

Hjemmesykepleien
-I spenningsfeltet mellom økonomi og moral
En praxeologisk studie av hjemmesykepleiens utvikling

Stein Erik Fæø

Masterprogram i Helsefag
Sykepleievitenskap
Institutt for Global helse og Samfunnsmedisin
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Forskergruppen for praxeologi



Universitetet i Bergen

Vårsemesteret 2016

Forord

En læresetning som min veileder, og leder for forskningsgruppen for praxeologi, Karin Anna Petersen, stadig gjentar, er at vitenskap skal krenke. Hvis ikke vitenskapen bryter med de etablerte forestillinger har en ikke skapt ny viten, en har ikke drevet vitenskap. En har i beste fall bare reproduisert gammel viten. Å sette seg til med å lage vitenskap er i så måte både en ambisiøs og en farlig affære. Hvorvidt jeg har klart å skape ny viten får være opp til leseren å bedømme. Jeg kommer imidlertid ikke utenom at jeg selv har opplevd å bli krenket gjennom dette arbeidet. Ved at jeg sakte men sikkert har kjent meg selv igjen i de strukturer jeg har avdekket. På denne måten har denne oppgaven vært en lang læreprosess som har gått ut over det kunnskapsmessige og metodiske i det jeg gjennom dette har lært en hel del om meg selv.

Jeg vil med dette rette en stor takk til forskningsgruppen for praxeologi, for lydhørhet, oppmuntringer og gode og konstruktive innspill og tilbakemeldinger underveis i prosessen. En særlig takk til mine veiledere, Karin Anna Petersen og Gudmund Ågotnes, for fortløpende gjennomlesing og konkrete betraktninger til teksten underveis.

En stor takk til Jonas Svendsen for korrekturlesing og metafysiske perspektiver.

Denne oppgaven hadde ikke latt seg gjennomføre uten min fantastiske kone og beste venn, Tone. Hun oppmuntret meg til å søke på masterprogrammet, samtidig som hun skulle begynne på sitt eget masterprogram. Foruten å støtte meg gjennom hele prosessen og holde ut med mine frustrasjoner når ting har gått i stå, har hun fullført sitt eget masterløp på normert tid, samtidig som hun har født vår datter midt oppi hele prosessen. Lille Elisabeth, takk for den berikelsen du er i livet vårt. Håper du kan tilgi oss at vi stadig har overlatt deg til onkler, tanter, fettere, kusiner, besteforeldre og venner sånn at vi har kunnet jobbe med oppgavene våre. Det hadde ikke vært mulig hvis ikke du hadde vært en sånn tillitsfull og god jente som du er. En stor takk går også til alle gode barnevakter.

Tilslutt en takk til hunden vår, Lars, som har tvunget oss ut på lufteturer med jevne mellomrom.

Sammendrag

I denne oppgaven søker jeg å få svar på hvordan det kan være at vi har en hjemmesykepleietjeneste i Norge i dag. Ved hjelp av registrantanalyse har jeg gått gjennom politiske styringsdokument fra perioden 1948-2015 og behandlingen av disse i Stortinget. Gjennom å se disse i en generell helsepolitisk og samfunnsmessig kontekst, i tillegg til eldre historie knyttet til feltet, har jeg forsøkt å avdekke noen av de strukturerende strukturene som har utgjort mulighetsbetingelsene for at hjemmesykepleien som felt har oppstått og utviklet seg. I tillegg har jeg sett på nyere studier for å se hvordan feltet strukturerer seg i dag.

Studien er basert på en praxeologisk optikk og trekker på den franske sosiologen Pierre Bourdieus felt-teori og hans tanker om staten og det offentlige. I lys av dette ser jeg i oppgaven på hjemmesykepleien som felt på tre nivå. For det første som et subfelt og objekt innenfor det helsepolitiske feltet på nasjonalt nivå. For det andre som et subfelt innenfor det samlede og det kommunale helsetjenestetilbudet i landet. For det tredje som et felt i seg selv, i form av en sykepleiefaglig praksis.

Utkommet av registrantanalysen presenteres i to deler. Først i form av en deskriptiv historisering hvor jeg viser utviklingen av hjemmesykepleien på alle tre nivå, sett i lys av behandlingen av de politiske dokumentene som utgjør oppgavens empiri. Den andre delen søker å objektivere og analysere denne historiseringen med en praxeologisk optikk. På denne måten søker studien å vise utviklingen av hjemmesykepleien som felt, strukturene bak denne utviklingen og hvordan disse strukturene bidrar til å strukturerer hjemmesykepleien i dag.

Studien viser at hjemmesykepleien oppstod som et tiltak organisert av menigheter og humanitære organisasjoner for å avhjelpe sosial nød. Da presset på dem ble for stort henvendte de seg til myndighetene for støtte, med argumentasjon om at tjenesten sparte samfunnet for unødig belastning av sykehusene. Denne økonomiske retorikken ble så avløst av moralske argumenter om at pasientene hadde det best hjemme. Slik har tjenestene utviklet seg i et spenningsfelt mellom en økonomisk og moralsk logikk.

For pleierne som skal utføre tjenestene viser dette spenningsfeltet seg ved at de er satt til å avhjelpe grenseløse behov med begrensede ressurser. Dette dilemmaet løses ved at pleierne tøyer sine egne grenser for hva de er i stand til, ved at de bryter reglene for hvilke tjenester de skal utføre og ved at feltets strukturer lukker ute de som ikke evner å stå i dette dilemmaet.

Nøkkelord: Hjemmesykepleie, praxeologi, helsepolitikk, velferd, eldreomsorg, habitus

Abstract

This paper seeks to discover how it may be that we have home care services in Norway today. Using registrant analysis I have studied political documents concerning the field from 1948-2015 and the processing of these in the Norwegian Parliament. By studying these documents in a health political and societal context, applied by older history concerning the field, I have tried to reveal the structuring structures that has made out the conditions of possibility for the occurrence and development of the home care services as a field. In addition, I have reviewed recent studies to reveal how the field is structuring as of today.

The study, based on a praxeological optic, draws on the field theory of French sociologist Pierre Bourdieu and his thoughts on the state and the public. The paper looks on the home care services as a field in three levels. First, as a subfield within the health political field on a national level. Second, as a subfield within the total field of health and municipal health services in Norway. Third, as a field in itself, that is, as a nursing practise.

The outcome of the registrant analysis is presented in two parts. First, as a descriptive view of the development of the home care services on all three levels and in light of the processing of the political documents that constitutes the empirical base of the paper. The second part seeks, with a praxeological optic, to objectivise and analyse this. In this way, the paper shows how the home care services as a field has developed, and how the structures behind this development are structuring the home care services today.

The study shows that the home care services occurred as a measure, organised by parishes and humanitarian organisations, as remedy for social need. As the pressure raised, they contacted the government for support, stressing their services saved the society of unnecessary load on the hospitals. This economical rhetoric was then relieved by arguments stressing the patients was better off at home. In this way, the services has evolved in a tension between an economic and a moral logic.

For the nurses, practising the services, this tension occurs as they are set to meet limitless needs with limited resources. The nursing field cope with this dilemma by nurses stretching the limits of what they are capable of, by breaking rules for the services they are obligated to do, and by closing the field to those nurses not capable of coping with this dilemma.

Keywords: Home care service, praxeology, health politics, welfare, elderly care, habitus

INNHold

1	Innledning.....	1
1.1	Tidlig fokus på hjemmesykepleien.....	2
1.2	Nyere forskning på hjemmesykepleien.....	3
1.3	Problemstilling.....	4
1.4	Hensikt.....	6
1.5	Begrepsavklaring.....	6
1.6	Disposisjon.....	6
2	Teoretisk ramme.....	7
2.1	Kapitalbegrepet.....	8
2.2	Staten.....	9
2.3	Det norske systemet.....	11
2.3.1	Kort om de politiske partiene i Norge.....	13
2.3.2	Kommunene.....	15
2.4	Om hjemmesykepleien.....	17
2.5	Hvorfor Bourdieu.....	19
3	Datautvalg og metode.....	21
3.1	Registrantanalyse.....	22
3.2	Bearbeiding av data.....	24
3.3	Etiske hensyn.....	25
4	Auto-sosio-analyse.....	26
5	Historisering.....	35
5.1	Den første omsorg for de syke.....	35
5.2	Sykepleien oppstår som fagfelt.....	36
5.3	Politiske endringer.....	38
5.4	Etterkrigstiden.....	40
5.4.1	Husmødrene og husmorvikarene.....	41
5.5	Hjemmesykepleien får statlig tilskudd.....	41
5.5.1	Organisasjonsspørsmålet.....	42
5.6	Rekrutteringsproblemer.....	43
5.7	Utvidede hjemmetjenester.....	44
5.8	Opprørstid og sentralisering.....	46
5.9	Kampen om legene begynner.....	47
5.10	Hjemmesykepleien styrkes.....	49
5.11	Legekampen fortsetter.....	52
5.12	Opprørstid.....	52
5.12.1	Sykepleierstreik.....	53

5.12.2	Lokalsykehus legges ned – økt press på kommunene	54
5.13	Lov om kommunehelsetjenester.....	55
5.13.1	Utsettelse	56
5.13.2	Liberalismen og individet.....	56
5.13.3	Legene skjermes – hjemmesykepleien blir helsetjeneste	57
5.13.4	Frihetsbegrepet.....	59
5.13.5	Kampen om hjemmesykepleiens administrasjon	59
5.13.6	Helsedirektoratet mister makt.....	60
5.13.7	Økonomisk nedtur	61
5.14	Prioritering og omorganisering	61
5.14.1	Ideologisk tilspissing.....	63
5.15	I kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven	65
5.15.1	Egenandelsprosjektet	67
5.15.2	Frihet, likhet, rikdom – og økte forventninger.....	68
5.16	Markedstenkning.....	68
5.16.1	Ideologisk kniving.....	69
5.16.2	Nye ordninger.....	70
5.17	Utbedring og utbygging av sykehjem.....	71
5.17.1	Personellfokus.....	72
5.17.2	Ønske om konkurranseutsetting	72
5.18	Bondevik-regjeringene	73
5.18.1	Endret fokus.....	73
5.18.2	Handlingsplanen følges opp.....	75
5.18.3	Krav om normering.....	77
5.19	Kvalitet og rettigheter	77
5.19.1	Motstand mot markedslogikk.....	78
5.19.2	Bemanningsprosjektet.....	79
5.19.3	Verdens rikeste land.....	79
5.20	Rettigheter gjennom vedtak.....	80
5.21	Samhandlingsreformen	82
5.21.1	Videre lov- og planarbeid	84
5.22	Innovasjonsmelding.....	86
5.23	Blå-blå regjering	87
5.23.1	Fremtidens utfordringer	88
5.24	Historien fortsetter	90
6	Analyse	92
6.1	En nasjonal omsorgshabitus	92

6.2	Det offentliges ansvar.....	93
6.3	Partienes posisjonering.....	95
6.3.1	Kort om sykepleierne.....	100
6.3.2	Oppsummering.....	101
6.4	Styring kontra kontroll.....	101
6.5	Det trivielle problem.....	102
6.6	Det paradoksale problem.....	103
6.7	Den økonomiske kontra den moralske logikk.....	105
6.7.1	Ledelsesspørsmålet som eksempel.....	107
6.8	Hjemmesykepleien som sykepleiefaglig praksis.....	108
6.9	Tilbake til pasienten.....	109
7	Avslutning.....	111
8	Litteratur.....	113

1 INNLEDNING

«Eiendommen tilegner seg sin ejer, i det den inkarnerer sig i form af en struktur, der genererer praksisser, som er perfekt overensstemmende med dens logik og dens krav.»
(Bourdieu, 2007, p. 98)

Hjemmet, det kjente, synes å være sentralt i hvordan vi strukturerer våre liv og vårt praktiske forhold til verden. Hjemmet er trygt, hjemmet er kjent og på samme måte som vi tar eierskap over hjemmet, tar hjemmet eierskap over oss. Dets struktur former våre handlinger og våre rytmer, det genererer våre praksiser. Slik sett er hjemmet mer enn bare der vi bor, det er det kjente som vi omgir oss med og som vi forholder oss til: den faste plassen på bussen, stamkaféen, men også omgivelsene, de skiftende, men kjente årstidene, naturen. Det er her samfunnet vårt er bygd opp og i overensstemmelse med disse omgivelsenes logikk og krav skapes vår praktiske sans som styrer hvordan vi forholder oss til verden og hverandre. Det er med utgangspunkt i disse inkorporerte disposisjonssystemer vi også forholder oss til det ukjente og forsøker å forstå verden utenfor det hjemlige (Bourdieu, 2007). Kanskje er det derfor Rikke Nissen, forfatter av den første norske lærebok i sykepleie, skriver at:

«Når en Dk.¹ udsendes i Privatpleie, maa hun ikke, strax hun er kommet ind i Huset, ville give seg ifærd med at ordne og indrette Sygeværelset paa en hensigtsmæssigere måde. (...) I det hele maa hun gaa frem med megen Varsomhed og Forsigtighed i dette Stykke.» (Nissen, 2000, p. 25)

Som sykepleier har nettopp det å komme inn i pasientens hjem fascinert meg med hjemmesykepleien. Mens det i institusjonene er pleieren som er «hjemme» mens pasienten kommer inn utenfra og må søke å posisjonere seg i et ukjent felt er dette motsatt i hjemmesykepleien. Her er det pleieren som kommer utenfra, som er ukjent og trer inn i pasientens domene. Samtidig markerer hjemmesykepleiens inntreden et brudd i pasientens kjente tilværelse. For det første kommer hjemmesykepleien inn som følge av en endring i pasientens funksjonsnivå. De inkorporerte handlingsmønstre fungerer ikke lenger som før og det som før var kjent blir ukjent. Dørterskelen til badet blir en hindring, brødkniven blir ubrukelig, det som kanskje er det mest hjemlige av alt, sengen, blir en felle det er vanskelig å komme ut av. Hjemmet blir ukjent og pasienten må finne nye handlingsmønstre, nye måter å strukturere sine praksiser på. Kanskje igjen og igjen ettersom tilstanden endres. Kanskje må

¹ DK.= Diakonisse, forløper for dagens sykepleier.

hjemmet som sådan omformes for at det skal være mulig å utøve de praktikker som er nødvendig for å opprettholde livet. For det andre blir hjemmesykepleien en inntrenger, en ukjent annen som kommer inn i hjemmet i en ukjent rolle en ikke har måttet forholde seg til tidligere.

1.1 TIDLIG FOKUS PÅ HJEMMESYKEPLEIEN

Tidspunktet for når den første kommunale hjemmesykepleien oppstod i Norge er det vanskelig å gi et eksakt svar på, men det var først fra 1959 det ble gitt statlig tilskudd til denne typen virksomhet. I 1982 var tjenesten utbygd i alle kommuner (Aarheim & Solheim, 2004). Tjenesten har siden den gang vært omtalt som et grunnleggende og sentralt element i det norske helsevesenet. På 80-tallet ble hjemmesykepleien som felt brukt i studier knyttet til kjønnsforskning og omsorgsarbeid. For eksempel tok Kari Wærness (1984) utgangspunkt i arbeid i hjemmesykepleien i sin artikkel om omsorgsrasjonalitet². Her viser hun blant annet hvordan pleiere i hjemmetjenestene bryter reglene for hva de skal og ikke skal gjøre, ut fra en skjønsmessig vurdering om hva som er det «rette» i situasjonen. Sammen med Kari Martinsen skrev hun også boken «Pleie uten omsorg?» der utviklingen innenfor den hjemmebaserte sykepleien stadig kommer til uttrykk (Martinsen & Wærness, 1991). Kari Martinsen har videre belyst dette temaet i flere sammenhenger, blant annet i en rekke artikler samlet i boken «Omsorg, sykepleie og medisin» (Martinsen, 2003). En sentral distinksjon i Martinsens tenkning er skillet mellom det hun kaller vekst- og vedlikeholdsomsorg. Med vekstomsorg mener hun omsorgstjenester som er resultatfokusert og som har som siktemål at pasienten i størst mulig grad skal gjenvinne tapt funksjon, gjerne innenfor et kortest mulig tidsrom. På den annen side fokuserer vedlikeholdsomsorgen på mer langvarige forløp, der bedring er vanskelig eller umulig og der fokuset er å gjøre det beste for pasienten fra dag til dag, fra situasjon til situasjon. Dette kan innebære opptrening eller lignende, men dette er ikke noe mål i seg selv. Hun peker på at vekstomsorgen tradisjonelt har hatt sin plass i sykehusene, mens vedlikeholdsomsorgen har hatt sin plass i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Videre viser hun til hvordan vekstomsorgen fremheves og prioriteres på bekostning av vedlikeholdsomsorgen i form av ressurser og kompetent personell (Martinsen, 2003).

² Wærness forfekter begrepet omsorgsrasjonalitet som en måte å balansere mellom det vitenskapelig rasjonelle og det sentimentale ved at en evner å se det partikulære i hver enkelt situasjon.

1.2 NYERE FORSKNING PÅ HJEMMESYKEPLEIEN

De siste 5-10 årene og særlig etter at samhandlingsreformen ble iverksatt fra 2012 ser det ut til at fokuset på hjemmesykepleien har fått en kraftig oppblomstring innenfor den helse- og sykepleiefaglige forskningen. Felles for mange av disse studiene som er gjort de senere årene er at de med ulike innfallsvinkler peker på hvordan strukturelle og organisatoriske forhold preger tjenestene. Blant annet peker Gautun og Syse (2013) på hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien viser til økt kompleksitet og utrygghet i arbeidet ettersom flere oppgaver fra sykehusene blir overført til kommunene. I tillegg beskriver de en forskyvning til stadig mer administrasjon og rapportering, noe som også påpekes av Rusdal og Aase (2013). De viser videre til hvordan det til tross for denne forskyvningen vises store mangler i dokumentasjonen ved overføring av pasienter fra hjemmesykepleie til sykehjem. Tilsvarende viser både Tjøstolvsen (2016) og Tønnesen, Kassah og Tingvoll (2016) hvordan ansatte i hjemmesykepleien omtaler mangler i dokumentasjon og samhandling i forbindelse med pasienter som skrives ut fra sykehus. Gjevjon (2015) peker på hvordan mange ansatte fører til lite kontinuitet i tjenestene. Hun peker også på hvordan tjenestene standardiseres gjennom rigide enkeltvedtak og tidsplaner for tjenestene.

Fokuset på enkeltvedtak danner også grunnlag for tematikken til Kirchhoff (2010) om «skjulte tjenester» i hjemmesykepleien. Han viser hvordan ansatte i hjemmesykepleien gir hjelp til pasientene i det skjulte, i strid med vedtakene, når de opplever at pasienten har behov som går utover den hjelpen som er vedtatt. Dette fører så, blant annet, til splittelse i personalgruppen, uforutsigbarhet for pasientene og generelt manglende kontroll på lederplan med hva som egentlig foregår i tjenestene. Pleierne som driver med slike «ulovlige» tjenester påpeker rigiditeten i vedtakene som regulerer hjelpen til den enkelte og begrunner det de gjør med faglige og etiske argumenter. I en senere studie peker han på hvordan disse dilemmaene fører til yrkesrelatert stress blant de ansatte (Kirchhoff, 2011). Akselberg (2012) viser noe av det samme i sin masteroppgave, med et praxeologisk perspektiv. Her vises hvordan pleiere i en hverdag med minimalt med tid til å utføre de arbeidsoppgaver de er satt til å gjøre balanserer mellom de krav som kommer ovenfra, knyttet til behandling og økonomistyring og de krav de stiller til seg selv om omsorgsutøvere, i lys av deres disposisjoner.

Haukelien (2013) viser til hvordan den kommunale pleie- og omsorgssektoren er preget av kulturer med uformelle hierarkier, der pleierne stadig må gå på akkord med egne krav til jobben de gjør på grunn av mangel på ressurser eller for å unngå å stikke seg frem som bedrevitere med ny kunnskap. Særlig peker hun på lederutviklingsprogrammet «Flink

med folk», som henvendte seg mot lederne i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene på begynnelsen av 2000-tallet. Her stod LØFT-teknikken³ sentralt. Dette er en såkalt «positiv» modell for problemløsning som handler om å fokusere på det en får til og som er positivt, istedenfor det en ikke får til og som er negativt. Haukelien viser til hvordan dette mantraet brukes, i gjentatte situasjoner, til å kvele kritikk og forsøk på nytenkning og der nedskjæringer og nedbemanning blir møtt med påbud om å tenke positivt og fokusere på det en er god på. Hun viser hvordan mellomledere bruker denne teknikken overfor sine ansatte, samtidig som de selv utsettes for dette i møte med sine overordnede.

Med henvisning til Bourdieus habitusbegrep⁴, viser Bakken (2004) til hvordan kvinners tradisjonelle husmorrolle viser seg i habituelle disposisjoner som muliggjør at pleie- og omsorgsyrkene kan strukturere seg som de gjør. På samme måte som 60-tallets husmødre⁵ tok imot husholdningspengene og brukte disse til å imøtekomme de krav som stiltes til et «møblert hjem», uten å stille spørsmål, imøtekommer dagens pleiepersonell de krav som stilles, uansett hvor sparsommelige ressursene måtte være. I dette ligger også en forståelse av deres disposisjoner som i seg selv innebærer å imøtekomme krav uten å stille for mange spørsmål. Akselberg (2012) bekrefter funnet av en slik «omsorgshabitus» blant informantene i hennes studie. I boken «Maktens samvittighet» viser Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien og Kroken (2002) hvordan ledere i sykehus i større møtesammenhenger pålegger pleierne urimelige krav uten at noen tar til motmæle. Snarere tvert imot. Pleierne uttrykker i etterkant tilfredshet over å ha fått en påminning om deres moralske ansvar overfor pasientene så vel som budsjettene. Gjennom disse strukturene blir pleierne stående igjen som helsevesenets «dårlige samvittighet» i det de møter pasientenes grenseløse behov med begrensede ressurser.

1.3 PROBLEMSTILLING

Dette er bare noen eksempler på studier som med ulike perspektiver peker på hvordan helsevesenet og hjemmesykepleien som felt strukturerer seg og som fremhever ulike utfordringer innen feltet. Det som går igjen i disse studiene av feltet, er at bakgrunnen for de problemstillinger og utfordringer som løftes frem i stor grad ligger på organisatorisk nivå. Rigide enkeltvedtak, knappe ressurser og store personalgrupper som betjener store pasientgrupper bidrar i siste instans til å kompromittere kvaliteten og forsvarligheten i den hjelpen som gis (Tønnesen & Nortvedt, 2102). Det jeg ønsker med denne masteroppgaven er

³ LØFT – LøsningsFokusert Tilnærming

⁴ Se kap. 2 [Teoretisk ramme](#)

⁵ Husmorrollen vil bli beskrevet nærmere i kapittel 6.4.1 [Husmødrene og husmorvikarene](#).

å analysere de strukturerende prinsippene som fører til at hjemmesykepleien strukturerer seg som den gjør. Det overordnede forskningsspørsmålet, det jeg ønsker å forklare med denne oppgaven er:

- Hvordan kan det være at vi har en hjemmesykepleietjeneste i Norge?

For å hjelpe meg å besvare dette stiller jeg tilleggsspørsmålene

- Hvor kommer denne tjenesten fra, det vil si: hva er tjenestens historikk?
- Hvordan struktureres hjemmesykepleien i det helsepolitiske feltet, sett i lys av politiske dokumenter?
- Hvordan bidrar disse strukturene til å strukturere hjemmesykepleien som sykepleiefaglig praksis?

Med utgangspunkt i disse spørsmålene søker jeg å historisere hjemmesykepleien som felt og på denne måten forklare og forstå noe av bakgrunnen for at hjemmesykepleien ser ut som den gjør. Det finnes en rekke historiske redegjørelser for det norske helsevesenet. Jeg har tidligere nevnt Martinsen, både alene og sammen med Wærness. Alvsvåg og Tanche-Nilssen (1999) trekker inn hjemme-fokuset i sin bok om HVPU- og sykehjemsreformene rundt 1990. Bølstad (1985) gir også en kortfattet historisk redegjørelse i sin bok om hjemmesykepleien fra 1985. Feltet nevnes også i Schiøtz' (2003) store verk om helsevesenets historie i Norge. En grundig historisk redegjørelse for hjemmesykepleiens historie i Norge av nyere dato finnes imidlertid ikke etter det jeg kjenner til. Utgangspunktet for denne historiseringen vil være politiske prosesser på nasjonalt nivå som søker å regulere hjemmesykepleien. Ved å gå gjennom stortingsmeldinger og behandlingen av disse i Stortingets fagkomité og Stortinget som sådan vil jeg, ved hjelp av registrantanalyse⁶, søke å danne et bilde av hvordan føringene for tjenesten har utviklet seg i perioden etter andre verdenskrig. Beskrivelser av hvordan tjenesten har strukturert seg i perioden bygger i hovedsak på det som kommer frem i de dokumenter jeg går gjennom. Ved å først historisere feltet, for så å objektivere og analysere historiseringen vil jeg søke å få svar på forskningsspørsmålene.

