et sykehus eller sykehjem.

Hughes (1984) argumenterer for at det er arbeidsoppgavene som definerer et yrke og bestemmer hvor grensene mellom de ulike yrkesgruppene går. Alle yrker har et sett med oppgaver, og alle disse yrkenes oppgavesett er forskjellige fra hverandre. Men innenfor hver enkelt yrkesgruppes eget oppgavesett kan det også være stor variasjon i oppgavene. Noen av oppgavene kan for eksempel være avanserte, trenge mye kunnskap og lang erfaring, mens andre kan være av en enklere art som ikke krever like stor grad av kunnskap og som er mer rutinepregede. Hughes viser at alle oppgavene innenfor oppgavesettet kan rangeres etter hvor prestisjefulle de er. De mest prestisjetunge oppgavene plasserer han øverst i dette hierarkiet, mens de med lav status plasserer han nederst. Disse oppgavene kaller han også for ”dirty work”-oppgaver, eller det som jeg i denne oppgaven kaller *skittarbeid*.

For yrkesgrupper som har et mål om å klatre i profesjonshierarkiet er det vanlig å delegere skittarbeidet til andre yrkesgrupper. Disse oppgavene gir liten status og er dårlige forhandlingskort på profesjonsarenaen. Ved å delegere bort disse oppgavene nederst i hierarkiet og kanskje selv få overført noen arbeidsoppgaver fra yrkesgrupper som ansees å være høyere opp i hierarkiet enn dem selv, vil de samlet sett sitte igjen med et oppgavesett som har høyere status. I denne sammenhengen er det spesielt interessant å se på sykepleiernes ønske om å overta hjelpepleiernes arbeidsoppgaver. De ønsker det motsatte, nemlig å overta praktiske og enklere oppgaver som ikke gir prestisje. Tilsynelatende ønsker de dermed det motsatte av hva Hughes beskriver – nemlig å overta hjelpepleiernes skittarbeid. Målsetningen for denne oppgaven er å fremsette en forklaring på denne strategien. Sentralt i den forbindelse vil det være å studere argumentasjonen i lys av at de to yrkesgruppene har ulike kunnskapsgrunnlag noe sykepleierne bruker som argument for sitt syn, til tross for at de ønsker å overta arbeidsoppgaver som ikke krever det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som de argumenterer med.

3.5 Feministisk kritikk mot konvensjonelle profesjonsteorier

Feministisk kritikk mot konvensjonelle profesjonsteorier tar utgangspunkt i at samfunnet generelt og profesjonene spesielt ikke er kjønnsnøytrale. Med dette mener de at selv om det ikke skal ha noen betydning om man er mann eller kvinne, så er det likevel slik at kjønn ligger under og strukturerer vår forståelse av samfunnsmessige fenomener. For eksempel er det en kjent sak at arbeidsmarkedet er kjønnsdelt - kvinner dominerer fortsatt typiske lavstatus pleie- og omsorgsykker slik som sykepleier og hjelpepleier, mens menn dominerer mer avanserte høystatusyrker som for eksempel legeyrket. Heller ikke sykdommer viser seg å være kjønnsnøytrale. I tillegg til at sykdommene rammer menn og kvinner ulikt, kan man også si at de har ulik status i et sykdomshierarki. For eksempel er det slik at sykdommer som i størst grad rammer menn, slik som hjerte- og karsykdommer, ligger på toppen i sykdomshierarkiet, mens typiske kvinnesykdommer som for eksempel fibromyalgi ligger på bunn (Dahle 1997: 216).

En slik skjevhet der menn har en dominerende posisjon og kvinner en underordnet posisjon i samfunnet, blir ofte beskrevet som et patriarkat og er ifølge teoretikere som Witz (1992), Davies (1995) og Dahle (1997) viktig å ta hensyn til i analyser av profesjoner. Dette mener de at tradisjonelle profesjonsteorier ikke har gjort og at de derfor ikke har fanget opp viktige aspekter ved kvinners profesjonsprosjekter.

I dette avsnittet vil jeg ta for meg to sentrale teorier som kan plasseres innenfor den feministiske kritikken av profesjonssosiologien.

3.5.1 Social closure

Anne Witz (1992) er opptatt av de maskuline strukturenes betydning for kvinners profesjonsprosjekter, men fokuserer først og fremst på betydningen dette har hatt for forskningen på feltet og kunnskapen vi har om de kvinnelige profesjonsprosjektene. Kritikken hennes rettes mot mainstream

profesjonssosiologi¹⁰ og har et konstruksjonistisk tilsnitt. I feltet, sier hun, påberoper denne forskningen seg nøytralitet og allmenngyldighet. Dette er imidlertid helt uriktig. Mainstream profesjonssosiologi og dens resultater er skjeve fordi den kun er basert på undersøkelser av profesjonsprosjekter som vi ser på som tradisjonelle, det vil si profesjonelle prosjekter med mannlige middelklasseaktører på et spesifikt historisk tidspunkt, i et spesifikt sosialt miljø (Witz: 1992: 39). På dette grunnlag bryter de en av konstruksjonistenes forutsetninger om å forholde seg kritisk til selvfølgeligheten. Den tar ikke hensyn til at det finnes andre arbeidsorganiseringer, for eksempel kvinnelige, og at de mannlige profesjonsprosjektene ikke er direkte overførbare til de kvinnelige. Torunn Hamran (1987) har samme syn som Witz og hevder at konsekvensen av denne skjevheten ikke bare er at forskningen svikter sin hovedoppgave som er å forholde seg kritisk til forhold vi tar for gitt, men også at vi ved å bruke maskuline modeller som utgangspunkt for å studere kvinnelige profesjonsprosjekter står i fare for å overse viktig trekk ved disse. De maskuline kategoriskjemaene, sier Hamran, er utviklet med utgangspunkt i andre typer arbeid, og er således ikke automatisk gode redskaper for å få innsikt i tradisjonelt kvinnearbeid, som for eksempel pleie- og omsorgsarbeid (Hamran 1991: 168).

I tillegg til sin kritikk av mainstream profesjonssosiologi, presenterer Witz en alternativ profesjonsmodell som hun mener tar hensyn til de tingene hun kritiserer hos mainstream. Modellen tar utgangspunkt i Webers "social closure"-begrep som tradisjonelt har vært et viktig teoretisk begrep for å analysere stratifikasjon og klasseanalyse, og som har vært den strategien som dominerende grupper har tatt i bruk for å oppnå og opprettholde sin posisjon (Macdonald 1995: 52, 129). For Witz er begrepet også fruktbart i forhold til å vise hvordan kvinner og menn har ulike vilkår for sine profesjonsprosjekter. Det er egnet til å vise hvordan patriarkatet i profesjonssystemet fungerer, det vil si hvordan menn over lang tid har etablert

¹⁰ I denne oppgaven representert ved Abbott og Hughes.

hindere i forhold til kvinners forsøk på å få innpass på den mannlige profesjonsarenaen. Gjennom å ta utgangspunkt i closure-teorien utvikler hun en modell i form av et begrepskjema som forklarer strategier i utestengningsprosjektet og kvinners strategier i det hun kaller inkluderingsprosjektet (Macdonald 1995: 129).

Modellen består av fire hovedstrategier; *exclusionary closure*, *demarcationary closure*, *inclusionary closure*, og *dual closure* strategier. Dual closure beskrives med ytterligere to begreper; *usurpation* (tilranelse av makt) og *exclusion* (Macdonald 1995: 31-33).

Exclusionary closure og demarcationary closure viser begge til de dominerende gruppenes strategier.¹¹ Exclusionary closure er en "intraprofesjons-strategi" (intra-occupational control-strategy) der målet er å skaffe seg kontroll over rekrutteringen til yrket, og få monopol over kunnskapsgrunnlaget (Macdonald 1995). I denne oppgaven er det tradisjonelt medisinen og menn som har stått for denne strategien.

Demarcationary closure er en "interprofesjons-strategi". Dette er også en strategi for utestengelse, men favner videre enn exclusionary closure strategies (Macdonald 1995: 132). Yrkesgruppen som utøver denne formen for kontroll begrenser seg ikke bare til egen profesjon, men forsøker også å styre og kontrollere andre, tilgrensende yrkesgruppers arbeid. Det viktigste ved denne strategien er å etablere og kontrollere *grensene* mellom profesjoner (Witz 1992: 46). Betydningen av kjønn ved denne strategien kommer til uttrykk ved at dannelsen og kontrollen med profesjonsgrensene blir styrt av patriarkalske maktrelasjoner (Witz 1992: 47-48).

Inclusionary closure og dual closure er motstrategiene til yrkesgrupper som blir utsatt for henholdsvis exclusionary closure og demarcationary closure, det vil si; de

¹¹ Fordi det er de dominerende gruppene som utøver denne formen for kontroll over de underordnede, har den en "ovenfra og ned"-retning.

underordnedes strategier¹². Målet til yrkesgruppene som utøver inclusionary closure er å få innpass i den profesjonssammenslutningen som de har blitt utestengt fra gjennom exclusionary strategier.

Dual closure strategier er motstrategiene til demarcationary closure. Målet her er *ikke* å få innpass i de strukturene som de er utestengt fra gjennom demarcationary closure strategier, slik som målet er ved inclusionary closure. Ifølge Witz er dual closure strategier mer komplisert. Målet er her å meisle ut et eget profesjonsfelt, noe som innebærer løsrivelse fra de dominerende gruppens kontroll, det vi selvstendighet over eget fagfelt. Denne løsrivelsen og selvstendigjøringen kaller Witz for "usurpation" eller tilranelse av makt. Det kompliserende elementet ved denne prosessen er at det her samtidig utøves exclusionary closure strategier overfor andre yrkesgrupper (Witz 1992: 48).

3.5.2 Maskuline script som hinder for kvinners profesjonaliseringsprosjekter

Celia Davis viser i boken *Gender and the professional predicament in nursing* (1995) hvordan maskuline script har hindret sykepleierne i deres profesjonsprosjekter. Hennes argument er at sykepleiernes bestrebelser bare kan forstås i lys av medisins og menns dominans.

I boken og analysen tar hun for seg de maskuline strukturene på flere nivåer og starter med å vise hvordan det etableres, for til slutt å vise hvordan de gjør seg gjeldene i arbeidet. Menn og kvinner har ulike kjønnskripter, sier Davies, maskuline og feminine. Disse scriptene er kulturelle koder, eller representasjoner av kjønn der de maskuline scriptene kan beskrives ved hjelp av begreper som rasjonalitet, abstrakt tenkning, avstand og rangordning, mens de feminine scriptene kjennetegnes ved fellesskap, konkret kontekstmessig tenkning, gruppeorientering,

¹² Fordi det er de underordnede gruppene som utøver disse strategiene, har de en "nedenfra og opp"-retning.

og en refleksjon og vurdering. Scriptene viser således til trekk ved kvinner og menn, men er ikke objektivistiske. Det er verdier som er tilegnet gjennom tradisjon og kulturelle forventninger (Davies 1995: 24).

Det interessante med disse kulturelle kodene, eller scriptene, er for Davies at de i tillegg til å forme vår personlige identitet også har den funksjonen at de er med på å forme strukturene og organisasjonslogikken i sosiale institusjoner, slik som i helsevesenet.

Davies mener at det i hovedsak er to systemer som dominerer sykepleiernes arbeidsorganisasjon; den *byråkratiske modellen* og *profesjonsmodellen*, og begge disse er styrt av maskuline verdier (Davies 1995: 61). Problemet for kvinneyrkene i en slik organisatorisk ramme er at det kvinnelige scriptet ikke passer inn i disse forutbestemte maskuline strukturene, et struktursett som blir presentert som den eneste rasjonelle og effektive måten å nærme seg problemene på. Davies mener at de trekkene som preger relasjoner mellom kvinner er identiske med de som blir forkastet i det maskuline scriptet og at dette også gjenspeiles i arbeidsorganisasjonen. Feminine script om hvordan man forholder seg til andre og løser problemer blir i den maskuline modellen betraktet som problematiske og lite hensiktsmessige organisasjonslogikker og dermed avvist som alternative strukturer å bygge organisasjonen opp etter.

Davies mener at det som skjer med sykepleieryrket i en slik maskulint orientert organisasjon er at det ikke blir tatt på alvor (Davies 1995: 103), men blir sett på som et problem og nedvurdert, brakt til stillhet, redusert, neglisjert og misforstått (Davies 1995: 38, 84-85). Hun sier at der hvor de tradisjonelle maskuline profesjonsprosjektene verdsetter livslang deltakelse i arbeidslivet, og hvor frafall kun skjer som følge av pensjonering, jobbyte og sykdom, preges de feminine prosjektene av behov for fleksible arbeidstider, mulighet til å gå inn og ut av arbeidslivet, og mulighet til opplæring på et senere stadium i livet (Davies 1995: 77-79, 84).

Den strategien som sykepleierne har fulgt i sine profesjonaliseringsprosjekter, sier Davies, har vært å søke innpass i akademia på menns premisser. De har forsøkt å tilegne seg og vektlegge alle de sidene som de vet blir verdsatt innenfor disse strukturene. Davies foreslår imidlertid en alternativ strategi som går ut på å *utfordre* det mannlige profesjonsbegrepet. Slik hun ser det bør sykepleierne forsøke å tillegge profesjonsbegrepet et innhold som er mer i tråd med kvinners tilnærming til arbeidet (Davies 1995).

3.6 Kunnskap

Det overordnede temaet for denne oppgaven er som sagt kunnskap. Kunnskap i seg selv er et vidt begrep som kan ha ulik betydning i ulike sammenhenger og ulike fag, for eksempel kan man i psykologien studere kunnskap i lys av begreper som intelligens og evnen til å lære, i teknologiske fag kan det dreie seg om spesielle ferdigheter, og i andre sammenhenger omfattes kunnskap av begreper som dannelse som for eksempel innen kunst, kultur og historie. Hva som oppfattes som kunnskap kan også variere i tid og fra samfunn til samfunn, og er avhengig av hva slags normer og samfunnsoppfatninger som er dominerende.

Innenfor profesjonssosiologien har det som jeg allerede har vært inne på tradisjonelt vært vanlig å betrakte kunnskap som en dikotomi hvor man på den ene siden har den teoretiske kunnskapen som man tilegner seg gjennom formell utdanning og på den andre siden den praktiske, erfaringsbaserte som man oppnår gjennom arbeidserfaring.

Den teoretiske kunnskapen bygger på allmenn, forskningsbasert viten og består ofte av faktakunnskap og definisjoner av begreper, ulike teorier og modeller. Som kunnskapsform kjennetegnes den ved at den er allmenn og upersonlig (Sykepleien nr. 15/2005). Praktisk, erfaringsbasert kunnskap på den annen side er ofte beskrevet som "taus" kunnskap, en type kunnskap som man tilegner seg gjennom øving og erfaring, og som ikke har fått like mye oppmerksomhet og anerkjennelse som den

teoretiske kunnskapen. Kunnskap om ting og prosesser er også viktig her, men det er handlingen og praksisen som står i sentrum (Molander 1997: 124).

Men teoretisk og praktisk kunnskap er ikke bare to ulike former for forståelse, de to kunnskapsformene kan også sies å være rangerte på den måten at den ene kunnskapsformen tillegges en høyere status i samfunnet enn den andre. Teoretisk kunnskap blir gjerne sett på som den egentlige kunnskapen, den kunnskapen som det er verdt å strekke seg mot og måle resultater i forhold til. Det er også denne typen kunnskap som dominerer innenfor den akademiske sfæren (Molander 1997: 125). Praktisk kunnskap derimot har ikke den samme statusen. Den forståelsen man får ved å lære noe i praksis har ikke samme gjennomslagskraft og blir rangert lavere i samfunnet. Et eksempel på denne rangeringen av kunnskapsformene ser vi i NOKUTs evaluering av sykepleierutdanningene i 2005. 30 av de 31 utdanningene som var gjenstand for vurdering ble underkjent på grunnlag av et manglende *teoretisk* kunnskapsgrunnlag (Raaen 2006). Når man tar i betraktning at sykepleien er et fagfelt som i stor grad har utviklet sitt kunnskapsgrunnlag gjennom erfaring og praktisk deltakelse, altså det jeg beskrev som et praktisk kunnskapsgrunnlag, og som i dag fortsatt legger dette til grunn for utførelsen av sitt arbeid, er det bemerkelsesverdig at de blir vurdert ut fra hvor teoretiske de er (Heggen 2005). Det praktiske kunnskapsgrunnlaget som er så viktig for sykepleien ble i denne sammenhengen ikke sett på som gyldig kunnskap, det var kun den teoretiske, den akademiske og den ”egentlige” kunnskapen, som det var relevant å vurdere utdanningen opp imot.

Men i tillegg til å være rangert, så kan man også si at kunnskapen har kjønn (Dahle 1997: 223). Det er ikke slik at de to kunnskapsformene spiller en like stor rolle i kvinnedominerte yrker som i mannsdominerte yrker, tvert imot er fordelingen skjev. Bruker vi eksempler fra helsesektoren så vet vi at det tradisjonelt har vært flest menn som arbeider som leger og at dette yrket primært baserer seg på et teoretisk, abstrakt kunnskapsgrunnlag med høy status. Majoriteten av kvinner i helsesektoren jobber som sykepleiere og hjelpepleiere og andre pleie- og omsorgsrelaterte yrker.

Dette er yrker som har status som konkrete og praktiske og som har lavere anseelse på grunn av sitt kunnskapsgrunnlag (Dahle 1997: 223). Ifølge Dahle er

”arbeidsdeling, intern rangering og ulik verdsetting av arbeidsoppgaver forhold som skaper spenninger mellom yrkesgruppene” (Dahle 1997: 223).

Sykepleien og hjelpepleien er to yrkesgrupper som begge bygger på en sterk og langvarig praksistradisjon. Sykepleien var, som jeg var inne på i bakgrunnskapitlet, et yrke som sprang ut av et praktisk arbeid og som i begynnelsen hadde et svært begrenset teoretisk kunnskapsgrunnlag å støtte seg på. Sykepleie var først og fremst en alminnelig og hverdagslig omsorgshandling som ble betraktet som en naturlig oppgave for kvinnene. I takt med et årelangt profesjonaliseringsprosjekt har sykepleien fått et stadig bredere teoretisk kunnskapsgrunnlag som basis og grunnlag for det praktiske arbeidet, men yrket har likevel beholdt sterke røtter i det praktiske. Jeg vil i resten av dette kapitlet derfor forsøke å si noe om hva som kjennetegner sykepleiens kunnskapsgrunnlag.

3.7 Torunn Hamran: Om sykepleiernes kunnskapsgrunnlag

Spørsmålet om hva som er sykepleiens kunnskapsgrunnlag har fulgt meg gjennom hele arbeidet med denne oppgaven. I utgangspunktet trodde jeg dette var et enkelt spørsmål som lett kunne leses ut av informasjonsmateriell, studieplaner og det meste av litteraturen som omhandlet sykepleieyrket, men erfaringen min har vært det motsatte. Jeg har funnet at det er lite skriftlig materiale som handler om og som beskriver hva pleiearbeidet egentlig består i, hva sykepleierne faktisk gjør og hvilke vurderinger og refleksjoner som ligger til grunn for hvordan de gjør dette arbeidet. Dette funnet er også i tråd med sykepleier og sosiolog Torunn Hamrans erfaring. Hun skriver i boken ”Den tause kunnskapen” (1987) at det ikke er lett å få fatt i hva sykepleie er når nyere sykepleielitteratur leses (Hamran 1987: 12) og

”så mye er uavklart for meg angående viktige trekk ved pleien, og (...) nyere sykepleielitteratur i liten grad tematiserer grunnleggende trekk ved praksis” (Hamran 1987: 11).

For å prøve å få tak i hva som kjennetegner dette kunnskapsgrunnlaget, har jeg derfor valgt å støtte meg på Torunn Hamrans analyse av sykepleiens lærebøker fra Florence Nightingales tid på 1860-tallet og frem til slutten av 1980-tallet. Ved å gå gjennom disse lærebøkene danner hun et bilde av sykepleiens kunnskapsgrunnlag og endringer i dette opp gjennom historien. Et viktig spørsmål som Hamran stiller for denne gjennomgangen er om den medisineren av sykepleien som foregikk fra 1910 til midten av 1960-tallet bidro til å gjøre sykepleien mer faglig, slik Ole Berg hevder i ”Helsetjenestens logikk” fra 1982 (Hamran 1987) eller om den bidro til at viktige elementer i omsorgsarbeidet ble borte.

Som nevnt tidligere i oppgaven blir sykepleiarbeidet ofte koblet til stereotype oppfatninger av hva som er naturlige kvinneegenskaper. De første sykepleierne var kvinner som utførte omsorgsoppgaver i hjemmet og opplæring og utdanning forekom ikke. I beskrivelser av yrket ble det også først og fremst fokusert på hva slags *egenskaper* en sykepleier måtte ha for å gjøre en god jobb. Barmhjertighetsidealene som omsorg, uselviskhet og oppofrelse ble fokusert. Hamran mener at det i skriftene til Florence Nightingale er mulig å identifisere et kunnskapsgrunnlag for sykepleien som går ut over disse egenskapsorienterte beskrivelsene. Nightingale mente at sykepleien kunne deles inn i to hovedområder; ”the art of nursing” og ”the science of nursing”. ”The art of nursing” betraktet hun som den ”egentlige sykepleie”, eller sykepleiekunst som det også ofte blir beskrevet som. Arbeidet her ”referer seg til sykepleierens selvstendige funksjon” (Hamran 1987: 14) som blant annet innebar at sykepleieren skulle handle på eget initiativ dersom hun oppfattet at pasientens tilstand krevde det. Sykepleieren skulle ha nok kunnskaper til å kunne utføre sykepleie på en selvstendig og kompetent måte, blant annet slik at når ”pasienten avviker fra vitenskapelige standarder så må dette få følger for pleien” (Hamran 1987: 26). Det var altså viktig for sykepleieren å individualisere pleien. For å kunne gjøre dette var erfaring helt vesentlig. Hun

hevdet at det ikke var mulig å fortelle noen hvordan man skulle pleie syke, det var det bare erfaringen som kunne (Hamran 1987: 47).