I denne oppgaven må feltet⁷ ses på tre ulike nivå. Det empiriske feltet er den helsepolitiske diskursen slik den kommer frem i stortingsmeldinger, lovproposisjoner, stortingskomitéinnstillinger og stortingsforhandlinger. Ved å undersøke dette feltet vil jeg søke å forstå og forklare hvilke strukturer som ligger til grunn for strukturering av feltet på det

⁶ Se kap. 3.1 [Registrantanalyse](#)

⁷ Redegjøres for i kap. 2 [Teoretisk ramme](#)

andre og tredje nivået. Det andre nivået er hjemmesykepleien som subfelt, både innenfor de samlede helsetjenestene generelt og innenfor de kommunale helsetjenestene. På det tredje nivået ser jeg hjemmesykepleien som et felt i seg selv, i form av en sykepleiefaglig praksis.

1.4 HENSIKT

Hensikten med denne oppgaven er altså å undersøke mulighetsbetingelsene, politisk, historisk og sosialt, som ligger til grunn for at vi har en hjemmesykepleie i dag og utviklingen av denne. Både på politisk, tjeneste- og praktikknivå, sett i lys av politiske dokumenter. I forlengelsen av dette søker jeg å undersøke hvordan disse mulighetsbetingelsene bidrar til å strukturere hjemmesykepleien av i dag, sett i lys av nyere studier av feltet. På denne måten ønsker jeg å avdekke og forklare noen av de strukturer som ligger bak de utfordringene feltet står i og øke forståelsen av disse.

1.5 BEGREPSAVKLARING

I hjemmesykepleien og helsevesenet for øvrig er det representert en rekke yrkesgrupper. Særlig gjelder dette når det kommer til de rene pleieoppgavene, her kan det være sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, ufaglærte og så videre. Min bruk av ordet «pleier» henspiller ikke til en konkret yrkesgruppe, men nettopp til en person som utøver denne typen oppgave, uavhengig av profesjon. Tilsvarende bruker jeg ordet «pasient» som en fellesbetegnelse på personer som mottar denne typen hjelp, selv om de formelt sett kan ha status om brukere, klienter eller lignende. I den historiske delen av oppgaven kan det imidlertid forekomme avvik fra dette. Dette fordi jeg ønsker å bruke den terminologien som brukes i de dokumenter jeg henviser til ettersom dette kan si noe om den generelle tenkningen til ulike tider.

1.6 DISPOSISJON

I det følgende kapitlet vil jeg gjøre rede for oppgavens teoretiske rammeverk og begrepsapparat. Deretter følger en beskrivelse av det norske politiske systemet og hjemmesykepleiens organisatoriske plassering. Jeg vil så gå tilbake til det teoretiske rammeverk og forklare dets relevans til oppgaven. I kapittel tre redegjør jeg for min rent metodiske fremgangsmåte etterfulgt av en selv-presentasjon, min auto-sosio-analyse, i kapittel fire, der jeg redegjør for mine egne disposisjoner i møte med feltet. Oppgavens største del, en deskriptiv historisering av feltet på bakgrunn av empiri følger etter dette, i kapittel fem. Tilslutt søker jeg, i kapittel seks, å analysere og objektivere feltet og forsøke å komme med svar på mine forsøks spørsmål, før jeg kommer med en kort oppsummering og avslutning i kapittel syv.

2 TEORETISK RAMME

Min teoretisk-metodiske tilgang til de spørsmål jeg stiller baserer seg i all hovedsak på den franske sosiologen Pierre Bourdieu og hans praktikk- og feltteori. Dette er ikke å forstå som en metodisk oppskrift for hvordan en skal gå frem for å studere et felt, det er heller å forstå som en verktøykasse med begreper og teoretiske modeller som kan være til hjelp for å forklare og forstå et felt og den praktikken som finner sted i det. Nettopp feltbegrepet står sentralt i Bourdieus tenkning. Bourdieu bruker spill-begrepet, med henvisning til fotball, for å forklare felt-tenkningen nærmere (Bourdieu, 2007). Jeg vil spille videre på denne metaforen i min forklaring av de sentrale begrepene som ligger til grunn for oppgaven. Som sagt er feltbegrepet sentralt. Dette er å forstå som det avgrensede empiriske området og tidsrommet en vil ta for seg, men også de uttalte reglene som eksisterer innenfor dette. Med fotballmetaforen, kan vi forstå dette som banen, spilletiden og spillereglene. Som i fotball dreier det seg om sosialt konstruerte enheter, fotballbanen har ikke oppstått av seg selv. Selve spillet har heller ikke oppstått i et tomrom, men inngår i en sosial og historisk kontekst. I et forskningsøyemed fremstår ikke feltet tydelig, som en fotballbane. Forskeren må derfor selv konstruere frem det empiriske feltet og tydelig definere grensene for dette.

Spillerne omtales som agenter. Det er de som kjemper om å vinne kampen, om å bli den dominante. Her kommer spill-metaforen til sin rett. Bourdieu omtaler nemlig det som skjer i enhver sosial relasjon, innenfor ethvert felt, innen enhver praktikk, som et spill, eller en kamp mellom to eller flere agenter. De går inn i spillet med en *illusio*, en interesse for og en investering i spillet som gir det både en subjektiv og en objektiv mening. Subjektiv i form av at deltagelse i spillet gir en eksistensiell mening i seg selv. Objektiv, forstått som deltagelse i spillet med et fremtidig perspektiv: en utvikler ferdigheter, kan inngå bekjenskaper, kan få innpass «på bedre lag», og så videre. Det som ligger til grunn for selve spillet er *doksa*. Det er det usagte og udiskuterbare som ingen stiller spørsmål ved og som alle stilltiende godtar ved å ta del i spillet. Slik skiller *doksa* seg også ut fra de generelle reglene: reglene kan bøyes og diskuteres, det kan ikke *doksa*. En kan diskutere hvorvidt en skal håndheve offsideregelen i barnefotball, men ikke hvorvidt det handler om å få ballen i mål eller ikke. *Doksa* i et sosialt felt har imidlertid heller ikke oppstått av seg selv, men er et resultat av en kamp i seg selv (Bourdieu, 2014). Der den dominante agenten har fått etablert en ortodoksi, den dominantes standpunkt, som den udiskuterbare sannhet, *doksa*. *Taperens*, den som er dominert, synspunkt, heterodoksa, forsvinner.

Hvorvidt man ender opp i posisjonen som dominant eller dominert avhenger av hvordan man posisjonerer seg i feltet. Hvordan man posisjonerer seg kommer av ens praktiske sans for spillet: det Bourdieu omtaler som habitus. En inkorporert forståelse av feltet og de nødvendige ferdigheter som er nødvendig for å kunne være deltagende i dette. Det handler altså om mer enn å kunne reglene og de praktiske ferdighetene. En fotballspiller må også kunne «lese» spillet, være forutseende og tilpasse seg skiftninger i spillet. Dette skjer ikke-bevisst, og er innfelt over tid i spillerens kropp. Denne habitus baserer seg på spillerens - den enkelte agentens - disposisjoner i form av ulike kapitaler som denne har «tjent inn» i løpet av livet og som denne agerer gjennom, ikke-bevisst.

2.1 KAPITALBEGREPET

Kapitalbegrepet står sentralt i Bourdieus tenkning (Bourdieu, 1986). Han skiller primært mellom tre typer kapital. For det første er det konvensjonell, økonomisk kapital. Det vil si rede penger eller eiendeler som er direkte overførbar til rede penger, som verdipapirer, salgsvarer eller verdier institusjonalisert gjennom eiendom.

Den andre formen for kapital er kulturell kapital. Her skiller han mellom tre måter denne kan tre frem på. For det første er det i inkorporert form gjennom kunnskaper, ferdigheter og i det hele tatt gjennom måten vi fremtrer på. Akkumulasjonen av kulturell kapital skjer i hovedsak ubevisst ved at vi fra barndommen lærer oss ulike måter å te oss på: kroppsholdning, klesvalg, språkbruk, men også gjennom de kulturelle stimuli vi utsettes for og innlæres i og de ferdigheter vi opptrenes i. Den kulturelle kapitalens «verdi» er i så måte avhengig av det feltet vi befinner oss i. Like lite som bondens ganglag eller evne til å håndtere dyr gir ham suksess ved hoffet, kan adelsmannens etikette og danseferdigheter være til gagn i fjøset. Kulturell kapital kan også være rent materiell i form av kulturelle gjenstander som bøker, malerier og så videre. Også her er verdien avhengig av feltet og de andre agentenes forståelse og valuering. Tilslutt kan kulturell kapital opptre institusjonalisert i form av vitnemål, autorisasjoner, attester og så videre. Denne formen for kulturell kapital kan i større grad kvantifiseres, måles og sammenlignes, noe som gjør den viktig på arbeidsmarkedet. Den erfarne, ufaglærte pleieassistenten kan ha mange inkorporerte ferdigheter som gjør vedkommende til den perfekte kandidat. Likevel kommer han til kort i konkurranse med den nyutdannede sykepleieren som kan verifisere sine ferdigheter gjennom et vitnemål og en statlig autorisasjon.

Den tredje formen for kapital er den sosiale kapital. Dette er kapital i form av medlemskap i ulike grupper. Medlemskapet kan være naturlig i form av at vi fødes inn i en familie, som igjen er en del av et eller flere sosialt fellesskap: etniske, religiøse eller kulturelle fellesskap, og statsborgerskap for eksempel. Vi kan videre innlemmes og ekskluderes fra grupper gjennom livet. Sosial kapital kommer også til uttrykk gjennom den hierarkiske plasseringen i de ulike gruppene. Den som taler på vegne av en gruppe er også den som definerer gruppen utad og på denne måten bestemmer hva gruppen skal være innad.

Disse formene for kapital kan altså omformes og akkumuleres gitt at de blir forvaltet rett. Det er disse som utgjør den enkeltes disposisjoner som kan brukes til å posisjonere seg strategisk i de ulike feltene en møter og leder således til den posisjonen en til enhver tid har i feltet. Habitus er videre denne akkumulerte bruken av kapital, manifestert gjennom ikke-bevisst praktisk handling som en inkorporert praktisk sans (Bourdieu, 2007). Det er altså ikke ens disposisjoner i form av kapital alene som avgjør hvilken posisjon en får i feltet. Det avgjøres av hvordan en, gjennom habitus, tar i bruk sine disposisjoner for å posisjonere seg strategisk. En autorisasjon som sykepleier kan hjelpe en til å få en ønsket jobb og posisjon, men dersom en ikke er god nok på de praktiske ferdighetene, evner å samhandle med kollegene, kjenner sin plass i det sosiale og profesjonelle hierarkiet og så videre, vil en før eller siden komme til kort.

2.2 STATEN

Bourdieu omtaler staten som et tilnærmet utenkelig objekt (Bourdieu, 2014). Dette fordi staten, i vår tid, i vår del av verden, gjennomtrenger mer eller mindre hvert eneste livsområde. Ikke bare er det økonomiske og juridiske systemet og de offentlige tjenestene regulert av staten. Staten regulerer også språket, hvordan vi kan bygge hjemmene våre, hvilke varer som er tilgjengelig, alle våre måleenheter, inkludert det for tid, hva vi lærer i skolen, hvilken kunst som er legitim og som fremheves, og gjennom dette alle våre kognitive skjema. Slik sett er alle våre redskaper, våre tenkemåter, språket vi kan bruke for å forklare, definere og tenke staten på i siste instans regulert av staten. Staten er dermed i høy grad strukturerende for våre praktikker. I følge Bourdieu betyr det imidlertid ikke at våre praktikker styres maskinelt av statens lover, regler og føringer. Han poengterer nettopp at vi ikke handler som følge av regler, men som følge av habitus (Bourdieu, 2007). Samtidig er det gjennom kjennskap til reglene at vi kan tøyne dem og omgå dem (Bourdieu, 1991). Det er også bare ved å ha en lov at noen kan være lovbryster.

Dette bringer oss videre på en annen viktig funksjon ved staten, nemlig kategoriseringen. Bourdieu peker på den etymologiske koblingen mellom stat og statistikk (Bourdieu, 2014). Den moderne staten begynte sin virksomhet med å telle og lage oversikter over innbyggerne og deres eiendommer og inntekter for å beregne skatter. Siden har tellingen og kategoriseringen bredt om seg slik at staten kan ha oversikt over stadig flere aspekter ved menneskenes liv. Denne inndelingen og grupperingen bruker staten også til å definere seg selv. Både ved å markere territorielle grenser som definerer og skiller ut statens territorium, men også ved å stille krav til statsborgerskap for på denne måten å skille mellom hvem som får ta del i statens rettigheter og plikter og hvem som står utenfor. Denne grenseinndelingen fortsetter så innad i staten både territorielt og sosialt. To naboer på hver sin side av en kommunegrense sogner til hver sin skole, hver sin legevakt og så videre. Han som akkurat har fylt atten har andre rettigheter og plikter enn kameraten som er en måned yngre. Han som akkurat klarte karakterkravene for å komme inn på en skole har andre framtidsutsikter enn han som akkurat ikke klarte det. Grenseinndelingen og kategoriseringen inkluderer og ekskluderer og har lite rom for gråsoner. På grunnlag av alle disse inndelingene kan staten så videreutvikle juridiske og økonomiske systemer ved å regulere virksomheter og bestemme hvordan økonomiske midler skal kreves inn og videreformidles og ved å angi føringer for rettigheter og plikter. De juridiske og økonomiske systemene står med andre ord i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre. Det er også på disse logikkene, den økonomiske og den juridiske, at den moderne staten er bygget.

«Staten, det er meg» skal Ludvig XIV⁸ ha sagt en gang i tiden. Som beskrevet er det vanskelig å tenke og definere staten. Samtidig har vi sett hvordan gruppers talspersoner bidrar til å definere og bestemme hva en gruppe er. På samme måte kan en statsleder gå ut og si at «mitt land mener ...» Som offentlig person og landets ansikt utad kan statslederen tale på vegne av hele staten. Tilsvarende må staten stå til ansvar for statslederens uttalelser. Når en offentlig person opptrer offentlig må denne imidlertid skjule det personlige. Bourdieu (Bourdieu, 2014) trekker her inn Goffmans kelnerallegori. I restaurantområdet må kelneren ta på seg rollen som kelner med de krav det setter til ydmykhet, vennlighet og korrekt oppførsel. På kjøkkenet kan frustrasjonen få fritt spillerom. Statslederen kan ikke si «mitt land mener at ..., personlig mener jeg noe annet», uten at det får konsekvenser.

⁸ Eneveldig fransk konge fra 1643-1715.

Et sentralt element i staten er kommisjonene. Bourdieu (2014) peker på at disse stammer fra England og var utvalg som var gitt mandat fra kongen til å løse et problem. Utvelgelsen av medlemmer til disse kommisjonene er en offentlig statshandling. For å gjøre suksess i en kommisjon kreves at en kjenner de uskrevne reglene for spillet og klare å spille det rett, en må ha de disposisjoner som kreves for å kunne posisjonere seg strategisk i feltet. Oppgaven deres består i hovedsak å skape legitime offisielle syn på de aktuelle sakene de jobber med. De gjør ingen vedtak eller iverksetter tiltak, det overlates til myndighetene. Svært forenklet sett er oppgaven av symbolsk karakter ved at de bidrar til å skape en offentlig mening gjennom bruk av statistikk og fremstille meningen som vitenskapelig fundert. Slik kan vi for eksempel se, som jeg skal vise til senere, hvordan det politiske arbeidet med hjemmesykepleien siden 50-tallet er basert på et prinsipp om at det er best for eldre å være hjemme så lenge som mulig. Slik sett er statsapparatet og følgelig også samfunnet bygd opp på sosiale fiksjoner. Med henvisning til Gusfield viser Bourdieu imidlertid at disse fiksjonene imidlertid ikke er fiktive (Bourdieu, 2014). De er høyst funksjonelle ved at de strukturerer menneskers liv og deres forhold til hverandre. Sosiologens oppgave er å finne ut hvordan det kan være at disse fiksjonene fungerer; gå bak det som er bak og finne ut hvor disse tingene kommer fra, og hvordan de virker. Det er dette som er hensikten med denne oppgaven.

2.3 DET NORSKE SYSTEMET

Det norske statsapparatet er bygd opp etter en parlamentarisk modell. Det vil si at vi skiller mellom et lovgivende, et utøvende og et dømmende organ. I Norge tilsvarende disse henholdsvis Stortinget, regjeringen og domstolene. Domstolene vil jeg ikke beskrive nærmere i denne oppgaven. Stortinget settes sammen på bakgrunn av folkeavstemninger hvert fjerde år. For å sikre representanter fra hele landet er landet delt inn i 19 valgdistrikter, tilsvarende fylkene, hver med et bestemt antall representanter (Rønning & Lesjø, 2015). De ulike partiene vil bli beskrevet nærmere. Regjeringen settes sammen av et eller flere partier basert på sammensetningen i Stortinget. Rønning og Lesjø (2015) skiller mellom 5 ulike typer sammensetninger. Samlingsregjeringer er bygget opp av alle partiene på Stortinget og er stort sett bare aktuell i krisesituasjoner, som i tiden like etter Tysklands kapitulasjon i 1945. Flertallskoalisjoner består av flere partier som går sammen om å danne regjering og som samlet sett har flertall i Stortinget. De vil da være sikret gjennomslag i Stortinget, men er avhengig av innbyrdes enighet om sakene. Tilsvarende kan flere partier gå sammen om en regjering uten å ha flertall i Stortinget, i en mindretallskoalisjon. De er da avhengig av støtte

fra andre partier for å gjennomslag for sine saker. Tilslutt kan enkeltpartier danne regjeringen enten med eller uten flertall i Stortinget, henholdsvis flertalls- eller mindretallsregjeringer.

Saksgangen for politiske saker i Norge følger et sammensatt, men forholdsvis enkelt system. Større saker starter ofte med at regjeringen utnevner et utvalg som lager en utredning der de gjør rede for saken (Rønning & Lesjø, 2015). Denne blir så sendt på høring til aktuelle berørte instanser der disse får anledning til å komme med innspill i saken. Deretter utarbeider det aktuelle departementet en melding eller proposisjon⁹ til Stortinget der departementet, på vegne av regjeringen, gir uttrykk for sine synspunkt og kommer med forslag til vedtak. Når regjeringen har godkjent forslaget sendes dette til Stortingets fagkomité på det aktuelle området. Disse er satt sammen av stortingsrepresentanter med en partisammensetning som er mest mulig proporsjonal med Stortinget for øvrig. Komitéene kan så kalle inn fagfolk til å belyse sakene nærmere, ta dem med til drøfting i sine partier, kalle inn til nye høringer og så videre. Komitéen utarbeider så en innstilling til Stortinget der det gjøres rede for saken og eventuelle merknader fra de ulike partiene og allianser mellom partiene. I saker som ikke er lovsaker kan komitémedlemmene også komme med egne forslag til stortingsvedtak i tillegg til det som kommer frem i meldingen. Dette kan være fra enkeltmedlemmer, fraksjoner innad i komitéen eller fra komitéen som helhet. Saken blir så lagt frem for Stortinget der saken diskuteres og avsluttes med votering over de forslag til vedtak som foreligger. Lovforslag skal voteres over to ganger med minst tre dagers mellomrom¹⁰. Tilslutt sendes saken tilbake til Kongen i statsråd der prosessen avsluttes. Ved siden av denne formelle saksgangen fra regjeringen har også stortingsrepresentantene mulighet for å komme med egne forslag til vedtak som Stortinget så må behandle på samme måte. I alle tilfeller ser vi at alle saker er avhengig av flertall i Stortinget for å få gjennomslag. Med mindre vi har en flertallsregjering er altså saker avhengig av støtte og enighet på tvers av partigrensene for å bli vedtatt.

I tillegg til de politisk valgte beslutningstagerne består det norske statsapparatet av en betydelig administrasjon. Ved siden av departementene i seg selv er direktoratene og tilsynene sentrale. Mens departementene jobber med politiske saker har direktoratet en mer faglig profil, mens tilsynene, som navnet tilsier, skal etterså at beslutninger og retningslinjer følges opp. Ideelt sett skal disse organene være politisk nøytrale og fokusere på sine faglige

⁹ Stortingsmeldinger er i hovedsak planarbeid, presentasjon av satsningsområder, reformarbeid og så videre. Proposisjoner inneholder forslag til vedtak i lovarbeid eller andre konkrete saker. (Rønning & Lesjø, 2015)

¹⁰ Fram til 2009 var Stortinget delt Odelstinget og Lagtinget, der Odelstinget vedtok loven første gang og sendte den videre til Lagtinget som fattet endelig vedtak (Stortinget, 2009)

oppgaver og de oppdrag de får fra regjering og Storting. Lesjø og Rønning (2015) problematiserer dette og viser til vanskeligheten med for eksempel et lojalitetskrav både overfor de som er i posisjon og de som er i opposisjon. Ulike fagdisipliner vil også vektlegge ulike prioriteringer og fokusområder og således påvirke innholdet i det de gjør. Sagt med Bourdieu kan vi si at de ansatte i disse organene vil bære med seg ett sett av disposisjoner samtidig som de vil finne sin plass på en arbeidsplass som også har innarbeidet ulike tradisjoner og normer. Skillelinjene mellom organene er også stadig i endring. Som vi skal se senere, stod for eksempel helsedirektoratet i en dobbeltrolle som både politisk og faglig organ i lang tid under en helsedirektør med en tydelig politisk agenda.

2.3.1 Kort om de politiske partiene i Norge

Det å skulle objektivere politiske partier er en vanskelig oppgave og vil kreve omfattende analyser av deres politikk over tid. Ettersom de dokumenter jeg går gjennom i arbeidet mitt i stor grad preges av partipolitikk vil jeg likevel i det følgende gi en kort beskrivelse av hvordan de ulike partiene beskriver seg selv per i dag og litt kortfattet om deres opprinnelse. Hvorvidt disse overfladiske beskrivelsene og ideologiene stemmer overens med den faktiske politikk de fører er noe annet. Jeg vil senere forsøke å objektivere deres posisjoneringer i det helsepolitiske feltet slik det kommer til uttrykk gjennom de dokumenter jeg har gått gjennom. Jeg begrenser meg til omtale av de partiene som har hatt representanter på Stortinget over en større del av perioden jeg har jobbet med.

Venstre er det eldste politiske partiet i Norge og ble stiftet i 1882 som en del av kampen mot det daværende embedsmannssvelde og kongens vetorett (Nielsen, 2011a). På sine nettsider omtaler de seg selv som «*det liberale partiet i norsk politikk*» og forfekter idéer om den enkeltes personlige frihet kombinert med alles felles ansvar for hverandre og miljøet (Venstre, 2016).

Høyre ble etablert like etter Venstre som et embedsmannsparti i motstand mot Venstre (Nielsen, 2011a). De omtaler seg selv som et «*norsk, tradisjonelt konservativt politisk parti*» (Høyre, 2016). De vil bygge et samfunn bygget på tillit til enkeltmennesket med fokus på valgfrihet og muligheter, basert på respekt for fellesskapet. Videre ønsker de seg en «*sterk, men begrenset stat*». Høyre er kjent for å ha tette bånd mot næringslivet og for å motta midler fra næringslivets hovedorganisasjon (NHO) (Rønning & Lesjø, 2015).

Arbeiderpartiet (heretter: AP) ble stiftet i 1887 og var i stor grad basert på sosialistisk tenkning, med, som navnet antyder, fokus på arbeidere og deres rettigheter. De mest ytterliggående kreftene har imidlertid gått ut fra partiet ettersom først Norges Kommunistiske

Parti og senere Sosialistisk Folkeparti (nå Sosialistisk Venstreparti), ble etablert av utløpere fra AP (Rønning & Lesjø, 2015). De er opptatt av at samfunnets ressurser skal komme fellesskapet til gode og fokuserer på dugnadsånd og likhet. Siden andre verdenskrig har AP vært Norges største parti og hadde flertall i Stortinget fra 1945-1961. Tilsvarende Høyres forhold til næringslivet er AP kjent for tette bånd til arbeidstakerorganisasjonene og da særlig Landsorganisasjonen (LO).

Sosialistisk Venstreparti (heretter: SV) ble som sagt etablert fra utløpere fra AP som ble ekskludert etter en intern konflikt knyttet til Norges medlemskap i NATO og forholdet til atomvåpen (Nielsen, 2011a). De fokuserer i sterk grad på likhetsidealer og tar avstand fra skattekutt i det de mener samfunnets ressurser skal komme alle til gode. De ønsker seg et «*samfunn med små forskjeller og stor tillit*» (Sosialistisk Venstreparti, 2016).

Fremskrittspartiet (heretter: FrP) ble stiftet som «Anders Langes parti til sterk nedsettelse av skatter, avgifter og offentlige inngrep» (Rønning & Lesjø, 2015). Mye av ideologien ligger nok i dette tidlige navnet. De fokuserer på den personlige frihet med minst mulig statlig begrensning. I dette ligger også fokus på et fritt marked med minst mulig skatter, avgifter, reguleringer og byråkrati.

Senterpartiet (heretter: SP) ble stiftet i 1920 som Bondepartiet og skiftet til det nåværende navnet i 1959. Begge navnene er nok betegnende. Politisk befinner de seg i sentrum, med desentralisering som en viktig hjertesak. Et sterkt lokaldemokrati i et samfunn bygd nedenfra, med bevaring av distriktene og det norske landbruket er viktig. Dette kommer gjerne sterkest til syne i motstand mot frihandelsavtaler og ikke minst norsk medlemskap i EU (Senterpartiet, 2016). Deres posisjon i det politiske sentrum og politiske fokus utenfor dem tradisjonelle høyre-/venstretenkningen vises nok også ved at de historisk har hatt regjeringssamarbeid med alle de store partiene unntatt FrP.

Kristelig Folkeparti (heretter: KrF) ble stiftet i 1933 og bygger på en kristendemokratisk ideologi. Basert på dette forfekter de menneskets egenverd og mellommenneskelig likeverd, sammen med en tanke om menneskelig forvalter- og fordelingsansvar for verdens ressurser (Kristelig Folkeparti, 2016). Politisk er også de i sentrum og der SP mer forfekter enkeltsaker enn politisk ideologi forfekter KrF først og fremst et verdisyn. Med utgangspunkt i deres mer konservative standpunkt har deres samarbeid stort sett dreid mot høyresiden.

Disse partiene er altså bærere av ulike disposisjoner i form av tradisjoner og ideologier som de bærer med seg inn i Storting og regjering. Her skal de så søke å posisjonere seg strategisk i kampen om de dominante posisjonene for å få gjennomslag for sine saker, samtidig som de må opprettholde velgernes tillit slik at de kan bli valgt på nytt. Ettersom Norge ikke har hatt et enkeltparti i flertallsregjering siden 1961 (Rønning & Lesjø, 2015) har dette derfor vært avhengig av å skape allianser og avtaler på tvers av partigrensene, det har krevd en betydelig sans for spillet. I tillegg kommer at disse partiene i seg selv består av enkeltpersoner som igjen bærer med seg sine disposisjoner og kjemper seg imellom for å posisjonere seg innad i partiet. Dette bør så skje på en måte som ikke skader partiet eller gir inntrykk av splittelse. De må sørge for å ivareta velgernes tillit og følge opp de løfter de har gitt. På samme måte som statslederen ikke opptrer på vegne av seg selv opptrer den enkelte politiker på vegne av sitt parti og de dette representerer (Bourdieu, 2014). Et politisk dokument eller referat fra innspill i en stortingsforhandling kan altså ikke utelukkende leses som et uttrykk for det enkelte partis eller den enkelte representants mening eller ambisjon. Det er heller ikke nødvendigvis resultat av noen form for objektive vurderinger basert på partiets ideologi om hvilke prinsipper som må ligge til grunn for et harmonisk samfunn. Dokumentet eller innspillet må ses i lys av agentenes disposisjoner, i relasjon til de andre agentenes posisjoneringer og i lys av den kontekst det blir skrevet eller sagt i. Både innenfor det aktuelle feltet, men også i relasjon til samfunnet for øvrig. Slik er det mulig å avdekke det politiske spillet, der ulike agenter, ikke bare fra de ulike partifraksjonene, men også fra berørte organisasjoner, støttespillere og så videre må tilfredsstilles i stor nok grad til at en kan vise politisk handlekraft, få gjennomslag for sakene, ivareta allianser og bli gjenvalgt for neste periode. Agentene går inn i spillet med en *illusio* som både er subjektiv og objektiv. De vil ha gjennomslag for den enkelte saken og de vil bruke spillet som en investering for å posisjonere seg strategisk i fremtidige kamper. På samme måte er det i dette spillet problematisk for partier som kommer i posisjon å innføre radikale endringer knyttet til lenge etterlengtede lovforslag eller andre tiltak som er klar for iverksettelse eller nettopp har blitt iverksatt.

2.3.2 Kommunene

I tillegg til Storting og regjering som sentrale styringsorgan er Norge i tillegg delt inn i større regionale styringsenheter, fylkene, og mindre lokale enheter, kommunene. Fordelingen av makt og ansvar mellom disse tre nivåene er stadig i endring. Kommunestrukturene har også endret seg over tid og det foregår per i dag en omfattende reform med sikte på å slå sammen kommuner i større enheter. Organiseringen av den politiske styringen av kommunene varierer også noe fra sted til sted, blant annet basert på hensiktsmessighet utfra befolkningsgrunnlag

og så videre. Jeg skal ikke gå for mye inn på de ulike modellene, men den øverste beslutningsmyndigheten i kommunene er i alle tilfeller et demokratisk valg kommunestyre (Rønning & Lesjø, 2015). Dette består i stor grad av «vanlige» folk som har annet arbeid utenom og som samles med jevne mellomrom for å ta avgjørelser. I tillegg er det en politisk ledelse, med mer erfarne folkevalgte «yrkespolitikere»¹¹, som står for den løpende saksbehandlingen. Samtidig som de fleste kommunale tjenester er lovpålagt har Norge en lang tradisjon for lokaldemokrati og kommunene står i mange saker fritt til å velge selv hvordan de vil organisere og drive sin aktivitet. Dette er basert både på idealer om frihet og demokrati, men også for å sikre en mest mulig effektiv drift av de offentlige tjenestene, tilpasset de lokale behovene. På bakgrunn av dette har enkelte kommuner eksempelvis valgt å overlate drift av lovpålagte tjenester til private aktører, opprettet egne kommunale foretak eller slått seg sammen med nabokommuner om å drive tjenestene. Mange kommuner velger også å iverksette ulike tiltak på eget initiativ.

Finansiering av de kommunale tjenestene skjer ved en kombinasjon av skatteinntekter, kapitalinntekter, avgifter, egenbetaling og overføringer fra staten. Overføringene fra staten kan så være i form av rammeoverføringer, basert på intrikate fordelingsnøkler, som kommunene står fritt til å disponere selv, eller de kan være i form av øremerkede tilskudd som skal gå til klart definerte tiltak. Både form og størrelse for overføringene er igjen varierende og styres ut fra politiske beslutninger i Stortinget. Det samme gjelder den enkelte kommunes andel av skatteinntektene. Alle disse forholdene åpner for en rekke lokale variasjoner i tjenestetilbud, basert på økonomi, politisk sammensetning, demografiske og geografiske forhold og så videre. Mange kommuner oppretter, av ulike årsaker, også tilbud som ikke er lovpålagt. På denne måten er kommunen på den ene siden underlagt staten og statens føringer, samtidig som den fungerer som en relativt autonom enhet som følger en statlig logikk. Den lokale forankringen og de tidvis små forholdene fører til at det er andre disposisjoner som gjør seg gjeldende i kommunestyret enn i Stortinget. Rønning og Lesjø (2015) viser til undersøkelser fra 90-tallet som viste at to av tre representanter ble skiftet ut ved hvert valg, i 2011 var bare 44 % av de innvalgte representantene på landsbasis gjenvalgt. Det er altså i stor grad «vanlige» folk med samfunnsideologiske heller enn politiske ambisjoner som sitter i kommunestyrene. Vike et al. (2002) viser hvordan de politiske skillelinjene i kommunepolitikken i større grad går mellom de øvre politiske sjikt, yrkespolitikerne, og de

¹¹ I tillegg til kommunestyret består kommunene av et formannskap eller by-/kommuneråd, avhengig av modell bestående, av et mindre antall innvalgte representanter. Sammensetningen er igjen avhengig av kommunemodell.

lavere sjikt mer enn mellom partipolitiske skillelinjer. Den enkelte lokalpolitiker blir stående i en skvis mellom rollen som velgernes talsmann og advokat og en presset kommuneøkonomi; mellom en moralsk og en økonomisk logikk. Uavhengig av partitilhørighet går de inn i politikken med idealer om å kjempe for de grenseløse idealer. I kommunestyremøtene blir de imidlertid igjen og igjen møtt med de grensensatte ressursene.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på de demokratisk styrte fylkeskommunene ettersom de per i dag har liten innflytelse på helsespørsmål. I min historisering over feltet vil jeg imidlertid vise hvordan fylkenes ansvarsområde innenfor helsetjenestene har endret seg over tid. På fylkesnivå finner vi imidlertid også den statsansatte Fylkesmannen, og herunder også fylkeslegen. Dette er et samordnings- og kontrollorgan som blant annet har veilednings, og tilsynsoppgaver overfor kommunene. I dette ligger også tilsyn av de kommunale helsetjenestene, samt rollen som klageorgan innenfor disse tjenestene (Rønning & Lesjø, 2015).

2.4 OM HJEMMESYKEPLEIEN

Det er altså innenfor de kommunale tjenestene vi finner hjemmesykepleien. Tjenesten som sådan er lovpålagt og reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Denne pålegger alle kommuner å ha tilbud om helsetjenester i hjemmet og at disse må oppfylle krav om faglig forsvarlighet. Til denne hører også kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (1997) og verdighetsgarantiforskriften (2010), to forskrifter som med litt ulike innfallsvinkler etablerer noen grunnleggende prinsipper for å sikre en viss grad av kvalitet i tjenestene og verdighet for tjenestemottakerne. Pasientenes rettigheter er videre regulert av pasient- og brukerrettighetsloven (1999). De ansattes virksomhet er regulert gjennom helsepersonelloven (1999). Deres arbeidsforhold er igjen regulert av arbeidsmiljøloven (2005). Ettersom hjemmesykepleie er en kommunal tjeneste som skal tildeles etter gitte kriterier stilles det også krav om at tjenesten skal gis på bakgrunn av enkeltvedtak, en ordning som reguleres av forvaltningsloven (1967). Hva som konkret ligger i hjemmesykepleiens mandat er imidlertid vanskelig å få grep om. Som jeg vil komme tilbake til, både i min auto-sosio-analyse og den historiske gjennomgangen er det et felt som synes å strukturere seg svært ulikt fra sted til sted. Både når det gjelder rutiner og kriterier for tildeling av tjenesten, organisering av tjenesten, prioriterte oppgaver, pasientgrupper og så videre.

Tjenesten er altså underlagt en rekke lover og forskrifter som gjennom overordnede prinsipper søker å legge føringer for hvordan denne tjenesten skal strukturere seg. I tillegg

kommer føringer i form av stortingsmeldinger, retningslinjer og så videre. Med utgangspunkt i alle disse reguleringene skal den enkelte kommune utforme en hjemmesykepleietjeneste som er tilpasset de lokale forholdene i den enkelte kommune innenfor de økonomiske rammer som er tilgjengelig. (Vike et al., 2002). I tillegg kommer en omfattende faglig administrasjon og forvaltningssystem som skal tilpasse politikernes intensjoner de eksisterende strukturer. Bakken (2004) beskriver hvordan de kommunale pleie- og omsorgstjenestene gjennom alle disse reguleringene og begrensede ressursene ovenfra kan sees som lukket og grensesatt. Sett nedenfra er imidlertid tjenesten åpen og grenseløs. Pasientens behov tar ikke nødvendigvis slutt når den vedtaksbestemte hjelpen er gjennomført.

Innenfor alle disse strukturerende strukturer skal så det enkelte tjenestested finne sin plass i det enkelte lokalsamfunn. Igjen er det mange disposisjoner som virker inn på hvordan tjenesten som sådan posisjonerer seg overfor lokalsamfunnet og vice versa.

Hjemmesykepleien i et lite samfunn der «alle kjenner alle» kan ha andre forutsetninger enn i en stor by. Det kan være andre forutsetninger i samfunn preget av dugnadsånd og fellesskap enn i et samfunn preget av interne konflikter. Geografiske og demografiske forhold kan også spille inn. På samme måte er denne relasjonen preget av de ansattes disposisjoner. Får tjenesten et dårlig rykte som følge av enkeltpersoner påvirker dette samfunnets forventninger og posisjonering overfor tjenesten som helhet. Det påvirker rekrutteringsgrunnlaget og så videre. Hjemmesykepleien som arbeidsplass er i så måte også et felt i seg selv. Det består av en rekke personer med ulike disposisjoner, ulik kompetanse og ulike oppgaver som sammen skal utgjøre en helhetlig tjeneste.

I sin mest grunnleggende form er hjemmesykepleien som praktikk det som skjer i møtet mellom pleieren og pasienten fra dag til dag. For en ansatt i hjemmesykepleien er arbeidsdagen fylt av slike møter. Det er imidlertid ingen slike møter som er like, hverken fra pasient til pasient eller fra dag til dag. Selv om disse møtene er svært avgrenset, både hva angår antall agenter, tidsrom og fysisk rom kan de likevel ses i et feltperspektiv og analyseres som sådan. Både pleieren og pasienten bærer med seg sine disposisjoner inn i møtet som så påvirker hvordan dette utarter seg. Pleierens kapitaler som for eksempel ferdigheter og kroppslige fremtoning (inkorporert), kompetansenivå (institusjonalisert), bekledning (materialisert), kjønn og hudfarge (sosial) virker sammen med pasientens motsvarende kapitaler og avgjør hvordan de to agentene posisjonerer seg i feltet. Samtidig vil også de fysiske omgivelsene påvirke møtet. Det fysiske rommets utforming, tilgang på hjelpemidler og så videre. Også i disse enkle møtene vil det finne sted en kamp om å definere doksa.

Pleieren kan ha ønske om å bli fortest mulig ferdig mens pasienten helst vil ha hjelp til mer enn han eller hun har krav på. Eller de kan enes om en felles målsetting et sted midt imellom. Dette er imidlertid ikke gitt på forhånd.

2.5 HVORFOR BOURDIEU

Grunnen til at jeg beskriver dette er først og fremst å forsøke å vise noe av den kompleksiteten som til sammen utgjør hjemmesykepleien, som et subfelt innfelt i andre felt, som et felt i seg selv med sine egne subfelt og som et felt som står i relasjon til andre felt. Tar man i betraktning Bourdieus påstand om at ingen handler etter regler, men per habitus, kan man spørre hva som er hensikten med å legge statlige føringer for en tjeneste som hjemmesykepleien. For ikke å snakke om å analysere disse statlige føringene med det formål å si noe om denne tjenesten. Avstanden mellom dokumentet og pasienten kan synes enorm.

Vi kommer med dette inn på Bourdieus tanker om symbolsk makt og statens «magiske» kraft (Bourdieu, 2014). Bourdieu bruker ordet «magisk» bevisst i ordets tekniske forståelse for å forstå virkningen av en ordre. Noen får noe til å skje uten fysisk anstrengelse. Offiseren får soldaten til å reise seg ved å si et ord. Sykepleielederen får pleieren til å utføre et stell ved å dele ut en lapp. Departementet får pleiere i hjemmesykepleien til å gjennomføre månedlig veiing av pasientene ved å lage en retningslinje for ernæringsoppfølging. Staten har, som stat, en symbolsk makt til å utøve «magisk» dominans over sine innbyggere. Gjennom kommisjonenes etablering av den «sunne fornuft», doksa, får den oss til å innrette oss og ta for gitt de strukturer den til enhver tid etablerer. Denne effekten omtaler Bourdieu som symbolsk makt. Det er en ikke-fysisk maktutøvelse som også i stor grad opptrer ikke-bevisst. De som utøver den er ikke bevisst på at de utøver makt. De som blir utsatt for denne makten opplever heller ikke, nødvendigvis, at de utsettes for maktutøvelse. Nettopp ved at den skjer i tråd med doksa, som igjen setter seg kroppslig og får sitt utløp gjennom habitus, oppleves strukturene som naturlig og udiskuterbare. Etter hvert som vi lærer å forstå de stadig skiftende reguleringene, ved at vi forstår spillet, kan vi finne måter å omgå reguleringene, samtidig som vi godtar doksa uten at det oppstår kaos. Derfor er samfunnet, som består av de mange som styres av de få i relativt stor grad preget av orden, ved at bruddene på ordenen for det meste skjer i ordnede former.

Grunnen til at jeg, tross avstanden mellom Stortingssalen og hjemmesykepleien som praktikk, har valgt den empirien jeg har valgt er i hovedsak tredelt. For det første ønsker jeg å se hvordan praktikken og utfordringene knyttet til denne beskrives fra overordnet politisk

hold. For å begrunne tiltakene og forslagene i stortingsmeldinger og lovproposisjoner legges til grunn utførlige og enn generaliserte beskrivelser av praktikken, slik de som står bak forslagene ønsker å fremstille den. Det har for eksempel vært påfallende gjennom arbeidet mitt å se hvordan meldinger skrevet i starten av regjeringsperioder er preget av utfordringer som henger igjen fra den forrige regjeringen, mens bildet blir lysere og lysere jo lenger ut i en regjeringsperiode dokumentet er skrevet. Dertil er komitéinnstillingene og stortingsforhandlingene interessante fordi motparten her får mulighet til å gjengi sin versjon av virkeligheten. For det andre ønsker jeg å se hvordan doksa etableres. Ved å se hvordan det argumenteres for de tiltak og endringer som søkes å gjennomføres kan jeg, med en praxeologisk optikk, gå bak det som er bak og få innblikk i hvordan de søker å etablere sannheter som skal ligge til grunn for de tiltak som presenteres. Igjen er den videre behandlingen viktig fordi en kan se hva motparten «kjøper» og hva det eventuelt oppstår kamp om. I dette ligger også det interessante ved at regjeringene stadig skifter og ved å se på dokumenter fra et lengre tidspunkt. På denne måten får jeg innsikt i hvordan og hvilke meninger som videreføres og etableres som doksa og hva som blir gjenstand for kamp. Tilslutt ønsker jeg gjennom denne empirien å få et innblikk i hva hjemmesykepleien kunne ha vært. Bourdieu (2014) beskriver hvordan tidens gang medfører en konstant destruksjon av muligheter. Mulighetsrommet lukkes kontinuerlig ved at en ting skjer på bekostning av alle andre muligheter. Ved å se på den typen dokumenter jeg har valgt kan jeg se hvilke forslag som har blitt forkastet og dermed hva hjemmesykepleien kunne ha vært, hvis posisjoneringene i det helsepolitiske feltet hadde vært annerledes. Samtidig kan jeg få avdekket mulighetsbetingelsene for at hjemmesykepleien har utviklet seg som den har gjort og blitt det den er i dag.

3 DATAUTVALG OG METODE

Materialet er valgt ut på bakgrunn av søk i Stortingets database. Jeg har brukt søkeordene hjemmesykepleie, helsetjeneste, kommunehelse, og omsorgstjeneste og varianter av disse, blant annet i ulike målformer. En fordel med denne typen dokumenter er at de i mange tilfeller har svært beskrivende titler, noe som har gjort det forholdsvis enkelt å gjøre skjønnsmessige vurderinger av hvilke dokumenter det har vært relevant å se nærmere på. En annen fordel med Stortingets databaser er at alle saksdokumentene samles slik at det ikke har vært nødvendig å søke opp komitéinnstillinger og referat fra Stortingsforhandlinger. I tillegg har jeg lett opp dokumenter som følge av henvisninger der jeg har vurdert dette som relevant. Dokumenter fra etter cirka år 2003 har jeg funnet via regjeringens nettsider, da Stortingets databaser endrer form for dokumenter etter dette tidspunktet. I hovedsak har dokumentene jeg har jobbet med vært stortingsmeldinger, Stortingets fagkomité's innstilling til meldingen og referat fra Stortingets forhandlinger og votering over meldingen og eventuelle tilleggsforslag. Fra den tidlige perioden tok jeg også for meg enkeltspørsmål hentet fra Stortinget men opplevde etter hvert at jeg måtte begrense meg. Jeg har imidlertid benyttet meg av de sakene jeg allerede har gått gjennom i analysen. Jeg har også gått gjennom et lite utvalg lovsaker med tilknytning til feltet. Stortingsmeldingene jeg har gått gjennom er av ulik karakter, fra å være konkret rettet mot hjemmesykepleien, til mer generelt å omfatte hele eller deler av kommunehelsetjenesten og også innbefatte helsevesenet i sin helhet. De er også ulike i det de varierer mellom å være konkrete reformarbeid, til å beskrive intensjoner og visjoner og lignende. I en del av meldingene refereres det videre til at denne står i sammenheng med annet reformarbeid for eksempel knyttet til kommunestrukturer, annet lovarbeid og så videre. Jeg har her forsøkt å få kjennskap til dette gjennom andre kilder som beskrevet under, eller å skape meg et bilde av hva dette går ut på ut fra de beskrivelser som gis.

I det hele tatt har jeg gjennom arbeidet innsett at politiske føringer på mange måter består av et enormt konglomerat av ulike lover, retningslinjer og andre føringer som står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Det å skape et totalt bilde med de tidsrammer denne oppgaven har hatt har derfor ikke vært mulig. Jeg har derfor vært nødt til å gjøre en avveining mellom bredde og dybde i de saker jeg har gått gjennom. Forhåpentligvis har jeg klart å treffe et sted midt mellom. Jeg har til sammen gått gjennom 73 dokumenter av ulik form, størrelse og tematikk. Det er langt fra dekkende med tanke på hva som finnes og kanskje kunne andre dokumenter belyst andre sider og gitt et annet totalt bilde enn det jeg presenterer. Blant annet vurderte jeg lenge å inkludere debattinnlegg i fagtidsskrift for de

større profesjonene får å få et større bilde av hvilke agenter som engasjerte seg i de ulike sakene og hvordan disse posisjonerte seg. Jeg innså imidlertid raskt at dette ikke var realistisk innenfor oppgavens rammer. Kanskje burde jeg også redusert antall dokumenter for heller å gå mer i dybden på enkeltsaker. Av øvrig avgrensning har jeg, bevisst gjennom arbeidet, ikke gått nærmere inn på omtalen av spesifikke felt som tannhelse, psykisk helse, barnehelse fengselshelse eller helse til spesifikke befolkningsgrupper som innvandrere og samer, der disse temaene inngår i egne avsnitt eller kapitler.

3.1 REGISTRANTANALYSE

I arbeidet med de dokumentene jeg har sett på har jeg forsøkt å bruke prinsippene for registrantanalyse slik det er beskrevet av Kropp (2009). Med bakgrunn i Bourdieus tenkning og begrepsapparat er dette en modell for analyse som søker å avdekke et felts produksjon av doksa og illusio ved å se på de ulike agents disposisjoner og posisjoneringer. Ved hjelp av denne modellen kan en også avdekke de ulike endringer som skjer innenfor et felt over tid og hvordan dette virker inn. Modellen er forholdsvis enkel. Ved gjennomgang av dokumenter lages en skjematisk oversikt over ulike aspekter ved dokumentet. I hovedsak hvilke agenter som uttaler seg, hvordan de forstår temaet og problemet som omtales og hvordan de posisjonere seg til dette. Det vil si: hvilken posisjon har de ulike agentene i feltet, hvilke disposisjoner har de og hvordan posisjonere de seg strategisk. Jeg har så forsøkt å videreutvikle denne modellen til å passe inn i mitt prosjekt.