”The science of nursing” var Nightingale svært lite opptatt av. Hun mente at dette ikke hørte inn under de egentlige sykepleieoppgavene. Det som kjennetegnet disse oppgavene var at de var oppgaver der sykepleieren primært fungerer som en underordnet assistent for legen og der medisinsens logikk var den kunnskapsformen som var styrende for sykepleierens arbeid (Hamran 1987).

I den første norske sykepleieboken fra 1877 og som ble skrevet av Rikke Nissen, finner Hamran igjen mange av de samme betraktningene som hos Nightingale. Begge legger vekt på behovet for *kunnskap* i pleien, en kunnskap som er noe annet enn tradisjonelle kvinnelige egenskaper (Hamran 1987: 28). Men hun ser også at Nissen skiller seg fra Nightingale på viktige områder. Der Nightingale var svært opptatt av at sykepleieren skulle være selvstendig i sitt arbeid og ha selvstendighet nok til å avvike fra legenes syn, er Nissen mer opptatt av at sykepleieren skal være lydige mot legene og ikke

”tillate seg noen egenrådig forandring, selv ikke i tilfeller hvor hun mener ’at kjende den Syges Tilstand bedre (...)’ ” (Hamran 1987: 26).

Hun vektlegger også i større grad behandlingsoppgaver, eller det Nightingale definerte som ”the science of nursing”. Sykepleien ser med Nissens bok ut til å ha blitt et arbeid som i stor grad består i å assistere legene og forholde seg til deres kunnskapssystem. Dette kommer også til uttrykk i det viktige arbeidet med *iakttagelse* som både Nightingale og Nissen poengterer. Begge

”la vekt på å øve sykepleieren i å utvikle den kliniske iakttagelsens kunst gjennom rett anvendelse av medisinsk kunnskap i praktisk sykepleiearbeid” (Hamran 1987: 27).

Eksemplifisert med pasienter med høy kroppstemperatur, så ville Nightingale at sykepleieren skulle overvåke pasientene kontinuerlig og ta utgangspunkt sin egen

og pasientenes *egne erfaringer* i forhold til pleien. Nissen på den annen side ”slutter seg i større grad til målbar kunnskap og underkaster seg den medisinske autoritet” (Hamran 1987: 27).

Kunnskap er viktig, men formen på den endrer seg fra Nightingale til Nissen. Fra å vektlegge det Nightingale beskriver som sykepleiekunst er Nissen mer opptatt av behandlingsoppgaver (Hamran 1987: 28). Hun mente at sykepleieren skulle være underordnet legen i behandlingssituasjonen, men selvstendig i pleiesituasjonen (Hamran 1987: 30).

I 1917 ble en ny lærebok i sykepleie utgitt, denne gangen skrevet av en mannlig lege. Den utviklingen av kunnskapsgrunnlaget som var mulig å se allerede hos Nissen, forsterket seg ytterligere nå:

”Pleien står nå fullstendig under legens behandling av den syke og kravet om at sykepleieren lydig skulle underordne seg legen er uttalt”
(Hamran 1987: 30).

Sykepleierne skulle nå være begrenset til ”det som var nødvendig for å delta i legens behandling. Det sykepleieren trenger å lære er prosedyrer og oppskrifter” (Hamran 1987: 31). Iakttagelsen som både Nightingale og Nissen vektla, er nå nesten utelukkende blitt redusert til en oppgave som begrunnes ut fra medisinske behov, ikke ut fra pleien slik den ble tidligere. Det er blitt en legeavhengig oppgave og ikke lenger en ”selvstendig funksjon i sykepleierens pleiearbeid” (Hamran 1987: 31). En tilleggsbetragtning er også at det nå er tatt inn nye kapitler som fokuserer på sykepleierens egenskaper og plikter (Hamran 1987: 30).

Denne utviklingen har å gjøre med medisinerings av sykepleien. Sykepleien ble da knyttet nærmere legens behandlingssystem og sykepleiens kunnskapsgrunnlag ble rettet mot det de trengte å kunne for å assistere legene.

I det som Hamran definerer som den medisinske fasen (fra ca. 1921-1965) opprettholdes ”the art of nursing”, som nå kalles generell sykepleie, som et eget

fagområde. Men det viser seg at dette området er blitt stadig mer ”medisinert”. Ifølge Hamran har medisinen spist seg inn på den generelle pleiens område og kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn henter sin logikk fra medisinen. Iakttagelse og observasjon er nå viktig for å kunne plassere pasientene i kategorier i henhold til medisinske standardiserte kategoriskjemaer slik at legene ved hjelp av disse observasjonene og nedtegningene fra sykepleierne kunne stille diagnose og foreslå behandling. Objektivitet og kvantitet som idealer er nå rådende og de settes inn i en teoretisk (medisinsk) sammenheng (Hamran 1987: 38). En lindrende og pleiende sykepleie, slik Nightingale argumenterte for har nå fått svært liten plass. Hamran sier at

”Den moderne medisins prosjekt er (...) å møte feber, smerter og kvalme som et symptom på en sykdom. Innenfor sykepleien er det viktig også å møte feber og smerte som tilstander som pasienten er i, slik at sykepleieren kan lindre og hjelpe uansett om diagnose stilles og behandling iverksettes eller avsluttes” (Hamran 1987: 39).

Det som i størst grad skiller sykepleien fra medisinen, er at beskrivelser er viktige for sykepleien, mens skjemaer og anmerkninger i større grad fungerer i medisinen. Nightingale var svært opptatt av beskrivelser og brukte mye plass på dette i sine skrifter. Et eksempel på slik beskrivelse – i stedet for å plote inn i et skjema – kan være ”å føle seg matt og varm, være svett og tørst, å oppleve uro og angst” (Hamran 1987: 39). Denne typen beskrivelser har med medisineringsen mistet mye av sin plass i sykepleien.

Fra begynnelsen av 1970-tallet kom sykepleieforskningen i fokus og faget skulle profesjonaliseres. For å markere avstand mot medisins økende innflytelse og selvstendiggjøre omsorgsarbeidet hentet sykepleieforskningen analytiske modeller blant annet fra sosiologi, pedagogikk og psykologi (Hamran 1987: 43). I denne perioden ble det lagt vekt på at sykepleien skulle være vitenskapsbasert. Dette innebar blant annet at sykepleieren ikke lenger skulle vektlegge erfaringen så sterkt. Sykepleieren skulle altså ikke lenger være så avhengig av intuisjon, slik Nightingale

mente (Hamran 1987: 47). Fremfor å trekke lærdom av tidligere hendelser, ble det nå viktigere å se pleiesituasjonene i lys av teorien (Hamran 1987: 47):

”Resultatet av behandlingen skulle vurderes mot bestemte kriterier som var beskrevet i lærebøkene” (Hamran 1987: 48).

I denne fasen blir også hensikten med observasjon en annen. Nå skal den være et middel for datainnsamling og et utgangspunkt for en systematisk vurdering for å komme frem til en sykepleiediagnose. Behandlingen av pasienten skulle ikke skje før diagnosen var satt fordi man ikke kjente til behandlingsbehovet før da. Dette er svært forskjellig fra tidligere da observasjon var tett knyttet til sykepleierens andre gjøremål (Hamran 1987: 49). ”Sykepleieren skulle bedømme behov samtidig med at hun var opptatt av pleie”(Hamran 1987: 49).

I denne perioden skiller teori og praksis lag (Hamran 1987: 43). Kunnskapen blir generell og abstrakt og bruken av modeller står sterkt i denne vitenskapeliggjøringen av sykepleien (Hamran 1987: 52). Ifølge Hamran fører denne utviklingen til at sykepleiens praksisfelt utarmes fordi de teoriene som utvikles er i ferd med å miste sin sosiale gyldighet:

”De kan ikke brukes til å forstå og til å utføre sykepleie som praktisk virksomhet” (...). ”Kunnskapen slik den utformes hjelper en ikke til å undres, reflektere eller stille spørsmål om hva som gjøres eller til å vurdere og spørre etter intellektuell og moralsk rettferdiggjøring av handlingene. Handlingene er rette når de følger ferdige kriterier – og kriteriene står i lærebøkene. Men i høyden kan kriteriene stamme fra en idealisert situasjon, for de tar ikke og kan ikke ta fatt i selve situasjonen. Kunnskapen kan heller ikke angi kriterier for alle situasjonenes forskjellighet” (Hamran 1987: 52).

Hamran er kritisk til at medisineren av sykepleien var synonymt med en fagliggjøring av feltet. For Hamran fører det hun kaller en behandlingsrasjonalitet, det vil si medisins logikk, til at sykepleiekunnskapen fratras sin status. Den gjøres om til enkle sysler og husholdningskunnskap, samtidig som oppgavene knyttet til medisinsk behandling betones som vanskelige og viktige (Hamran 1987: 80).

Viktige elementer ved sykepleiekunnskapen, slik som erfaringskunnskapen knyttet til det å observere og vurdere et sykdomsforløp, blir tonet ned. Sykepleieryrket gir mindre rom for erfaring, kunnskap, refleksjon og helhetlig tenkning (Hamran 1987: 61).

Med Loen-vedtaket mente sykepleierne at de hadde fjernet seg for langt fra disse elementene. Sykepleien hadde beveget seg bort fra "the art of nursing" og de ønsket nå å snu denne utviklingen.

4. Forskningsmetode

4.1 Innledning

Metode er forskerens hjelpemiddel for å finne svar på de spørsmålene hun stiller i problemstillingen. Hensikten med dette kapitlet er å redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å finne frem til datamaterialet som er grunnlaget for analysen, hvordan jeg har analysert disse dataene og hvilke valg og utfordringer jeg har stått overfor underveis i arbeidet.

Jeg har av praktiske grunner valgt å dele kapitlet i to overordnede temaer; datainnsamlingsfasen og analysefasen. Dette betyr likevel ikke at disse to prosessene har vært klart avskilte gjennom hele arbeidet. Mye av det første analysearbeidet startet allerede mens jeg samlet inn dataene, samtidig som at jeg underveis i analysearbeidet oppdaget jeg at jeg hadde behov for å hente inn mer datamateriale. Spørsmålet jeg stilte i problemstillingen og teoriene jeg bruker for å underbygge analysen er også et resultat av hvordan datainnsamlingen og analysearbeidet har foreløpt. Arbeidsprosessen har derfor vært preget av en runddans mellom teori/hypoteser, metode og data (Wadel 1991).

4.2 Datainnsamlingen

4.2.1 Bruk av dokumenter som datamateriale

Innenfor samfunnsvitenskapen finnes et vidt spekter av metoder som forskeren kan velge mellom. Ifølge Patton (1990: 195-196) finnes det ikke noe entydig svar på hva slags metode som er best. Hvert enkelt studium har sine spesielle spørsmål og innfallsvinkler som må tas hensyn til og forskeren må derfor i hvert enkelt tilfelle vurdere hvilken metodisk fremgangsmåte som på best mulig måte gir svar på de spørsmålene hun stiller.

Bruk av skriftlige dokumenter som datamateriale er en metodisk tradisjon som har en spesielt sterk posisjon blant historikere, men som også har en lang tradisjon innenfor sosiologien (Kjeldstadli 1997: 207, Thagaard 1998: 56). Det som kjennetegner denne metoden er at man bruker ulike typer på forhånd produserte dokumenter for å skaffe seg kjennskap til et felt i stedet for å gå aktivt ut og produsere dataene selv, for eksempel ved intervjuer eller observasjon. Pål Repstad sier om dokumentanalyse at det er

”en metode der man gir visse tekster status av kilder eller data for selve undersøkelsen, på samme måte som feltnotater, intervjuutskrifter og liknende er data” (Repstad 1993: 77).

Ifølge Hammersley og Atkinson (1987) er dokumenter skapt i en sosial kontekst der en forfatters virkelighetsforståelse vil prege dem. Dokumenter har sin funksjon, ikke først og fremst i forhold til å illustrere en objektiv virkelighet, men må sees på som et middel for å forstå og gripe personers og gruppers *subjektive* virkelighetsforståelse, det vil si et middel for å analysere hvordan ulike grupper betrakter et og samme fenomen på ulike måter (Hammersley & Atkinson 1987). For meg er dette poenget hos Hammersley & Atkinson svært viktig. Målet for denne studien er ikke å finne ut hvem som har rett og hvem som tar feil i denne saken, men derimot å forsøke å gripe yrkesgruppenes egne forståelser og opplevelser av Loen-vedtaket. Bruk av dokumenter var derfor en av flere mulige måter å få tilgang til yrkesgruppenes tanker og synspunkter i forhold til Loen-vedtaket.

Et alternativ til å bruke dokumenter kunne være å samle informasjon ved hjelp av intervjuer. Dette er kanskje den fremgangsmåten som er vanligst innenfor kvalitativ samfunnsforskning og som er mest nærliggende å vurdere innenfor et kvalitativt opplegg. Jeg valgte imidlertid å bruke skriftlige kilder ettersom jeg fikk tips fra min veileder om at temaet kunne ha blitt mye debattert i de to yrkesgruppenes tidsskrifter og at det kunne være mye informasjon å hente der. En første gjennomlesning av tidsskriftene viste at jeg fant mye stoff om Loen-vedtaket og jeg antok da at det ville være arbeidsbesparende å bruke disse kildene som

datamateriale fremfor å finne frem til informanter, intervju dem og skrive ut intervjuene.

Men selv om bruk av skriftlige kilder virket arbeidsbesparende i første omgang var erfaringen min at det også kan være en svært arbeidskrevende datainnsamlingsmetode fordi man gjerne får svært store mengder data å forholde seg til (Kjelstadli 1997: 208). Når dokumentene er produsert på forhånd, er de som oftest ikke produsert for det konkrete formålet forskeren er interessert i. Dette fører til at man gjerne må gå gjennom store mengder med materiale før man finner noe som er relevant. Dette var tilfellet for meg. Selv om jeg forholdsvis raskt fant fram til hva slags type kilder jeg skulle bruke og hvor jeg kunne få tak i dem, brukte jeg desto lenger tid på å gå gjennom alle dokumentene for å sile ut det som var relevant og omhandlet Loen-vedtaket.

En annen grunn til at jeg valgte å bruke skriftlige dokumenter fremfor intervjuer var at jeg tidlig i arbeidet forsto at sykepleierne og hjelpepleierne ikke i like stor grad var opptatt av å uttale seg om Loen-vedtaket. Hjelpepleierne var tydelig svært opptatt av vedtaket og fokuserte mye på det i sitt eget tidsskrift, mens sykepleierne virket lite interessert i å ta opp temaet. Jeg antok derfor at det med intervjuer kunne bli vanskelig få et balansert materiale der begge partene uttalte seg og bestemte meg for å bruke dokumentene som jeg da visste ville gi meg synspunkter fra begge parter.

Et argument som ytterligere talte for bruk av dokumenter var at Loen-vedtaket lå noen år tilbake i tid og at det dermed kunne være vanskelig for informantene å huske detaljer i debatten. Når jeg hadde tilgang til artikler i de to yrkesgruppens tidsskrifter var det da lite hensiktsmessig å begynne å samle inn de samme typene data på nytt, og kanskje få dårligere data fordi informantene ikke ville erindre innholdet i debatten.

4.2.2 Finnekunst

Når man bruker skriftlige dokumenter som datamateriale, er første skritt i datainnsamlingen å tenke gjennom hvilke typer kilder som kan gi informasjon om det temaet jeg er interessert i og hvor jeg kan henvende meg for å få tilgang til disse. Ifølge Kjeldstadli kalles denne fasen av datainnsamlingen ofte for *finnekunst* og ”bygger (...) på en solid basis av håndverkskunnskap, en viten om hvor en vanligvis vil finne de aktuelle dokumentene” (Kjeldstadli 1997: 208).

I mitt tilfelle gikk denne delen av datainnsamlingsprosessen forholdsvis raskt. Årsaken var først og fremst at jeg hadde personer rundt meg som var kjent med feltet, først og fremst min veileder, og som kunne gi råd om hvor det kunne være lurt å starte letingen etter relevante dokumenter. Veileder visste at både sykepleierne og hjelpepleierne hadde to forholdsvis like typer fagtidsskrifter hvor sentrale spørsmål og problemstillinger knyttet til arbeidet deres ble tematisert, og det ble derfor naturlig for meg å starte jakten på relevante artikler i disse to fagtidsskriftene. Det har vært en stor fordel at de to fagtidsskriftene er relativt like, da dette betyr at det er mulig å finne lett sammenlignbart materiale.

Underveis i gjennomgangen av tidsskriftene fikk jeg en følelse av at saken hadde vakt interesse også i mediene og at det derfor også kunne ha blitt skrevet om den i avisene. For å sikre meg et bredest mulig inntrykk av debatten søkte jeg også etter artikler i Aftenpostens arkiv. I litteraturen om kildegranskning nevnes også aviser som et av de opplagte stedene å søke i, særlig når det gjelder samfunnsspørsmål (Kjeldstadli 1997: 209). Det var derfor naturlig å gå til avisene for å se om temaet var blitt diskutert der.

Jeg valgte imidlertid å bare lete etter artikler i Aftenposten. Dette var fordi jeg antok at Aftenposten hadde mer bakgrunnsstoff og mer spalteplass til å diskutere denne type saker enn de andre avisene jeg lette i. Siden jeg var interessert i diskursen i forhold til dette temaet fant jeg at det var størst sannsynlighet for å finne relevante

artikler der. Men selv om jeg fant noen artikler her, ble likevel artiklene i fagtidsskriftene den viktigste datakilden min. Jeg opplevde at disse gikk mer i dybden og at det dessuten var sykepleiernes og hjelpepleiernes egne formuleringer som ble satt på trykk her.

Behovet for å inkludere strategidokumenter i utvalget ble tydeligere etter hvert som jeg fikk mer innsikt i saken. I artiklene i tidsskriftene og Aftenposten ble det henvisning til strategidokumenter som innstillingen "Sykepleietjenesten i fremtiden" (1989), "Sykepleie 2010" (1992) og "Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001" (1999), og jeg forsto raskt at dette var en kilde til å få grunnleggende og utfyllende informasjon om Loen-vedtaket og bakgrunnen for det.

I kildelæren er det vanlig å skille mellom primær- og sekundærkilder. En primærkilde er "informasjon gitt av en som har førstehånds kjennskap til den hendelse det gis informasjon om" (Repstad 1993: 126), mens en sekundærkilde er "annenånds informasjon, det vil si beretninger gitt av noen som ikke selv har opplevd det det gis informasjon om" (Repstad 1993: 126). I mitt materiale har alle kildene status som primærkilder. Det er artikler skrevet på grunnlag av intervjuer med personer som på en eller annen måte har direkte kjennskap til problemstillingene som kommer opp i forbindelse med Loen-vedtaket. I tillegg består materialet av leserbrev og lederartikler som er skrevet av sykepleiere, hjelpepleiere og andre ansatte i de to yrkesgruppenes fagorganisasjoner. Bakgrunnsdokumentene for Loen-vedtaket, slik som innstillingen "Sykepleietjenesten i fremtiden", er også primærkilder da de er skrevet av ansatte i NSF.

4.2.3 Utvalgsprosessen

Etter at jeg hadde funnet ut hvilke datakilder jeg skulle søke i, startet selve prosessen med utvelgelsen av det som skulle bli datamaterialet. Jeg visste at bibliotekene har flere ulike typer tidsskrifter til utlån og henvendte meg derfor til

Nasjonalbiblioteket som jeg visste hadde et godt utvalg. Der fikk jeg, etter å ha gjort en bestilling dagen i forveien, låne de årgangene av Sykepleien og Hjelpepleieren/Basis¹³ som jeg ønsket slik at jeg kunne gå gjennom årgang for årgang og kopiere med meg de relevante artiklene som jeg fant.

I tillegg til å finne frem til dokumenter som belyser temaet for undersøkelsen, er en av utfordringene man står overfor ved bruk av skriftlige kilder å vite hvilken årgang man skal starte letingen etter relevant materiale i. Det som styrte mitt valg av tidspunkt var at jeg visste at Loen-vedtaket ble fattet i 1989 og at jeg hadde en antakelse om at diskusjonene ville ha en topp umiddelbart etter dette. Jeg startet derfor med å gå gjennom tidsskriftene fra 1989 og fortsatte med de neste årgangene i kronologisk rekkefølge. Innenfor hver årgang gikk jeg gjennom begge tidsskriftene samtidig. Dette gjorde jeg fordi jeg hadde en antakelse om at yrkesgruppene kunne bruke egne tidsskrifter til å følge opp et utspill fra den andre gruppen og på den måten lettere få med meg begge parters syn i forhold til en konkret problemstilling. Gjennomgangen viste at Loen-vedtaket ble mest diskutert i begge tidsskriftene i de første årene etter Loen-vedtaket, for deretter å få mindre og mindre fokus, samt at hjelpepleierne var mer opptatt av det enn sykepleierne.

Utvelgelsen av artiklene i datamaterialet kan sies å ha vært en totrinnsprosess der den første gjennomgangen bar preg av det jeg vil kalle et grovutplukk etter en forholdsvis rask gjennomlesning av artikler, ledere, leserbrev osv. Jeg var i begynnelsen usikker på hvor mye selve Loen-vedtaket ble diskutert og bestemte meg derfor for å ta med alle artikler som på en eller annen måte omhandlet temaet arbeidsdeling og oppgavefordeling, uansett om artikkelen hadde referanse til Loen-vedtaket eller ikke. Jeg valgte imidlertid å sette klare grenser ved artikler som tok for seg lønn. Dette er også et viktig tema for de to yrkesgruppene, men falt utenfor denne oppgavens rammer. For hver årgang jeg gikk gjennom noterte jeg ned hvilke

¹³ Tidsskriftet Hjelpepleieren skiftet navn til Basis i 1995

artikler som virket interessante og noen stikkord om hva den inneholdt. Dette var til stor hjelp når jeg senere startet systematiseringen av innholdet i tekstene.