Arbeidet med registrantanalyse har på mange måter vært preget av prøving og feiling. For det første har jeg jobbet med flere ulike typer dokumenter, som er strukturert ulikt og til dels følger ulike logikker. Stortingsmeldingene og -proposisjonene er ofte store dokumenter som tar for seg en rekke tema med en grundig gjennomgang og problematisering av ulike aspekter knyttet til dette. Komiteinnstillingene inneholder både sammendrag av det overordnede dokumentet i tillegg til en rekke kommentarer fra komiteén i sin helhet og fra ulike partifraksjoner, samt eventuelle tilleggsforslag. Referatene fra Stortingsforhandlingene er skrevet som ren avskrift fra stortingsrepresentantenes innlegg knyttet til saken og kan derfor veksle hurtig mellom ulike tema. Videre er det dokumenter hentet fra et større tidsrom som tar for seg en rekke ulike felt som virker inn på hverandre. I tillegg var det i mange tilfeller referert til en rekke hørings svar som igjen presenterte ulike posisjoneringer. For å gjøre materialet oversiktlig måtte jeg, i tillegg til de mer overordnede teoretiske variablene dele inn materialet i variabler knyttet til tematikk for å holde oversikten. Etter hvert opplevde jeg også at mye tematikk var overlappende og vanskelig å kategorisere. I alle tilfeller endte

jeg opp med 28 ulike variabler for analyse av tekstene. Jeg brukte Excel som programvare for analysen. I tillegg opprettet jeg et kodeverk for de ulike agentene og partifraksjonene slik at jeg kunne holde oversikt over hvem som mente hva. Det var imidlertid varierende fra dokument hvorvidt jeg fant det relevant å plote inn alle disse. Jeg vil i det følgende kort beskrive disse.

1-6 beskriver rene formalia ved dokumentet. 7-11 beskriver feltet i et overordnet feltperspektiv. 12-21 tar for seg ulike temaer som behandles i dokumentene. 22-28 er mer «hjelpvariabler» for min egen del.

1. År: Årstall for når dokumentet er publisert
2. Tittel: Dokumentets offisielle tittel
3. Forfatter: Hvilken institusjon som har gitt ut dokumentet
4. Type tekst: Eks. Stortingsmelding, innstilling, stortingsforhandlinger og så videre
5. Tema: Overordnet tematikk for dokumentet
6. Bakgrunn: Bakgrunn for at dokumentet/saken oppstod
7. Problemforståelse: Hvordan omtales den overordnede problemforståelsen (Jeg lot etter hvert denne variabelen stå tom ettersom jeg opplevde det mer hensiktsmessig å legge dette inn under de tematiske variablene)
8. Posisjonerings: Hvordan forholder de ulike agentene seg til de overordnede/prinsipielle spørsmålene? Ideologiske betraktninger og så videre.
9. Disposisjoner: Hvilke kapitaler har de ulike agentene? Først og fremst politisk kapital i form av representasjon på Stortinget/regjeringsmakt og lignende.
10. Doxa: Hva tas for gitt som udiskutable sannheter?
11. Felt: Hvordan beskrives posisjonene og dominansforholdene i feltet (eks. legenes forhold til sykepleiere, pasientens rettigheter og lignende)?
12. Administrasjon: Spørsmål angående organisasjon, ledelse, forvaltning, jus, og så videre
13. Finansiering: Spørsmål angående økonomi, finansieringsordninger og så videre
14. Kompetanse: Spørsmål angående kompetansekrav, tilgang på personell, utvidet til også å dekke arbeidsmiljø, kvalitetsarbeid og så videre
15. Samarbeid: Spørsmål angående samarbeidsforhold mellom tjenestenivåer, organisasjoner kommunesamarbeid og lignende
16. Bruker: Hvem er pasienten, hva kan pasienten forvente, pasientrettigheter og så videre
17. Omgivelser: Forholdet til pårørende, frivillige, lokale forhold og lignende

18. Funksjon: Hva skal de ulike tjenestene drive med og hvordan skal de gjøre det?
19. Fremtiden: Fremtidige utfordringer, aldersframskrivninger, videre satsninger
20. Historie: Hvordan beskrives fortiden?
21. Hjemmesykepleie: Forhold som gjelder hjemmesykepleien spesifikt
22. Nøkkelord: Ord som går igjen, «moteord», slagord, og lignende
23. Henvisning: Henvisninger i teksten til andre dokument som har innvirkning på saken
24. Nøkkeltall: Viktig statistikk og lignende
25. OBS: Notater til meg selv, ting jeg vil se nærmere på og lignende
26. Mangler: Er det relevante problemstillinger/spørsmål som utelates i dokumentet?
27. Sitater: Viktige sitater
28. Kobling: Hyperkobling til dokumentet på internett eller fillager

Etter å ha gjennomgått alle dokumentene og fylt ut variablene omgjorde jeg analyseskjemaet til en pivottabell i Excel. På denne måten kunne jeg ved å opprette ulike kombinasjoner av fremstillingsmåter se de ulike variablene i forhold til hverandre, følge dem kronologisk og så videre.

3.2 BEARBEIDING AV DATA

Dette analytiske arbeidet har så resultert i oppgavens to hoveddeler. Først kommer en deskriptiv kronologisk oversikt over utviklingen innenfor feltet. Denne innledes av en oversikt over feltet før tidsperioden jeg fokuserer på. Til hjelp i dette og for å sette den videre utviklingen i en kontekst har jeg benyttet meg av ulike tekster som tar for seg både helsevesenet og det norske samfunnet for øvrig i den aktuelle perioden. For å få innblikk i Norges historie generelt i perioden har jeg benyttet meg av tredje og fjerde bind av det firebinds historieverket «Norvegr», utgitt i 2011. Forfatter av begge disse bindene er May-Brith Ohman Nielsen, professor ved Universitetet i Agder og Karlstad universitet. Det interessante med dette verket er at det til en viss grad søker å beskrive historien nedenfra, fra «vanlige» menneskers perspektiv fremfor å fokusere på de storpolitiske spørsmålene (Nielsen, 2011a, 2011b). Når det kommer til helsevesenet har jeg benyttet meg av Aina Schiøtz' historieverk om det offentlige helsevesen i Norge som tar for seg perioden 1850-2003, med bidrag av Maren Skaset. Dette er andre bind av et større verk om helsevesenets historie. Schiøtz er historiker og dr.philos. i medisinsk historie (Schiøtz & Skaset, 2003). Til en viss grad har jeg også benyttet meg av Melbys bok om Sykepleierforbundets historie (Melby, 1990) og diverse historisk arbeid av Kari Martinsen, alene og sammen med Kari Wærness. De har gjort omfattende historisk arbeid innenfor pleie- og omsorgsfeltet. Jeg opplever imidlertid

at mye av dette er preget av deres tydelige kjønnsperspektiv og kritiske vinkling. Ettersom dette er noe på siden av fokus for min oppgave har jeg derfor begrenset bruken av deres arbeid til det rent deskriptive.

Med den deskriptive historiske oversikten som bakteppe forsøker jeg så å gå mer analytisk til verk ved å forsøke å objektivere hjemmesykepleien og utviklingen av denne i et feltperspektiv, sett i lys av teorien som presentert innledningsvis. Foruten Bourdieu trekker jeg på boken «Maktens samvittighet» (Vike et al., 2002), som inngikk som et delprosjekt med fokus på lokalpolitikk og helsepolitikk i den stortingsvedtatte Makt- og demokratiutredningen som fant sted mellom 1998 og 2003. Runar Bakken er en av forfatterne bak denne boken og går nærmere inn på noen av problemstillingene herfra, til dels med en Bourdieu-optikk, i boken «Mann i ingenmannsland» (Bakken, 2004). På denne måten vil jeg prøve å komme med noen svar på mine forskningsspørsmål.

3.3 ETISKE HENSYN

Ettersom datagrunnlaget for denne oppgaven kun består i offentlig tilgjengelige dokumenter har det ikke vært nødvendig å innhente godkjenning fra eksterne instanser med tanke på innhenting, oppbevaring og behandling av data. Når det gjelder litteraturhenvisninger har jeg benyttet APA 6th-systemet ved hjelp av EndNote X7. Formelt navn på stortingsmeldinger og komitéinnstillinger følger de retningslinjer som var i bruk da dokumentet var skrevet. Oppsettet på disse dokumentene i litteraturlisten kan derfor variere noe. Referater fra stortingsforhandlinger står i en særstilling da det er en noe spesiell type dokumenter. Ettersom de samles årlig i referatsamlinger under navnet «Stortingstidende» har jeg valgt å behandle disse referatene som tidsskriftartikler, der «Stortinget» står som forfatter. Dato for forhandlingene og kortform av de saker som behandles sammen står som tittel.

En utfordring knyttet til alle disse dokumentene er at de som regel er bortimot blottet for kildehenvisninger, til tross for at de i stor grad henviser til ulike undersøkelser, statistikk og så videre. Det har derfor ikke vært mulig å henvise til primærkilder når denne typen informasjon gjengis.

4 AUTO-SOSIO-ANALYSE

Når en skal studere sosiale fenomener hevder Bourdieu at det er nødvendig med en objektivisering av subjektet i objektiveringen (Bourdieu, 2003). Det vil si at forskeren må analysere seg selv og sine disposisjoner og påfølgende posisjoneringer i feltet. I dette ligger ikke bare ens forforståelse og tilknytning til feltet som sådan, men også den sosiale verden som har ført til at forskeren har tilegnet seg sine disposisjoner og posisjonert seg som en har gjort. For min del gjelder dette først og fremst en objektivisering av mitt forhold til hjemmesykepleien ettersom dette er objektet for denne oppgaven. Samtidig kreves en refleksiv objektivisering av min sosiale bakgrunn, mitt verdigrunnlag, mine holdninger og min faglige og yrkesmessige bakgrunn. Det er altså ikke meg selv jeg skal reflektere over, men den sosiale verden som har gjort meg til den jeg er. Formålet med dette er ikke å forsøke å nøytralisere meg selv og mine forforståelser eller distansere meg fra disse. Snarere er formålet å peke på at jeg bærer med meg et sett disposisjoner inn i feltet som kan og vil være med å påvirke hvordan jeg posisjonerer meg i min objektivisering. Ved å analysere data og mine egne reaksjoner på disse parallelt kan jeg imidlertid ivareta kontroll over mine disposisjoner og heller bruke disse som et redskap i objektiveringen av feltet.

Begge mine besteforeldre på min mors side er født i 1926 og vokste opp i et typisk arbeiderklassestrøk i Sandviken, like utenfor Bergen sentrum. De hadde begge fedre med administrative stillinger tilknyttet havnearbeidet på Bryggen i Bergen. Mødrene var hjemmeværende husmødre. De ble begge tatt med i Centralkirken, en metodistmenighet i nærheten, og var aktive her gjennom hele livet. Min mormor jobbet i ungdommen i en klesforretning i byen, men sluttet kort tid etter at hun giftet seg. Min morfar begynte sin karriere i tenårene som «løpergutt» innenfor Grieg-konsernet, et av de store «erkebergenske» konsern som på den tiden drev med shipping. Her jobbet han seg flittig oppover i systemet og endte som mangeårig personaldirektør på konsernnivå. De giftet seg i 1948 og min, mor, det første av to barn, ble født i 1950. Etter å ha bodd noen år på kammerset hos min morfars foreldre flyttet de til en blokkleilighet og senere et rekkehus på Landås i det som var den første av mange massive utbyggingsområder i Bergen fra midten av femti-tallet. Ved siden av en sterk oppforeselse for firmaet var min morfar svært engasjert i menighetslivet. Han var aktiv i speiderarbeid og ellers i det meste av styrer og stell i menigheten, lokalt og nasjonalt. Hjemme ventet min mormor tålmodig i det som var hennes domene. Hun satte sin ære i å skjøtte et møblert hjem, oppdra barna og sørge for at min morfar alltid hadde mat på bordet og

nystrøkne skjorter. Min morfar ble for øvrig beæret med Kongens fortjenestemedalje i sølv for sitt omfattende engasjement.

Min mor vokste altså på mange måter opp i et typisk hjem i sin tid, med en hjemneværende husmor i et område preget av mange tilflyttere i standardiserte boliger. Hun forteller at skolen bygde ut hvert eneste år, likevel måtte de ha undervisning i brakker for å få plass til alle. Hun tok etter hvert sykepleierutdanning ved Betanien og fortsatte å jobbe her, dels som sykepleier og dels som sykepleielærer etter endt utdanning.

Min fars bakgrunn er noe mer broket. Min farfar ble født i 1914 og vokste opp i en stor barneflokk på en øy med to gårdsbruk i et øylandskap Nord i Trøndelag. Familien livnærte seg ved såkalt mangesysleri, der de kombinerte gårdsdrift med sesongfiske og det som ellers dukket opp av muligheter til å skape et innkomme. Det var langt til fastlandet og barna gikk på omgangsskole noen uker om gangen. Min farfar fikk etter hvert hyre på en båt noen år før han slo seg ned i Tromsø. Om kvinnen han giftet seg med vet vi lite. Hun var enebarn, begge foreldrene døde, angivelig av spanskesyken, da hun var liten. Hun vokste derfor opp hos noen slektninger og ble etter hvert engasjert i Frelsesarmeen. Hun giftet seg etter hvert og fødte min far, høsten 1942. Knappt to måneder senere døde hun, angivelig av en hjernesvulst. Min farfar befant seg alene i en fremmed by i et okkupert land og ble nødt til å plassere min far på barnehjem for å få mulighet til å tjene til livets opphold. Han fikk seg jobb innenfor trelast. En kollega herfra forbarmet seg imidlertid over ham og den lille gutten. Denne kollegaen kom fra en bygd et godt stykke utenfor byen og drev også mangesysleri, men kombinert med hval- og selfangst i arktiske farvann. Mest sannsynlig var det krigens uro som nå tvang ham til å få jobb i byen. Som sagt forbarmet han seg over min far og farfar og min far fikk komme ut på gården i helger og ferier. I hele bygden gikk mannen og hans kone bare under navnet «mor og far» og hjemmet var alltid åpent og fullt av folk. De hadde syv barn, hvorav en jente, den nest eldste. Hun var vant til hardt arbeid. Fjøsarbeid var «kvinnfolkarbeid» og det ble tidlig krevet at hun både skulle bake brød og stelle i fjøset før brødrene stod opp. Hun flyttet etter hvert inn hos min farfar så min far kunne bo hjemme. Hun og min farfar giftet seg etterhvert, men de fikk ingen felles barn. Vant som hun var med hardt arbeid bidro hun til husholdningen med barnepass, veving, lefsebaking og så videre. Da min farfar etter hvert bygget hus til den lille familien leide de ut overfløydige rom. Samtidig var det forventet at slekt og venner fra bygden på bytur skulle bo hos dem.

Da min far var konfirmert dro han til sjøs og etter noen år rundt i verden vervet han seg i marinen. Her ble han kjent med noen brødre fra Sotra utenfor Bergen som også drev

mangesysleri, gårdsbruk kombinert med rekefiske. Etter endt tjeneste flyttet han inn og jobbet for dem, som en del av familien. Etter hvert dro han til Bergen for å få jobb, men da moren i huset på Sotra ble alvorlig syk dro han tilbake og tok over jobben som husmor, med matlaging, vasking og fjøsstell. Han dro så tilbake til Bergen og fikk jobb som avdelingsleder på en pølsefabrikk. Noen venner inviterte ham med i et kor i Sentralkirken hvor han så traff min mor.

De to giftet seg i 1978 og min eldste bror ble født året etter. Da fabrikkene ble nedlagt og min far fikk jobb i en butikk i Åsane, utenfor Bergen, slo de seg etter hvert ned i en liten, isolert, landlig dal, med kort vei til et massivt utbyggingsområde på begynnelsen av 80-tallet. Min far fortsatte å jobbe i butikken til han gikk av med pensjon, til tross for tilbud om administrative stillinger høyere oppe i systemet. Min mor begynte å jobbe på sykehjem, tok videreutdanning i geriatri og fortsatte på sykehjem til hun ble ufør etter lang tids kreftsykdom. De var begge tillitsvalgte på sine respektive arbeidsplasser i lengre perioder. Jeg ble født, som den yngste av tre brødre i 1984. Livet i menigheten var sentralt og mine foreldre hadde det meste av sine venner herfra. De fleste av disse var lærere og sykepleiere, menn som kvinner, og det var en sterk dugnadsånd der vi var vant til å hjelpe til hvis noen trengte praktisk hjelp til noe. Denne fellesskapsfølelsen opplevde jeg også var tilstede mellom foreldrene til vennene mine fra skolen. Også deres foreldre var i stor grad lærere eller drev med ulike former for sosialt arbeid. Drivkraften deres kom derimot fra human-etisk og sosialistisk ideologi. Det var aldri problematisk å være «han kristne», men jeg undret meg av og til over hvordan foreldrene våre kunne være så like, men samtidig ikke ville ha så mye å gjøre med hverandre. Oppveksten min var for øvrig preget av mye musikk med barnekor i kirken og pianoopplæring. Mens mine brødre kjempet om å være best i ulike idretter trivdes jeg best med å lese og spille data. Skolearbeid forekom meg enkelt, men dørgende kjedelig.

Jeg gikk ungdomsskolen på Danielsen, en kristen privatskole. Her fikk jeg venner som kom fra ulike karismatiske kristne bevegelser og jeg ble fort fascinert. Både av den mer «moderne» formen og det mer radikale uttrykket. Et sentralt budskap var frigjøring fra menneskeskapte bud og regler og streben etter en mer «opprinnelig» kristendom. I dette lå en konservativ holdning knyttet til moralspørsmål, men med en større åpenhet og radikalitet knyttet til uttrykksformer. Ungdomsskoletiden var i stor grad preget av aktivitet i de ulike menighetene jeg etter hvert fikk tilknytning til. Skolearbeid kom i annen rekke.

Etter hvert ble jeg også kjent med en liten gruppe kristne med bånd til kristne, mer venstreradikale punk-bevegelser i Oslo og Tyskland. Veien til mine gamle venner med

venstreradikale synspunkt var kort og jeg følte jeg representerte de beste kreftene verden hadde å by på. Når mennesker fikk oppleve Jesu kjærlighet ville samfunnet av seg selv struktureres etter harmoniske, anarko-syndikalistiske idealer. Skolelei og musikkinteressert søkte jeg meg til musikklinjen på videregående, men måtte prøve to ganger før jeg kom inn. Drømmen om å spille musikk hele dagen måtte imidlertid vike for analyse av tyske lieder. Samtidig hadde vi startet kristent hardcoreband, der jeg var vokalist, og begynte å få vind i seilene med spillejobber både innen den kristne og den sekulære scenen. I tillegg fikk jeg deltidsjobb, først som servitør på hotell og siden også som pleieassistent på sykehjem. Hvorvidt det var fordi jeg var skolelei eller om det var mine predisposisjoner som gjorde at jeg ikke så det problematiske i å ha to jobber og la skole være skole kan jeg undres over. Arbeidet skjøttet jeg imidlertid med den største samvittighetsfullhet. Arbeidet gjorde jeg for andre, skolen var kun for min egen del. På samme måte så jeg bandet vel så mye som et middel for å spre et budskap, selv om oppmerksomheten og prestisjen heller ikke var å forakte.

Mitt karismatiske engasjement ble litt for mye i min hjemlige tradisjonelle menighet. De fleste kristne så på venstreradikalisme som fanden selv og åpenheten for uttrykksformer skulle vise seg å ha sine begrensninger. De venstreradikale mente deres synspunkt ikke var forenlig med det de anså som en undertrykkende religiøsitet. Kombinasjonen av kristen tro og punkrock ble av mange på begge sider sett på som uforenlig. På musikklinjen ble all «rytmisk» musikk ansett som mindreverdige og i rockemiljøet skulle en helst være autodidakt for ikke å bli stemplet som «flinkis». Samtidig opplevde jeg at glansbildet av de ulike miljøene slo sprekker. Menighetene ble preget av indre stridigheter, aktivistene var mer opptatt av å feste og ruse seg enn å sloss for en bedre verden. Jeg leste imidlertid mye i denne perioden og kombinasjonen Bibel, Bjørneboe og Dostojevski hjalp meg til å skape et noenlunde anvendelig, om enn forvirret, verdensbilde, som nok har fulgt meg i ulike former siden.

Jeg tok tidlig et pasifistisk standpunkt og etter endt videregående flyttet jeg hjemmefra og hadde min sivile verneplikt i barneverntjenesten. Samtidig fikk bandet stadig mer oppmerksomhet. Vi fikk platekontrakt med et britisk selskap, positiv omtale i internasjonal musikkpresse og reiste på Europaturné. Her spilte vi i hovedsak på såkalte «squats», forlatte bygninger som var blitt «okkupert» av venstreradikal ungdom og bygd om til kulturhus, konsertlokaler og enkle boliger. Hvorvidt dette skjedde i forståelse med myndigheter eller eiere varierte, så også forholdet til politiet. I noen tilfeller opplevde vi at de barrikaderte

dørene under konserten for å unngå politirazziaer eller angrep fra nynazister. Etter endt sivilteneste fortsatte jeg å jobbe deltid i barneverntjenesten, foruten å fortsette å jobbe på hotellet og som pleieassistent i sykehjem. Hovedbeskjeftigelsen min var imidlertid å spille inn album og spille konserter. Etter press fra mine foreldre valgte jeg likevel etter et år å søke om studieplass, selv om jeg i utgangspunktet ønsket å prioritere bandet. Da plateselskapet imidlertid gikk konkurs, ny platekontrakt glapp gjennom fingrene våre på grunn av intern uenighet, den neste europaturnéen generelt var preget av dårlig stemning og bandet ble lagt på is etter at flere sluttet, valgte jeg likevel å ta imot studieplass høsten 2006. Jeg kom ikke inn på sosionom, som var førstevalget mitt, men begynte på sykepleiestudier på Haraldsplass Diakonale Høyskole, uten noen særlige tanker om hva jeg ville med dette. Jeg fikk deltidsjobb på et tiltak innen barne- og ungdomspsykiatri, noe jeg trivdes godt med og som på videregående prioriterte jeg heller å jobbe enn å studere. Da bandet etter hvert begynte å komme opp og gå igjen valgte jeg å prioritere jobb og studier fremfor å satse på det. De andre medlemmene satset på andre musikkprosjekt og flere av dem lever i dag av musikk på ulike nivå. Bandet har likevel bestått som et hobbyprosjekt.

Etter et års studier møtte jeg veggen på arbeidsplassen, samtidig som karakterene mine tydelig var påvirket av at jeg i perioder hadde jobbet tilnærmet fulltid ved siden av studiene. Sykepleierstudiet var definitivt noe annet enn ungdomsskolen. Jeg sa etter hvert opp jobben til fordel for en enkel helgestilling på sykehuset og begynte for første gang i livet å ta skolearbeid alvorlig. Kanskje fordi jeg innså at jeg var avhengig av kunnskap for å kunne gjøre en god jobb. I mangel på studieteknikk og selvdisiplin kom jeg gjennom med helt greie karakterer til slutt.

Sykehuspraksis var spennende, men en spesiell hendelse skulle føre til at jeg bestemte meg for aldri å jobbe innenfor den verdenen. En eldre dame var innlagt for tredje eller fjerde gang i løpet av praksisperioden, med samme diagnose. Historien var gjentakende: hun kom inn, fikk antibiotika intravenøst noen dager, ble sendt hjem med tabletter og hjemmesykepleie og kom inn igjen en uke senere, stadig dårligere. Jeg skjønnte at praksisen var et resultat av økonomiske prioritering. Da jeg spurte ansvarlig lege om det ikke var mer økonomisk å sørge for at damen ble skikkelig frisk før hun ble sendt hjem smilte han og sa at han ikke hadde hatt samme dame inn fire ganger på kort tid. Han hadde ferdigbehandlet fire damer på kort tid.

Den store overraskelsen i studiene var nok praksis i hjemmesykepleien. Jeg hadde få forventninger til denne perioden, men ble raskt fascinert av arbeidet. Selvstendigheten i arbeidet og variasjonen, både i arbeidsoppgaver, diagnoser og problemstillinger sammen med

det at jeg kunne forholde meg til og fokusere på en pasient om gangen opplevde jeg som svært tiltalende. Jeg ble tilbudt jobb etter endt utdanning og takket med glede ja. Utdanning tenkte jeg at jeg var ferdig med for godt. Etter et halvt år fikk jeg imidlertid tilbud om et 10-poengskurs i psykisk helse, i samarbeid med kommunen og høyskolen i Bergen og tenkte at det kunne vært interessant. Samtidig oppfordret en av lederne meg til å hive meg på en modul i helseledelse ved folkeuniversitetet. Plutselig var jeg i gang med 20 studiepoeng ved siden av fulltidsarbeid. Jeg fortsatte å ta moduler i helseledelse og fikk etter hvert et vikariat som assisterende gruppeleder. Med ti studiepoeng igjen på en full videreutdanning i helseledelse ble opplegget omorganisert og jeg fikk tilbud om eventuelt å delta på helgesamlinger utenbys for å fullføre løpet. Jeg takket nei og begynte heller på en nystartet videreutdanning i kommunehelsetjenester ved Haraldsplass diakonale høgskole, der jeg hadde grunnutdanningen min fra. Her ble det i stor grad satset på breddekunnskap med undervisning i alt fra sykdomslære, palliasjon og rusproblematikk til jus, administrasjon og helsepolitikk.

Samtidig fikk jeg flere vikariater som assisterende gruppeleder og fikk rollen som verneombud på resultatnivå. Kombinert med forelesninger med Kari Martinsen om mellommenneskelighet og den etiske fordring opplevde jeg etter hvert et sterkt krysspress. Som sykepleier skulle jeg være pasientenes advokat og søke å gjøre det beste for dem. Som kollega og verneombud skulle jeg sikre trivsel og overkommelige arbeidsforhold. Som assisterende gruppeleder skulle jeg sørge for at driften gikk sin gang: at alle fikk den nødvendige helsehjelp de hadde krav på, med minst mulig ressursbruk. Jeg ble daglig konfrontert med kolleger som følte de ikke fikk gjort det de skulle, pasienter og pårørende som følte de ikke fikk den hjelpen de trengte, en forvaltningsenhet som stadig ble strengere på hva de ville innvilge, ledere som stadig påpekte at ressursbruken måtte begrenses og andre tjenester som stadig forsøkte å legge mer og mer ansvar over på oss. Med tiden begynte jeg å innse at den markedsorienterte tankegangen jeg hadde foraktet på sykehuset sakte men sikkert hadde fått grep om tankegangen min i hjemmesykepleien. Hvorvidt det var en overlevelsesmekanisme eller noe annet kan jeg undres over, men jeg innså etter hvert at jeg mer og mer organiserte arbeidet mitt kjølig og avmålt etter vedtak, lover og retningslinjer for å komme gjennom dagene. Kanskje for på denne måten å plassere ansvaret for mine prioriteringer og valg på systemer utenfor meg selv og min påvirkning. Den dårlige samvittigheten slapp jeg imidlertid ikke unna.

Gjennom videreutdanningen ble jeg videre oppmerksom, både på hjemmesykepleiens mange utfordringer, men også på store lokale variasjoner i hvordan tjenesten strukturerer seg

fra sted til sted. Ved samtale med medstudenter innså jeg at det til og med innen min egen kommune var variasjon i hvilke tjenester vi tilbød, hvordan arbeidet ble organisert og så videre. I det hele tatt begynte jeg å stille meg en rekke spørsmål ved den tjenesten jeg egentlig var så glad i. Det hele bunnet til syvende og sist ut i: Hva er det egentlig meningen at vi skal drive med? I utgangspunktet var planen å bygge på videreutdanningen med en tilknyttet mastergrad. Da høyskolen imidlertid ikke fikk klarsignal til å starte dette tilbudet oppfordret min kone meg til å se etter andre muligheter til å gå videre med en mastergrad. Jeg var imidlertid lite motivert til å gå i gang med et nytt fireårig deltidsløp med enda en videreutdanning og mastergrad på toppen. Jeg hadde imidlertid fått øynene opp for den akademiske siden ved sykepleien og var blitt fascinert av dette. Min kone og jeg telte på kronene og fant ut at vi skulle kunne ha råd til å leve på studielån og deltidsarbeid i to år, mens jeg tok master på heltid. Min kone skulle da også begynne på sin mastergrad i geografi. Slik endte jeg på sykepleievitenskap ved universitetet i Bergen.

Hvilke disposisjoner er det så som har ført til at jeg har posisjonert meg som jeg har gjort innen sykepleien og nå i det akademiske felt? Mine grunnleggende disposisjoner bygger nok på et strengt kristent verdsett. Å arbeide hardt og pliktoppfyllende, være nøysom, sparsommelig, hjelpsom og sette andres behov foran mine egne. Samtidig har trygghet og stabilitet i økonomiske spørsmål vært viktig og kan kanskje forklare hvorfor jeg ga slipp på musikkarrieren til fordel for en trygg utdanning. Sykepleieryrket kombinerte dette med oppofrelse og muligheten til å være til hjelp. Ettersom jeg både har vokst opp i miljøer med mannlige sykepleiere så jeg heller ikke noe unaturlig i å velge dette yrket. Det var heller ikke fremmed for meg å være en av få menn i kvinnedominerte miljøer. Hjemmesykepleien representerer også noe konservativt og «opprinnelig» i det den foregår i pasientens hjem, langt fra hjelpemidlene og tryggheten i institusjonene. Samtidig representerer den noe radikalt i det at det er et felt som står i en endrings- og fornyingsprosess og at den nettopp står på utsiden av de etablerte, mer hierarkisk oppbygde institusjonene. Denne grensegangen mellom radikal konservatisme og konservativ radikalitet kan også sees igjen i musikkstilen jeg dyrker, som kombinerer tanken om å holde det enkelt og ekte etter stringente sjangerkrav med idealer om nyskaping og kreativ grensesprengning.

Andre verdier jeg har fått under huden går mer på det å være tydelig på det en står for og tror på og kjempe for sine verdier. Som nevnt opplevde jeg at disse verdiene på mange punkt samsvarte med de mer venstreradikale idealene, selv om motsetningene her også var mange. Likheten med de venstreradikale idealene fant jeg også i de mer karismatiske kristne

miljøene i det å være kritisk til og stille spørsmål ved det bestående, våge å skille seg ut og ikke velge den enkleste veien. Samtidig så jeg etter hvert at det sjelden var populært å rette denne kritikken innover mot miljøene selv. Den skulle helst gå utover. Kombinert med bakgrunnen fra musikken har nok dette likevel gjort at jeg nok har en tendens til å se etter feil i de strukturene jeg er en del av. Ikke fordi de nødvendigvis ikke er gode nok, men fordi de alltid kan bli bedre. «To err is human, to persist in error is diabolical» (Canguilhem, 1988, p. ix). Om jeg må gjenta samme frase ti eller tjue ganger under en innspilling til den sitter, så må jeg det. Godt nok kan være godt nok i øyeblikket, men skal en tenke fremover er godt nok aldri godt nok.

Kanskje er det disse disposisjonene som etter hvert skapte frustrasjon mens jeg jobbet i hjemmesykepleien. Det å måtte gjøre det beste ut av de vanskelige situasjonene der og da i møte med pasienten fascinerte meg. Det å ikke bli møtt i krav om endring for å unngå at samme situasjon skulle gjenta seg provoserte meg. Tilsvarende er det kanskje de samme disposisjonene som har skapt en fascinasjon for Bourdieus tenkning. Det å få vitenskapelige verktøy til å tenke kritisk, ikke for å være vanskelig, men for å peke på at ting kan være annerledes, oppleves tilfredsstillende. Å kunne avdekke mulighetsbetingelsene for at ting er som de er og vise til at det samtidig finnes andre måter ting kunne vært og kan være. Og ikke minst det å bryte med de etablerte sannheter, doksa, og se hva som ligger bak disse. Samtidig er det noe frigjørende ved å ikke være den som skal ta avgjørelsen om hva som er «det beste». Min jobb med denne oppgaven er å skape viten *om* hjemmesykepleien, ikke *for* den.

I selve arbeidet med oppgaven har jeg forsøkt å være meg bevisst mine politiske og verdimessige disposisjoner. Jeg er oppmerksom på at jeg har mine egne tanker om hva som er bra og dårlig, rett og galt, fornuftig og ufornuftig. Når jeg så har lest politiske dokumenter som legger føringer for et felt som engasjerer meg har det derfor tidvis vært utfordrende å skulle forholde seg nøytralt. Både til synspunkt og forslag som forekommer å være engasjerende og de som oppleves som provoserende. Jeg har imidlertid forsøkt å være så nøytral som mulig i mine fremstillinger, så får det være opp til leseren å avgjøre om jeg har oppnådd dette. I den avsluttende analysen er det ikke til å komme utenom at jeg har opplevd å møte meg selv i døren noen ganger. Mye fordi jeg har sett meg selv i de maktstrukturer jeg beskriver. Både som dominant og dominert i de symbolske maktforhold som utspiller seg innenfor feltet og mellom hjemmesykepleien og andre felt. Slik sett har arbeidet med denne oppgaven bidratt til å gi meg mer kunnskap om meg selv. I dette ligger imidlertid også faren for at jeg projiserer mine egne disposisjoner inn i analysen. Gjennom å være bevisst disse

disposisjonene tror jeg likevel jeg har klart å benytte de som et hjelpemiddel snarere enn et forstyrrende element.

5 HISTORISERING

Et forslag fra Københavns magistrat om forsøgsvis at yde ubemidlede patienter sygepleie i hjemmet (...) skal i denne uge behandles i bystyret i København. (...) Ordningen tilsigter bl.a. at aflaste de overfulte hospitaler. Det hænder jo ikke sjelden, at der ikke er plads til patienter som egentlig skulde på hospitalet; man vil ogsaa med en saadan kyndig sygepleie i hjemmet i mange tilfælde kunne udskrive patienter tidligere enn ellers. (Aftenposten, 1916b, p. 4)

Sitatet over er hentet fra et kort notis i Aftenposten, 27. juni 1916 og er det eldste treffet jeg får på søkeordet «hjemmesykepleie» i nasjonalbibliotekets digitale arkiver. 14. november samme år kan vi lese at tiltaket ble lagt på is i 1914 grunnet tidens forhold, men at de første sykepleiersker nå er i virksomhet på Nørrebro. Potensialet ved tiltaket poengteres og man ser for seg at «Den bevarer en del syge, som ellers maatte paa hospital, fra at komme hjemmefra, dels letter den leilighedsvis indtrædende hospitalsnød» (Aftenposten, 1916a, p. 4). I Stavanger Aftenblad finner man den 8. juni 1920 en utlysning av en pleierskepost ved den kommunale hjemmesykepleie i Haugesund (Stavanger Aftenblad, 1920, p. 8). 4. mars samme år kan vi lese i norske intelligenssedler at kontorchef H. Daniel skal ha et foredrag om «hjemmesykepleie og rekonvalesenthjem i Danmark» i anledning et foredragskurs i regi av kredssygekassenes landsforening (Norske intelligenssedler, 1920, p. 5). Hvorvidt disse fragmentene kan tolkes som opphavet til en kommunalt styrt hjemmesykepleie eller om de kun må sees som nettopp løsrevne fragmenter er vanskelig å si. Sykepleie i hjemmene har imidlertid funnet sted lenge før dette. Wyller (1990, p. 263) hevder at sykepleien oppstod nettopp i hjemmene, i stellet av de syke, gamle og barna. Når husmoren selv ble syk trådte naboene til.

5.1 DEN FØRSTE OMSORG FOR DE SYKE

Moseng (2003) viser til Gulatingsloven fra 900-tallet som forpliktet slekten til å skifte på ansvaret for de vanføre. De første offentlige legene i Norge, fra begynnelsen av 1600-tallet baserte sin praksis, foruten ved å bistå ved epidemier, på legetjenester i hjemmene for dem som hadde råd. I 1672 ble de imidlertid pålagt å hjelpe også dem som ikke hadde råd til å betale for seg. På denne måten gikk legene i større grad inn i en offentlig rolle. Samtidig vokste det frem et legevesen tilknyttet de tunge statlige interessene som militæret og bergverkene. Hospitalene som fantes i Norge fra middelalderen fungerte i hovedsak som oppbevaringsplass for de som ikke hadde noen eller som innesperringsanstalter for de

leprasyke. Likeledes førte radesyken på 1700-tallet til opprettelsen av fem nye sykehus i Norge, utelukkende for å ta hånd om den nye epidemien. Også her var innesperringen et vesentlig element selv om helbredelse skulle tilstrebes.

5.2 SYKEPLEIEN OPPSTÅR SOM FAGFELT

1814 markerer et skille på mange måter. Ikke bare får Norge sin egen grunnlov og overføres fra dansk til svensk herredømme. De første forelesningene i medisin starter opp på det nyopprettede, første norske universitetet i Kristiania. For å møte behovet for en klinisk undervisningsarena blir rikshospitalet opprettet i 1826. I takt med befolkningsvekst, urbanisering og stadige epidemier, som difteri, kolera og tuberkulose, fører 1800-tallet til en voldsom vekst i utbygging av sykehus i Norge. Fra 1853-1900 ser vi en tredobling i antall årlige innleggelser i norske sykehus (Schiøtz & Skaset, 2003, p. 61). På mange måter kan man si at sykdommen i disse årene flytter ut av hjemmet og inn i sykehusene. Som en følge av dette oppstår legenes behov for kyndig assistanse og man starter opplæring av faglærte sykepleiere. Etter modell fra den tyske diakonissebevegelsen åpnes den første sykepleieskolen, Diakonisseanstalten, i Norge i 1868. Den første norske læreboken i sykepleie kom ut i 1877. Her presenteres sykepleie først og fremst som et praktisk håndverk. Fokuset er rettet mot ivaretagelse av grunnleggende behov, observasjoner, det kliniske blikk, og tiltak knyttet til endringer i pasientens tilstand (Martinsen, 2003, p. 87). Rundt århundreskiftet dukker også de verdslige sykepleieskolene opp (Martinsen & Wærness, 1991). Tross sykehusutbygging er det likevel fremdeles behov for sykepleiere i hjemmene. Fattigpleieforeningene, oftest organisert under menighetene, har også behov for diakonisser.

Omsorgen for de fattige har også en lang tradisjon i Norge. På linje med omsorgen for de vanføre ble legdordningen for fattige innført på 1100-tallet. Det vil si at de fattige ble flyttet rundt fra gård til gård i lokalsamfunnet. På landsbygden var dette det vanlige til langt ut på 1800-tallet. Ordningen ble forbudt i 1900. Legdordningen fantes også i byene men her var det også hospitalet, fattighus, arbeidsanstalter og så videre, skiftende etter tidenes strømninger. I 1845 kom den første norske fattigloven som påla kommunene ansvaret for fattigforsorgen, gjennom fattigkommisjoner. Fra 1863 innsnevres denne loven til å gjelde kommunalt forsørgelsesansvar kun for syke, vanvittige og foreldreløse. Hvorvidt eldre og vanføre ble inkludert var opp til den enkelte kommisjon, så lenge en sørget for at ingen døde av sult (Halvorsen, 2010). Fra midten av 1800-tallet er politikk og næringsliv sterkt preget av en liberalistisk ideologi: individets frihet og samtidige ansvar for seg selv, med minst mulig statlig inngripen. Samtidig er perioden preget av stadige økonomiske kriser (Nielsen, 2011a;

Schiøtz & Skaset, 2003). Det offentlige inngripen i sosiale problemer er derfor svært begrenset.

Sunnhetsloven av 1860 hadde som målsetting å få fjernet risikofaktorer og legge føringer for veiledning og forebygging. Bekjempelse av epidemier og spedbarnsdødelighet var de prioriterte satsningsområdene (Schiøtz & Skaset, 2003). Samtidig var denne perioden preget av store samfunnsmessige endringer. Skolereform, vekkelsesbevegelser, nasjonalromantikk, bedret kommunikasjon og større mobilitet førte til en enorm vekst i det frivillige forenings- og organisasjonslivet. Det var derfor i stor grad organisasjonene som tok ansvaret for helsearbeid, sosialhjelp, avholdsarbeid og så videre (Nielsen, 2011a). Det gjaldt også omsorgen for de fattige, og ifølge Martinsen (1984, p. 210) jobbet så mange som 30 % av diakonissene innenfor dette feltet, også kalt menighetspleie, i perioden 1885-1910, i hovedsak i byene. Foruten konkret pleie av syke bestod menighetspleien også i arbeidstrening og -formidling og støtte til hjemmearbeid som søm og strikking som kunne hjelpe på vanskelige økonomiske kår. Gjennom dette arbeidet ble pleierne så informert om pleietrengende med behov for sykebesøk (Martinsen, 2003, p. 130) I tillegg til menighetene og de kristne organisasjonene var også andre organisasjoner aktiv i det hjemmebaserte sykepleietilbudet, som for eksempel Norske kvinners sanitetsforening (Bølstad, 1985).

Ved siden av fattigpleien vokste det samtidig frem et marked for privat sykepleie (Martinsen, 1984). Fremveksten her var sterkest i Bergen, her organisert under Diakonissehjemmet. I utgangspunktet var fattigpleien her organisert under indremisjonen. Da denne av økonomiske grunner måtte gi seg ble i fattigpleien innlemmet under diakonissehjemmet. Skillet mellom privatpleie- og menighetssøstre vedvarte imidlertid. Mens privatpleiesøstrene i hovedsak pleiet syke på bestilling, til betaling, deltok menighetssøstrene i generelt sosialt arbeid, finansiert av gaver eller kommunale midler der nøden var størst. I mindre byer og i distriktene ser det imidlertid ut til at diakonissene måtte kombinere privat- og fattigpleie, med privatpleien som hovedprioritet (Schiøtz & Skaset, 2003). Det var tydelig en viss grad av prestisje knyttet til privatpleien. I sykepleieforbundets første år var nemlig monopol på formidling av privatsykepleiere i Kristiania en viktig kampsak (Melby, 1990). Martinsen og Wærness (1991) beskriver dette som en skjult kontrakt. De velstående ønsket et kvalifisert, privat sykepleietilbud, mens sykepleierforbundet ønsket støtte fra de velstående.

Sykepleierforbundet vokste også frem i et motsetningsforhold til diakonissene og de «religiøse sykepleierne». Mens de sistnevnte stod i et sterkt underordningsforhold til legene og prestene ønsket sykepleierforbundet at sykepleierne i større grad skulle styre seg selv.

Likevel henvendte de seg til legene for å få støtte for sitt krav om 3-årig utdanning for sykepleiere, med henvisning til behovet for kompetente sykepleiere. Samtidig stod de sterkt på at sykepleierfaget måtte utvikles og ledes av sykepleiere. På samme tid var det mangel på sykepleiere og det hastet med å få utdannet nok personell. Legene på sin side gikk derfor inn for to klasser av sykepleiere, distriktssykepleiere med 1,5 års utdanning og mulighet for 1,5 år påbygning for å bli autoriserte sykepleiere til hospitalene (Martinsen & Wærness, 1991). Distriktssykepleierne skulle, som navnet antyder gi sykepleie etter behov i utkantene og skulle i hovedsak assistere helseråd og distriktsleger men også trå inn i husholdningene både i hjem og fjøs når sykdom rammet (Schiøtz & Skaset, 2003). Mens saken ble trenert i byråkratiet fortsatte sykepleierforbundet å kjempe for treårig utdanning ved å bygge ut det treårige tilbudet samtidig som de stilte krav om treårig utdanning for å bli opptatt som medlem.

5.3 POLITISKE ENDRINGER

I denne første perioden i de norske diakonissene og sykepleiernes historie skjedde det også andre omveltende endringer i det norske samfunnet. Den svenske Kongens vetorett og hans regjerings tilsynelatende uangripelighet, embedsmannsstyret, førte til stadig sterkere konflikter mellom regjering og storting, der Stortinget, på grunn av vetoretten, var dømt til å tape igjen og igjen. I kampen mot dette blir partiet Venstre, som det første i Norge, stiftet i 1882. Senere samme år stiftes Høyre, som et embedsmannsparti som motpart. Venstre har bred støtte i folket, i alt fra bønder, kjøpmenn, lærere og bedehusfolk til intellektuelle og diktere. Etter to års kamp gir Kongen etter og i 1884 får Norge innført et parlamentarisk system, der regjeringen skifter i takt med stortingsflertallet. I kjølvannet av denne endringen begynner også andre grupper i samfunnet å organisere seg i kampen for sine rettigheter. Blant annet stiftes Kvinnestemmerettsforeningen i 1885 og Arbeiderpartiet (AP) i 1887. Arbeidernes faglige landsorganisasjon (senere LO) stiftes i 1899 og får sin motpart i 1900 i Norsk Arbeidsgiverforening (NAF, senere Norsk hovedorganisasjon, NHO). Internasjonale økonomiske nedgangstider fører også til økende krav om at Norge må få føre sin egen utenrikspolitikk med egen utenriksminister og konsulatvesen for å ivareta norske næringsinteresser i utlandet. Etter høyt politisk spill, med trusselen om krig sterkt nærværende, får Norge sin selvstendighet fra Sverige i 1905. Fire år tidligere har kvinner med egen inntekt fått stemmerett ved kommunevalg, i 1907 ved Stortingsvalg og i 1913 får kvinner stemmerett på linje med menn (Nielsen, 2011a)

AP får sine første representanter på Stortinget i 1903 og konflikter mellom arbeidere og arbeidsgivere er hyppig (Nielsen, 2011a). For å dempe konfliktnivået iverksettes derfor en

rekke sosiale reformer i perioden frem mot 1920. Det opprettes flere nye sykehus, i hovedsak på privat eller kommunalt initiativ, men også av amtene, de senere fylkene, og staten. AP reiste i 1893 krav om et offentlig ansvar for «total» sykepleie, «jordmorhjelp, legebehandling, medisiner, sykehusopphold og sykepenger» (Schiøtz & Skaset, 2003, p. 183). I 1911 kom lov om sykeforsikring, en tvungen ordning som skulle dekke arbeidstakere og deres koner og barn. Betalingen ble delt mellom forsikringstaker, arbeidsgiver, stat og kommune og dekket fri legehjelp, nødvendige hjelpemidler og barselhjelp. Ordningen ble administrert av kommunene gjennom kretssykekassene. Legene fungerte imidlertid som selvstendig næringsdrivende, noe som førte til behov for et refusjonssystem med makssatser og opprettelse av kommunale legestillinger på fastlønn. Det er altså fra denne perioden vi kan finne noen små avisnotiser som beskriver tiltak i København der en forsøker å bygge ut en kommunal hjemmesykepleie for å avlaste sykehusene og som dermed har potensiale til også å avlaste kretssykekassenes utgifter.

Fra 1920-årene skal imidlertid det norske helsevesen preges av nedskjæringer snarere enn utbygging. De neste femten årene preges av «øksekomitéer» og krav om å begrense hjelpetiltak til det aller mest nødvendige. Politisk er det også urolig. Venstre, som lenge har vært et samlende folkeparti, med velgere fra alle samfunnslag begynner å slite ettersom friksjonene mellom ulike sosiale lag skaper grobunn for Bondepartiet, som senere skal bli Senterpartiet (SP), og ikke minst AP. Manglende samarbeidsvilje mellom partiene fører til hyppige regjeringsskifter (Nielsen, 2011b). I 1935 har imidlertid AP etablert seg som det desidert største norske partiet og regjeringen Nygaardsvold sitter til krigsutbruddet i 1940 og videre i eksil til krigens slutt. De gjennomfører en rekke sosialpolitiske tiltak med større offentlig ansvar og økte overføringer til kommunene, samtidig som den økonomiske nedgangen snur. I 1936 leder daværende assistentlege Karl Evang en utredning, på vegne av sosialistiske legers forening, for å se på en omorganisering av medisinaladministrasjonen, for å gjøre denne mer effektiv (Schiøtz & Skaset, 2003, p. 201). Her hevdes det at det store innslaget av private organisasjoner, som respons på manglende ansvar fra myndighetene, med varierende finansiering av kommunene, fører til at tilbudet er fragmentert og skaper store ulikheter fra kommune til kommune. I 1938 utnevnes Evang til medisinaldirektør og han har mange planer om dyptgripende reformer i Helse-Norge. Han må imidlertid vente fem lange krigsår før han virkelig kan gå i gang med arbeidet.

I samme periode oppstår det også et sykepleieroverskudd, noe som fører til endringer i utdanningsspørsmålet. Stadig flere religiøse skoler har utvidet til treårig utdanning og legene

foretrekker sykepleiere med lang utdanning. Sykepleierforbundet går nå inn på andre kampsaker, særlig arbeidstidene. En invalideprosent blant utdannede sykepleiere på 10-12 %, samtidig som det er et overskudd på sykepleiere fører til krav om 48-timers arbeidsuke. Kravet går gjennom i 1937 for sykehusenes vedkommende, men ikke for privat- og distriktssykepleien. Samtidig begynner sykepleierforbundet å trekke frem sosialsykepleie som et viktig arbeidsfelt. På denne måten begynner de for alvor å bevege seg inn på menighetspleiens domene, der, sosialt arbeid og forebyggende arbeid er i fokus.