Underveis i den første gjennomlesningen erfarte jeg at temaet ble sakte men sikkert mindre diskutert. Da jeg kom til 1999- årgangene begynte det å bli langt mellom de relevante artiklene og jeg valgte jeg derfor å gå tilbake til vedtaksåret og heller å undersøke om temaet også hadde vært diskutert før vedtaket. Jeg startet med 1988-årgangene, men fant ut at det heller her ikke var noen relevante artikler. Utvalgsperioden for datamaterialet mitt ble på denne måten bestemt av når jeg fant relevant informasjon. Når jeg oppdaget at jeg ikke lenger fant relevante artikler antok jeg at temaet hadde begynt å miste sin interesse og at jeg hadde fått med meg det meste av det som var skrevet i de to tidsskriftene. Innenfor samfunnsforskningen er det vanlig å legge et slikt prinsipp til grunn for å finne ut når man har samlet inn tilstrekkelig med datamateriale. Når argumentene og beskrivelsene begynner å gjenta seg, når man ikke får noen ny informasjon eller hvis temaet ikke er diskutert er det et tegn på at begynner å nærme seg avslutningen av datainnsamlingsperioden.

Etter at første gjennomlesning og utvalgsrunde var over og alle artiklene kopiert, startet det jeg vil kalle finlesningen av artiklene. Jeg hadde på grunnlag av den første gjennomlesningen fått en følelse med i hvor stort omfang Loen-vedtaket ble diskutert og hadde derfor før andre gjennomgang bestemt meg for at jeg nå kunne være strengere i utvelgelsen og hovedsakelig beholde artikler som omhandlet Loen-vedtaket. Jeg beholdt likevel artikler som ikke direkte nevnte Loen-vedtaket, men som omhandlet problemstillinger som jeg nå visste var sentrale i forbindelse med Loen-vedtaket.

4.2.4 Utvalg

Etter den første gjennomgangen av tidsskriftene satt jeg igjen med et utvalg på 865 artikler. Dette var alt fra ledere og større reportasjer til små notiser. Sortert på de ulike årgangene for de to tidsskriftene fordelte de seg slik:

Artikler i Hjelpepleieren/Basis (Hjelpepleieren skiftet navn til Basis i 1995):

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totalt
6	32	22	40	48	58	61	52	39	35	37	430

Artikler i Sykepleien/Fagtidsskriftet Sykepleien (Fagtidsskriftet Sykepleien følger av og til som vedlegg til Sykepleien):

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totalt
29	48	27	36	29	37	29	79	37	24	60	435

Tabellene over gir ikke et helt riktig bilde av hvordan debatten forløp. Det var nok heller slik at etter hvert som jeg gikk gjennom årgangene, tok jeg med flere artikler som var mer indirekte knyttet til Loen-vedtaket eller arbeidsfordelingen mellom sykepleiere og hjelpepleiere, og som jeg ikke ville ha tatt med i de første årgangene da debatten var mest intens. Dermed ble antallet artikler fra de siste årene kraftig redusert ved andre gjennomlesning av materialet.

I tillegg består utvalget som nevnt av følgende relevante strategidokumenter; ”Sykepleietjenesten i fremtiden – en innstilling fra Norsk sykepleieforbund” (1989), ”Sykepleie 2010” (1992) som er en revidert utgave av innstillingen, og ”Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001” fra Sosial- og helsedepartementet (1999).

4.3 Analysen av dataene

4.3.1 Bruk av kvalitativ analyse med elementer fra diskursanalyse

Målsettingen for denne analysen er å gi svar på problemstillingen i innledningen gjennom å få tak i diskursene om Loen-vedtaket og arbeidsdelingen innenfor sykepleiefeltet slik sykepleierne og hjelpepleierne selv opplever og gir uttrykk for det. For å gjøre dette har jeg valgt å bruke et kvalitativt analyseopplegg der jeg trekker veksler på elementer fra diskursanalyse. Diskursanalysen er en forskningstradisjon som skiller seg fra den modernistiske tankegangen hvor man blant annet hadde en sterk tro på at man ved hjelp av metode kunne finne frem til absolutte sannheter og å få informasjon om virkeligheten slik den faktisk er. Diskursanalysen poengterer derimot at "en diskurs är en social text" (Alvesson og Sköldberg 1994: 281). I dette ligger en oppfatning om at uttalelser er et resultat av hvordan personer oppfatter og fortolker verden omkring seg. En uttalelse er ikke et speilbilde av virkeligheten slik den *egentlig* er, men et uttrykk for hvordan den enkelte personen forstår en konkret hendelse. En diskurs er derfor en måte å snakke om og forstå verden på (seminar i samfunnsgeografi 2001). Dette perspektivet er viktig for min analyse. Jeg er ikke ute etter å finne frem til hva som er sannheten, eller hva som er riktig og galt i konflikten i etterkant av Loen-vedtaket, men ønsker derimot å få mest mulig informasjon om hvordan sykepleierne og hjelpepleierne selv forstår og fortolker konflikten.

Et annet viktig element ved diskursanalysen er at den nettopp fokuserer på, i stedet for å redusere, variasjoner i datamaterialet. Den er ikke opptatt av å samle store mengder data for å finne likheter i synspunkter eller holdninger, men er vel så interessert i å løfte frem forskjeller, variasjon og nyanser i materialet. Ofte er også det som *ikke* uttales av like stor interesse som det som blir uttalt. Dette står i sterk kontrast til tradisjonell kvantitativ metode som i stor grad må benytte seg av de kategoriene som forskeren selv definerer på forhånd. I diskursanalyse vil forskerens påstander være et resultat av datamaterialet og problemstillingen vil kanskje ikke

være klar før materialet er analysert, jfr. Cato Wadels (1991) begrep om runddans mellom teori, problemstilling og metode som jeg viste til innledningsvis.

I tillegg til disse elementene fra diskursanalyse har jeg benyttet meg av det som kan sies å være mer tradisjonell kvalitativ analyse i sosiologisk forstand. Blant annet har jeg etter den første gjennomgangen av materialet laget kategorier som jeg har ordnet materialet etter og som gjorde det lettere å holde oversikt over materialet og se mønsteret i det.

Jeg kan derfor dele det metodiske arbeidet inn i to faser. Den første fasen hvor jeg brukte elementer av diskursanalyse for å komme frem til løse kategorier i materialet, og som kan brukes i den videre analysen i fase to. Jeg vil i neste avsnitt si mer om hvordan jeg gikk frem i fase to.

4.3.2 Fremgangsmåte

Systematiseringen av dataene

Etter den første gjennomlesningen av tekstene startet jeg med gjennomlesning nummer to, finlesningen, samtidig som jeg også startet med systematiseringen av innholdet i tekstene. På bakgrunn av den første gjennomlesningen visste jeg at utvalget mitt kunne begrenses ytterligere fordi Loen-vedtaket var blitt så pass mye diskutert at jeg ville få et tilstrekkelig materiale ved å i hovedsak å fokusere på dette. Kriteriene for å inkludere en tekst i det endelige utvalget ble derfor at den minst ett sted i artikkelen enten hadde direkte referanse til Loen-vedtaket og/eller at den omhandlet temaet arbeidsdeling og oppgavefordeling mellom sykepleierne og hjelpepleierne. Hvordan de behandlet temaet arbeidsdeling var underordnet i forhold til å inkludere teksten. Som nevnt over ønsket jeg å være så lite reduksjonistisk som mulig i forhold til utvelgelsen av datamaterialet og ulikheter i fokus og innfallsvinkler til temaet så jeg på som en fordel og en mulighet til å se debatten fra mange sider. Men siden utvalget etter første gangs gjennomlesning

spriket mye var det nå nødvendig å utelate artikler som ble på siden av det som jeg nå oppfattet at ville bli hovedtemaet for analysen.

Samtidig med at jeg startet gjennomlesning nr. to, laget jeg en matrise for lettere å kunne holde oversikt over innholdet i datamaterialet. Matrisen besto av 12 kategorier som speilet temaer og problemstillinger som jeg etter den første gjennomlesningen opplevde som sentrale. Under hver kategori førte jeg opp artiklene og deres innhold i kronologisk rekkefølge. I matrisen hadde jeg også en udefinert kategori slik at jeg kunne ta med temaer som jeg ikke hadde fanget opp i den første gjennomlesningen. På denne måten forsøkte jeg å bevare diskursanalysens anbefaling om ikke å være reduksjonistisk, men heller å fokusere på ulikheter og nyanseforskjeller.

De til sammen 13 kategoriene i denne matrisen ble da:

- Hvilke temaer tas opp? (Hva er problemstillingen i artikkelen?)
- Hvordan beskriver parten(e) saken?
- Hvilke syn, ønsker, behov og krav kommer frem?
- Hvilke argumenter/begrunnelser benyttes? Gir artikkelen uttrykk for konflikt eller enighet?
- Hva sier de om motparten?
- Hva sier de om seg selv?
- Hvordan omtaler de kunnskap?
- Henvises det til bestemte begivenheter? (Prosjekter, uttalelser...)
- Hvilken form har artikkelen? (Saklig/nøytral, følelsesladet, sarkastisk osv.)
Andre språklige virkemidler? Hvilken posisjon argumenteres det ut fra?
- Kan artikkelen sees i forhold til andre artikler eller en diskusjon i materialet?
Er argumentene i tråd med hva en kan forvente at denne parten mener?
- Brukes henvisninger til sosiologiske begreper i artikkelen? (F. eks. kjønn, kjønnsroller, klasse, makt, profesjon)

- Alliansepartnere
- Andre funn

Matrisen gjorde at jeg fikk et godt overblikk over temaene på tvers av artiklene, samtidig som det gjorde det enklere å holde rede på hvilke artikler som inneholdt de ulike temaene. Dermed kunne jeg bruke matrisen for å finne frem til mønstre, likheter og ulikheter i tekstene. Men selv om matrisen er et viktig redskap for forenkling er det også viktig å være klar over svakhetene ved en slik fremgangsmåte. Bruken av slike kategorier kan føre til at man forsøker å tøyne dataene lengre enn det er grunnlag for, for å få de til å passe inn i kategoriene og at man overser ting som ikke passer inn (Thagaard 1998). Jeg opplevde at det å operere med tomme kategorier uten definert innhold var en måte å unngå denne faren. Temaer som ikke passet inn i de definerte kategoriene ble ført opp her. I tillegg var kategoriene sprunget ut av materialet ved første gangs gjennomlesning og var dermed et resultat av materialet selv. Kategoriene var også forholdsvis vidt definert. Jeg kan likevel ikke utelukke at jeg fått et for sterkt fokus på de oppsatte kategoriene og dermed gått glipp av detaljer som ikke lar seg plassere inn i et mønster.

Tolkningen av dataene

Dataene som forskeren sitter igjen med etter datainnsamlingen og analysen må fortolkes. Hvordan disse fortolkes bestemmes av forskerens teoretiske bakgrunn og de tendenser og sammenhenger som kommer frem i materialet. Ifølge Thagaard (1998) har det teoretiske perspektivet i kvalitative analyser gjerne blitt utviklet på grunnlag av analysen av dataene, det vil si en induktiv tilnærming, mens i kvantitativ metode har man i større grad brukt en deduktiv fremgangsmåte hvor man søker å teste hypoteser. Svært ofte foregår det imidlertid en pendling mellom induktiv og deduktiv fremgangsmåte der forskeren veksler mellom inspirasjon mellom inspeksjon av data og utvikling av ideer fra overordnede teoretiske perspektiver (Thagaard 1998: 170).

Et materiale kan fortolkes på flere ulike nivå (Alvesson og Sköldbberg 1994: 626). Det laveste nivået kaller de "primærtolkninger" fordi fortolkningene her ligger tett opp til det som kommer frem i materialet. Det er imidlertid vanlig, og forventet av forskeren, at han eller hun ser informantenes utsagn i relasjon til andre kontekster enn det informantene selv gjør. Dette kan for eksempel være akademiske teorier eller tidligere historiske hendelser. Forskeren og informantene har derfor ulike ståsteder: mens informantene gir uttrykk for subjektiv forståelse av en situasjon, er forskeren utenforstående og kan sette utsagn og beskrivelser inn i en annen sammenheng. Forskeren trenger ikke å være enig i informantenes selvforståelse og kan tolke dataene ut fra sitt faglige ståsted, altså med en annen forståelse enn informantenes (Thagaard 1998: 71). En slik tolkningstilnærming kaller Alvesson og Sköldbberg kritisk tolkning. Tanken her er at forskerens oppgave er å reflektere rundt det materialet hun sitter med og ikke gjemme seg bak myten om forskningens nøytralitet ved å opptre som mikrofonstativ for informantene. Kritisk teori poengterer også at sosiale fenomener må tolkes i lys av en historisk sammenheng (Alvesson og Sköldbberg 1994: 176).

Jeg har i denne analysen valgt å være sensitiv overfor de utsagnene som kommer til uttrykk i tekstene, men har valgt å gå mer i retning av en kritisk fortolkning når jeg skal forklare funnene og plassere dem inn i en samfunnsmessig sammenheng. Jeg har også lagt stor vekt på den historiske bagasjen disse to yrkesgruppene har med seg når jeg fortolker dataene, siden jeg mener yrkesgruppens historie er helt avgjørende for å forstå og forklare Loen-vedtaket. I oppgaven kommer dette til uttrykk ved at jeg har et kapittel der jeg presenterer yrkesgruppens synspunkter nært opp til slik de fremkom i materialet. I det påfølgende kapitlet presenterer jeg en mer kritisk tolkning.

Min påvirkning av dataene

Jeg vil til slutt i dette kapitlet komme med noen betraktninger om hvordan jeg som forsker kan ha påvirket resultatet i denne analysen.

Målet om full objektivitet er ikke mulig å innfri innenfor en kvalitativ analyse der forskeren bruker seg selv som redskap for å drive frem forskningsprosessen, det er heller ikke noe mål. Ideen om at man skal finne frem til én sannhet er inspirert av positivismen og passer best innenfor den kvantitative tradisjonen. Innenfor den kvalitative tradisjonen heller man derimot mer til å bruke begrepet *perspektiv* enn sannhet. Et sosialt fenomen kan forstås og fortolkes på mange ulike måter og det sentrale i kvalitativ forskning er at forskeren velger ett av disse mulige perspektivene når han skal forklare og fortolke dataene. Det som avgjør hvor godt arbeidet er i disse studiene er hvor

”presist og troverdig dataene er, det vil si om leseren blir overbevist om at forskningen er utført på en tillitsvekkende måte (troverdighet), at forskeren går gjennom sine egne tolkninger og at denne kan støttes av tolkninger basert på annen forskning (bekreftbarhet) samt at den forståelsen som utvikles kan være relevant i andre situasjoner (overførbarhet)” (Thagaard 1998: 169-170).

Som nevnt spiller for eksempel forskerens teoretiske bakgrunn en stor rolle i forhold til hva slags fortolkningsramme datamaterialet plasseres inn i.

Likeså kan forskerens egen tilknytning til miljøet som studeres kunne tenkes å ha betydning på resultatet. Dersom hun kjenner spesielt godt til feltet kan hun stå i fare for å overse det som er forskjellig fra sine egne erfaringer og være mindre åpen for nyanser i de situasjonene som studeres (Thagaard 1998: 183). På den andre siden så gir god kjennskap til miljøet forskeren et godt grunnlag for å forstå det fenomenet hun studerer (Thagaard 1998: 182), og hun vil bruke mindre tid på å sette seg inn i feltet gjennom å lese seg opp på relevant bakgrunns litteratur.

Jeg selv hadde ved oppstarten av arbeidet liten kjennskap til sykepleierne og hjelpepleierne som yrkesgrupper. Jeg hadde, som de fleste andre, lest og hørt om sykepleiernes og hjelpepleiernes kamp for høyere lønn og større stillingshjemler, men kjente ut over dette i begrenset grad til hvilke problemstillinger som opptok disse yrkesgruppene. Jeg hadde heller ikke familie eller venner som arbeidet

innenfor disse yrkene og kjente derfor også bare overfladisk til hva arbeidet deres gikk ut på. Jeg hadde derfor ikke gjort meg opp noen mening på forhånd om hvordan ting burde være eller om en av yrkesgruppene hadde rett eller feil, og hadde derfor mulighet til å være åpen for de tendensene og nyansene som kom frem i materialet.

I forhold til materialet mitt opplevde jeg dette som positivt på flere måter. For det første viste datamaterialet at jeg her hadde å gjøre med to yrkesgrupper som sto sterkt mot hverandre når det gjaldt spørsmålet om hvordan arbeidsdelingen mellom dem skulle være og uenigheten var så sterk at det her var snakk om mer enn en faglig og konstruktiv uenighet. I artiklene beskrev særlig hjelpepleierne opplevelser av å bli såret, tråkket på osv. Selv om dette nok var reelle uttrykk for hva de faktisk følte i den mest intense perioden av konflikten, er det likevel ingen tvil om at argumentene deres også ble fremført for å få sympati for den urettferdighet og maktarroganse som de opplevde. Som utenforstående tror jeg at jeg kunne se på argumentasjonen uten å så lett å bli fanget av å måtte ta stilling til hvilken av sidene som hadde rett, men heller analysere de argumentene som fremføres med et mer nøytralt blikk. Analysen blir derfor ikke farget av gruppetilhørighet. En viss distanse til saken kan derfor ha vært en fordel.

En annen fordel kunne være at jeg som utenforstående unngikk at representanter for de to gruppene forsøkte å overbevise meg om hva som var den ”riktige” måten å lese argumentasjonen på.

Ulempene ved å ha begrenset kjennskap til feltet var at jeg måtte bruke mye tid på å sette meg inn i litteratur som omhandlet problemstillinger som var aktuelle innenfor feltet. Hadde jeg hatt større kjennskap til feltet ville jeg nok kunnet korte ned tiden jeg brukte på sette meg inn i feltet, men faren ville som nevnt over være at jeg brakte med meg forutinntatte og feilaktige holdninger og dermed ikke var så åpen for uforutsette funn og konklusjoner i materialet.

Jeg mener derfor at jeg har hatt en fordel av å stå utenfor feltet og at det å ha forholdsvis begrensede forkunnskaper har gjort meg i stand til å gjennomføre en uavhengig analyse uten å ende opp som ”mikrofonstativ” for en av de to gruppene. Den manglende nærheten har altså gjort det lettere å stille kritiske spørsmål til det som ellers blir tatt for gitt innenfor feltet.

5. Empiri: Innholdet i diskusjonen

5.1 Utgangspunktet for Loen-vedtaket og sykepleiernes virkelighetsoppfatning

På 1990-tallet foregikk det en omfattende omrokking i stillingshjemler i pleie- og omsorgssektoren ved de somatiske sykehusene i Norge. Helt siden det i 1963 formelt ble to yrkesgrupper i pleie- og omsorgssektoren har det vært flere sykepleiere enn hjelpepleiere, og forholdstallet holdt seg stabilt frem til 1989 da Loen-vedtaket ble fattet. Men fra da av og frem til 1998 ble det en markant endring. Andelen sykepleierstillinger steg, samtidig med at andelen hjelpepleierstillinger sank (se tabell 1)¹⁴.

	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sykepleiere	11358	14794	15089	15353	15979	16455	17484	18416	19443	20143
Hjelpepleiere	7074	6629	6282	5920	5754	5155	5175	5090	5042	4902

Tabell 1. Fordeling av syke- og hjelpepleierstillinger på somatiske sykehus i perioden 1980-98 (Dahle og Iversen 2001: 247)

Denne endringen har i stor grad skjedd ved at hjelpepleierstillinger har blitt omgjort til sykepleierstillinger – enten ved naturlig avgang eller ved oppsigelse av hjelpepleiere, og det er dette som har lagt kimen til denne konflikten mellom sykepleierne og hjelpepleierne. Hjelpepleierne argumenterer for at omgjøringene er en direkte følge av Loen-vedtaket og således et resultat av en strategisk kamp fra

¹⁴ Merk at tabellen må tolkes med varsomhet ettersom den viser antall stillingshjemler og ikke antall årsverk. Den sier heller ikke noe om innholdet i stillingskategoriene eller hvor omfattende prosessen med omgjøring har vært. (Dahle og Iversen 2001: 247)

sykepleiernes side. Denne kampen mener de har vært brutal, hensynsløs og ødeleggende for dem som yrkesgruppe, og lederen av NHS oppsummerer hjelpepleiernes opplevelse av den 10 år lange kampen mot sykepleierne på følgende måte:

”Mange hundre hjelpepleiere er de siste ti årene blitt satt på sidelinjen i sin egen jobb, særlig på sykehusene. Mange sliter med skader i sjela på grunn av den undertrykkelse og utrygghet de har blitt utsatt for gjennom omgjøringer og fratakelse av arbeidsoppgaver. Å gå rundt å føle at man nærmest er undermenneske fordi man ikke er sykepleier, men har valgt en mer praktisk relatert – og helsepolitisk svært nødvendig utdanning, tærer på selyfølelse og trivsel. Sykemeldinger og uførhet har fulgt i kjølvannet av Loen-vedtaket og dets våpendragere” (Basis 1999 nr. 10, side 2).

Sykepleierne på sin side holder fast ved at det er *de* som må utføre den direkte pleien, og mener at hjelpepleierne ikke kan laste dem for de omgjøringene som har skjedd fordi de ikke har noen myndighet til å sette i verk slike tiltak.¹⁵

Utgangspunktet for sykepleiernes vurderinger av arbeidsorganiseringen på sykepleiefeltet og senere Loen-vedtaket var ifølge NSF den problematiske situasjonen som helsevesenet sto midt oppe i på slutten av 1980-tallet. De pekte på at helsevesenet generelt og sykepleien spesielt over lang tid hadde slitt med alvorlige og grunnleggende problemer som var blitt løst i det daglige med improviserte og kortsiktige løsninger. I ”Sykepleie 2010” (1992) uttrykkes situasjonen slik:

”Store deler av helsetjenesten opplever i dag vanskelige tider. Dette blir ofte omtalt som ”krisen i helsevesenet”. Alle parter prøver å opprettholde kvaliteten og ”holde hjulene i gang”. Tiltakene bærer preg av å være kortsiktige og krisepregede” (Sykepleie 2010, 1992: 12).

¹⁵ Dette poenget til sykepleierne kunne i seg selv være et godt utgangspunkt for en hovedoppgave. I denne oppgaven har ikke plassen tilsagt at jeg kunne undersøke hvordan beslutningen i Loen-vedtaket har kommet til å få så stort gjennomslag. Men det er klart at det er område som er understudert her.

Den ad hoc-pregede driften som preger sykepleien mener NSF gjør at personalet aldri kommer seg ovenpå, og at arbeidet aldri blir utført slik det egentlig skal. For sykepleierne er det for eksempel svært viktig å gi det de omtaler som en helhetlig pleie, det vil si at de dekker hele pleiefeltet, men på grunn av den prekære situasjonen blir dette ofte umulig. Loen-vedtaket er derfor NSF's bidrag til å forbedre situasjonen i sykepleietjenesten ved at det legger opp til en mer *langsiktig* plan for organiseringen av sykepleien, det vil si en plan som gjør at man unngår de raske og lettvinne løsningene. I innstillingens innledning blir dette uttalt slik av daværende forbundsleder Anne Karin Brokhaug:

”Innstillingen er NSF's bidrag for å få innført langtidsplanlegging i helsetjenesten. Vi må komme bort fra at stadig nye kriseløsninger er det som skal styre utviklingen (...).

Når du leser ”Sykepleietjenesten i fremtiden” må du løsrive deg fra dagens situasjon og tenke – hvordan bør sykepleietjenesten i fremtiden være om 10 – 20 – 30 år når du legger pasientenes situasjon til grunn” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 0).

Behovet for denne langtidsplanleggingen begrunner sykepleierne også med at det i fremtiden vil bli store endringer i samfunnsforholdene der det viktigste vil være endret befolkningssammensetning og dermed også endret sykdomsbilde og pleie- og omsorgsbehov. I tillegg ser de for seg at myndighetene vil komme til å stille strengere krav til effektivitet og ressursutnyttelse:

”Det forventes at institusjonene drives mer økonomisk og rasjonelt uten at det går ut over tilbudet til pasientene” (Sykepleie 2010, 1992: 12)

Befolkningens fremtidige behov for sykepleie må styre våre valg i dette planleggingsarbeidet. (...) Samfunnsutviklingen generelt vil også påvirke sykepleietjenesten, særlig befolkningsutviklingen, sykdomsutviklingen og utviklingen av helsetjenesten (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 3)

Loen-vedtaket og prosessene i kjølvannet av dette er således et prosjekt i regi av sykepleierne ved at de er den parten som tar initiativet og setter i gang prosessen med å innføre en ny arbeidsorganisering. At de inntar denne rollen begrunner de

selv med at det er de som er feltets ledere, de som har mest fagkunnskap og at det i kraft av denne posisjonen følger med en forpliktelse om å vurdere og være kritiske til feltet, med det formålet å skape en best mulig sykepleietjeneste:

”Det er sykepleierne som kan sykepleie best og som er ansvarlige for ledelse av sykepleietjenesten. Dette forplikter oss til å redegjøre for hvordan vi mener fremtidens sykepleietjeneste bør være” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 7).

Med denne begrunnelsen legitimeres Loen-vedtaket ut fra faglige og organisatoriske forhold. Å se på arbeidsorganiseringen er en plikt som ligger til den posisjonen sykepleierne har innenfor sykepleiefeltet, og de viser at de tar ansvar og ser det som sin oppgave å bidra til at sykepleietjenesten holder et forsvarlig høyt nivå.

5.2 Loen-vedtaket og hjelpepleiernes virkelighetsoppfatning

Hjelpepleierne på sin side oppfatter sykepleiernes initiativ ganske annerledes, og er raskt ute med å tillegge Loen-vedtaket et annet årsaksforhold. Det som styrer sykepleiernes handlinger, slik de ser det, er ikke objektive faglige forhold, men snarere profesjonshensyn og et ønske om å være enerådene på sykepleiefeltet. Sykepleiernes understrekning av det pålagte ansvaret de har for sykepleietjenesten, mener hjelpepleierne bare er et vikarierende argument, og i en lederartikkel i Hjelpepleieren sier daværende forbundsleder Else Vårum Egeberg at Loen-vedtaket rent faktisk dreier seg om

”å virkeliggjøre en målsetting som går ut på å skyve hjelpepleierne ut av sykepleietjenesten” (Hjelpepleieren 1990 nr. 12, side 3).

Denne holdningen fra sykepleierne mener de heller ikke er ny, men en videreføring av historiske forhold. I en annen lederartikkel hevder Vårum Egeberg:

”Årsaken til at det finnes motsetninger mellom sykepleierne og hjelpepleierne er mange, men det går en linje fra sykepleiernes holdning til gangkonene før århundreskiftet til sykepleieideologiens holdning til hjelpepleierne i dag. Det er en linje som går ut på å holde avstand. Gangkonene ble plassert i tjenerrollen, og der skulle de holde seg. Hjelpepleierne skal være sykepleiernes assistenter, og derfor skal de per definisjon ikke få for mye utdanning eller for stort ansvar. I så fall trues sykepleiernes status” (Hjelpepleieren 1991 nr. 3, side 3).

At det er andre hensyn som ligger bak Loen-vedtaket enn det sykepleierne gir uttrykk for, mener hjelpepleierne blir bevist av den store mediainteressen rundt vedtaket. Men om de er indignert over det de hevder er sykepleiernes motiver, så er de vel så opprørte over metodene de bruker for nå disse målene. Slik hjelpepleierne ser det er det uhørt at sykepleiere ”tar seg friheten” til å definere andre yrkesgruppers – hjelpepleiernes – arbeidsoppgaver. Dette mener de må være den enkelte yrkesgruppens anliggende:

”Etter landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund har ’krigen i hvitt’ fylt mange spaltemetere i avisene. (...). Noen annen mediedekning kan man likevel ikke vente når et fagforbund bruker en stor del av landsmøtet til å behandle utdanning og arbeidsoppgaver til en annen yrkesgruppe (...).” (Hjelpepleieren 1989: nr. 15, side 3).

I et intervju med daværende leder av NSF, Anne Karin Brokhaug, blir denne reaksjonen fra hjelpepleierne tilbakevist. Sykepleierne står på sitt og mener at de har handlet riktig i forhold til det ansvaret de har i sykepleien. At de skal vurdere hjelpepleiernes arbeidsoppgaver er en oppgave som faller naturlig på dem ut fra den formelle lederposisjonen de har. Noen imøtekommelse av hjelpepleiernes anklager er det ikke mulig å finne i materialet. På spørsmål om hjelpepleieres oppbrakthet kan skyldes at sykepleierne tillater seg å tale på deres vegne, svarer hun:

”Det har vi ikke gjort, og det vil vi ikke gjøre. Men vi har og vil uttale oss om hvilke krav som må stilles til hjelpepleierne, og det må de finne seg i. De er en del av sykepleien, og enhver vurdering av norsk helsevesen vil være ufullstendig om man ikke tok med hjelpepleiernes rolle og oppgaver” (Sykepleien 1990 nr. 13, side 10).

5.3 Innholdet i Loen-vedtaket – hva vil sykepleierne?

5.3.1 Ny arbeidsorganisering innenfor den direkte pleien

Det er i innstillingen ”Sykepleietjenesten i fremtiden” (1989) de nye prinsippene for arbeidsdeling mellom sykepleierne og hjelpepleierne blir presentert¹⁶. Før jeg går mer spesifikt inn på innholdet i dette forslaget, vil jeg her si litt om det overordnede prinsippet som ligger til grunn. Med Loen-vedtaket ble et nytt begrep – *direkte pleie* – introdusert i sykepleien. Begrepet blir ikke klart definert verken i innstillingen eller i artiklene i tidsskriftene, men ut fra hvordan og i hvilke sammenhenger sykepleierne bruker det, går det fram at det viser til

*”alt arbeid som har med håndtering av pasienter å gjøre. (...) Det omfattet altså alt pasientrelatert arbeid; stelleoppgaver som kroppsvask og bekkentømming like mye som avansert sårbehandling og andre medisinske behandlingsoppgaver.”*¹⁷ (Dahle og Iversen 2001: 242)

Frem til Loen-vedtaket har den direkte pleien formelt sett vært delt mellom sykepleierne og hjelpepleierne, men som jeg har vist har dette i stadig større grad blitt hjelpepleiernes ansvarsområde. Imidlertid er arbeidsdelingen mellom dem relativt vilkårlig og hvilke arbeidsoppgaver hjelpepleierne får gjøre, varierer både i forhold til når de har vakt og hvilke sykepleiere de har vakt sammen med. Som vist i teorikapitlet er det vanlig at profesjongrensene ikke håndheves så sterkt på arbeidsplassarenaen. Det viktigste er å få oppgavene unna.

Med Loen-vedtaket ønsker sykepleierne en mer bevisst fordeling av arbeidsoppgavene mellom de to yrkesgruppene. For å få avvirket ad hoc-løsningene og få mer langsiktighet i pleien, mener sykepleierne at det i fremtiden må være *de*

¹⁶ Den tredje yrkesgruppen i sykepleien – de ufaglærte – blir også nevnt i innstillingen, men konklusjonen er kort at det ikke er forsvarlig å ha denne gruppen i sykepleien, og at det må settes i gang tiltak for å gi dem tilfredsstillende opplæring (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 119).

¹⁷ Denne forståelsen er også i samsvar med den Anne Karin Nygård – personlig rådgiver for tidligere NSF leder Anne Karin Brokhaug – har gitt til Roar Eilertsen i et intervju om det samme temaet (Eilertsen 1991: 6).

som tar hånd om *all* den direkte pleien, både i somatiske sykehus, hjemmesykepleien, og i sykehjemmene¹⁸. I innstillingen sier de at:

(...) det blir nødvendig at det er offentlig godkjente sykepleiere som ivaretar den direkte sykepleien til pasientene (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 137).

Konsekvensene av forslagene i innstillingen og det etterfølgende Loen-vedtaket er at sykepleierne i fremtiden vil være enerådene på sykepleiefeltet. Hjelpepleierne stenges ute. De omgjøringene av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger som fulgte på 1990-tallet har for så vidt fungert som en bekreftelse på dette. I tillegg til de oppgavene som formelt er tillagt sykepleierne, fører Loen-vedtaket også til at de får det fulle og hele ansvaret for de oppgavene som hjelpepleierne tradisjonelt har utført, det vil si full kontroll over sykepleiefeltet.

5.3.2 Hvilken funksjon vil hjelpepleierne få?

Som vist mener hjelpepleierne at Loen-vedtaket går ut på å skyve hjelpepleierne ut av *sykepleietjenesten*. Sykepleierne på sin side gir uttrykk for at hjelpepleierne har misforstått Loen-vedtaket og presiserer i sine uttalelser at de ikke ønsker hjelpepleierne ut av *helseinstitusjonene*. I et intervju i Sykepleien gjengis forbundsleder Anne Karin Brokhaug slik:

”Brokhaug er skuffet og vondbråten over at hjelpepleiernes stadige angrep ikke avtar i styrke og intensitet. Gjentatte ganger har NSF presisert at landsmøtet i Loen på ingen måte gav uttrykk for at sykepleierne vil ha hjelpepleiere ut av institusjonene. Likevel insisterer hjelpepleierne på at der er et landsmøte vedtak om dette. – Vis meg hvor dette finnes! Sukker Brokhaug” (Sykepleien 1990 nr. 13, side 8).

¹⁸ I Innstillingen står det at ideene i Loen-vedtaket gjelder for alle nivåer i helsetjenesten (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 18), men i debatten har temaet i størst grad vært tatt opp i forbindelse med somatiske sykehus. Årsaken til det kan være flere, blant annet så kan det være slik at det gir høyest status å jobbe i sykehus, og at sykepleierne derfor har prioritert å få gjennomført vedtaket der. Dette kan da også samtidig tyde på at sykehjemmene ikke er så viktig for sykepleierne.

Uttalelsen viser at sykepleierne og hjelpepleierne har grunnleggende ulike oppfatninger og snakker forbi hverandre. For å få en pekepinn på hvilken funksjon sykepleierne faktisk ser for seg at hjelpepleierne skal ha, kan vi gå tilbake til innstillingen og se på innholdet i de konkrete forslagene til omorganisering. Hva ser sykepleierne for seg at hjelpepleierne skal gjøre når de ikke skal være i den direkte sykepleien, men som de selv sier – fortsatt skal være i helseinstitusjonene?

I innstillingen skisseres det ulike arbeidsoppgaver for hjelpepleierne i fremtiden. Generelt ser sykepleierne for seg at "den nye hjelpepleieren" vil få en mer sosialt orientert rolle enn hun har hatt frem til Loen-vedtaket, og i større grad en altnuligkvinne som kan gjøre alle mulige oppgaver, bortsett fra medisinsk relatert stell og pleie av pasientene:

"I årene fremover trenger vi yrkesutøvere som i større grad kan skape og vedlikeholde sosial trygghet og velvære. (...) Vi trenger yrkesutøvere fra den videregående skolen som kan noe om mye og som kan utføre forskjellige oppgaver" (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 150).

"Den nye hjelpepleieren må ha gode kunnskaper om for eksempel hygiene og renhold, og kunne ivareta desinfeksjon og rengjøring. Samtidig vil han/hun ha orden og oversikt over utstyr og lagre, kunne skape trygghet, trivsel og være sosial støtte for pasienten i dagliglivets gjøremål og inneha kontorfunksjoner. Bredere kunnskap kan skape større selvstendighet i arbeidsoppgaver, for eksempel i forhold til miljøet og i kontorarbeid (...).

Hva om for eksempel kontordamen i ekspedisjonen også kunne arbeide i avdelingen eller ta vare på spedbarnet til en innlagt nybakt mor? Om hjelpepleieren i avdelingen kunne ha ansvar for husmorfunksjonen, og ta seg av ulike lagre med utstyr, forbruksvarer og tekstiler, og dessuten utføre kontorarbeid med skjema, og lignende? Dermed ble sykepleierne frigjort for systemrettet arbeid til fordel for å ivareta pasienten. Og hjelpepleieren i sykehjemmet som ønsker avveksling og mer erfaring, kan ta seg arbeid på sosialsenteret eller eldresenteret" (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 151).

Det er altså en *endret rolle* innenfor helseinstitusjonen at sykepleierne ser for seg for hjelpepleierne. Ut fra hvordan sykepleierne her har skissert oppgavene går det

frem at de vil bli et slags ”mellomledd” mellom det rent helsefaglige og andre praktiske gjøremål, en ny type hjemmehjelper.

I innstillingen skilles det også mellom det arbeidet som skal utføres i og utenfor institusjon. Institusjonsarbeid er arbeid i sykehus og sykehjem, mens arbeidet utenfor institusjon vil være å hjelpe pasienter som bor i egen bolig. I innstillingen gir sykepleierne en utførlig oversikt over hjelpepleiernes funksjon på disse områdene. På begge områder skiller de mellom det de kaller kontortekniske oppgaver og sosial funksjon. I institusjoner vil den sosiale funksjonen bestå i å:

”Medvirke til pasientens/klientens sosiale velvære og trivsel. Støtte og delta ved arrangement og tilstelninger, også for den enkelte pasient. Være behjelpelig med praktisk hjelp til daglige og alminnelige gjøremål som pasienten ikke greier å utføre selv, for eksempel handle, utføre ærender, ledsage ved utgang. Sørg for at pasientens/klientens kontakt med familie og venner. Delta i kjøkkenarbeid i forbindelse med måltider og lage ekstra mat og drikke etter pasientens behov” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 152).

Det de kaller kontortekniske oppgaver i miljøet vil bestå av:

”Rekvisisjon av utstyr. Orden og oversikt over utstyr og rekvisita, tekstiler osv. Holde fellesrom og pasientrom trivelige og ivareta stell av blomster, planter og inventar (...). Ivareta rutinemessige skjemaer og blanketter ved inn- og utskrivning og ved overflytting. Bestille timer til kontroll, rekreasjonsopphold og undersøkelser/prøver. (...) Stå for postfordeling og utsending for avdeling og pasienter. Bestille transport for pasienter til og fra institusjon. Betjene telefon og videreføre beskjeder” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 152).

Disse oppgavene vil da i prinsippet være tilnærmet rene sekretæroppgaver som ikke har noe med pleie av pasienter å gjøre.

Utenfor institusjon vil den sosiale funksjonen være å:

”Tilby sosial kontakt og støtte for pasient/klient der dette svikter og legge til rette for trivsel og adspredelse. Erstatte ved behov for familie/nærmiljø/sosialt nettverk der dette ikke fungerer. Utføre forebyggende og erstattende tjenester i forhold til svikt i pasientenes funksjon i de daglige gjøremål. Hjelp til med alminnelig personlig hygiene og kroppspleie. Legge til rette for og forberede enkle måltider ved behov. Sørge for eller hjelpe til med innkjøp av mat, og innkjøp og renhold av klær” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 153).

Ser vi disse beskrivelsene i forhold til de tidligere sitatene, har begge på en måte rett. Når sykepleierne sier at de ikke vil ha hjelpepleierne ut av helseinstitusjonene, så stemmer det. Som vi ser, legger sykepleierne opp til at ”den nye hjelpepleieren” fortsatt skal ha en sentral funksjon her, men ikke arbeid som er medisinsk relatert.

Nettopp betegnelsen *den nye* hjelpepleieren er sentral her. Når hjelpepleierne sier at sykepleierne vil skyve dem ut av sykepleietjenesten, mener de at de vil miste sin plass som *medisinsk* relatert pleiepersonell. Innholdet i de nye hjelpepleieroppgavene slik sykepleierne beskriver det, viser at dette også stemmer. Hjelpepleieren skal ikke lenger ha noen funksjon i forhold til pasientens medisinske situasjon, men fungere mer som en sosial støtte med både forefallende arbeid i forhold til pasienten og mer tekniske kontoroppgaver. Konklusjonen kan derfor være at hjelpepleierne fortsatt også skal være i helseinstitusjonene, men at selve arbeidet vil få et annet innhold enn tidligere. Dette bekrefter også lederen av Oslo krets av NSF når hun sier:

”Vi ønsker ikke hjelpepleierne bort. (...) – Men akkurat som oss må også dere få andre arbeidsområder” (...) (Hjelpepleieren 1990 nr. 13, side 12).

5.4 Hjelpepleiernes reaksjoner på den nye hjelpepleierrollen

Hjelpepleierne uttrykker stor misnøye med den rollen som tegnes av deres fremtidige yrke og arbeid. Slik de ser det fører sykepleiernes forslag til at innholdet i yrkesrollen blir endret, og i deres øyne til noe negativt. Slik de oppfatter de nye

oppgavene så vil hjelpepleierne gå fra å være en sentral del i den medisinske behandlingen av pasientene, til å bli en slags husmorvikar,¹⁹ ettersom de medisinske arbeidsoppgavene de så langt har hatt vil falle bort. (Se figur 1.)



Den nye hjelpepleieren må ha gode kunnskaper om f.eks. hygiene og renhold, og kunne ivareta desinfeksjon og rengjøring. Samtidig vil han/hun ha orden og oversikt over utstyr og lagre, kunne skape trygghet, trivsel og være sosial støtte for pasienten i dagliglivets gjøremål og inneha kontorfunksjoner.

Figur 1: "Den nye hjelpepleieren" (Hjelpepleieren 1989 nr. 15, side 6).

Dette mener de fører til at alle de oppgavene som har vært interessante for dem ut fra et faglig og personlig synspunkt og som har gjort hjelpepleien til et attraktivt omsorgsykke nå blir overført til sykepleierne og at de blir sittende tilbake med et oppgavefelt som verken er i samsvar med de kunnskapene de har eller den ressursen de kan være for sykepleien. Slik de ser det forsvinner den delen av arbeidet som var grunnen til at de i det hele tatt ble hjelpepleiere, og de føler selv at de sitter inne med et ubrukt arbeidspotensiale:

¹⁹ Denne fortolkningen fra hjelpepleierens side ligger nært opp til den posisjonen sykepleierne ønsker at hjelpepleierne skal ha. I Roar Eilertsens (1991) undersøkelse gir Ann Karin Nygård uttrykk for at den nye hjelpepleierrollen vil være en mellomting mellom dagens hjelpepleier og hjemmehjelp.

”Vi er en uutnyttet ressurs (...). Vi er hjelpepleiere, og vi er mange. Bruk oss – men ikke misbruk oss. Vi duger både i sykehus, på sykehjem og i hjemmesykepleien. For der det er pasienter, vil det alltid være behov for hjelpepleiere” (Hjelpepleieren 1990 nr.14 side 10).

Men selv om de er avvisende i forhold til de nye oppgavene sykepleierne har skissert, så understreker de at de ikke er fremmede for at også deres arbeidsoppgaver må gjennomgå endringer. I en artikkel fra Norsk helse- og sosialarbeiderforbunds (NHS) temadag i 1990 refereres forbundets leder:

”Tove Stangnes ga (...) uttrykk for at hjelpepleierne vet de ikke kan tviholde på dagens oppgaver, og at det er derfor man går inn for å utarbeide en ny hjelpepleierutdanning. Som også skal sette hjelpepleierne i stand til å lede sine kolleger- noe som kan være svært vanskelig” (Hjelpepleieren 1990 nr. 13, side 12).