5.4 ETTERKRIGSTIDEN

Etter krigen skal landet bygges. Det har vært lite utbygging av helsevesenet gjennom 20- og 30-tallet og krigen har også satt sine spor. Samtidig kommer en ikke utenom at okkupasjonsmakten hadde bygd opp en stor grad av industri og infrastruktur under krigen som landet kunne dra fordel av når landet skulle «gjenreises» (Nielsen, 2011b). AP seiler inn som det definitivt største politiske partiet og har rent flertall frem til 1961. Foruten en måneds høyrestyre i 1963 sitter de også med regjeringsmakten frem til 1965, ledet av Einar Gerhardsen stort sett hele perioden, med unntak av et opphold mellom 1951-55. Delvis basert på planøkonomiske virkemidler søker AP å bygge ut industri og samtidig innføre velferdsordninger som skal bidra til å ivareta folk gjennom vanskelig livssituasjoner og hindre folk i å falle utenfor samfunnet. En rekke trygdeordninger innføres, samt ulike låneordninger, som husbanken og lånekassen for utdanning. På mange måter bygges landet opp som en stor bedrift.

Innen helsevesenet får Evang mulighet til å iverksette sine visjoner som landets helsedirektør frem til 1972. Umiddelbart etter frigjøringen opprettes et nytt helsedirektorat i det det faglige medisinaldirektoratet og departementets medisinalavdeling slås sammen. Evangs posisjon gir ham dermed ikke bare faglig innflytelse, men også betydelig politisk innflytelse i det han opererer direkte under sosialministeren. Ambisjonene er omfattende. Foruten administrative omorganiseringer, gjennomgang av lovgivning og sykehusutbygging er oppbygningen av primærhelsetjenesten et viktig tema. Spesielt legevesenet og da særlig distriktslegetjenesten, samt helsesøstervirksomheten ligger sterkt på Evangs hjerte (Schiøtz & Skaset, 2003). Han ønsker seg videre opprettelse av helsehus og helsesentre der ulike tjenester skal samles og koordineres. Fokuset på forebyggende arbeid og da spesielt mot barna er sterkt. Slik blir også hjemmene påvirket av industrialiseringen og bedriftstenkningen.

5.4.1 Husmødrene og husmorvikarene

Den økonomiske nedgangsperioden på 20- og 30-tallet hadde bidradd til å presse mange kvinner ut av arbeidsmarkedet. Med urbanisering og bortfall av storfamilien ble det også sett som uforenlig å kombinere arbeid med ansvar for hus og hjem. 50- og 60-tallet skuldet bli husmødrenes tidsalder. Husmødre ble opplært i viktigheten av hygiene og ikke minst klare rutiner og streng planlegging av arbeidsdag og arbeidsuke. Selv familiehygge skulle føres på timeplanen og gjennomføres planmessig (Nielsen, 2011b). Gjennom et kraftig fokus på viktigheten av det hjemlige styre og stell blir på denne måten heltidshusmor en egen yrkesgruppe for mange kvinner. Det opprettes husmorskoler og radio, aviser og ukeblader fylles med husmorstoff med råd, oppskrifter på mat og klær, reklamer og ikke minst klare normangivelser. Standardisering av matvaner, interiør og fritid kommer sammen med en massiv innflytting til byene i like standardiserte boliger. Etter hvert dukker også ferdigproduktene og de elektroniske husholdningsartiklene opp på markedet.

Nærmest som en understrekning av yrkesaspektet i husmorrollen, innvilger Stortinget i 1948 kroner 385 000,- i støtte til husmorvikarvirksomhet. Dette skal fordeles på kommuner som selv har vanskelig for å finansiere denne ordningen (Sosialkomitéen, 1948). I begrunnelsen for tiltaket heter det at husmorvikarene skal tre inn som vikar når husmor er syk. Det påpekes at de ikke skal erstatte faglærte pleiersker, men eventuelt bistå disse ved behov. Tilskuddet skal bare unntaksvis gis til kommuner som betaler private organisasjoner for å gjøre denne typen arbeid (Stortinget, 1948). Samme året trer sykepleierloven i kraft. Denne innebærer krav om treårig utdanning med påfølgende statlig autorisasjon, åpning for begge kjønn og mulighet for å fortsette i yrket på tross av ekteskap. De ugunstige arbeidstidene, husmoridealet og de generelle tradisjonene i sykepleieryrket bidrar likevel til at det vanlige fortsatt er at man slutter når man giftet seg (Melby, 1990).

5.5 HJEMMESYKEPLEIEN FÅR STATLIG TILSKUDD

Mot slutten av 1949 sender Norske kvinners sanitetsforening et brev til rikstrygdeverket. Her reagerer de på at det kun er sykehusopphold som dekkes av folketrygden mens pleien som skjer i hjemmene ikke godtgjøres. De viser til at plassmangelen på sykehus gjør denne tjenesten nødvendig, men organisasjonene som driver denne tjenesten er hardt presset. Det er begrenset hvor mye lenger de kan fortsette driften basert på frivillige midler. Sykepleie i hjemmet må inn under samme finansieringsvilkår som innleggelse i sykehus. Brevet får bred støtte, men først i 1953 opprettes en komité som skal se på saken, som så leverer en innstilling i 1956 (Bølstad, 1985). På bakgrunn av denne fremmes det i 1958 forslag for Stortinget om at

tilskudd til hjemmesykepleie på linje med husmorvikarordningen innlemmes i statsbudsjettet fra det påfølgende året (Familie- og forbrukerdepartementet, 1958). Det bærende argumentet er at en utbygd hjemmesykepleie kan bidra til å avlaste et sykehusvesen som er i ferd med å overbelastes.

Som en del av proposisjonen er det rom for en uttalelse fra helsedirektør Evang. Han beskriver tre grupper mottakere av hjemmesykepleie. For det første er det hjemmesykepleie som gis i forbindelse med utskrivning fra sykehus, der sykehuset står ansvarlig for pleien som gis. Helsedirektøren anbefaler en særlig utbygging av denne formen for hjemmesykepleie. Den andre formen er hjemmesykepleie istedenfor sykehusinnleggelse. Dette skal foreskrives av pasientens lege, som står ansvarlig for pleien og behandlingen som gis. Dette beskrives som den mest vanlige formen, men helsedirektøren påpeker at denne tjenesten ofte utføres av husmorvikarer i mangel på sykepleiere. Den tredje formen er hjemmesykepleie av langvarig art til kronisk syke og syke eldre. For denne gruppen er det ofte ikke lege involvert. Videre viser Evang til at de eksisterende finansieringsordningene gjør det økonomisk mer gunstig for pasientene å være på sykehus ettersom dette er gratis. Samtidig påpeker Evang at både hjemmesituasjon og store avstander for å få tak i hjelp kan kompromittere forsvarligheten ved å gi pleie i hjemmet.

5.5.1 Organisasjonsspørsmålet

Videre viser forslaget til at det i hovedsak er ulike religiøse eller humanitære organisasjoner som driver hjemmesykepleie på tidspunktet og at disse bare sporadisk mottar noen form for støtte fra kommunene. Med den nye tilskuddsordningen skal kommunene stå fritt til å disponere organisasjonene til fortsatt drift, men tjenestene skal tildeles av et kommunalt organ. Samtidig står kommunene fritt til å la organisasjonene være delaktig i dette. Finansieringsordningen synes å være noe intrikat, ved at den består av en deling mellom staten og trygdekassen, med en ekstra ordning der tjenesten erstatter sykehusopphold, samt åpning for å kreve egenandel. For å få støtte kreves legeerklæring i hvert enkelt tilfelle der også varighet av tjenesten skal presiseres. Lege skal utføre tilsyn og det er klare kompetansekrav til utøverne av tjenesten. Eventuell dispensasjon fra dette krever en omfattende søknadsprosess til fylkeslegen. Den daglige ledelsen skal forestås av sykepleier. Hjemmesykepleie ved overgang fra sykehus til hjem administreres som før av sykehusene. Forslaget får bred støtte ved behandling i sosialkomitéen og i deres innstilling fremmer de også ønske om at ordningen på sikt må omfatte hjemmehjelp (Sosialkomitéen, 1958). Også i Stortinget får tiltaket bred støtte. KrF stiller imidlertid spørsmålsteget ved den kommunale

administrasjonen og hvordan dette vil påvirke organisasjonene. Representanter fra både AP og Høyre mener imidlertid at forslaget tilrettelegger for deres fortsatte delaktighet i virksomheten (Stortinget, 1958). På den annen side henvises det i proposisjonen til et høringssvar fra husmorvikarrådet som kun ønsker tilskudd til kommunalt ansatte (Familie- og forbukerdepartementet, 1958).

Problemstillingen ser imidlertid ikke ut til å forsvinne. Både i 1960 og 1961 dukker spørsmålet opp i stortingsforhandlinger, ledet an av SP, men med støtte fra både Venstre og KrF. De viser til skriv fra en rekke organisasjoner som beskriver samarbeidsproblemer med kommunene, menigheter som kutter samarbeid og at dagens ordning gjør at det ikke lønner seg for kommunene å samarbeide med organisasjonene. Fra KrF kommer ønske om åpning for å overføre administrasjonen til organisasjonene der dette er hensiktsmessig. Responsen fra statsråden er gjentakende at kommunene må sikre at midlene går der de trengs, at det mange steder fungerer bra og at samarbeidsproblemer må bygge på misforståelser. Kommunene og organisasjonene må finne ut av dette selv (Stortinget, 1960a, 1960b, 1961).

I denne perioden skjer det samtidig endringer av politisk karakter i landet, basert på forhold i internasjonal storpolitikk. Atomkappløpet mellom USA og Sovjet fører til diskusjon rundt Norges NATO-medlemskap og de nære båndene til USA. Denne debatten fører også til konflikt innad i Arbeiderpartiet, noe som ender med at kritikere fra venstresiden i partiet og ungdomsorganisasjonen ekskluderes. I 1961 danner disse Sosialistisk Folkeparti, senere Sosialistisk Venstreparti (SV). Med to plasser på Stortinget ved valget samme år, fører dette til at AP mister sitt rene flertall (Nielsen, 2011b)

5.6 REKRUTTERINGSPROBLEMER

Samtidig dukker det opp andre problemstillinger knyttet til hjemmesykepleien. I 1962 kommer en stortingsmelding «om husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie.» (Familie- og forbukerdepartementet, 1962). Her blir det tatt opp problemer med å rekruttere kompetent personell til tjenesten. Man søker å løse dette ved å forenkle mulighetene for å søke om dispensasjon fra kompetansekravene, samtidig som man vil tilby kortere kurs. Samtidig skal refusjonsordningen forenkles ved at tilskuddet ved hjemmesykepleie som erstatning for sykehus fjernes til fordel for en generell økning. Det slås imidlertid fast at hjemmesykepleie i disse tilfellene skal være gratis for pasientene. Videre blir kravene til kommunal kontroll over virksomheten lempet på. Sosialkomitéen har lite å kommentere. De ønsker fortgang i utbyggingen av opplæringsvirksomhet og i utredning om å innlemme hjemmehjelp i

finansieringsordningen (Sosialkomitéen, 1962). I stortingsforhandlingene fortsetter representanter fra SP, KrF og Venstre å advare mot samarbeidsproblemer mellom kommuner og organisasjonene og mener det er fare for at organisasjonene føler seg presset ut. Svaret fra AP er imidlertid som før, at dette ikke er noe stort problem, og at kommunene og organisasjonene må løse dette seg imellom (Stortinget, 1962).

For øvrig heter det i retningslinjer for husmorvikar og hjemmesykepleie fra 1963 at organisasjoner som samarbeider med kommunen om disse tjenestene bør være representert i den kommunale nemnden som administrerer driften (Vedlegg til: (Familie- og forbukerdepartementet, 1968). Her slås det for øvrig fast at hjemmesykepleie forutsetter legerekvisisjon og at lege må godkjenne bruk av annen kompetanse enn sykepleier. Videre heter det at *«tilfelle der sykehusinnleggelse ellers er nødvendig, bør ha fortrinnsrett»* (Familie- og forbukerdepartementet, 1968, p. 18). Dette punktet er interessant på flere måter. For det første peker det på prioriteringen av hjemmesykepleie som avlastning for sykehusene, samtidig som det viser hvordan behovet for helsepolitiske prioriteringer tydelig kommer til uttrykk. For det andre antyder det at tildelingen av hjemmesykepleie på denne tiden til en viss grad var styrt av kommunens ressurser fremfor pasientenes behov. Tilsvarende skal husmorvikar fortrinnsvis prioriteres til familier med små barn og med dårlig økonomi. Hvorvidt denne prioriteringen i enkelte tilfeller fører til at tjenester, med hjemmel i dette, trekkes tilbake til fordel for andre, mer «trengende» behov kunne vært interessant å undersøke nærmere i et senere studie. Videre påpekes at hjemmesykepleien skal gis nøye etter legens instruks under veiledning av godkjent sykepleier og rapport skal signeres av både lege og sykepleier. Fylkeslegen får ansvar for tilsyn og godkjenning av dispensasjon fra kompetansekrav.

5.7 UTVIDEDE HJEMMETJENESTER

I 1965 må AP gi fra seg regjeringsmakten til en koalisjon bestående av SP, KrF, Høyre og Venstre, under ledelse av SPs Per Borten. Som opposisjonsparti er AP aktiv når det gjelder å stille krav til regjeringen. I forbindelse med sosialkomitéens innstilling til statsbudsjettet for 1968 fremmer de forslag om en ekstrabevilgning på 1 million kroner til å innlemme hjemmehjelp i tilskuddsordningen (Sosialkomitéen, 1967). Til tross for at temaet har blitt tatt hyppig opp under AP-styre er kritikken mot flertallet som ikke vil innvilge dette krass under stortingsforhandlingene som følger (Stortinget, 1967). Forebyggingsaspektet ved hjemmehjelp poengteres og en ser for seg et omfang på noen timer daglig *«til vask og til innkjøp og til matlaging»* (Stortinget, 1967, p. 1464). Argumentasjonen bygger i stor grad på

pasientens tilknytning til hjemplassen og trivselsaspektet ved å være i eget hjem. Som en del av forhandlingene foreslår AP også å innlemme enkle pleieoppgaver i husmorvikaropplæringen for å avhjelpe en presset hjemmesykepleie. Rekrutteringsspørsmålet kommer således opp igjen og statsråden fra KrF ytrer ønske om å samle utdanningsinstitusjonene for å finne en løsning på problemet. Samtidig vises det til 13000 sykepleiere som ikke er yrkesaktive og det diskuteres hva som kan gjøres for å rekruttere disse. Noen klare løsningsforslag dukker imidlertid ikke opp. Forslaget om tilleggsbevilgning nedstemmes.

Allerede året etter kommer imidlertid den borgerlige regjeringen med en stortingsmelding «om hjelpeordninger for hjemmene» (Familie- og forbukerdepartementet, 1968). I hovedsak omhandler denne innlemming av hjemmehjelp i tilskuddsordningen og retningslinjer for dette. Meldingen gir plass til en rekke hørings svar, i hovedsak fra ulike organisasjoner og fagforeninger. Her kommer det frem en rekke ulike synspunkt knyttet til kompetansekrav, fordeler og ulemper ved å skille eller kombinere de ulike hjelpeordningene og så videre. Synspunktene dekker et vidt spekter. Tiltakene, slik de fremstår i sosialkomitéens innstilling går ut på å innlemme hjemmehjelpen i de andre tilskuddsordningene. Man ønsker en felles administrasjon for alle tre hjelpetiltak.

Når det gjelder hjemmesykepleien trekkes det frem at dette er et felt med store behov. Hjemmesykepleien skal ikke være en nødløsning når det ikke er plass i institusjon, men et fullverdig alternativ til dette, med de krav til medisinsk og hygienisk standard dette innebærer (Sosialkomitéen, 1968). Når det gjelder størrelsen på tilskuddet går flertallet inn for en dekning på 35 % av kommunenes utgifter. Mindretallet, det vil si AP, mener imidlertid at økonomiske ulikheter mellom kommuner fordrer en gradering av tilskuddet ut fra behov. Graderingsdebatten fortsetter i Stortinget. Her benytter også medlemmer fra regjeringspartiene anledningen til å påpeke at det ikke først og fremst er AP-politikk som har ledet frem til ordningene som diskutertes, men innsatsen fra menighetene og organisasjonene (Stortinget, 1968). Når det gjelder rekruttering til hjelpeordningene foreslår blant annet en representant fra Høyre å rekruttere ungdom til frivillig innsats, så de kan «gjøre noe mer enn å protestere» (Stortinget, 1968, p. 1474) Fra AP påpeker flere at ved å legge opp til deltidsarbeid kan denne typen arbeid være en fin bigeskjeft for utdannede hjemmeværende husmødre. Videre ønsker AP en samordning mellom kommunenes helse- og sosialstyre. Ellers er det bred enighet om å opprettholde strenge krav til opplæring og kompetanse, spesielt når det gjelder hjemmesykepleien. I arbeidet med meldingen blir fordelene for

pasienten ved å kunne være hjemme lengst mulig stadig påpekt og fremhevet. Den åpenbare samfunnsøkonomiske gevinsten nevnes også, men oftest i mer indirekte forstand, innpakket i et teknisk, byråkratisk språk.

5.8 OPPRØRSTID OG SENTRALISERING

Samfunnet for øvrig preges av uro og endringer. Stadig flere tar videre utdanning etter grunnskolen og antall studenter på universitetene tredobles mellom 1960 og 1970. Frankrike går gjennom et studentopprør og også i Norge stiller studentene krav om nytenkning, mer demokrati og mer åpenhet rundt de politiske maktmiljøene (Nielsen, 2011b). De stadig nye, tidsbesparende husholdningsartiklene, større behov for arbeidskraft og lavere fødselstall fører også til at husmoryrket mister terreng til fordel for kvinnekamp og feminisme. Samtidig etablerer Stortinget pressestøtte for avisene. Disse løsriver seg mer og mer fra sine partipolitiske tilknytninger og journalistikken blir stadig mer kritisk. Som en følge av dette fører avdekking av interne konflikter innad i regjeringen til at Borten-koalisjonen til slutt felles av pressen i 1971. De erstattes av en mindretallsregjering fra AP, ledet av Trygve Bratteli. Lille julaften 1969 når nyheten om oljefunn i Nordsjøen frem til Industridepartementet. Gjennom sterk statlig styring av produksjonen skal dette danne grunnlaget for et enormt økonomisk oppsving, mange nye arbeidsplasser og en kraftig økning i skatteinntekter.

Også i helsevesenet skjer det store endringer. I 1963 starter utdanningen av de første hjelpepleierne. Dette skal være et kortere utdanningstilbud som skal utdanne personell som kan ta seg av enklere pleieoppgaver. Utdanningsløpet har variert over tid men har i dag endt som en fagutdanning på videregående nivå. Rekrutteringen er hovedsakelig fra arbeiderklassen og undervisningen holdes for det meste av sykepleiere og leger. Fagorganisatorisk organiserte hjelpepleierne seg først under Kommunale Funksjonærers Landsforbund, som var partiuavhengig, men de har byttet tilhørighet flere ganger siden det (Schiøtz & Skaset, 2003). I 2003 ble de med i det nyopprettede Fagforbundet, organisert under LO (Fagforbundet, 2016).

Ellers begynner helsehusene, eller helsesentrene, som Evang hadde ønsket seg, å dukke opp, sammen med en utbygging av sykehjem og psykiatriske behandlingsplasser. I 1969 vedtas en ny sykehuslov, med virkning fra 1. januar 1970. Denne legger ansvaret for sykehusene på fylkene og en utbygging, sterkt preget av sentralisering settes i gang. Dette

fører igjen til stadig økende ressursbruk og, kanskje ikke minst, mangel på personell, til tross for hjelpepleiernes inntog. (Schiøtz & Skaset, 2003).

5.9 KAMPEN OM LEGENE BEGYNNER

I 1971 leverer regjeringen-Bratteli en stortingsmelding «om helsetjenesten utenfor sykehus» (Sosialdepartementet, 1971). Denne er ment som et supplement til sykehusloven for å sikre primærhelsetjenestens ivaretagelse. Selv om tittelen på meldingen antyder at den tar for seg de samlede helsetjenestene utenfor sykehus omhandler den i hovedsak diskusjon av tiltak for å unngå legeflukt til sykehusene slik at legetilbudet i primærhelsetjenesten kan opprettholdes, samt tiltak for å sikre tannlegedekning. Blant tiltakene som diskuteres er blant annet en innskrenking av legenes etableringsrett, begrensning av stillinger i sykehusene og mulighet for beordring av leger til distriktene. Gjennom høringssvar kommer det imidlertid fram at det er mange motforestillinger mot dette. Mange frykter at leger vil flykte til utlandet dersom kravene i Norge blir for strenge.

Blant de konkrete tiltakene som foreslås, er at fylkene, på linje med sykehusansvaret skal få ansvaret for en samlet plan for helsetjenesten utenfor sykehus. Utbyggingen av helsesentrene skal intensiveres. Målet med disse er å samle alle helse- og sosialtjenester på ett sted: lege, tannlege, hjemmesykepleie, fysioterapi, sosialtjeneste, administrasjon og så videre, gjerne med tilknytning til sykehjem. Dette skal muliggjøre et helhetlig helsetilbud med sømløst tverrfaglig samarbeid. Pasienten skal kunne møte alle tjenester på ett sted i stedet for å måtte bevege seg mellom ulike kontorer. De ansatte kan bygge sterke kollegafellesskap og ha kort vei til samarbeidspartnere.

Behandlingen av stortingsmeldingen utsettes imidlertid både i 1971 og -72. Høsten 1972 stemmer befolkningen «nei» til EF og Bratteli trekker seg som statsminister. Han avløses av en mindretallskoalisjon bestående av KrF, SP og Venstre, under ledelse av KrFs Lars Korvald. På samme tid går Karl Evang av som helsedirektør og erstattes av Torbjørn Mørk fra AP (Schiøtz & Skaset, 2003). Han utpeker utbygging av primærhelsetjenesten, samordning av helse- og sosialtjeneste og bedring av arbeidsforholdene innen sektoren som hovedsatsningsområder.

Våren 1973 leverer sosialminister Fjose (KrF) en tilleggsmelding til den foregående stortingsmelding «om helsetjenesten utenfor sykehus» (Sosialdepartementet, 1973a). Det har allerede skjedd store endringer. Bemanningssituasjonen er bedret, flere sosiale reformer er iverksatt og nye er under utredning. Videre vises det til at til meldingen har vakt sterke

reaksjoner, til tross for at den ikke er behandlet. Blant annet har Legeforeningen hatt ekstraordinært møte og skrevet i et brev til Stortingets sosialkomité at de tar sterk avstand fra flere av forslagene og mener at meldingen innebærer «*løsninger som er utilstrekkelig forberedt og som man i dag ikke kan overskue konsekvensene av*» (Sosialdepartementet, 1973a, p. 4). Fastlønsordningen angripes og legeforeningen hevder at honoreringssystemet med betaling per ytelse vil føre til bedre tilbud for pasientene. Legeforeningen er også mot krav om helsesentre og mener at behovet for tverrfaglig samarbeid rundt pasientene er begrenset. Gjennom høringssvar blir det også vist til skepsis mot helsesentertanken fordi en frykter sentralisering av tjenestene, samt at store sentra kan føre til større avstand til pasientene og større rom for ansvarspulverisering og misforståelser. Det uttrykkes også frykt for at det fortrolige forholdet mellom lege og pasient skal svekkes gjennom denne typen ordning. En del leger i distriktene er imidlertid kritisk til legeforeningens motstand mot forslagene og ønsker fastlønn og alternative avlønningsformer velkommen. En lege betegner eksempelvis regningsblokken som en pinlig del av konsultasjonen. Videre viser meldingen til tekniske nyvinninger, som kontormaskiner og mobiltelefon som kan forenkle arbeidet, samtidig som de påpeker at det ikke må gjøre tjenestene upersonlige og maskinelle. Teknologien skal ha som mål å frigjøre tid til pasientene og en arbeidsgruppe er satt på saken. Den nye meldingen støtter i stor grad opp under den opprinnelige, men konkluderer med at de store endringene når det gjelder legene krever grundigere utredning og analyser.

Sosialkomitéen støtter i hovedsak opp om de to meldingene. De anmoder om viss grad av moderasjon med tanke på massiv utbygging av helsesentre og ønsker foreløpig at en skal foreta forsøksvirksomhet med ulike modeller for å finne gode løsninger. Sentrene må heller ikke standardiseres for mye, men tilpasses lokale forhold. De må ikke føre til at legene foretar færre hjemmebesøk. Det blir videre diskutert hvorvidt andre yrkesgrupper kan avlaste legene ved å ta over enkelte oppgaver. Innstillingen tar også for seg hjemmesykepleie og slår fast at husmorvikarvirksomhet og hjemmehjelp er forutsetninger for en fungerende hjemmesykepleie. Disse ordningene må samordnes og finansieres etter samme system (Sosialkomitéen, 1973).