Hjelpepleierne er på denne måten også åpne for endringer i egen arbeidssituasjon, men ikke på de premissene som sykepleierne legger til grunn. Betingelsen for at de skal gå med på endringene er at de skal være med på å definere innholdet i endringene, ikke at sykepleierne som eneste aktør skal legge alle premissene.

5.5 Sykepleiernes svar til hjelpepleierne

Mens hjelpepleierne er svært negative til den nye organiseringen, forsøker sykepleierne å skape et mer positivt bilde av den. For det første viser de til det generelle behovet for endringer i flere av helseyrkenes arbeidsoppgaver. Som vist i det siste sitatet under punkt 5.3.2 mener de at det ikke bare er hjelpepleierne som her må tåle endringer i arbeidet sitt, også sykepleiernes arbeid må endres. I dette ligger det at hjelpepleiernes situasjon ikke er så mye verre enn alle andres, og at de ikke har mer grunn enn andre til å klage. Daværende forbundsleder Anne Karin Brokhaug presiserer dette når hun sier at:

”Alle utdanningsprogrammer for grunnutdanningen av sykepleiere skal omarbeides, reorienteres og styrkes, for å fremme utdanning av sykepleiere som er generalister, funksjonsdyktige både i og utenfor sykehus. Alle spesialkunnskaper og ferdigheter de senere tilegner seg, skal bygge på dette generalist fundamentet. – Vi er ikke i tvil om at utdanningen må styrkes og omorganiseres for å nå slike mål. For sykepleierutdanningen blir det nødvendig å øke til fire år. Jeg kan ikke se hvordan hjelpepleierne skulle forbli uberørt, slår hun fast” (Sykepleien 1990 nr. 13, side 10).

Av dette følger at heller ikke sykepleierutdanningen tilfredsstillende de kravene som den pågående medisinske utviklingen fører med seg og må gjennomgå forandringer. Forandringen for dem innebærer økt utdanning. Når det gjelder hjelpepleierne utdanning mener de at den heller ikke lenger er i samsvar med behovene, men til forskjell fra dem selv så foreslås ikke her utdanning for å bøte på utilstrekkeligheten. Som jeg har vist foreslår sykepleierne at hjelpepleierne i stedet må over i andre oppgaver:

”Det ser ut til at utviklingen i sykepleietjenesten, med stadig mer komplekse pasientsituasjoner har ’løpt fra’ hjelpepleierutdanningen. Det er behov til stede for å vurdere hjelpepleierutdanningen i forhold til den arbeidssituasjonen den skal forberede til” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 117).

I alt det negative hjelpepleiere påpeker, forsøker sykepleierne å trekke fram positive trekk ved ”den nye hjelpepleieren”. De mener at den nye organiseringen vil gi hjelpepleieren mange flere områder å spille på, og at det imøtekommer hjelpepleierne ønske om mer selvstendighet som yrkesgruppe, et ønske om å ikke bare være underordnet sykepleierne:

”Denne nye yrkesgruppen vil få et bredere funksjonsgrunnlag og en annerledes funksjon. Dette blir de nye assistenter i fremtidens sykepleie-, helse- og sosialtjeneste. Dette er en assistentfunksjon i forhold til brukerne av tjenesten og ikke en assisterende funksjon i forhold til for eksempel sykepleieren (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 154).

I et intervju med tidsskriftet Sykepleien gir NSF-leder Anne Karin Brokhaug også uttrykk for at hjelpepleierne vil få en mer *meningsfull* funksjon med de nye arbeidsoppgavene:

”Forbundslederen er sikker på at de nye hjelpepleierne vil få en mer meningsfull funksjon. – De vil få selvstendig ansvar for sine oppgaver og sine pasienter. De vil ikke i samme grad være en assistentgruppe for sykepleierne, men ha en mer selvstendig funksjon enn det de har i dag (Sykepleien 1990 nr. 17B, side 6).

De nye oppgavene gir da ulike assosiasjoner for de to gruppene. Mens sykepleierne mener at de gir hjelpepleierne et mer meningsfullt arbeid, mener hjelpepleierne at resultatet blir det stikk motsatte. Det som skaper mening i arbeidet, og det de synes at de er dyktige på – den direkte pleien av pasientene – blir for hjelpepleierne borte, og tilbake vil de sitte med et oppgavesett som ikke var det de ønsket seg når de bestemte seg for å bli hjelpepleiere.

Etter at jeg nå har vist hva Loen-vedtaket går ut på og yrkesgruppenes holdninger og reaksjoner i forhold til dette, vil jeg nå gå mer detaljert inn på de faglige begrunnelsene sykepleierne og hjelpepleierne gir for sine synspunkter, det vil si hvorfor sykepleierne er for en slik ny arbeidsorganisering, og hvorfor hjelpepleierne er negative.

5.6 Samfunnsutviklingens påvirkning på arbeidsdelingen i sykepleien

Sykepleierne ser omorganiseringen av arbeidet i sykepleien som en nødvendig konsekvens av samfunnsutviklingen, og i innstillingen er det særlig to forhold sykepleierne legger vekt på i den forbindelse. Det ene er at det i fremtiden vil komme til å bli større forskjeller i *befolkningens behov for helsetjenester*, det andre at myndighetene vil komme til å stille større krav til *ressursutnyttelse og effektivisering av helsesektoren*. Disse forholdene til sammen mener sykepleierne

gir behov for å en endret arbeidsdeling innenfor pleiefeltet. I innstillingen ”sykepleietjenesten i fremtiden” (1989) sier de:

”Når fremtidens sykepleietjeneste skal planlegges må en vektlegge rammefaktorer som påvirker helsetjenesten generelt og sykepleietjenesten spesielt. Det innebærer å ta den generelle samfunnsutviklingen på alvor. Vi har lagt særlig vekt på befolkningsutviklingen og utviklingen av helsetjenesten. (...) Med utgangspunkt i denne utviklingen har vi vurdert fremtidens krav til sykepleietjenesten, og hvilken innvirkning det får på pleiepersonalets funksjon” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 11).

”Noen sider ved samfunnsutviklingen har større innvirkninger på helsetjenesten og dermed på sykepleietjenesten enn andre, så som befolkningsutviklingen, befolkningens helsetilstand, sykdomsutviklingen og behandlingstilbudet. Likeså vil som nevnt politiske beslutninger om helsetjenesten være styrende når fremtidens sykepleietjeneste skal planlegges. En av de største utfordringene blir å utnytte ressursene best mulig med hensyn både til personell og økonomi” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 27).

Den faglige argumentasjonen for og mot Loen-vedtaket og omgjøringene av hjelpepleierstillinger har jeg ordnet langs disse to dimensjonene og jeg har kalt de henholdsvis *hensynet til pasientene og kvaliteten på pleien* (kap. 5.6.1), og *hensynet til myndighetene og effektiviteten i pleien* (kap. 5.6.2). Men selv om jeg mener at dette representerer de klareste skillelinjene i debatten, er det samtidig viktig å presisere at dette ikke er et *absolutt* skille på den måten at det ene ikke utelukker det andre; god kvalitet kan også bidra til økt effektivitet.

Som jeg vil vise er avstanden mellom sykepleierne og hjelpepleierne stor, men på ett punkt gir de begge uttrykk for det samme; at det er hensynet til pasienten og kvaliteten på pleien som må komme først. Sykepleierne sier:

”Pasienten må fortsatt være utgangspunktet for sykepleien og hvordan sykepleietjenesten skal organiseres” (Sykepleie 2010: 24).

Hjelpepleierne på sin side sier:

”La oss være med på å viske ut de skarpe skiller mellom institusjoner og åpen omsorg, og la oss finne fram til modeller som bedre ivaretar klientens behov” (Hjelpepleieren 1990 nr. 8, side 3)

På tross av at de begge poengterer dette er det samtidig også her de største skillene og uenighetene i debatten kommer til uttrykk. Hvordan pleien kan utføres best mulig, og hva som bidrar til effektivitet er de ikke enige om. Sykepleierne argumenterer med at endringene i befolkningens sykdomsbilde i fremtiden vil føre til at helseinstitusjonene er noe helt annet enn det de har vært frem til Loenvedtaket. Et viktig forhold er at behandlingsmetodene vil endre seg etter hvert som ny og mer avansert teknologi kommer til og forbedrer behandlingsmetodene. Når det gjelder sykehusene så mener sykepleierne at de i større grad vil få form av å være polikliniske behandlingsinstitusjoner. Teknologien vil gjøre at pasientene kan behandles raskt, og sykehusene vil bli et sted hvor man bare får behandling, og ikke et sted man er over lengre tid for rekreasjon. Konsekvensen av dette er at det bare er de *sykeste* av pasientene som vil komme på sykehus:

”(…) Utvikling av nye tekniske behandlingsmetoder vil (...) være med på å bestemme om mennesker med en del plager kan behandles poliklinisk. Dette omfatter for eksempel utviklingen innenfor anestesi og kirurgisk laserbehandling. Mennesker som tidligere hadde flere dagers opphold på sykehus, vil i fremtiden kunne behandles poliklinisk.

Dette vil resultere i et redusert antall sykehussenger, i med at de pasientene som trenger sykehusinnleggelse vil være de 'sykeste syke' (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 33-34).

Denne praksisen vil igjen få konsekvenser for pleien som utføres i hjemmesykepleien og i sykehjemmene. Siden pasientene vil være så kort tid på sykehusene, vil hjemmesykepleien og sykehjemmene også være et sted hvor kravene til pleie blir store. Pasienter som tidligere ville vært på sykehus blir sendt hjem og vil ha behov for utvidede pleietjenester. I innstillingen sier de:

”I hjemmesykepleien vil det være pasienter som i dag ligger på sykehus. Pasientsituasjonen der vil også i fremtiden være svært kompleks og dekke alle aldersgrupper. I denne delen av sykepleietjenesten kommer personalet til å stå helt alene, ofte i svært vanskelige situasjoner” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 18).

Om sykehjemmene sier de:

”(…) sykehjemmene skal være et ressurscenter. (...). De tidligere sykehjemsbeboere vil i fremtiden bo hjemme. Sykehjemmene vil i fremtiden ha helt andre pasientkategorier enn i dag. Denne utviklingen har startet allerede. Fortsatt vil sykehjemmene ha mange eldre beboere, spesielt blant de over 80 år. Imidlertid vil dette være mennesker med stor grad av funksjonssvikt og ofte mange andre sykdommer. Altså komplekse situasjoner. Sykehjemmene skal ha tilbud om rehabilitering både for pasienter som blir overflyttet fra sykehus eller til såkalte korttidsopphold for pasienter som ellers bor hjemme” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 138).

Konklusjonen for sykepleietjenesten er derfor økt kompleksitet og alvorlighet, og at dette vil stille nye krav til pleiepersonalet. På grunn av dette er det ikke grunnlag for at hjelpepleiere skal utføre den direkte pleien:

”Den økende kompleksiteten og alvorlighetsgraden som er beskrevet, stiller nye og endrede krav til utøvere av sykepleie i alle deler av helsetjenesten. Krav om kunnskap og ferdigheter av sammensatt karakter, og krav til høyt nivå av beslutningsgrunnlag og beslutningsdyktighet.

Derfor vil det i fremtiden bli færre pasientrelaterte pleieoppgaver for hjelpepleierne. Kompleksitet blir kjennetegnet for de akutte lidelser og skader som behandles i sykehus. Effektiviteten i denne sektoren vil avhenge av om yrkesgruppene i sykepleietjenesten har de rette kvalifikasjoner og kan handle og beslutte uten unødig opphold og innenfor hurtig endrede forutsetninger” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 139).

5.6.1 Hensynet til pasientene og kvaliteten på pleien

Sykepleierne og behovet for kunnskap og kompetanse

Sykepleierne går inn for at de skal overta all den direkte pleien, og begrunner det med hensynet til pasienten og at kvaliteten på pleien vil bli bedre. Her vil jeg ta for meg hvordan sykepleierne tenker og argumenterer omkring dette.

At det er kunnskap og kompetanse som er det avgjørende kriteriet for sykepleiernes ønske om omorganisering av sykepleietjenesten, uttrykker Anne Karin Nygård på denne måten:

”Hvilken kompetanse personalet har, blir avgjørende for hvilke resultater pasientene skal oppleve” (Sykepleien 1990 nr. 17B, side 20).

Når Nygård her hevder dette, er det underforstått at det er *sykepleierkompetanse* som må til for at pasientene skal få den pleien de har behov for.

En annen sykepleier gir i en artikkel et eksempel som tar opp hvordan arbeidsdelingen mellom sykepleiere og hjelpepleiere skal være i et sykehjem. Her blir det presisert at det er forskjellen i *kompetanse* mellom dem som er avgjørende. Rektor ved Telemark Sykepleierhøgskole og leder for Moflataprojektet²⁰ illustrerer forskjellen på hvordan en sykepleier og en hjelpepleier jobber ved å bruke et sårskift som eksempel:

”Forskjellene på en hjelpepleier og en sykepleier kan illustreres gjennom et sårskift. En sykepleier ”leser såret”. Hun vurderer sårkantene, mikroorganismer, ser om såret er velnært. Å legge på ny bandasje er bare en del av arbeidet. Med dette mener jeg ikke at hjelpepleierne er dumme, mens sykepleierne er glupe. Det er et spørsmål om kunnskap” (Hjelpepleieren 1990 nr. 8, side 11).

²⁰ Moflataprojektet var et prøveprosjekt ved et sykehjem i Skien på slutten av 1990-tallet. Forsøket gikk ut på å erstatte hjelpepleiere med sykepleiere, for å se om det hadde noen effekt i forhold til kvalitet og effektivitet i pleien.

Det som skiller sykepleiernes og hjelpepleiernes måte å utføre pleiearbeidet på er at sykepleierne har et mer helhetlig perspektiv, og at det er den profesjonelle kunnskapen de har som skaper denne forskjellen. Hjelpepleierne har ikke forutsetninger for dette og vil bare kunne utføre *en* del av arbeidet. Senere i den samme artikkelen presiserer hun dette når hun sier:

”(...) det vanskeligste i diskusjoner med hjelpepleiere er at hjelpepleierne er orientert mot gjøremålene, mens sykepleierne vurderer målsettingen for pasienten (Hjelpepleieren 1990 nr.8, side 9).

Hun mener videre at hjelpepleiernes tilnærming til pleien kan får alvorlige konsekvenser for pasienten. Hjelpepleiernes kunnskaper er ikke tilstrekkelige til å kunne fange opp pasientens situasjon og dermed gi den nødvendige pleien. Å ansette hjelpepleiere til utføre direkte sykepleie, mener hun er uetisk og direkte uforsvarlig.

”Eldreomsorgen er et svært komplekst helseområde. Det er kanskje det vanskeligste vi har. Pasientene ved sykehjemmene er langt dårligere enn de var for noen år siden. De er sykere og i hovedsak tungt pleietrengende. Kunnskap er nødvendig når man skal pleie syke og døende mennesker. Tross dette blir hjelpepleiere med ni måneders utdanning satt til å stelle syke og døende mennesker. Dette viser at det ikke blir stilt samme krav om kunnskap til dem som frisører og elektrikere som begge har minst tre-årig utdanning bak seg. Norsk helsevesen lider under dette. Jeg har truffet mange flinke, gode og snille hjelpepleiere som har latt sykdom og skader få utvikle seg slik at behandling og til og med amputasjon har vært nødvendig” (Hjelpepleieren 1990 nr. 8, side 11).

I en annen artikkel gis en tilsvarende sammenlikning:

”Kompetanses skillet mellom en hjelpepleier og en sykepleier kan sammenliknes med kunnskapsforskjellen mellom en tekniker og en ingeniør. En hjelpepleier behersker en rekke praktiske ferdigheter og kan utføre konkrete oppgaver. Men forsvarlig sykepleie krever dybdekunnskap, forståelse om indre sammenhenger, og fremfor alt evnen til å kunne ta riktige beslutninger om hvilke handlinger som skal settes i verk i en gitt situasjon. Dette forutsetter forståelse, kunnskap og kvalifikasjoner som krever sykepleierkompetanse. Denne kompetansen overstiger også langt det som er mulig å tilby hjelpepleierne som internopplæring. Dette er nemlig først og fremst en opplæring i spesielle prosedyrer, teknikker og deloppgaver som utføres på den enkelte post” (Fagtidsskriftet Sykepleien 1990 nr. 7, side 3).

Forutsetningene for å ha dette helhetlige perspektivet i sykepleien mener sykepleierne er at de har et teoretisk kunnskapsgrunnlag. Dahle og Iversen (2001) bruker her uttrykket ”det kliniske skjønnet” og viser til at sykepleierne argumenterer med at evnen til refleksjon over praksishandlinger må utvikles gjennom langvarig teoretisk utdanning (Dahle og Iversen 2001: 243). Å kunne relatere praktiske erfaringer til et teoretisk rammeverk er avgjørende. Dette uttrykker også sykepleierne når de i innstillingen til Loen-vedtaket viser til at:

”For å bli en kompetent sykepleier er vekselvirkningen mellom teoretisk kunnskapstilegnelse og praktisk erfaring av den største betydning” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 62)

Loen-vedtaket og sykepleiernes argument om at *de* må utføre all den direkte pleien er som det kommer fram i disse sitatene til syvende og sist et spørsmål om kunnskap og kompetanse. Kvaliteten på pleien avhenger av pleiepersonalets kunnskapsfundament, og hjelpepleiernes kompetanse er ikke tilstrekkelig til å kunne utføre forsvarlig sykepleie. De er kun praktiske, og vil ikke kunne koble de praktiske gjøremålene til en teoretisk referanseramme. I enkelte tilfeller mener sykepleierne at det også vil være direkte skadelig dersom en hjelpepleier skulle utføre den direkte pleien. Slik sykepleierne ser det er ikke sykepleie det samme som å kunne utføre en rekke enkelthandlinger, men en viktig del er også at sykepleieren har evne til å være forutseende og kunne være oppmerksom på andre trekk ved

pasienten, trekk som ikke alltid er like klare. De ser det som viktig å hele tiden være et skritt foran pasientens sykdomsforløp for å beskytte ham eller henne for unødige plager. Dette krever kunnskap og den er det bare sykepleierne som har.

5.6.2 Hensynet til myndighetene og effektivitet i pleien

I tillegg til argumentene om bedre kvalitet på pleien, argumenterer sykepleierne også for at effektiviteten blir større og utgiftene mindre med Loen-vedtaket²¹. Ofte blir denne debatten beskrevet ved hjelp av sammenstillingen hode versus hender, der sykepleierne representerer hodet, det vil si refleksjon og tankevirksomhet, mens hjelpepleierne representerer hendene og det praktiske arbeidet.

Når sykepleierne bruker denne sammenstillingen i forhold til effektivitetsargumentasjonen, henspeiler den på at arbeidet vil bli utført raskere av pleiepersonale med høgskoleutdanning og teoretisk kunnskapsgrunnlag enn når det er flere hender i arbeid, det vil si hjelpepleiere uten et teoretisk kunnskapsgrunnlag. Den nære sammenhengen mellom kvalitet og effektivitet kommer til uttrykk på denne måten:

*”Skal vi oppnå et mer effektivt helsevesen, må det satses mer på kvalifisert personale og kompetanseutvikling. Når det blir flere sykepleiere som utfører direkte sykepleie, stiger kvaliteten, noe som naturlig gir større brukertilfredshet. Det er ikke et motsetningsforhold, men et gjensidig forsterkende forhold, mellom de **individuelle** mål om kvalifikasjonsutvidelse og de **samfunnsmessige** mål om økonomisk ressursvennlig omsorg. Det motsatte kan enkelt uttrykkes slik: ’Det er dyrt å kjøpe billig²².’” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 140)*

²¹ Kari Wærness stiller seg kritisk til sykepleiernes argument om besparinger, og stiller spørsmål ved om det først og fremst er et middel for bedre sykepleiernes lønnsforhold og sosiale status, og at det ikke først og fremst er hensynet til pasientene og pleien som veier tyngst (Hjelpepleieren 1990 nr. 4, side 9).

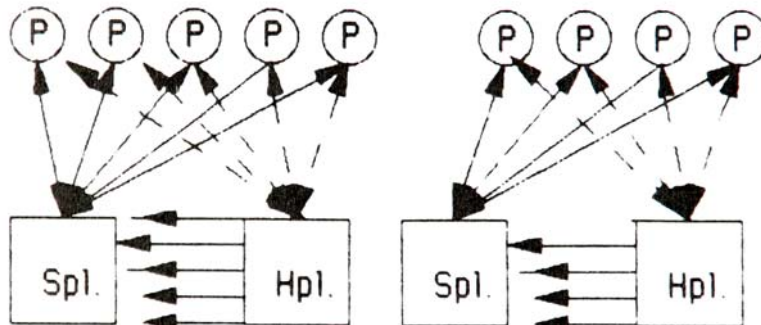
²² ”Det er dyrt å kjøpe billig” var også den opprinnelige tittelen på innstillingen om sykepleietjenesten i fremtiden, men ble ifølge Martinsen og Wærness (1979) endret fordi det kom sterke negative reaksjoner på den både fra hjelpepleiere og fra sykepleiere i praksisfeltet.

I materialet vises det hyppig til tidsstudietester som bevis for at sykepleiere er mer effektive enn hjelpepleiere. Det som ligger til grunn for tolkningen av disse testene er at den kunnskapen sykepleierne har i forhold til hjelpepleierne gjør at de utfører arbeidet mer effektivt.