Forhandlingene i Stortinget viser i grove trekk til en enighet om tiltakene som er foreslått. Det blir foreslått mer forskning på primærhelsetjenesten og fra flere hold slås det fast at helsesentrene må tilpasses lokale forhold og at de gamle ordningene må beholdes der dette er hensiktsmessig. Man fokuserer også på taushetsplikt og at samarbeidstankegangen i helsesentrene ikke må føre til løssluppenhet med personopplysninger. Behov for økt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir også påpekt. Det er likevel tydelig

at den tidligere relative enstemmigheten mellom partiene begynner å slå sprekker. Høyre viser et tydelig ønske om å bevare legenes autonomi og mulighet for privat praksis. Arbeiderpartiet ønsker imidlertid en sterkere offentlig styring av legenes virksomhet samtidig som de står sterkt på helsesentertanken. SP fremholder et sterkt fokus på utkantstrøk og det å unngå sentralisering: lokale tiltak må bygges ut for å hindre fraflytting. KrF fokuserer i større grad på den konkrete behandlingen og pasientkontakten. Når det gjelder hjemmesykepleien synes det å være bred enighet om at dette må bygges ut for å avlaste sykehus og sykehjem og at denne i større grad må arbeide i tilknytning til sykehusene (Stortinget, 1973).

5.10 HJEMMESYKEPLEIEN STYRKES

Hjemmesykepleien blir for øvrig sett på som en forsømt del av helsetjenestene og i mai samme år kommer en egen stortingsmelding «om hjemmesykepleievirksomhet» (Sosialdepartementet, 1973b). Innledningsvis vises det til avgjørelser om å overføre den statlige administrasjonen av hjemmesykepleien fra Familie- og forbrukerdepartementet til Sosialdepartementet, samt å øke refusjonssatsene fra folketrygden til 75 %, det samme som for sykehusene. Meldingen tar utgangspunkt i den brede oppslutningen i Stortinget om betydningen av en godt utbygd hjemmesykepleie for å kunne avlaste sykehusene og inneholder uttalelser fra en rekke instanser knyttet til ulike synspunkt på veien videre.

NSF peker på behovet for en klar organisatorisk utforming. Med henvisning til Danmark ser de for seg en tjeneste med en egen faglig ekspertise, med faglig lederskap fra egen gruppe. De støtter forslag om en egen etterutdanning innen hjemmesykepleie og foreslår krav om at leder skal være sykepleier med administrativ tilleggsutdanning. Videre ser de det som logisk og nødvendig at hjemmesykepleien legges inn under det kommunale sosialstyre. Norges sosialsjefers landslag mener imidlertid at hjemmesykepleien må ses som en del av en samlet hjemmetjeneste og ikke bør ha en egen administrasjon men legges under det lokale sosialkontor. Samtidig vises til uttalelser fra både fylkesleger og kommunale sykepleiesjefer om behov for nærmere kontakt mellom hjemmesykepleie og fylkeslegens kontor.

Når det gjelder kompetansekrav mener rikstrygdeverket at dispensasjonskravene er for strenge og at sykepleiesjefen må kunne vurdere å gi enklere pleieoppgaver til ufaglært personell der dette er forsvarlig. Meldingen konkluderer med at kompetansekravene fastholdes, både fordi de store avstandene hjemmesykepleien opererer under krever personell som kan gjøre alle typer oppgaver, samtidig som forventningen om at hjemmesykepleien skal være et reelt alternativ til sykehus fordrer kompetent personell. Det vises således til at planene

om å mobilisere den hjemmeværende sykepleiereserven ser ut til å lykkes og en har startet reaktiveringskurs for de som har vært lenge utenfor arbeidslivet. Videre fastholdes tilknytning til og tilsyn av lege, mens sykepleier stadig skal ha det daglige ansvaret. Fokuset i tjenestene skal være på pasientens funksjon fremfor diagnose.

Også denne meldingen utsettes i sosialkomitéen og høsten bringer med seg nok et regjeringsskifte. Til tross for et relativt svakt valg i forhold til tidligere får vi en ny AP-regjering, Trygve Brattelis andre. Den store overraskelsen ved dette valget er nok Sosialistisk Folkeparti som får 16 representanter på Stortinget mot ingen ved valget i 1969, mens Venstre blir de store taperne med bare 2 representanter. Også KrF får et oppsving samtidig som nykommerne Anders Langes Parti, senere Fremskrittspartiet (FrP), får sine første fire representanter (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, 2016).

Sosialkomitéen gir i det store og det hele uttrykk for tilfredshet med fremdriften som skjer og innholdet i stortingsmeldingen. Det kommer frem ønske om at også andre hjelpeordninger, som fysioterapi, hjemmehjelp, husmorvikar og så videre også får del i den samme økningen av refusjonssatsene, samt at opplæring også skal utløse tilskudd. For øvrig ses et begynnende fokus på pårørende og det gis uttrykk for behov for retningslinjer for ivaretagelse av pårørende. At pårørende påtar seg lette omsorgsoppgaver ses mer eller mindre som en selvfølge, men man viser til enkelte som står i tunge omsorgsbyrder og som gjerne står utenfor arbeid for å yte omsorg for familiemedlemmer. Videre at en må unngå å legge press på familien når det gjelder å påta seg tyngende omsorgsoppgaver (Sosialkomitéen, 1974). Fokuset på de pårørende kommer tilbake i forhandlingene i Stortinget (Stortinget, 1974).

Når det gjelder hjemmesykepleiens forvaltningsnivå kommer det antydninger fra AP om at dette kanskje bør legges til fylkene, på linje med sykehusene og sykehjemmene for å styrke samarbeid, unngå at kommunene prøver å få pasienter på institusjon for å spare penger og for å kunne planlegge i større skala. Høyre, KrF og SP ønsker imidlertid å holde det til kommunene for å sikre lokal tilpasning og sikre den lokale rekrutteringen. Det synes for øvrig å være bred enighet om å utvide refusjonsordningene til også å gjelde andre tiltak. Innsparingsgevinsten ved hjemmebaserte tjenester, både som forebygging og som avlastning og alternativ til sykehus og sykehjem synes det å være lite tvil om.

Et av de store temaene som diskuteres er dilemmaet med høye kompetansekrav kontra rekrutteringsvansker, et tema som synes å være vanskelig for flere. KrF og SP holder fast på

kompetansekravene. SP bruker kompetansekravene i sin argumentasjon for å bevare den lokale forankringen av tjenestene. For sykepleiere i distriktene kan en lokal hjemmesykepleie være et bedre alternativ som arbeidsplass enn et sentralisert sykehus langt unna. FrP mener imidlertid det må være viktigere at de som trenger det faktisk får hjelp enn hvilken kompetanse hjelperen har. Også Høyre slutter opp om at kompetansekravene ikke må gå på bekostning av pasientene, men at hjemmesykepleien som alternativ til sykehus i pleie av svært syke pasienter fordrer et høyt kompetansenivå. De åpner imidlertid for et tydeligere skille mellom praktiske oppgaver og pleieoppgaver slik at en kan bruke mindre kompetent personell til den første typen oppgaver. AP hevder at det ikke er det å få personell i seg selv, men kompetent personell som er problemet, samtidig som de mener at dispensasjonsmulighetene er for strenge og viser til at den tradisjonelle, organisasjonsdrevne hjemmesykepleien i en viss grad benyttet seg av ufaglærte. Mens de øvrige partiene tar standpunkt i saken velger AP og Høyre i større grad å helgardere seg ved å helle litt til begge sider. Samtidig sørger de for å presentere synspunktene sine i ulik innpakning slik at de, til tross for en relativ likhet i synspunkt, passer på å distansere seg fra hverandre.

Også SV gjør seg gjeldende i forhandlingene. De forfekter et sosialmedisinsk perspektiv med et fokus på pasientenes totale livssituasjon. Hjemmesykepleie må ikke bare bli et akuttilbud etter legens anvisning men må gis på fast basis og med gode tidsrammer. Hjelpen må gis uavhengig av medisinsk tilstand. Det er imidlertid noe utydelig hvem de tenker skal å få denne hjelpen. For øvrig henviser de til måten organisasjonene og diakonissene jobbet tidligere: «*De har representert en ikke-sektorisert, ubyråkratisk og folkelig terapi på sengekanten ...*» (Stortinget, 1974, p. 2403). De henviser med dette til en parallell debatt omkring nettopp organisasjonene og spesielt det diakonale arbeidet. Jeg har ikke gått dypere inn i denne debatten, men slik den presenteres i dette dokumentet forstår jeg det slik at særlig KrF, med støtte fra SP og Høyre stadig ønsker å bevare organisasjonenes autonomi i samarbeid med det offentlige, mens motparten, AP og SV ønsker å innlemme disse tjenestene i den offentlige forvaltning. SV går også hardt ut mot særlig Høyre i forbindelse med den tidligere behandlingen av Stortingsmeldingen «om helsetjenesten utenfor sykehus.» De mener den er et resultat av at den forrige regjeringen har gitt etter for press fra legeforeningen i spørsmålet om etableringsrett og fastlønn og at dette hemmer utviklingen av tjenestene. Høyre på sin side tar sterkt avstand fra kritikken.

5.11 LEGEKAMPEN FORTSETTER

I 1974 kommer det et lovforslag som omhandler planlegging og forsøksvirksomhet i sosial- og helsetjenesten utenfor institusjon (Sosialdepartementet, 1974). I hovedsak omhandler dette regulering av utbygging av helsesentre. De har vist seg å være kostnadskrevende og tidvis altfor omfattende i forhold til de lokale behovene. Det stilles derfor strengere krav til planlegging og godkjenning på fylkes- og departementsnivå for bygging av helsesentre. Samtidig gjøres det rede for problemer knyttet til taushetsplikt i helsesentertankegangen. Et punkt som skal komme til å skape debatt er lovforslagets paragraf 8-2. Her heter det at «*Det kan stilles som vilkår for offentlig støtte til tiltak innenfor sosialtjenesten og helsetjenesten at tiltaket er eller blir innpasset i planen. Det samme gjelder også for tilskott fra folketrygden*» (Sosialdepartementet, 1974, p. 16). Behandlingen av saken utsettes både i 1974 og -75, men når saken kommer opp til behandling i 1976 er det i hovedsak dette punktet som diskuteres. Høyre, med støtte fra KrF og SP frykter nemlig at dette punktet kan brukes som hjemmel for å svekke legenes etableringsrett ved at leger som ikke innordner seg under kommunens ordninger risikerer å miste offentlig støtte og refusjon fra folketrygden. AP og SV fremholder imidlertid at dette ikke er intensjonen, men at det må gis mulighet til å styre ressursene inn mot prioriterte mål og særlig for å kunne imøtekomme svake grupper og økonomisk svake kommuner. Motparten lar seg ikke berolige og stemmer, som mindretall, mot dette punktet i lovforslaget. (Sosialkomitéen, 1976; Stortinget, 1976). Schiøtz og Skaset (2003) viser til at legeforeningen, i sin motstand mot helsesentertanken til en viss grad står i opposisjon til både fylkesleger og de legene som i størst grad vil bli berørt av ordningen, representert gjennom Offentlige legers landsforening, som hilser ordningen velkommen, samtidig som de uttrykker skepsis til fastlønsordningen. Yngre leger uttrykker seg videre positiv til både fastlønn og tettere samarbeid med sosialtjenestene.

5.12 OPPRØRSTID

I løpet av 70-tallet befester Norge sin posisjon som en oljenasjon og opplever en enorm økonomisk vekst. Flere og flere får egen bil, reiser på ferie og pusser opp. Servicenæringene får et oppsving, mens de små kjøpmennene og spesialbutikkene bukker under for supermarkeder og kjøpesentre. Myndighetene fører en sterk styring over økonomien og innfører merverdiavgift på varer og tjenester for å finansiere velferdsordningene. Pensjonsalderen synker til 67 år, lørdagsfri innføres og man ønsker arbeidsinnvandrere velkommen for å dekke behovet for arbeidskraft (Nielsen, 2011b). Samtidig begynner standardfamiliene fra 50- og 60-tallet å forsvinne; færre gifter seg, flere skiller seg og

fødselstallene synker etter hvert som p-piller, spiral og selvbestemt abort blir mulig. Tross stadig økende oljepriser opplever Norge likevel nedgangstider igjen fra 1975 da økonomisk krise internasjonalt fører til nedgang for norsk eksport og skipsfart. Arbeidsinnvandringen bremses og staten må trå til med krisepakker for å unngå konkurser og holde forbruket oppe. Tiltakene fører imidlertid til inflasjon og den ene industribedriften etter den andre går konkurs. Resultatet blir fraflytting fra industribaserte lokalsamfunn og arbeidsledighet.

Forventningene til velferdssamfunnet forsvinner imidlertid ikke (Schiøtz & Skaset, 2003). Til tross for kritikk mot det klientskapende velferdssamfunnet både nasjonalt og internasjonalt fortsetter veksten i helsevesenet. Myndighetene begynner imidlertid å bli oppmerksom på at økte ressurser fører til økte behov og at behovet nærmest er umettelig. Helsepersonellet på sin side søker seg til institusjoner i sentrale strøk, noe som fører til personellmangel i distriktene, både i institusjonene men ikke minst i primærhelsetjenestene, til tross for intensjoner om desentralisering. I tråd med de statlige føringene dukker helsesentrene etter hvert opp rundt om i landet, men den store entusiasmen lar vente på seg. Det er ikke bare positive sider med helsesentrene. Mange preges av høyt gjennomtrekk av personell, dårlig arbeidsdeling og lange ventetider. Integrasjonen med sosialtjenestene blir fort avvirket, fordi samarbeidet ikke fungerer. Samtidig bygges de kommunale helserådene ned til fordel for politisk valgte helse- og sosialstyrer og fylkeslegefunksjonen amputeres.

Helserådene har sin bakgrunn i tenkning fra 1300-tallets Firenze og Venezia der de oppstod som krisetiltak i forbindelse med pestutbrudd. Formålet var i hovedsak å bekjempe og begrense epidemiene. Tanken om helseråd eller sunnhetspoliti i ulike former ble mer og mer utbredt mot slutten av 1700-tallet på begge sider av Atlanteren, også i Danmark-Norge. Formålet var å bekjempe sykdom og styrke sanitære forhold. Det første helserådet i Norge i mer moderat form kom i Kristiania i 1809 (Moseng, 2003). Ordningen ble lovfestet, under navnet sunnhetskommisjon, i 1860 og skulle ledes av stadsfysicus, en statlig ansatt embetslege. Ansvarsområdene gikk ut på å føre tilsyn med alt fra gjødselbinger, drikkevann og næringsmidler, til lys- og luftforhold i offentlige bygninger (Schiøtz & Skaset, 2003). Ordningen hadde blitt stående, med små modifikasjoner, siden den gang, men skal nå møte motgang. Legestanden protesterer mer eller mindre samstemmig og Karl Evang fortsetter sitt virke, tross pensjonsalder, gjennom kraftig kritikk i avisene (Schiøtz & Skaset, 2003).

5.12.1 Sykepleierstreik

Det er imidlertid ikke bare Evang som protesterer i 70-årene. Sykepleierforbundet sentralt opplever mot slutten av 60-tallet en gryende motstand, særlig fra den yngre garde og

sykepleierelevene mot det som oppfattes som et sterkt sentralstyrt skinndemokrati, med lite fokus utover det faglige. De ønsker en mer desentralisert oppbygging der faget fortsatt skal stå sterkt, men der fokuset på lønns- og arbeidsforhold også skal være gjeldende. I 1971 opplever forbundet en nedgang i medlemstallet (Melby, 1990). Etter at Sykepleierforbundet har godtatt tariffoppjøret for 1972 går en gruppe sykepleiere til aksjon. Etter først å ha fått avvist et krav om ytterligere lønnsøkning går sykepleieraksjonen til streik. Erklæringen som følger er underskrevet av 11 000 sykepleiere. Et høyt antall, tatt i betraktning at det totalt bare er i overkant av 15 500 sykepleiere i landet på denne tiden (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Sykepleierforbundet har ingen kontroll over aksjonen, men streiken avblåses etter forlik mellom regjeringen og sykepleieraksjonen etter knappe to uker (Schiøtz & Skaset, 2003). Streiken resulterer i en stortingsmelding som åpner for nye forhandlinger om tariffoppjøret og ikke minst en anerkjennelse av sykepleiernes arbeidssituasjon (Forbruker- og administrasjonsdepartementet, 1972). I innstillingen som følger kommer det imidlertid fram at Sykepleierforbundet, gjennom uravstemning, godtar det opprinnelige forslaget med 65 mot 35 % av stemmene (Den forsterkede administrasjonskomité, 1972). Aksjonen får likevel virkninger innad i forbundet idet det markerer starten på en omfattende demokratiserings- og desentraliseringsprosess med styrking av de lokale kretsene og lagene og deres påvirkning inn mot sentralstyret (Melby, 1990).

5.12.2 Lokalsykehus legges ned – økt press på kommunene

I kjølvannet av den tidligere nevnte sykehusloven av 1969 dukker det opp en rekke andre konflikter. Samtidig som sykehusloven legger ansvaret for sykehusdriften på fylkene er det også et statlig sykehusråd, fra tidligere, som skal uttale seg om de fylkeskommunale planene. Fra dette hold er det sterke føringer i retning av å bygge opp store enheter for å samle kompetanse og teknologi. Dette betyr samtidig at små lokalsykehus må legges ned, landet over. Dette medfører store protester fra lokalsamfunn som opplever å miste sine lokale tilbud. Det fylkesvise ansvaret medfører videre en skjevhet i utbyggingen basert på økonomisk ulikhet mellom fylkene. At man etter hvert søker å utjevne forskjellene hjelper videre lite når utkantstrøkene ikke har tilgang på personell. Økt bruk og mer avansert og kostbart medisinsk-teknologisk utstyr medfører økte utgifter og større forventninger til effektivisering. Når så budsjettene mot slutten av 70-tallet strammes inn og sykehusene i større grad tvinges til å skrive ut pasienter tidligere, fører dette til mer press på kommunene og hjemmesykepleien.

5.13 LOV OM KOMMUNEHELSETJENESTER

Gro Harlem Brundtland tar over som statsminister for partikollega Odvar Nordli i februar 1981, et halvt år før nytt stortingsvalg. Arbeiderpartiet har da sittet i regjering siden 1973. Samme vår fremmes en etterlengtet proposisjon om lov om kommunehelsetjenester (Sosialdepartementet, 1981). Proposisjonen er omfattende med et mangfold av målsettinger og forslag. Et sentralt utgangspunkt for proposisjonen er behovet for en godt utbygd primærhelsetjeneste for å redusere og forkorte innleggelse i sykehus. Uttrykket «*rett pasient, på rett sted til rett tid*» (Sosialdepartementet, 1981, p. 58) dukker blant annet opp. Videre vil en gjennom loven sikre at tjenestene gis etter behov og ikke ressurser. Av andre målsettinger kan nevnes forenkling og ensretting både når det gjelder forvaltningsnivå, administrasjon og tilskudds- og refusjonsordninger. Et sentralt virkemiddel i proposisjonen er ønsket om å legge ansvaret for store deler av primærhelsetjenesten på kommunene. I desentraliseringens navn skal kommunene få større muligheter og ansvar for å tilrettelegge og prioritere tjenestene etter lokale behov. Kommunene blir på samme tid pålagt en plikt til å yte nødvendig helsehjelp til alle som befinner seg i kommunen. Samtidig påpekes det at dette ansvaret begrenses av ressurser, som personell, utstyr og økonomi. Hvor sterkt kravet står, og hvor grensen går mellom grad av nødvendighet og kommunens plikt til å yte hjelp synes uklart. Hjemmesykepleie blir en lovpålagt tjeneste. Fylkeskommunens ansvar skal forskyves fra å være kontrollorgan til å være veilederorgan. Helserrådene får fortsatt bestå men skal miste sitt virke som styringsorgan. Det anmodes også sterkt om at kommunene bør ha et felles helse- og sosialstyre uten at dette lovfestes.

Når det gjelder hjemmesykepleiens administrative plassering vises det til en relativ deling mellom ulike høringsinstanser om hvorvidt dette skal ligge til helse- eller sosialtjenestene. Proposisjonen lander på at kommunene skal stå fritt til å velge dette selv under forutsetning av et tett samarbeid mellom de to tjenesteområdene. Kommunene står for øvrig fremdeles fritt til å samarbeide med private organisasjoner om utøvelsen av tjenestene. Et punkt i proposisjonen som kanskje særlig bryter med tidligere praksis er at de strenge kompetansekravene med begrensede muligheter for dispensasjon faller bort. Det er nå arbeidsoppgavene i seg selv som skal avgjøre de nødvendige kvalifikasjonskrav. Det skal likevel være en lege med et kommunalt medisinsk-faglig ansvar. Samtidig skal kommunehelse i større grad inn i de ulike utdanningene. Når det gjelder legene for øvrig foreslås det i proposisjonen at deres virksomhet skal legges inn i de kommunale planene. De kan fortsatt drive privat praksis men refusjonsordningene fordrer en avtale med kommunen og

det åpnes for at avtalene kan forplikte til tjeneste i andre kommunale tjenester. Kommunene skal stå fritt i spørsmålet om de vil betale legene i form av fastlønn, stykkpris eller en kombinasjon. Hva angår pasientene legger loven føringer for at man, dersom det ikke anses som nødvendig, primært skal oppsøke hjelp innenfor normal arbeidstid i egen hjemkommune. Noe av bakgrunnen for dette er fordelingsnøkkelen for det statlige tilskudd som baserer seg på en avansert beregning ut fra folketall, alderssammensetning, geografiske forhold og så videre. I tillegg kommer en rekke ordninger for betaling for gjestepasienter og samarbeid mellom kommunene. I det store og hele vies det svært stor plass til betraktninger rundt ulike ordninger for å sikre en mest mulig rettferdig fordeling av penger. Lovforslaget forplikter videre pasientene til å gi nødvendig informasjon til helsepersonell for at de skal kunne gi mest hensiktsmessig hjelp. På den annen side fremmes også forslag om forenkling og klargjøring av klage- og ombudsordninger. Forebygging ses også som en prioritert oppgave og en ønsker å innlemme forebyggende arbeid blant eldre i helsestasjonstilbudet.

5.13.1 Utsettelse

Som med så mange andre saker blir også behandlingen av denne utsatt. Den 2. juni, før Stortinget tar sommerferie tas ikke-behandling av proposisjonen opp i odelstinget (Stortinget, 1981). Ordrbruken i referatet fra behandlingen vitner om sterk misnøye fra regjeringshold. Saksordføreren fra KrF beklager at sosialkomiteen ikke har fått behandlet saken, men påpeker at han mener proposisjonen ble levert sent og at mange omstridte temaer sammen med et stort antall andre saker har ført til at de ikke har hatt tid til å behandle saken ferdig. Han får etter hvert støtte fra Høyre og SP som sier seg enig i at proposisjonen kom sent og at lovens omfang er for stort til en hurtig saksbehandling. AP parerer med beskyldninger om bevisst trenering og at opposisjonen har gitt etter for press fra en legeförening som ønsker å styre egen inntjening. De henviser til den tidligere stortingsmeldingen om helsetjenesten utenfor sykehus der tilleggsmeldingen fra den borgerlige regjeringen bremsset utviklingen i tjenestene og at dette er grunnen til at det både har gått sent i arbeidet med den foreliggende proposisjonen og ikke minst at det haster med å få satt loven i verk. Protestene er likevel til liten nytte. Uten en innstilling fra sosialkomitéen kan ikke proposisjonen behandles og saken utsettes, bare noen få måneder før nytt stortingsvalg.