Argumentet om at sykepleien blir mer effektiv med bare sykepleiere har flere dimensjoner. For det første mener de at det er mulig å behandle flere pasienter med mindre pleiepersonell dersom dette består av bare sykepleiere. Konsekvensen er dermed at det vil være økonomisk lønnsomt å gjøre om hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger:

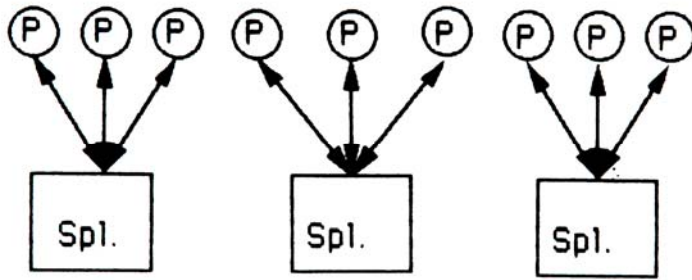
”Det betyr i praksis at man gjennom omgjøring av hjelpepleierstillinger kan redusere antall stillinger gjennom å ledigholde en del av hjelpepleierstillingene. Dette gir ikke ubetydelige økonomiske innsparinger, som på store sykehus kan dreie seg om millionbeløp” (Fagtidsskriftet Sykepleien 1990 nr. 7, side 5).

For å illustrere denne tankegangen bruker de to figurer:



Figur 1 viser situasjonen når bemanningen er likt fordelt mellom hjelpepleiere og sykepleiere. 2 sykepleiere og 2 hjelpepleiere – dvs. 4 personer – deler arbeidsoppgavene mellom f.eks. 9 pasienter.

(Figur 1 i Fagtidsskriftet Sykepleien 1990 nr. 7, side 4)



Figuren viser at 3 sykepleiere kan gi sykepleie til det samme antallet pasienter, i stedet for 4 personer som i figur 1. Likevel forholder hver sykepleier seg kun til 3 pasienter i stedet for 5. Til gjengjeld har hun hele omsorgen for disse 3 pasientene.

(Figur 2 i *Fagtidsskriftet Sykepleien* 1990 nr. 7, side 6)

Tanken er at der hvor det er hjelpepleiere på avdelingen, så blir det mange omveier før arbeidet blir utført. En sykepleier vil ha egne pasienter som hun skal pleie, men i tillegg må hun også hele tiden være oppmerksom og oppdatert på hjelpepleiernes pasienter fordi hjelpepleierne ikke har kunnskap og kompetanse til selv å kunne tolke og vurdere alle sider ved pasientens helsetilstand. Endelig må hun også forholde seg til hjelpepleierne og hele tiden instruere og veilede dem i forhold til hva som må gjøres i hvert enkelt tilfelle. Tanken er at den tiden sykepleieren bruker på å veilede hjelpepleierne og samtidig ta hånd om dennes pasienter kunne hun ha brukt til å pleie pasientene på egenhånd:

”Sykepleieren sparer inn kostbar arbeidstid til veiledning og oppfølging av hjelpepleiere, samt koordinering av oppgaver, innhenting og tilbakemelding av informasjon” (Fagtidsskriftet Sykepleien 1990 nr. 7, side 6).

Sykepleierne mener også at omgjøringene av hjelpepleierstillinger vil være et effektiviseringstiltak for helsevesenet på en annen måte. Den oppstykkete arbeidssituasjonen sykepleierne har når hjelpepleierne også er i sykepleien, strider mot deres måte å utføre sykepleien på. De viser til forskningsresultater som viser at de under slike arbeidsforhold har vanskelig for å se arbeidet i en helhet, noe som medfører at de lettere blir utbrent:

”Rapportene konkluderer med at overgangen til en organisasjonsform i samsvar med figur 2, har en betydelig effekt på sykepleierens moral og stabilitet på arbeidsplassen, samt lavere burn-out. Burn-out skyldes ofte at den oppstykkede arbeidssituasjonen fratrukker sykepleierne muligheten til å oppleve oppgavene meningsfulle og se helheten i det de gjør. De får ikke muligheter til å se resultater av sitt arbeid. Med en blandingsbemanning med hjelpepleiere og sykepleiere er avdelingene tvunget til en arbeidsfordeling som skaper konflikter for sykepleierne. (...) En organisering av sykepleietjenesten som kan holde på personalet og redusere personalutskiftningen, gir derfor kvalitative og økonomiske gevinster. En høy turnover er meget ressurskrevende” (Fagtidsskriftet Sykepleien 1990 nr. 7, side 7).

5.6.3 ”Sykepleie er et praktisk fag” – og – ”løper en sykepleier raskere enn en hjelpepleier?”

Uttalelsene i denne overskriften er fremsatt av hjelpepleierne i forbindelse med debatten om kvalitet og effektivitet i sykepleien, og det som det blir stilt spørsmål ved er hvorvidt sykepleiernes argumentasjon holder mål. Som vist mener sykepleierne at kvaliteten i sykepleien blir best når det er personell med sykepleiekompetanse som utfører den. Hjelpepleierne på sin side er sterkt uenige i dette. Slik de ser det, forsøker sykepleierne å gjøre sykepleien til noe den ikke er; en altomfattende teoretisk disiplin. De mener at sykepleierne har mistet bakkekontakten og følingen med samfunnet. Det voldsomme behovet for avansert kunnskap som sykepleierne hevder, mener hjelpepleierne er absurd. Det er etter deres syn ikke behov for teoretisk kunnskap for å utføre alle oppgavene i sykepleien. Andre hensyn enn selv pleiehensynet, mener de, har inntatt dem:

”Det får ikke hjelpe at ledelsen i Norsk Sykepleierforbund misliker å høre det, men sykepleie er i hovedsak et praktisk arbeid” (Hjelpepleieren 1989 nr. 15, side 3).

”Kompetanse knytter seg ikke bare til antall år på skolebenken, men også til erfaring, arbeidspraksis og individuelle ferdigheter” (Hjelpepleieren 1990 nr. 1, side 17).

”Kan det være noe i at den faglige diskusjonen i sykepleiefaget skjer isolert fra andre fagmiljøer? Har det utviklet seg et faglig hovmod som skygger for helhetstenkning og respekt for andre fag, yrkesgrupper og meninger? Har det utviklet seg en oppfatning av at eliten i sykepleiefaget har bedre innsikt i å drive helsepolitikk enn de politiske myndigheter? Har det utviklet seg et begrepsapparat og standpunkter som få forstår og færre deler? Det er i alle fall en kommunikasjonssvikt mellom toneangivende sykepleiekretser og store deler av samfunnet” (Hjelpepleieren 1990 nr. 15, side 3).

”Vi må selvsagt ha høy kompetanse og profesjongrensener i helsevesenet, men ethvert fornuftig prinsipp kan drives ut i det absurde” (Hjelpepleieren 1990 nr. 1, side 17).

Hjelpepleierne mener i motsetning til sykepleierne at ikke alle oppgavene som utføres i sykepleien er så kompliserte at det trengs 3-årig høyskoleutdanning med mye teori for å kunne utføre dem. På tross av teknologiske og pasientmessige endringer, mener de at det fortsatt vil være mange pleierelaterte oppgaver tilbake som hjelpepleierne med videregående og praktisk utdanning kan gjøre.

Et annet argument hjelpepleierne bruker er at de stiller seg svært skeptiske til om sykepleierne faktisk vil ta på seg disse oppgavene:

”Vi vet at høyskoleutdannet personell aldri vil være interessert i å overta hjelpepleierens oppgaver. Skyves hjelpepleierne ut, vil ufaglærte etter en tid komme inn” (Hjelpepleieren 1991 nr. 5, side 3).

Dersom bare sykepleiere skal utføre den direkte pleien, vil man ifølge hjelpepleierne støte på det allerede velkjente problemet med å skaffe nok personell. Hjelpepleierne viser til at det allerede før Loen-vedtaket var vanskelig å skaffe nok sykepleiere. Dersom de skal påta seg flere oppgaver vil det kreve enda flere sykepleiere. For hjelpepleierne er det åpenbart at sykepleierens forslag vil mislykkes. Som i eksempelet ovenfor vil man måtte ansette ekstrapersonell, og ufaglærte vil da være den eneste tilgjengelige yrkesgruppen å hente ressurser fra, noe som vil forringe kvaliteten i forhold til om det var hjelpepleierne som utførte arbeidet. I tillegg mener de at det vil bli dyrere siden det koster mer å ansette en sykepleier enn en hjelpepleier. Det er lite effektivt og kostnadsbesparende å ansette

dyrt personell som er overkvalifisert i forhold til de oppgavene de skal utføre, når det allerede finnes personell som er spesifikt utdannet for disse oppgavene:

”Det sier seg selv at det vil bli kostbart – og praktisk umulig – å monopolisere alle pleiefunksjoner i sykehusene til sykepleiere med 3 eller 5 års høyskole” (Hjelpepleieren 1989 nr. 15, side 3).

Sykepleiernes argumentasjon om at sykepleien blir så mye mer effektiv og ressursbesparende dersom det bare er sykepleierne som utfører den direkte sykepleien har hjelpepleierne altså lite til overs for. De viser at det uansett er en mengde oppgaver som skal utføres i sykepleien og det viktigste er at man kan få ting unna. Middelet for å gjøre dette er å få flere hender i arbeid:

”Vi kjenner arbeidssituasjonen ved sykehusene. Arbeidstempoet er allerede i dag så høyt at det enkelte steder nærmer seg det uforsvarlige. De direkte pleierelaterte oppgavene må nødvendigvis ta en del tid, samme hvem som utøver dem. Sykepleiere har som kjent også bare to hender, og vi tviler på at de som gruppe kan løpe nevneverdig raskere enn hjelpepleiere” (Hjelpepleieren 1990 nr. 14, side 3).

5.6.4 Har sykepleierne gode intensjoner?

Sykepleierne gir i artiklene uttrykk for frustrasjon over at debatten i etterkant av Loen-vedtaket har dreiet fokuset bort fra pasientene og over på yrkesgruppene og deres interesser. De henstiller derfor til at de igjen må sette pasienten i sentrum, og legge stridighetene til side:

”La oss samarbeide, la oss skape en helsetjeneste der brukerne opplever at deres livskvalitet er i sentrum” (Sykepleien 1990 nr. 18, side 4).

”Hvem har hovedrollen? (...). Har vi glemt hvem helsetjenesten er for? Har vi glemt at det er pasientene helsevesenet er til for? (...) La det ikke gå så mye prestisje i hvem som skal være hvor at alle glemmer hovedsaken – pasientene. Og pasient er noe de fleste av oss en gang blir” (Fagtidsskriftet Sykepleien 1990 nr.7, side 1).

Sykepleierne mener at deres forslag for å gjøre sykepleietjenesten bedre urettferdig blir trukket i tvil:

”I trange økonomiske tider blir våre faglige debatter ofte kalt profesjonsstrid. Vi blir beskyldt for å skyve pasientene foran oss for å bevise at akkurat vi utgjør den viktigste gruppen i helsevesenet (...)”
(Sykepleien 1990 nr. 7, side 19).

Sykepleierne mener videre at beskyldningene som rettes mot dem skyldes at de ikke har lyktes i å få frem hva sykepleien som fag innebærer, og når de ikke har klart å formidle dette, har det heller ikke vært mulig å få aksept for sine krav:

”Det eksisterer fortsatt mye uvitenhet omkring sykepleiernes virke. Ifølge Anne Karin Nygård er det ikke uvanlig å møte argumenter som: Hvorfor i alle dager trenger en sykepleier tre-års utdanning for å vaske et menneske? Hvem som helst kan vel sette en pasient opp i en stol? Når beslutningstakere stiller spørsmål om nødvendigheten av en tre-årig utdanning for å utføre sykepleie, er det et uttrykk for at de ikke oppfatter kunnskapen som ligger bak handlingen (...). Vi har til nå ikke vært flinke nok til å synliggjøre oss. Oftest er det bare praksisen som er synlig. Sykepleierne må derfor bli dyktigere til å synliggjøre hvilke refleksjoner og kunnskap som ligger bak handlingen (...).” (Sykepleien 1994 nr. 2, side 24).

I en annen artikkel trekkes dette problemet sykepleierne har med å få aksept for det kunnskapsgrunnlaget de besitter frem med en annen vinkling:

”Kunnskap er makt ifølge et gammelt postulat. Striden omkring omgjøring av stillinger ved sykehusene kan få noen og enhver til å tvile på innholdet i denne påstanden. Den jevne og hardt arbeidende sykepleier får stadig oftere merke janteloven – ’ikke tro at de er noe’. De blir tause. Mange går rundt og er redd for å gi uttrykk for at de kan mer enn sine kolleger med betydelige mindre utdanning. Alle yrkesgrupper bør kunne gi uttrykk for hva de står for, og hvilken kompetanse de innehar, uten å bli mistenkeliggjort. I helsevesenet synes derimot ikke dette å være akseptert. Det er få som stiller spørsmålstegn ved oppgavefordelingen mellom for eksempel flygeledere og flygelederassistenter. Alle synes derimot å ha en mer eller mindre berettiget mening om hjelpepleiere og sykepleiere.
(...)

Når sykepleiere snakker om kunnskap og faglig kompetanse, blir det av mange tolket som et forsøk på å stjele arbeidsoppgaver fra andre. Men er det noe det er nok av i helsevesenet så er det arbeidsoppgaver. Mangelen er snarere dyktige hender som har kunnskap til å gi helhetlig sykepleie.

(...)

Er det mulig at sykepleierens vektlegging på kunnskap er uttrykk for omsorg for pasientene i en vanskelig situasjon?” (Sykepleien 1990 nr. 21, side 3).

Denne følelsen blir også bekreftet i en annen lederartikkel der det står at:

Omgjøringer av stillinger ved Aker sykehus og bråk ved operasjonsavdelingen ved Harstad sykehus er to saker der sykepleierne har vært i fokus i det siste. Begge steder har sykepleierne blitt beskyldt for å ville sine kolleger vondt og for å ødelegge arbeidsklimaet. Det er frustrerende å arbeide etter beste overbevisning for høyere kvalitet på helsetjenestene og for riktigere fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene, og bli møtt med at dette er profesjonskamp og mobbing (Sykepleien 1990 nr. 20, side 3).

”(...) I trange økonomiske tider blir våre faglige debatter ofte kalt profesjonsstrid. Vi blir beskyldt for å skyve pasientene foran oss for å bevise at akkurat vi utgjør den viktigste gruppen i helsevesenet (...).” (Sykepleien 1990 nr. 7, side 19)

Sykepleierne opplever altså ikke bare at de mangler anerkjennelse for den kunnskapen de besitter. De opplever det også som urettferdig – og som en avsporing av debatten – at hjelpepleierne kaller dette en profesjonsstrid. I stedet for en faglig debatt omkring arbeidsdelingen i pleiesektoren er de frustrert over at de nok en gang må kjempe en kamp som de har kjempet mange ganger før, og hvor kjernen er sykepleiernes kunnskapsgrunnlag.

Jeg har nå gitt en gjennomgang av det jeg mener er hovedfunnene i materialet mitt, og hvilke argumenter og synspunkter de to yrkesgruppene trekker frem i diskusjonen. I neste kapittel vil jeg knytte dette nærmere til teori og yrkesgruppenes – særlig sykepleiernes – historiske bakgrunn.

6. Analyse av diskusjonen

6.1 Innledning

I forrige kapittel foretok jeg det Alvesson og Sköldberg (1994) kaller en empirinær tolkning som primært var en beskrivelse av funnene i datamaterialet. Jeg vil i dette kapitlet knytte funnene til teoretiske perspektiver og historiske forhold, for derigjennom å plassere disse inn i en teoretisk og historisk sammenheng. Som nevnt i metodekapitlet er ikke målsettingen i kvalitativ forskning å presentere sannheten om materialet, men snarere å legge frem et av flere mulige tolkningsperspektiver. Fremstillingen i dette kapitlet er derfor ikke den eneste måten å fortolke dataene, men den måten jeg har valgt å gjøre det på.

6.2 En profesjonskamp og tre diskurser

Gjennomgangen av datamaterialet viser at det med Loen-vedtaket oppstod en tydelig profesjonskonflikt mellom sykepleierne og hjelpepleierne. Sykepleierne som en sterkt profesjonsaspirerende yrkesgruppe, argumenterer for at det i fremtiden er de som må utføre alle pleierelaterte oppgaver, også de oppgavene som tradisjonelt har lav status og som hjelpepleierne så langt har gjort. Konsekvensen av forslaget er at hjelpepleierne ikke lenger vil ha noen plass innenfor pleiefeltet på sykehusene og må få andre oppgaver. Hjelpepleierne blir med Loen-vedtaket derfor stengt ute fra dette feltet. Hjelpepleierne er svært opprørte over forslaget og anklager sykepleierne for å drive profesjonskamp. Sykepleierne på sin side avviser dette og hevder at forslaget bygger på en faglig vurdering av hva som gir best kvalitet og mest effektivitet i pleien, og hevder at deres faglige vurderinger urettferdig blir trukket i tvil som profesjonsstrategi.

Det som gjorde Loen-vedtaket så spesielt var at sykepleierne ønsket å ta tilbake oppgaver som innenfor sykepleien har blitt sett på som lavstatus-oppgaver. Sett ut fra

konvensjonell profesjonsteori ville man forvente det motsatte; at sykepleierne ville ønske å overlate denne typen oppgaver til hjelpepleierne. Ifølge Hughes (1984) er dette en vanlig strategi for yrkesgrupper som har som målsetting å klatre i profesjonshierarkiet. Når man gir fra seg oppgaver med lav status og samtidig får delegert til seg oppgaver fra yrkesgrupper som er over en i hierarkiet, vil de samlet sett sitte igjen med et oppgavesett som har høyere status enn det de hadde i utgangspunktet.

Hvordan kan det så ha seg at sykepleierne ønsket å ta tilbake oppgaver som tradisjonelt har blitt sett på som enkle og med lav status? For å forklare dette mener jeg det er viktig å gå nærmere inn på hva som er teoretisk og praktisk kunnskap, eller hva som blir *forstått* som teoretisk og praktisk kunnskap. I dette kapitlet vil jeg blant annet støtte meg til den historiske utviklingen av sykepleieryrket for å belyse dette.

Fra hjelpepleie ble opprettet som yrke og frem til Loen-vedtaket i 1989 har sykepleierne fulgt en slik delegeringsstrategi som Hughes beskriver i forhold til hjelpepleierne. Hjelpepleierne som yrkesgruppe ble opprettet for å avlaste sykepleierne for enklere oppgaver. Som vi har sett var sykepleierne sterkt imot at det ble opprettet en slik yrkesgruppe fordi de fryktet at med hjelpepleierne på det samme feltet som dem selv ville svekke deres muligheter til å bli anerkjent som et kunnskapsbasert fag. Men samtidig skriver Melby (1990) at de var klar over at det kunne være en god strategi for deres profesjonaliseringsprosjekt å delegere typiske lavstatusoppgaver til hjelpepleierne.

Til tross for denne arbeidsdelingen har ikke sykepleierne oppnådd de profesjonsmessige målsetningene sine. De arbeider som sitatene viste fortsatt hardt for å bli akseptert som et kunnskapsbasert fag og bli verdsatt som yrkesgruppe på linje med andre sammenlignbare profesjoner. Sykepleie blir fortsatt oppfattet som bare et praktisk fag.

Derfor blir det nødvendig for dem å finne en ny strategi, og med Loen-vedtaket ønsker de i stedet for å delegerer typiske lavstatusoppgaver nå å håndtere *alle* oppgaver på pleiefeltet, også de med lav status. På denne måten skyves hjelpepleierne ut av pleiefeltet og de monopoliserer sitt eget arbeidsfelt. Dette tilsvarer det Davies (1995) kalte *demarcationary closure*, altså en utestengelsesstrategi hvor den sterke parten skyver ut den svake. Dermed oppstår en profesjonskamp mellom sykepleierne og hjelpepleierne.

I mitt materiale finner jeg at denne profesjonskampen kjempes på flere fronter, som jeg her vil kalle diskurser. I gjennomgangen av materialet finner jeg særlig tre slike diskurser som argumentasjonen deres kretser omkring:

Den ene har jeg valgt å kalle en *profesjonsdiskurs* og tar for seg spørsmålet om hvor grensene mellom sykepleiernes og hjelpepleiernes arbeidsområder skal gå. Oppgavene som står i fokus her er de tradisjonelle pleieoppgavene, det sykepleierne kaller direkte pleie. Hvordan yrkesgruppene forhandler om disse oppgavene er viktig her. Gjennom denne diskursen er det også mulig å avdekke noen av de mekanismene og virkemidlene som i følge profesjonslitteraturen er virksomme i profesjonsprosesser generelt og i denne konkrete saken spesielt.

Den andre diskursen har jeg kalt en *kunnskaps- og kjønnsdiskurs*. Koblingen mellom kjønn og kunnskap er her viktig fordi man må se kunnskap i forhold til hvordan den blir oppfattet av andre. Dette vil jeg vise ved å foreta et tilbakeblikk på sykepleiernes historie. Jeg vil vise hvordan sykepleierne med Loen-vedtaket igjen satte kunnskapsspørsmålet på dagsorden og hvordan problemstillinger som de var opptatt av den gangen igjen ble et aktuelt tema med NOKUT-revideringen.

Til slutt mener jeg at dette er en *maktdiskurs*. Jeg vil her si litt om formen på debatten og se nærmere på hvilke posisjoner henholdsvis sykepleierne og hjelpepleierne inntar i den.

Selv om jeg har valgt å dele opp diskusjonen i tre ulike diskurser er disse overlappende og gjensidig avhengige. Jeg vil derfor trekke inn elementer fra de andre diskursene i behandlingen av hver enkelt av dem.

6.3 Profesjonsdiskursen

Som sagt viser materialet mitt at det er en tydelig profesjonskamp mellom sykepleierne og hjelpepleierne. Jeg finner også en tydelig profesjonsdiskurs i materialet, det vil si at temaene som de to yrkesgruppene tar opp og diskuterer i materialet tilsvarer temaer og problemstillinger som er sentrale innenfor profesjonslitteraturen. Eksempler på dette er spørsmål om hvor grensene mellom de to yrkesgruppenes arbeidsområder skal gå, hvordan de begrunner disse skillelinjene samt hvilke virkemidler som tas i bruk.

Gjennomlesningen av artiklene viste at de to yrkesgruppene har ulike syn på hvorvidt denne saken handler om typiske profesjonsspørsmål og dermed kan kalles en profesjonskamp, eller om andre ting står på spill. Hjelpepleierne er sterkt kritiske til Loen-vedtaket og alt det de frykter at det fører med seg. De gir uttrykk for at man har å gjøre med en tradisjonell profesjonskamp og at det ikke er første gangen hjelpepleierne utsettes for denne typen angrep fra sykepleierne, noe gjennomgangen av den historiske bakgrunnen gir dem rett i. Sykepleierne på sin side avviser hjelpepleiernes rop om profesjonskonflikt og hevder at det er viktigere ting som står på spill her. De trekker frem hensynet til pasientene og kvaliteten i helsevesenet.

6.3.1 Loen-vedtaket: Behovet for ny grensedracting settes på dagsorden

Denne profesjonskampen har et tydelig start-tidspunkt med Loen-vedtaket. I innstillingen "Sykepleietjenesten i fremtiden" (1989) som lå til grunn for vedtaket trekker NSF opp linjene for en ny organisering av sykepleietjenesten der målet er å komme kortsiktigheten til livs og legge til rette for en langtidsplanlegging. NSF mener virkemidlet er en gjennomgripende endring i sykepleierne og hjelpepleierne

funksjoner. For sykepleierne oppleves arbeidet, slik det er organisert i dag, problematisk fordi arbeidet primært er preget av å løse kriser. Arbeidet blir svært oppstykket og som følge av dette blir de forhindret fra å bruke sin kompetanse som sykepleiere fullt ut. Den kortsiktigheten som preger pleiearbeidet fører til at de fungerer som brannslukkere og kriseløsere, og bare har kapasitet til å håndtere minimumskrav i sykepleien.

NSFs tanke med Loen-vedtaket er at sykepleiere og hjelpepleiere skal bestå som yrkesgrupper, men innholdet i de to yrkesgruppens arbeid må bli annerledes. Med utgangspunkt i et profesjonssosiologisk begrepsapparat kan man derfor si at NSF med innstillingen forsøker trekke opp nye grenser mellom de to yrkesgruppens arbeidsområder. I teorikapitlet viste jeg at arbeidsområder stadig er utsatt for press. Fordelingen av oppgaver mellom yrkesgrupper er ikke statisk, men er del av et system som er i kontinuerlig endring. Abbott (1988) ser på profesjonene som deler av et gjensidig avhengig system hvor et angrep fra én yrkesgruppe får følger for en annen. Dette systemet er kontinuerlig preget av forsøk fra en yrkesgruppe på å overta en annens oppgaver. Profesjonene er grådige og går ikke av veien for å utvide sin jurisdiksjon.

Med Loen-vedtaket forsøker sykepleierne på samme måte å endre den etablerte oppgavefordelingen mellom dem og hjelpepleierne. Sykepleierne foreslår endringer på pleieområdet, mens hjelpepleierne utsettes for angrep på sine oppgaver.

Loen-vedtaket setter altså spørsmålet om fordeling om arbeidsoppgaver på dagsorden. Jeg vil i neste avsnitt gå inn på hvilke arbeidsområder konflikten konkret dreier seg om.

6.3.2 Kampen om skittarbeidet

Hughes (1984) beskrev hvordan hver yrkesgruppe har det man kan kalle et oppgavesett, eller ansvar og kontroll over et knippe med oppgaver. Innenfor det konkrete oppgavesettet finnes oppgaver med ulik vanskelighetsgrad og prestisje.

Noen har lav status mens andre har høy status. Slik er det også med sykepleiernes og hjelpepleiernes oppgavesett. I den historiske gjennomgangen av yrkesgruppens fremvekst og utvikling og i redegjørelsen av Celia Davies' (1995) analyse av sykepleiernes profesjonsprosjekt i teorikapittelet så vi at sykepleierne har hatt et langvarig profesjonsprosjekt i betydningen at de kjemper for å få anerkjennelse for at det arbeidet de gjør er teoribasert. Som jeg også viste i bakgrunnskapittelet har sykepleierne gjennom hele sin historie slitt med å få aksept for at det arbeidet de gjør er tuftet på kunnskap og at det ikke bare er "naturlige kvinneeigenschaften" som ligger til grunn for arbeidet og at det er noe enhver kvinne uten spesiell opplæring kan gjøre. Å oppnå anerkjennelse for den kunnskapen som ligger til grunn for arbeidet har vært svært vanskelig for sykepleierne.

Vi så at sykepleierne i sin tid var svært negative til at hjelpepleierne ble etablert som en egen yrkesgruppe. Melby (1990) sier at de likevel sannsynligvis var klar over at det ville være profesjonsmessig smart å ha en underordnet yrkesgruppe å delegere de enklere oppgavene til, de med lavest status. Innenfor sykepleiernes oppgavesett var det å hjelpe pasienter med personlig hygiene og matsservering blant slike delegerte oppgaver.

Gjennom årene har hjelpepleierne nettopp avlastet sykepleierne med det man definerer som enklere oppgaver. På mange måter kan vi derfor se en parallell mellom hvordan sykepleierne med et profesjonsmål for øyet har resortert oppgavesettet sitt og Hughes' beskrivelse av handlingsmønstret til yrker som har som målsetning å klatre i profesjonshierarkiet. De enklere oppgavene i oppgavesettet, det Hughes beskriver som skittarbeid, er gjennom flere år delegert til hjelpepleierne som er sykepleiernes assistenter på pleiefeltet og under dem i profesjonshierarkiet. Samtidig har sykepleierne, som har vært rangert under legene i samme profesjonshierarki, fått delegert enklere oppgaver fra legenes oppgavesett. Sykepleierne sitter da igjen med et oppgavesett som gir høyere status enn de hadde før. En delegering av skittarbeidet vil derfor ut fra Hughes' perspektiv være positivt for sykepleiernes mål om å klatre i profesjonshierarkiet, og har derfor lenge vært den strategien de har fulgt.

Likevel har sykepleierne ikke nådd sine egne profesjonsmål. Selv om lønn ikke er et tema i denne oppgaven, så kan den langvarige lønnskampen de kjemper sees på som et uttrykk for lav verdsetting. Forsøk på å sammenligne seg med en sterkt befestet profesjon som for eksempel ingeniører, har ikke slått igjennom.

Med Loen-vedtaket forsøkte sykepleierne en motsatt strategi av det Hughes beskriver og det som har vært tradisjonen i flere år. I Loen-vedtaket sier de at de ønsker å reforhandle fordelingen av arbeidsoppgavene mellom dem selv og hjelpepleierne. Alle oppgavene som hører inn under pleiefeltet skal nå utføres av sykepleierne, noe som i praksis betyr at det ikke lenger vil være rom for hjelpepleierne på feltet. Vi så at både hjelpepleierne og sykepleierne var enige i at dette var konsekvensen av forslaget, men at de var uenige om dette var en god eller dårlig løsning. Den delegeringen av oppgaver som hadde foregått i mange år fra sykepleierne til hjelpepleierne skulle nå gjøres om og situasjonen skulle på mange måter bli mer lik situasjonen slik den hadde vært før hjelpepleierne kom på feltet. Sykepleierne ønsket altså med Loen-vedtaket å ta tilbake de oppgavene som Hughes definerer som skittarbeid.

Vi så videre at sykepleierne begrunner forslaget ut fra hensynet til pasientene, til effektivitet og til kostnadsbesparelse for helsevesenet, og at det er en dårlig utnyttelse av den kunnskapen de som yrkesgruppe har. De har blitt fremmedgjort overfor arbeidet som pleiere og gjennom flere år har de fjernet seg for langt fra det som er sykepleiens kjerneområde. Nå ønsker de å gå tilbake til det Florence Nightingale kalte "the art of nursing", den egentlige sykepleien (Hamran 1987). Problemet med å forklare dette er at det også innebærer at sykepleierne nå tar tilbake de oppgavene som det ut fra et profesjonsperspektiv ville være naturlig å kvitte seg med, oppgaver som ikke vil gjøre deres profesjonaliseringsmål lettere å nå. Som vist i den historiske gjennomgangen av sykepleiernes og hjelpepleiernes utvikling, er sykepleierne en yrkesgruppe som er svært profesjonsbevisst og de vil neppe gjøre noe som kunne spenne ben under det profesjonsprosjektet de har hatt i så mange år. Den

redefineringen av oppgaver som sykepleierne gjør må derfor være i tråd med deres profesjonaliseringsmål. Jeg vil derfor nå se på hva denne redefineringen innebærer.

6.3.3 Redefinering som mekanisme

Redefinering av oppgaver er den viktigste mekanismen som virker i denne profesjonaliseringsdiskursen, hvor sykepleierne bruker kunnskap som et argument for å redefinere feltet.

Men det er ikke bare å overta en annen yrkesgruppes arbeidsoppgaver. Arbeidsdelingen er lovfestet og man er avhengig av å ha stor støtte i samfunnet for å kunne gjøre dette (Abbott 1988).

På tilsvarende måte var det i denne konkrete saken viktig for sykepleierne å få samfunnets aksept for å få gjennomslag for de nye grenselinjene de forsøkte å trekke opp. Uten denne aksepten vil prosjektet deres være nytteløst. For å få til dette forsøkte de på det som Abbott kaller redefinering, det vil si å argumentere for at pleiefeltet som en annen yrkesgruppe har ansvaret for har en mer logisk plassering innenfor ens eget oppgavesett.

I materialet kan en se denne strategien når de sier at den direkte pleien ikke består av enkle oppgaver som nær sagt hvem som helst kan gjøre, men av oppgaver som krever teoretisk kunnskap. I innstillingen "Sykepleietjenesten i fremtiden" (1989) pekes det på at "for å bli en kompetent sykepleier er vekselvirkningen mellom teoretisk kunnskapstilegnelse og praktisk erfaring av den største betydning" (Sykepleietjenesten i fremtiden, 1989:62), og senere at "Kvaliteten av sykepleien blir avgjort av sykepleierens evne til å oppfatte samspillet mellom de ulike komponentene i situasjonen" (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 63). Pleie av syke er altså ikke et sett av enkelthandlinger som kan læres og gjøres løsrevet fra hverandre, men oppgaver som må settes inn i et større perspektiv der alle sider av pasienten gjøres til gjenstand for pleierens oppmerksomhet. Oppgavene er udelelige og teoretisk kunnskap er nødvendig for å gjøre dette arbeidet.

Det er dette som er sykepleiernes begrunnelse for at de vil overta arbeidsoppgaver som de tidligere har delegert til hjelpepleierne. Å ha evne til å kunne se hele pasienten og ikke bare den enkelte og mest fremtredende siden ved hans eller hennes sykdom mener sykepleierne krever at den som skal utføre jobben har et teoretisk kunnskapsgrunnlag. Graden av kunnskap hos pleiepersonalet, mener de, vil ha følger for hvordan pasientens helsesituasjon utvikler seg. Men det er ikke en hvilken som helst type kunnskap som kreves. I materialet beskriver de kunnskapsbehovet ved å vise til forskjellene mellom en ingeniør og en tekniker, hvor de sier at hjelpepleieren og teknikeren kan utføre de konkrete oppgavene, men at hjelpepleierne mangler dybdekunnskap, forståelse om indre sammenhenger og evne til å ta riktige beslutninger som de ikke kan tilegne seg.

For å klare å ta tilbake de direkte pleieoppgavene må sykepleierne ifølge Abbott klare å overbevise samfunnet om at det er mer hensiktsmessig både i forhold til kvalitet og effektivitet at det er de og ikke hjelpepleierne som utfører disse oppgavene. Dette gjør de ved å redefinere oppgavene og deres innhold slik at oppgavene faller mer naturlig inn under deres oppgavesett. Fra å være et sett med praktiske oppgaver som hjelpepleiere med liten utdanning og lavt teoretisk kunnskapsnivå utførte, er disse oppgavene med Loen-vedtaket blitt (slik sykepleierne ser det) et sett med arbeidsoppgaver som er udelelige, som krever helhetsblikk og en teoretisk kunnskapsforståelse i bunnen for å kunne bli utført både på en kvalitativ forsvarlig måte, men også på en effektiv og kostnadsbesparende måte. Uten det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i bunnen hevder sykepleierne at oppgavene forsømmes. De har forsøkt å redefinere pleiefeltet, slik Abbott beskriver, og da til å være et sett med oppgaver som det er mer naturlig at hører inn under sykepleiernes oppgaveportefølje med et teoretisk kunnskapsfundament enn hjelpepleiernes portefølje med et praktisk kunnskapsfundament.

6.3.4 Teoretisk kunnskap som konkurransefortrinn

Det å kunne redefinere oppgavene på denne måten og klare å få samfunnets aksept for at det er riktig, er ingen enkel oppgave. Samfunnets oppfatninger er forholdsvis stabile.

Ifølge Abbott (1988) er det ett forhold som påvirker hvor godt man lykkes med en slik redefinering og det er hvorvidt yrkesgruppen har et teoretisk kunnskapsgrunnlag som fundament for sitt praktiske arbeid. Ifølge Abbott gjør denne abstraksjonen at yrkesgruppene blir i stand til å definere et sett med praktiske oppgaver på en ny måte, og da på en måte som gjør at det er mer hensiktsmessig at det er de som utøver dem. Yrkesgruppen kan hevde at de har begreper og analytiske tilnærminger til problemet som vil gi mer effektive resultater enn det yrket som så langt har hatt ansvar for oppgaven har kunnet vise til.

Dette kjernepoenget hos Abbott mener jeg er egnet til å beskrive situasjonen i forhold til Loen-vedtaket. Sammenlignet med hjelpepleierne er sykepleierne en arbeidsgruppe med et teoretisk kunnskapsfundament. De er også en sterkt profesjonsaspirerende gruppe som vil skyve assistentene sine ut og som bruker sin teoretiske kunnskap som argument for dette. Den direkte pleien har gjennom flere år vært en oppgave hjelpepleierne har hatt ansvaret for, men med Loen-vedtaket går sykepleierne, med Abbotts ord, til angrep på hjelpepleiernes oppgaver og mener at de kan gjøre oppgavene bedre enn hjelpepleierne. De har allerede redefinert oppgavene til å være av en type hvor det er behov for teoretisk kunnskap, og teoretisk kunnskap har sykepleierne argumentert for at er noe de har og som hjelpepleierne ikke har. Som en yrkesgruppe som har en teoretisk overbygging som veileder for det praktiske arbeidet, er det lett for sykepleierne å gå til angrep på hjelpepleierne og deres oppgaver og plassere dem inn i en teoribasert sfære. Sykepleierne har altså med en teorioverbygging for det arbeidet de gjør gode sjanser for å lykkes med sitt forsøk på å overta disse oppgavene.

I følge Abbotts teori burde hjelpepleierne med sitt praktiske kunnskapsgrunnlag være forholdsvis lette å skyve ut. Når de bare har de praktiske ferdighetene i seg selv å argumentere med, har de lite å stille opp med og vil lett bukke under for sykepleiernes angrep. I artiklene mener jeg imidlertid at dette er både og. På en måte stemmer Abbotts beskrivelse ved at hjelpepleierne ofte og høylytt roper på profesjonskamp. Det kan virke som at de må gå til dette skrittet for å prøve å få oppmerksomhet rundt hva som er i ferd med å skje. Ordet profesjonskamp skaper lett mediaoppmerksomhet. På andre siden inntar hjelpepleierne en helt annen posisjon i denne debatten enn det Abbotts teori skulle tilsi. De opponerer sterkt mot sykepleiernes argument om at oppgavene er så teoretiske som de prøver å få det til å se ut som og kaster seg således inn i en faglig diskusjon med sykepleierne. Hjelpepleierne argumenterer for at oppgavene primært er praktiske og det at en oppgave er praktisk er ikke noe negativt. Tvert i mot fremstår de som stolte over å ha et arbeid som i all hovedsak er praktisk.

Ut fra dette skiller denne profesjonskampen seg noe fra det både Abbott og Hughes beskriver. Dels er det bemerkelsesverdig at sykepleierne ønsker å ta kontroll over pleiefeltet ved å ta tilbake oppgaver med lav status og som de tidligere har delegert bort – stikk i strid med det Hughes sier – samtidig er hjelpepleiernes respons ikke så ettergivende som Abbott argumenterer for at de skulle være.

6.4 Kunnskaps- og kjønnsdiskursen

6.4.1 Valg av kunnskap og kjønn som analytisk fokus

Når jeg har valgt å skille ut kunnskap som et eget tema i analysen av Loen-vedtaket skyldes dette at kunnskap brukes som et viktig argument i debatten, at begge grupper fokuserer på det, om enn på ulike måter, og at kunnskap har vært et tema som har forfulgt de to yrkesgruppene i en årrekke og definert dem som yrkesgrupper. Jeg vil her vise hvordan kunnskap denne gangen spiller en rolle i forhold til Loen-vedtaket,

og hvordan kunnskap også må sees i relasjon til at dette er en kamp mellom to kvinneyrker.

6.4.2 Kunnskap som legitimerende argument

I materialet brukes, som jeg allerede var inne på i forrige avsnitt, kunnskap som et viktig argument for (og mot) en ny grensedracting mellom sykepleierne og hjelpepleierne og at det går et avgjørende kunnskapsskille mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Ifølge sykepleierne er det den teoretiske kunnskapen som er den gyldige kunnskapen, den kunnskapen som garanterer både kvalitet og effektivitet. Praktisk kunnskap er ikke tilstrekkelig til å løse de oppgavene som helsevesenet står overfor og avvises av sykepleierne.

I materialet setter både sykepleierne og hjelpepleierne likhetstegn mellom teoretisk kunnskap og sykepleierne som yrkesgruppe, og praktisk kunnskap og hjelpepleierne som yrkesgruppe. I argumentasjonen fremstår de to yrkesgruppene derfor som bærere av og representanter for de to ulike kunnskapsformene.

Kaster vi et blikk bakover i historien ser vi paralleller til denne inndelingen, men da med andre yrkesgrupper som aktører. Gjennom store deler av sykepleiernes historie er det de som har representert og blitt forbundet med det praktiske kunnskapsgrunnlaget, mens legene har vært bærere av det teoretiske og akademiske kunnskapsgrunnlaget.

6.4.3 Sykepleierne – fanget mellom teori og praksis

I dette avsnittet vil jeg drøfte Loen-vedtaket og senere NOKUT-evalueringen i lys av kunnskapsbegrepet som empirisk fenomen. Yrkesgruppens historiske bagasje vil her spille en viktig rolle for å kaste lys over dagens hendelser. Jeg vil vise at Loen-vedtaket og NOKUT-evalueringen ikke er to enestående hendelser i seg selv, men de siste tilskuddene til en lang prosess hvor sykepleiernes dilemma mellom teoretisk og praktisk kunnskap har vært tema. Med et historisk tilbakeblikk vil jeg illustrere

hvordan sykepleierne har opplevd at deres kunnskapsgrunnlag har vært hemmende for dem som profesjon og med dette som bakgrunn forklare hvorfor sykepleierne forsøker å redefinere hele pleiefeltet som teoretisk.

Kunnskap er et empirisk fenomen i betydningen at hva som defineres og forstås som kunnskap, varierer med ulike sosiale settinger. I vårt vestlige samfunn er kunnskapen rangert og det er den teoretiske, abstrakte og akademiske kunnskapen som bygger på objektive og målbare kriterier som forstås og aksepteres som egentlig kunnskap. Dette er også den typen kunnskap som tradisjonelt dominerer innenfor maskuline strukturer i samfunnet. Den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som spesielt kvinnearbeid har støttet seg på, blir ansett som annenrangs og har aldri blitt akseptert som kunnskap på lik linje med den teoretiske kunnskapen som er preget av menns tanke- og forståelsesmåter.

Sykepleie har alltid blitt forstått som et praktisk fag som ikke krever teoretiske kunnskaper, men som er noe sykepleierne kan i kraft av sitt kjønn. Dette er en holdning som har preget sykepleien helt fra begynnelsen og gjelder fortsatt i dag, selv om den gjerne ikke uttales så klart lengre. Som vist i et av sitatene sier sykepleierne at det fortsatt stilles spørsmål ved behovet for kunnskap når det gjelder å vaske et menneske og sette pasient opp i en stol. Dette oppfattes som noe alle kan og som det ikke kreves kunnskap og utdanning for å gjøre.

Utfordringen til sykepleierne som en sterkt profesjonsaspirerende gruppe er å få omverdenens aksept for at det arbeidet de gjør bygger på teoretisk kunnskap.

Flere eksempler fra sykepleiernes historie illustrerer at dette er en utfordring for sykepleierne og det kommer kanskje klartest til uttrykk i sykepleiernes langvarige kamp for en treårig sykepleierutdanning. Legene og den helsepolitiske eliten, som primært besto av menn, mente at en så omfattende utdanning ikke var nødvendig. Overlege og senere statsråd og medisinaldirektør Karl Wefring viste til kvinners naturlige egenskaper som det vesentlige for utøvelsen av sykepleie når han sa at:

”Hjertelag og haandlag er medfødte egenskaper. Finnes disse to verdifulle egenskaper har erfaring noksom vist at man kan faa særdeles dyktige pleiersker til aa løse mange av sykepleiens oppgaver uten saa lang utdannelse som 3 aar.” (Melby 1990: 79)

Som Ole Berg (ifølge Hamran 1987) skriver var det først med medisineren av sykepleien fra 1910, men særlig i tiden etter andre verdenskrig at faget ble fagliggjort (Hamran 1987:34). I praksis betyr det at sykepleien ble trukket nærmere medisinen og dens kunnskapsgrunnlag og at den fjernet seg fra den erfaringsbaserte kunnskapen som Florence Nightingale kalte for ”the art of nursing”. Torunn Hamran stiller seg kritisk til Bergs beskrivelse av dette som en fagliggjøring av sykepleien. Hun er enig med Berg i at faget i større grad ble fundert på medisinen kunnskapsgrunnlag, men stiller seg kritisk til at det er slik at dette kunnskapsgrunnlaget kan betegnes som mer faglig enn den praktiske, erfaringsbaserte kunnskapen.

Går vi lenger bakover i historien finner vi flere eksempler på at den typen kunnskap som først og fremst var knyttet til kvinner ikke ble sett på som gyldig. For eksempel viser Hamran til at den første norske læreboken i sykepleie som ble skrevet av den kvinnelige sykepleieren Rikke Nissen ble erstattet i 1901 av en ny som ble skrevet av en mannlig lege ut fra begrunnelsen at Nissens lærebok ikke lenger var tidsmessig (Hamran 1987:30). Her ser vi en parallell til Loen-vedtaket der en sykepleier argumenterer for ny grensedragnings fordi ”Det ser ut til at utviklingen av sykepleietjenesten, med stadig mer komplekse pasientsituasjoner har ’løpt fra’ hjelpepleierutdanningen (...)” (Sykepleietjenesten i fremtiden 1989: 117). Sykepleien var altså knyttet tettere opp mot medisinen med dets teoretiske og akademiske kunnskapsgrunnlag og det som kan betegnes som kvinnelige kunnskapsformer ble byttet ut med et fokus på det å være assistent for legen og ha kjennskap til nødvendige legeinstrumenter og assistentteknikker. Det ble også lagt vekt på at ”den kunnskapen som sykepleieren skal ha er begrenset til det som er nødvendig for å delta i legenes behandling” (Hamran 1987:31).

Kampen for en treårig utdanning og opprettelsen av Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen i 1979 og senere ved Universitetet i Oslo er senere eksempler. Kampene har foregått med sterk motstand særlig fra legene og helsemyndighetene, to mektige samfunnsgrupper som i all hovedsak tidligere var menn. Det ble stilt spørsmål ved om ”sykepleiefaget hørte hjemme i akademia” og ”hvorvidt det var en akademisk disiplin” (Melby 1990: 280).

Dette er noen eksempler fra ulike historiske epoker og felles for dem er at sykepleierne hele tiden må sloss for å få omverdenen til å forstå at det arbeidet de gjør er kunnskapsbasert og ikke er noe kvinner kan i kraft av sin natur.

Vårt vestlige samfunn er et patriarkalsk samfunn der menn gjennom århundrer har innehatt ledende samfunnsposisjoner. Menn og kvinner har gjerne ulike tilnærminger til samfunnsspørsmål og når menn gjennom så lang tid har vært de som har kunnet legge premissene for samfunnets organisering, er det bare naturlig at deres måte å se verden på har satt spor, så også når det gjelder forståelsen av kunnskap som sosialt fenomen. Den praktiske kunnskapen som har en sentral plass i sykepleien har ikke nådd opp som gyldig kunnskap i samfunnet generelt, og helsesektoren spesielt. Den har av yrkesgrupper som står sykepleierne nære, spesielt legene som frem til i dag primært har vært menn, blitt underkjent og bare blitt sett på som naturlige kvinneegenskaper. I følge Hamran er det ikke noen typiske mannlige yrkesgrupper som vurderes etter hvilke *egenskaper* yrkesutøverne har, men å fokusere på hva slags egenskaper sykepleierne skulle ha, har vært svært vanlig (Hamran 1987).

Kunnskap er ikke en objektiv størrelse, og forståelsen av den vil avhenge av hvem som har definisjonsmakten, det vil si hvilke grupper i samfunnet som har en sterk nok posisjon til å kunne definere hvilke virkelighetsbilder det skal sluttes opp om (Erichsen 1985) – i dette tilfelle, hvilken kunnskapsform som er å betrakte som gyldig.

Med dette som bakteppe kan Loen-vedtaket sees på som et nytt trekk fra sykepleierne i kampen for anerkjennelse og profesjonell selvregulering. Med en erfaringsbakgrunn som forteller dem at det er vanskelig å få aksept for at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen også er gyldig kunnskap i profesjonssystemet, forsøker de igjen å argumentere for at en viktig og helt sentral del av sykepleiens fagområde bygger på et teoretisk kunnskapsgrunnlag. Håpet er at dette vil gi dem monopol på pleiefeltet. Dette håper de at skal føre dem inn i det gode profesjonsselskap og få alle godene som dette fører med seg. Det uvanlige med denne strategien er hvilke oppgaver de ønsker å overta fra hjelpepleierne. De krever å ta tilbake praktiske oppgaver som en skulle forvente at sykepleierne ønsker å kvitte seg med, gjennom å hevde at pleie- og stelleoppgaver, inkludert det å gi mat og fjerne kroppens avfallsstoffer, fortsetter full teoribasert sykepleiekompetanse.

Dermed kan det forklares hvorfor sykepleierne i Loen-vedtaket går til det ukonvensjonelle profesjonsstrategiske skrittet og stenge hjelpepleierne ute fra pleiefeltet. Hjelpepleierne er en yrkesgruppe som er praktikere og med dem på feltet blir det vanskelig for sykepleierne å argumentere for og overbevise samfunnet om at sykepleie er et teoribasert fag. Det er derfor en profesjonsstrategisk smart handling fra sykepleiernes side å forsøke å stenge hjelpepleierne ute fra pleiefeltet, selv om dette betyr at de må ta tilbake de praktiske arbeidsoppgavene.

Den aller siste hendelsen i denne teori/praksis-dimensjonen er NOKUTs revidering av akkrediteringen av bachelorgradsstudiene i sykepleie i Norge. Med denne revideringen ble igjen spørsmålet om kunnskap i forhold til sykepleien som fag satt på dagsorden hvor hele 30 av 31 bachelorutdanninger ble vurdert til ikke å holde faglig mål og sto i fare for å miste sin godkjenning. Det paradoksale med dette blir tydelig når vi har sykepleiernes lange historie i forhold til kunnskap i mente. Problemer i forhold til teori-/praksisdimensjonen har alltid vært et grunnproblem. På den ene siden har de kjempet for aksept for sitt praktiske kunnskapsgrunnlag uten å få denne aksepten fra samfunnet. På den andre siden har de forsøkt å få aksept for at arbeidet deres er teoribasert, men også her er de blitt møtt med motstand. Til grunn

106

for NOKUTS anmerkning lå en bekymring for at faget hadde for en for svak forskningsforankring og for få lærere med førstestillingskompetanse (Heggen 2005), altså at de ikke var teoretiske nok. Når vi nå vet at sykepleierne med Loen-vedtaket forsøkte å argumentere for at pleieoppgavene måtte knyttes til et teoretisk kunnskapsgrunnlag, er det paradoksalt at det nettopp var dette de ble kritisert for å mangle. NOKUTS evaluering kan derfor beskrives som en "catch twenty-two": Mangelen på teori i utdanningen skyldes at den er for lite forskningsbasert, altså at lærerne ikke har fått mulighet til å drive forskning, fordi det blir sett på som unødvendig ettersom sykepleie er et praktisk fag.

6.5 Maktdiskursen

6.5.1 Rangert eller likeverdig?

Debatten i etterkant av Loen-vedtaket var en hard debatt, hvor partene sto sterkt mot hverandre. Særlig ga hjelpepleierne uttrykk for at de har opplevd Loen-vedtaket som svært belastende og at det har påvirket dem både som profesjonelle yrkesutøvere og som mennesker. Saken var heller ikke bare et kort og intensivt blaff. Datamaterialet er hentet fra ti-års perioden etter Loen-vedtaket i 1989, og selv om det har vært svingninger i forhold til hvor mye saken har vært oppe mediene, var hjelpepleierne fortsatt opptatt av den ti år etter, i 1999. I et av sitatene fra dette året viser hjelpepleierne til at mange hundre hjelpepleiere er satt på sidelinjen, føler seg undertrykket og utrygge og føler seg som undermennesker fordi de har valgt en praktisk rettet utdanning.

Det kommer klart frem at sykepleierne og hjelpepleierne *ikke* er likeverdige parter i denne konflikten. Sykepleierne er den dominerende parten og fremstår som kyniske der de forsøker å kvitte seg med, eller omdisponere bruken av hjelpepleiere for å sikre sine egne profesjonsinteresser. Flere av sitatene fra datamaterialet illustrerer at sykepleierne går ut i fra en dominansmodell der de ser det som sin rett å legge premissene for debatten og at det er de som bestemmer hva hjelpepleiernes

arbeidsoppgaver skal være i fremtiden. De forsvarte fremgangsmåten med at det er de som kan den profesjonelle sykepleie best og er ansvarlige for ledelsen av sykepleietjenesten, og at dette forplikter dem til å redegjøre for hvordan de mener at fremtidens sykepleietjeneste bør være. Noen innrømmelse av at de kanskje har fart vel hardt frem i denne saken er det ikke mulig å finne. De gir i stedet uttrykk for at hjelpepleierne er nærtagende og lite omstillingsvennlige når de sier at hjelpepleierne må finne seg i at sykepleierne vil uttale seg om hvilke krav som må stilles til hjelpepleierne.

For hjelpepleiernes del virker det som om Loen-vedtaket kom som en overraskelse og at de ikke ble fullt ut klar over dets implikasjoner før etter vedtaket. Først i 1990 finner jeg mange artikler som tar opp dette, men deretter diskuterte hjelpepleierne dette mye. Under gjennomgangen av datamaterialet var det et typisk trekk at det var hjelpepleierne som hele tiden tok opp Loen-vedtaket og krevde svar fra sykepleierne. Sykepleierne på sin side uttalte seg mindre om temaet, og virket lite interessert i å gå inn i diskusjon med hjelpepleierne. De gangene de kommenterte hjelpepleiernes utspill var det først og fremst for å forsvare Loen-vedtaket og opponere mot hjelpepleiernes påstand om profesjonskrig. Tilsynelatende virket det som om sykepleierne hadde gjort seg ferdige med saken eller at de fulgte en strategi om å ikke gå inn i en mer omfattende diskusjon med hjelpepleierne.

I forhold til Loen-vedtaket er det klart at sykepleierne selv oppfatter å ha et mandat til å trekke grensene mellom dem selv og hjelpepleierne på nytt slik både Hughes og Abbott skriver at yrkesgrupper vil gjøre når de får autorisasjon til å utøve et yrke. Hjelpepleierne er imidlertid svært uenige i eksklusiviteten i dette mandatet. De vet og aksepterer riktignok at sykepleierne er feltets ledere og dermed har en overordnet plikt til å vurdere tjenestetilbudet, men aksepterer på ingen måte å være en underordnet og stilletiende nikkedukke som ikke skal ha noe å si i forhold til at sykepleierne ønsker å overta deres arbeidsoppgaver. De krever at deres erfaringer og synspunkter blir hørt og tatt hensyn til, og de krever å bli sett på som en likeverdig part i denne saken. Ut fra Abbotts teori opptrer hjelpepleierne i dette tilfellet svært

108

annerledes enn det man kunne forvente. Hjelpepleierne, en yrkesgruppe som nesten utelukkende støtter seg på et praktisk kunnskapsgrunnlag, men yter sterk motstand mot sykepleierne i denne saken. De tier ikke og lar seg ikke overkjøre av sykepleierne, men tar skjeen i egen hånd og argumenterer for viktigheten av praktisk kunnskap og kompetanse i pleiearbeidet og mener at kravet om et teoretisk kunnskapsgrunnlag er trukket alt for langt.

Sykepleiernes bruker all den makten de har i denne saken. De overkjører hjelpepleierne og nekter å gå inn i debatt med dem underveis og i etterkant. Hjelpepleierne rapporterer om sykdom og mistede arbeidsoppgaver. Med utgangspunkt i Anne Witz' (1992) modell for å forklare utestengningsstrategier, kan vi si at sykepleierne i denne saken er en strategisk aktør som gjør bruk av samme utestengningsstrategier som legene tradisjonelt har brukt overfor sykepleierne. Sykepleierne bruker med andre ord det Witz mener er maskuline profesjonsstrategier. Men de oppnår da at det som er helt vanlige maktkamper mellom menn i ulike yrkesgrupper, oppfattes annerledes når det er kvinner som er aktører. Ettersom profesjonslitteraturen stort sett viser til kamper mellom mannsdominerte yrker, forventes det at kvinner er "snillere" og ikke bruker de samme strategiene som menn. Når de gjør det, fremstår de som mer kyniske enn hva man kunne forvente at de skulle være når de kjemper for å oppnå profesjonell anerkjennelse.

7. Avslutning

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å gi en forklaring på hvordan det kan ha seg at sykepleierne med Loen-vedtaket ønsket å ta tilbake skittarbeidet og stenge hjelpepleierne ute fra pleiefeltet når det i følge konvensjonelle profesjonsteorier gjerne er det motsatte – å delegere denne typen oppgaver til underordnede grupper – som er den vanligste strategien for profesjonsaspirerende yrker.

Jeg har pekt på at forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap her spiller en viktig rolle. Hjelpepleierne er en praktisk yrkesgruppe og med dem på feltet vil det være vanskelig for sykepleierne å argumentere for at sykepleie er et kunnskapsbasert fag og ikke et yrke som en hver kvinne kan gjøre i kraft av sitt kjønn. Ved å monopolisere feltet og stenge hjelpepleierne ute vil sykepleierne bli enerådende og det vil da være lettere for dem å argumentere for oppgavens kunnskapsmessige forankring. Jeg har vist at denne saken ikke er enerådende i sykepleiernes historie, men at den føyer seg inn i en lang rekke av lignende saker gjennom historien.

Et underliggende perspektiv for denne fortolkningen er at manns- og kvinnearbeid blir forstått og tolket ulikt, både i samfunnet generelt og profesjonsteoriene. Kvinnearbeid blitt vurdert lavt, og blir sett på som en type oppgave som ikke trenger kunnskap. At et teoretisk kunnskapsgrunnlag er viktig for utøvelsen av arbeidet har vært vanskelig å få aksept for.

Gjennomgangen av Torunn Hamrans (1987) analyse av sykepleiens kunnskapsgrunnlag gjennom historien viser at sykepleierne alltid har slitt med denne spenningen mellom teori og praksis. Fra å være et fag basert på omsorgsrasjonalitet og praksis, er faget blitt knyttet nærmere medisinen og dens logikk. Men samtidig ble det utviklet et teoretisk kunnskapsgrunnlag som fjernet seg mer og mer fra selve pleiearbeidet.

Både Loen-vedtaket og NOKUT-evalueringen er forholdsvis nylige hendelser som viser at sykepleierne fortsatt sliter med det dilemmaet at de er et fag fanget mellom teori og praksis.

Diskusjonen med hjelpepleierne i etterkant av Loen-vedtaket var en maktkamp hvor kunnskap utgjorde hovedelementet. Sykepleierne var her den dominerende parten og bruker all den makten de har i denne saken.

Sykepleierne kan derfor fremstå som kyniske, selv om målet og virkemidlene er kjent fra profesjonskamper mellom mannsdominerte yrkesgrupper. Derfor er det lett å felle verdi- og moraldømmer over deres handlingsstrategier. Man forventer seg andre ting av kvinner enn av menn. Derfor mener jeg at diskusjonen mellom sykepleierne og hjelpepleierne er interessant å lese i et profesjonssosiologisk perspektiv, siden mye av litteraturen innen feltet er basert på mannsdominerte profesjoner.

Sykepleierne har som jeg har vist alltid vært utsatt fra mange kanter. Deres praktiske kunnskapsgrunnlag er trukket i tvil (som egentlig kunnskap) og deres forsøk på å få aksept for at faget er teoretisk og akademisk har vært vanskelig og blitt slått tilbake av de som vokter grensene til academia. De har selv vært en utsatt gruppe som har blitt slått tilbake i sine forsøk på å oppnå anerkjennelse som et kunnskapsbasert fag og profesjonell selvregulering på lik linje med andre mannsdominerte yrkesgrupper, men har hele tiden blitt møtt med stengte dører. Med dette som bakteppe vet sykepleierne selv at de er svært sårbare og har derfor ikke råd til å være rause overfor andre yrkesgrupper, ikke en gang mot hjelpepleierne som er deres nærmeste kolleger.

Kildeliste

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago: The University Press.. ISBN 0-226-00069-9
- Alvesson, Mats & Kaj Sköldbberg (1994): *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-38161-1
- Basis: 1999 nr. 10. Norsk helse- og sosialarbeiderforbund
- Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget. ISBN: 82-00-07724-1
- Dahle, Rannveig (1984): *Kan et kvinneyrke bli en profesjon? En analyse av fysioterapeutenes profesjonaliseringsprosess*. Tidsskrift for samfunnsforskning, bind 25. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahle, Rannveig (1997): "Med et kjønnsblikk på helsevesenet." I Alvsvåg, Andersen, Gjengedal og Råheim: *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: AdNotam Gyldendal. ISBN: 82-417-0790-8
- Dahle, Rannveig og Iversen, Marianne (2001): *Relasjonene mellom sykepleiere og hjelpepleiere*. Tidsskrift for Velferdsforskning, vol. 4, nr. 4 2001. Oslo: Universitetsforlaget. ISSN: 0809-2052
- Davies, Celia (1995): *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, ISBN: 0-335-19403-6
- Eilertesen, Roar (1991): *Sykepleiere vs. hjelpepleiere. Den enes brød – den annens død? En kritisk gjennomgang av Norsk Sykepleierforbunds linje i striden mellom sykepleiere og hjelpepleiere*. DeFacto.
- Erichsen, Vibeke (1985): "Kunnskapsutvikling og profesjonalisering." I Bleiklie, Bomann-Larsen, Falkum, Gran, Jensen: *Politikkens forvaltning*. Bergen: Universitetsforlaget. ISBN: 82-00-07774-8
- Erichsen, Vibeke (red) (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug. ISBN: 82-518-3521-6
- Fagtidsskriftet Sykepleien 1990: nr. 7. Norsk sykepleierforbund
- Hammersley, Martyn og Atkinson, Paul (1987): *Feltmetodikk: Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal. ISBN 82-05-17061-4
- Hamran, Torunn (1987): *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapelig perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget. ISBN: 82-00-43081-2

- Hamran, Torunn (1991): Pleiekulturen: En utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal. ISBN: 82-05-18956-0
- Heggen, Kristin (2005): Knockout fra NOKUT. Forskerforum 9/2005 2
- Hjelpepleieren: 1989 nr. 15; 1990 nr. 1, 4, 8, 12, 13, 14, 15; 1991 nr. 3, 5. Norsk helse- og sosialarbeiderforbund
- Hughes, Everett C. (1984): The Sociological Eye. Selected Papers. New Brunswick: Transaction Books. ISBN: 0-87855-959-0
- Kjeldstadli, Knut (1997): "Å analysere skriftlige kilder." I Fossåskaret, Erik; Fuglestad, Otto Laurits og Aase, Tor Halfdan (red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo Pax Forlag. ISBN: 978-82-00-22914-8
- Kongsberg Kommune (2008): Stillingsbeskrivelse for sykepleier.
<http://mail1.kongsberg.kommune.no/intradok.nsf/02dd68ed9bcb920ec125693500572f6d/1eb8284661acc644c12569770036c725?OpenDocument> (14.05.08)
- Kongsberg Kommune (2008): Stillingsbeskrivelse for hjelpepleier.
<http://mail1.kongsberg.kommune.no/intradok.nsf/02dd68ed9bcb920ec125693500572f6d/e7d6c4dd05d37510c1256977003e7a05?OpenDocument> (14.05.08)
- Larsen, Tori Norheim (1997): En kamp om anerkjennelse. Hjemmehjelpere og ergo- og fysioterapeuter belyst gjennom en organisasjonsutviklingsprosess. Hovedoppgave, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO. ISBN: 82-570-1102-9
- Macdonald, Keith M. (1995): The Sociology of the Professions. London. Sage Publications. ISBN: 0-8039-8633-5
- Martinsen, Kari & Wærness, Kari (1979): Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon, Oslo. Pax. ISBN 82-530-1003-6
- Melby, Kari (1990): Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie. Oslo. J.W.Cappelens Forlag AS. ISBN: 82-02-11768-2
- Molander, Bengt (1997): Kunskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I Alvsvåg, Andersen, Gjengedal og Råheim: Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo: AdNotam Gyldendal. ISBN: 82-417-0790-8
- Patton, Michael Quinn (1990): Qualitative Evaluation and Research Methods, Newsbury Park. Sage. ISBN: 0-8039-3779-2
- Repstad, Pål (1993): Mellom nærhet og distanse. Oslo, Universitetsforlaget. ISBN: 82-00-21790-6
- Raaen, Finn Daniel (2006): Akkreditering og sakkyndighet. En analyse av den reviderte akkrediteringen av bachelorstudiene i sykepleie i Norge. Oslo: HiO-rapport 2006 nr. 13. ISSN: 0807-1039

- Seminar i samfunnsgeografi (2001): Seminar for grunnfagsstudenter i kvalitativ metode, samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.
<http://www.iss.uio.no/studier/sgeo/Grfagsnotat/Diskursseminar.doc> (14.05.08)
- Sosial- og helsedepartementet (1999): Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001. 3. utgave.
- Sykepleie 2010. (1992). Norsk sykepleierforbund.
- Sykepleien: 1990 nr. 3, 7, 13, 17B, 18; 1994 nr. 2. Norsk sykepleierforbund
- Sykepleien 2005, nr. 15: "Den menneskelige faktor." Norsk sykepleierforbund.
- Sykepleietjenesten i fremtiden. En innstilling fra Norsk sykepleierforbund (1989). Norsk sykepleierforbund
- Thagaard, Tove (1998): Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode, Fagbokforlaget. ISBN: 82-7674-278-5
- Wadel, Cato (1991): Feltarbeid i egen kultur: En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning. Flekkefjord: SEEK. ISBN: 82-991781-4-2
- Witz, Anne (1992): Professions and Patriarchy, London. The International Library of Sociology. London: Routledge. ISBN: 0-415-05008-1

Oppgaven består av 32781 ord.

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.