5.13.2 Liberalismen og individet

På begynnelsen av 80-tallet er individet i fokus. Selvhjelps bøker som skal hjelpe folk til å finne og realisere seg selv dukker opp hos bokhandlerne. Stadige teknologiske fremskritt, en stadig åpnere verden og et nytt økonomisk oppsving fører til et fokus på og et ønske om mer personlig frihet. Liberalismens idealer er på vei tilbake i en ny innpakning og både USA og

Storbritannia får sine ikoniske nyliberalistiske ledere i Ronald Reagan og Margareth Thatcher. Også i Norge gir ønsket om lavere skatter, mindre byråkrati og mer personlig frihet seg utslag i valresultatet (Nielsen, 2011b). Mens AP mister 10 representanter i Stortinget får Høyre 12 nye og Anders Langes Parti, nå under navnet Fremskrittspartiet (FrP) kommer tilbake med 4 representanter etter å ha vært fraværende den forrige perioden. KrF, som nok representerer en mer konservativ borgerlig linje opplever også en relativ tilbakegang (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, 2016). En ren høyreregjering, støttet av KrF og SP, med Kåre Willoch som statsminister tar over etter Gro Harlem Brundtland. Fra 1983 innlemmes KrF og SP i selve regjeringen. Det ideologiske skiftet medfører en rekke endringer. Det blir enklere å ta opp lån og boligmarkedet, som tidligere hadde vært strengt statlig regulert frigjøres til det åpne markedet. Samtidig oppheves monopoler og offentlige tjenester legges ut på anbud. Den åpne flyten av penger fører til mange nye investeringer og mange bedrifter benytter anledningen til å bygge ut og fornye virksomheten. I takt med individfokuset kommer nye kroppsidealer og slankekurer og helsestudioer dukker opp i takt med gatekjøkken og ferdigmatprodukter. Idrettslagene opplever et oppsving og Norge begynner å markere seg internasjonalt i idrettsverdenen. Samtidig blir de tradisjonelle lagidrettene utfordret av individuelle idretter, som jogging og styrketrening. De stadig nye mulighetene skaper også behov for prioriteringer og krav om høyere tempo både privat og i arbeidslivet. Timeplanleggerne blir allemannseie og flere velger bort, eller utsetter det å få barn (Nielsen, 2011b).

5.13.3 Legene skjermes – hjemmesykepleien blir helsetjeneste

Den politiske endringen merkes også i arbeidet med kommunehelsetjenesteloven. I april 1982 legger den nye regjeringen frem en ny proposisjon til en kommunehelsetjenestelov (Sosialdepartementet, 1982). Selv om de store trekkene fra den originale proposisjonen består, gjøres det noen vesentlige endringer. Med henvisning til pasientens rett til å velge lege ønsker en å bevare den private legepraksisen, men kommunen har mulighet til å ansette leger på fastlønn og har plikt til å skaffe legetilbud dersom det private tilbudet ikke dekker behovet. Legene skal få et driftstilskudd fra kommunene og for øvrig finansieres etter en stykkprisordning, slik at de kan øke aktiviteten ved behov. Helserrådene skal bestå og en fremhever at kurativ behandling ikke skal gå på bekostning av forebygging. Den nye proposisjonen har også et enda sterkere fokus på pasientenes rettigheter. Kravet om å primært søke hjelp i hjemkommunen faller bort, sammen med plikten til å gi informasjon. En skal ha rett på helsehjelp der en befinner seg og til å velge lege utenfor hjemkommunen. På den annen side satser man på en mindre omfattende klageordning men med mulighet for søksmål dersom

en mener det er gjort feil. Hva angår hjemmesykepleien mener man at denne, til tross for nærhet til sosialtjenestene bør sees som en del av helsetjenestene og dermed administrativt legges inn under disse. Der forutsettes imidlertid et tett samarbeid mellom helse- og sosialtjenestene. Hjemmehjelpen skal derimot legges under sosialtjenestene. Loven foreslås iverksatt fra 1. januar 1984.

Sosialkomitéens innstilling til proposisjonen gir i det store og hele uttrykk for en relativ enighet om hovedinnholdet (Sosialkomitéen, 1982). For å tydeligere definere innholdet i retten til helsehjelp ber komitéen, med unntak av FrPs medlem, departementet om å utarbeide krav til en minstestand for tjenestene, som må oppfylles for å få de kommunale planene godkjent. For øvrig er det naturlig nok en dissens mellom AP og de borgerlige partiene når det gjelder en del av de endringene som er gjort i det nye lovforslaget, uten at denne kommer veldig sterkt til uttrykk i innstillingen. AP gir imidlertid uttrykk for at de mener tanken om fritt legevalg er illusorisk og at legenes frie stilling kan føre til at utgiftene løper løpsk og kan stjele ressurser fra andre tjenester. Det vises videre til en uenighet angående faglig ledelse. De borgerlige mener tjenestene må ha ledere med kompetanse fra de feltene de skal lede; lege leder legetjeneste, sykepleier leder sykepleietjeneste, fysioterapeut leder fysioterapitjeneste og så videre. Eventuell administrativ eller økonomisk kompetanse kan komme i andre rekke. AP mener imidlertid at en leder gjerne kan være utelukkende administrativt eller økonomisk utdannet, uten helse- eller sosialfaglig kompetanse. Dette for å unngå at tjenestene blir fragmenterte, samtidig som det i små kommuner kan bli uforholdsmessig mange ledere hvis alle deltjenestene skal ha en leder hver.

Også hjemmesykepleiens administrative plassering tas opp i innstillingen. Mens den originale proposisjonen ønsket at dette skulle være opp til kommunene, foreslår den nye å pålegge kommunene å legge hjemmesykepleien under helsetjenestene. Det interessante er at en enkelt representant fra KrF, Odd Holøs, velger å ta side med AP. FrP velger å ta avstand fra begge proposisjonene mer eller mindre i helhet. De mener hele arbeidet er dårlig utredet med tanke på økonomiske konsekvenser og at lovforslaget ivaretar de ansatte mer enn pasientene. Videre frykter de at styringen av legevirkomheten vil åpne opp for et svart marked der de som har mye penger vil kjøpe seg til legetjenester. Et fritt legemarked vil imidlertid føre til at prisene tvinges ned. Ordningen med et driftstilskudd til leger med avtale med kommunen vil føre til et A- og B-lag av leger. Det er i det hele tatt langt fra en enstemmig innstilling som leveres fra sosialkomitéen og innstillingen innebærer en rekke egne lovforslag fra AP i opposisjon til proposisjonen fra departementet.

5.13.4 Frihetsbegrepet

Uenigheten fra sosialkomitéen får sitt gjensvar i forhandlingene i odelstinget (Stortinget, 1982a). Jeg vil ikke gå inn på detaljene i disse forhandlingene da det i det store og hele er de samme temaene fra innstillingen som går igjen. Retorikken er til tider hard og på grensen til personangrep. Det som kanskje er mest påfallende med diskusjonen er hvordan ulike definisjoner av frihetsbegrepet og hensynet til den enkelte kommer til uttrykk. De borgerlige forfekter et frihetssyn som fokuserer på pasientens frihet til å velge lege ut fra personlige preferanser som kjennskap, tillit og så videre, ved å kunne velge lege på et delvis privatisert marked. Motsatt forfekter AP et frihetssyn som fokuserer på pasientens frihet til å ha tilgang på nødvendige tjenester uavhengig av økonomi og bosted, ved at regulering skal sikre tilgang til legetjenester for alle. Begge parter hevder imidlertid til en viss grad å være forkjempere for begge deler men beskylder motparten for å forsømme den ene «typen» av frihet gjennom politikken de fører.

5.13.5 Kampen om hjemmesykepleiens administrasjon

Proposisjonen, slik den foreligger fra departementet bifalles men spørsmålet om hjemmesykepleiens administrative tilknytning blir ikke liggende lenge. En knapp måned etter behandlingen i odelstinget tas det opp, på nytt, forslag fra AP, med stadig støtte fra Odd Holøs fra KrF, om at det må være opp til kommunene å avgjøre hjemmesykepleiens administrative tilknytning (Stortinget, 1982b). Det som særlig tydelig kommer til uttrykk her er at det foreligger to ulike syn på hva som skal være hjemmesykepleiens funksjon.

AP ser i hovedsak hjemmesykepleien som en deltjeneste i forbindelse med andre hjelpeordninger for hjemmene, sammen med hjemmehjelp, varslingssystemer, ulike servicefunksjoner også videre. De ser videre for seg at hjemmesykepleien fremover også kan gi tjenester til funksjonshemmede, en gruppe som i stor grad er knyttet til sosialtjenestene. Holøs påpeker videre at per tid organiserer 75 % av kommunene hjemmesykepleien nettopp under sosialtjenesten. AP beskylder videre departementet for å gi etter for press fra Norsk Sykepleierforbund, som ønsker organisering under helsetjenestene for å tilnærme seg legene. De hevder imidlertid at forbundet har lite støtte fra sykepleiere lokalt, som er tilknyttet hjemmesykepleien, i denne saken. Martinsen (2003) bekrefter at Sykepleierforbundet i 1979 vedtok en resolusjon om hjemmesykepleiens administrative tilknytning under helsetjenestene og at de fikk støtte fra Legeforeningen, Hjelpepleierforbundet og Fysioterapiforbundet i dette spørsmålet. Hvorvidt det var enstemmighet innad i forbundet rundt dette innad i forbundet sies det ikke noe om.

De borgerlige, med unntak av Holøs, ser hjemmesykepleien i større grad som et alternativ til institusjonsopphold der helsehjelpen er hovedsak. Det understrekes at hjemmesykepleie ikke er synonymt med eldreomsorg men skal være et tilbud til alle som har behov for sykepleie i hjemmet. Hjemmesykepleien skal være et ledd i målsettingen om å gi hjelp på laveste effektive omsorgsnivå (Stortinget, 1982b). Denne tanken om lavest effektive omsorgsnivå, eller LEON-prinsippet, har sin opprinnelse på midten av 70-tallet og ble en viktig målsetting i helsepolitikken i mange tiår fremover (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999, p. 15). Beskyldninger om politisk spill fra og med sykepleierforbundet avvises. Tilslutt må det nevnes at SV også tar del i forhandlingene og stiller seg på utsiden i det de mener helse- og sosialtjenestene bør slås sammen. AP er i alle tilfeller i mindretall og forslaget nedstemmes (Stortinget, 1982b).

Loven skal møte på flere hindre før den trer i kraft. Forhandlingene mellom kommunene og Legeforeningen om de nye ordningen har stoppet opp og i desember 1983 ber regjeringen om utsettelse av ikrafttredelse av finansieringsordningene fra 1.januar til 1.april 1984. Opposisjonen er lite begeistret. AP mener regjeringen gir legene vetorett og viser til de andre fagforeningene som allerede har kommet til enighet. De mener den borgerlige regjeringen lar ideologi gå på bekostning av tjenestene. SV mener regjeringen trenerer bevisst for å tilpasse loven til legeforeningen. FrP mener situasjonen er et uttrykk for lovens svakheter, men står på motsatt side i forhold til AP og SV i det de gir sin støtte til legene. Motargumentene fra regjeringspartiene er vage og utydelige, men situasjonen tatt i betraktning sees ikke noen annen løsning enn utsettelse.

5.13.6 Helsedirektoratet mister makt

I 1983 opplever helsedirektoratet å få amputert sin innflytelse da en egen helseavdeling igjen opprettes innen departementet, slik det hadde vært før krigen og før Evang. Helsedirektoratet blir da stående utenfor departementet. Veksten i helsevesenet har skapt behov for å skille politikk og fag. Med mer ansvar på fylker og kommuner er også det statlige helseansvaret et helt annet enn tidligere. Direktoratet nedbemannes og blant de som er igjen er det mange som slutter. Helsedirektør Mork går hardt ut og hevder at mulighetene til å sikre den faglige forsvarligheten innen helsevesenet og ivareta pasientenes rettssikkerhet er svekket. Han blir imøtegått på noen punkter, men delingen er likevel et faktum. Legene mister dermed sin posisjon som faglige pådrivere i departementet slik de tidligere hadde opplevd i kommunestyrene da helserådenes styringsfunksjon ble fjernet (Schiøtz & Skaset, 2003).

5.13.7 Økonomisk nedtur

Oppturen på begynnelsen av 80-tallet ellers i samfunnet skal ikke vedvare. Valget i 1985 er lite annerledes enn det i 1981, men det ses en liten dreining fra høyre- mot venstresiden. Venstre mister sine representanter (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, 2016). I 1986 tar Gro Harlem Brundtland fra AP over som statsminister igjen. Mellom 1985 og -86 faller oljeprisen drastisk og fører til kraftig nedgang i økonomien. Samtidig protesterer fagbevegelsen mot høye lederlønninger og –bonuser mens lønnsøkningen for arbeiderne lar vente på seg. Mange går ut i streik og arbeidsgiverne svarer med lockout, noe som fører til at 120 000 arbeidere utestenges fra arbeidsplassene sine i en uke. Konflikten etterfølges av et børskrakk i 1987 som bringer med seg arbeidsledighet, tvangsauksjoner og bank-konkurser. Arbeidsledigheten stiger og stadig flere får problemer med å betale gjeld. Først i 1993 vedtas en lov om gjeldsordning som skal hjelpe gjeldsofre med å få orden på økonomien igjen (Nielsen, 2011b).

5.14 PRIORITERING OG OMORGANISERING

I 1988 utgis «Nasjonal Helseplan», en stortingsmelding som skal ta for seg det norske helsevesenet i sin helhet med målsetting å legge føringer frem mot år 2000. Det gis flere grunner for dette. Blant annet heter det at stadig flere eldre bor alene og at det i hovedsak er middelaldrende kvinner som tar på seg omsorgsoppgaver overfor disse. En ser også et endret sykdomsbilde med flere kronisk syke. Samtidig har nye medisinske fremskritt medført stadig økte kostnader og, ikke minst, lengre behandlingstider. Legenes kliniske frihet synes å føre til en noe ukritisk bruk av ressurser. Nye behandlingsmetoder medfører også nye forventninger hos befolkningen om at stadig flere plager kan behandles. I tillegg til den høye ressursbruken ser en også store ulikheter i hvilke tilbud som er tilgjengelig, basert på både geografiske og sosiale forhold. Målet med meldingen er å tilpasse tjenestene til behovene og en snakker om indre og ytre effektivitet. Tjenestene skal både være effektive, begrepet produksjon trekkes inn, samtidig som de skal holde en viss kvalitet. Videre skal tjenestene gjøres mer tilgjengelig for alle og tilbudet skal bli mer likeverdig. Et annet begrep som tas i bruk er resultatlikhet. Alle skal ikke få lik behandling, men alle skal oppleve likt resultat av behandlingen de får ut fra sine behov og ut fra hva som er mulig. Pasientrettighetene skal også styrkes og det skal bli større fokus på brukermedvirkning i tjenestene. I tillegg skal en ha økt fokus på helsefremming og forebygging, økt rekruttering og bedre arbeidsforhold, for å nevne noe. I dette ligger også at en ser behovet for målrettet lederutvikling innen sektoren. Det er altså lite å si på ambisjonsnivået med meldingen. Store deler av stortingsmeldingen er videre basert på

det såkalte «Lønning-utvalgets» utredning. En av hensiktene med dette utvalget var å se på og vurdere prioriteringer i helsevesenet (Sosialdepartementet, 1988). Jeg skal ikke gå i detalj på innholdet i dette, men kort fortalt inneholder dette føringer for prioriteringer som skal bli sterkt veiledende i tiden fremover. Dette går på hvilke pasienter som skal prioriteres, og hvordan, basert på blant annet alvorlighetsgrad, hastegrad, forventet effekt av behandling og så videre. Prioritering og ressursutnyttelse går som en rød tråd gjennom hele stortingsmeldingen.

Når det gjelder sykehusene innebærer meldingen at fylkeskommunene i langt større grad skal ha driftsansvar i tillegg til det tidligere planleggingsansvaret. Videre ønsker en å sette i gang forsøk med stykkprisrefusjon i sykehussektoren for å stimulere til mer målrettet aktivitet. Det drøftes også om denne stykkprisandelen skal betales av kommunene for å stimulere til mer forebyggende aktivitet, men en går bort fra dette, både med tanke på uforutsigbarhetene dette kan medføre for kommunene, samt for å sikre at medisinske hensyn kommer foran økonomiske. Det en imidlertid åpner for er forsøksordninger for kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter i sykehus. Videre legges det opp til økt samarbeid og kompetansedeling mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

Samtidig viser meldingen til at ansvaret for sykehjemmene samme år skal overføres fra fylkene til kommunene, etter et vedtak fra 1986. Sykehjemmene tenkes med dette å få mer preg av hjem og en tenker også at de skal gi tilbud om blant annet dagaktiviteter til hjemmeboende. Omsorgen for de psykisk utviklingshemmede tenkes også overført til kommunene, noe som gjennomføres i en omfattende reform i 1991 (Schiøtz & Skaset, 2003). Med dette skapes et tydelig forvaltningsmessig skille mellom spesialisthelsetjenesten, administrert under fylkene og primærhelsetjenesten, administrert under kommunene. Et skille mellom det institusjonelle og det hjemlige.

Meldingen innebærer også et sterkt personalfokus (Sosialdepartementet, 1988). Det skal satses på lederutvikling, arbeidsmiljøtiltak og rekrutteringskampanjer for å gjøre arbeidsplassene i helsevesenet mer attraktiv og for å hindre flukt fra sektoren. Videre skal en satse mer på kompetanseheving, forskning og kvalitetsarbeid. Fokus på kommunehelsetjenestene må også i større grad inn i utdanningene. På den annen side pekes det på behovet for en mer rasjonell bruk av personalet. Som eksempel pekes det på at sykepleiere kan få ansvar for flere avdelinger samtidig eller veksle mellom for eksempel sykehjem og hjemmesykepleie etter behov. Også de ufaglærte er viktig og det ønskes mer opplæring og mulighet for å opparbeide seg formalkompetanse for disse. En ønsker også å

satse mer på tverrfaglig arbeid og å bryte ned profesjonsbarrierer og ønsker at den enkelte først og fremst skal føle seg som en helse- og sosialarbeider fremfor å føle tilknytning til en spesiell profesjon. Et viktig punkt her er at meldingen varsler arbeidet med en felles helsepersonellov som skal erstatte de særskilte profesjonslovene som eksisterer per tid. Tverrfagligheten ser en videre for seg skal komme til sin rett i form av ulike former for lagarbeid, særlig knyttet til rehabilitering og forebygging. De ulike profesjonene og særlig lege og sykepleier skal arbeide i team med pasienten i sentrum for å gi et mest mulig helhetlig tilbud.

Hva angår pasienten for øvrig jobbes det stadig med å styrke pasientrettigheter og en ønsker mer brukermedvirkning i tjenestene. Samarbeidet med pårørende er også i fokus. Blant annet nevnes omsorgskontrakter som et hjelpemiddel i arbeidet med pårørende. Dette er ment som en avtale mellom kommunen og de pårørende der det avklares hvem som tar ansvar for hva i omsorgen for den syke. En peker også på omsorgslønn, en nyordning fra januar 1988, som skal være et tilskudd til personer som står i særskilt tunge omsorgsforhold. Det vises til at det i hovedsak er kvinner som påtar seg denne typen omsorgsoppgaver og en slutter seg til at det er behov for en holdningsendring for å få flere menn til å ta på seg denne typen oppgaver. Foruten å søke å rekruttere flere menn inn i omsorgsyrker vil en søke å gå inn med holdningsarbeid i skolevesenet på alle alderstrinn.

Sosialkomitéen synes å være enig i hovedtrekkene i meldingen (Sosialkomitéen, 1989). En samlet komité ønsker seg et bedre, koordinert og rasjonelt helsevesen. De ønsker å frigjøre helsepersonell fra administrative oppgaver, samtidig som de viser til at mange stillinger besettes av personell med manglende eller for liten kompetanse. Komitéen ønsker for øvrig en avklaring av funksjonsfordelingen mellom hjelpepleiere og sykepleiere. Videre er det et felles ønske om å utjevne geografiske ulikheter i tilbud. Hjemmetjenestene nevnes spesielt. Organisasjonenes innsats påpekes og det er enighet om at en fortsatt ønsker at disse skal være delaktig i helsetjenestene. Brukermedvirkning ønskes også velkommen fra sosialkomitéen. De overordnede målene er det altså i det store og hele enighet om.

5.14.1 Ideologisk tilspissing

Innstillingen viser imidlertid til ganske stor uenighet om hvordan målene skal nås. Ulikhetene er i hovedsak basert på ideologisk grunnlag omkring spørsmål om privat og offentlig styring og graden av dette. Den borgerlige siden har også et knepent flertall i forhold til AP, tross støtte fra SV, noe som gjør at de borgerlige partiene kan sikre flertall på forslag til vedtak i tillegg til meldingen. I tillegg legger enkeltpartiene inn egne forslag. Innstillingen innebærer

derfor en rekke ekstra forslag. Blant forslagene flertallet enes om er å åpne for at pasienter kan få behandling utenfor eget fylke og at privatpraktiserende leger kan få mulighet til å etablere seg i helsesentrene, samt en oppmykning av arbeidsmiljøloven slik at legene har mulighet til å jobbe mer for å lette trykket i utkantstrøk med lav legedekning. Argumentene bak er i hovedsak å få ned helsekøer. I tillegg har Høyre en rekke egne forslag knyttet til økt bruk av og tilrettelegging for privat initiativ. I dette ligger stykkprisfinansiering som en forutsetning. I forlengelsen av dette tenker de seg at pasienter kan legge egenbetaling til stykkprisbetalingen slik at de kan kjøpe seg forbi helsekøer. De får også med seg KrF på et forslag knyttet til takstregulativet for privatpraktiserende spesialister slik at de, på linje med poliklinikkene, kan bidra til å dempe presset på helsekøene. KrF er for øvrig i større grad opptatt av å tilrettelegge for organisasjonene og sikre deres autonomi. SP synes å være mer opptatt av å bevare og sikre lokale helsetilbud, mens SV på sin side ønsker mest mulig offentlig styring og fremmer forslag om statlig overtakelse av sykehusdrift. De ønsker også å stoppe veksten i egenandeler. Sammen med AP hevder de å forfekte et helsevesen som skal være tilgjengelig for alle, uavhengig av økonomi eller bosted og frykter at en markedstankegang kan bryte ned dette idealet. Rent kommersielle tjenester beskrives som forkastelig. Organisasjonene ønskes fortsatt, men må innpasses i de offentlige tjenestene.

Det er disse ideologiske skillelinjene som også dominerer de påfølgende stortingsforhandlingene (Stortinget, 1989). Disse er derfor i stor grad preget av ideologisk «ordkrig» og det tilføres lite nytt i forhold til komitéinnstillingen. FrP, som ikke hadde medlemmer i sosialkomitéen i denne perioden kommer, imidlertid, som SV, med forslag om å overføre ansvar og drift av sykehus til staten. I tillegg til dette og andre enkeltstående forslag ønsker de også å overføre alt ansvar for helsetjenestene i sin helhet til staten i det de omtaler som å «*samle Helse- og omsorgs-Norge til et rike – ved at staten overtar det fulle direkte økonomiske, organisatoriske og administrative ansvaret for denne sektor*» (Stortinget, 1989, p. 2964). De mener videre at tilstanden i helsevesenet er så prekær at de retter mistillitsforslag mot sosialministeren. Resultatet fra stortingsforhandlingene er at flertallsforslagene fra sosialkomitéen bifalles, sammen med stortingsmeldingen som sådan, mens de øvrige forslagene nedstemmes.

Hvorvidt det er den økonomiske nedgangen som får folk til å rette stemmene mot ytterkantene i politikken er nok utenfor denne oppgavens rammer å spekulere i. Valget på høsten 1989 medfører kraftig tilbakegang for både Høyre og AP, mens FrP og SV får en tilsvarende markant fremgang. SP og KrF holder seg relativt stabilt. Venstre blir igjen stående

uten representanter på Stortinget. Tross nedgang er det likevel Høyre som sammen med KrF og SP skal danne nytt regjeringssamarbeid, selv om dette bare varer et drøyt år.

5.15 I KJØLVANNET AV KOMMUNEHELSETJENESTELOVEN

Våren 1990 gir den nye regjeringen ut en stortingsmelding om erfaringer med kommunehelsetjenesteloven, seks år etter at den er iverksatt (Sosialdepartementet, 1990). Innledningsvis gjøres det rede for utviklingen av og noen av prinsippene bak forvaltningsstrukturene i landet på 70- og 80-tallet. Med ønske om at arbeidsoppgaver og avgjørelser ikke skulle legges til høyere forvaltningsenhet enn nødvendig ønsket man å overføre mer ansvar fra stat til fylkeskommune og kommune. Videre ønsket man at den som hadde ansvar for et tiltak også skulle ha ansvar for å finansiere det. Som del av dette ble det utviklet avanserte utregningsmodeller for tildeling av tilskudd som skulle ta hensyn til en rekke ulike faktorer ved de ulike kommunene for å sikre et inntektsgrunnlag som i størst mulig grad skulle gjøre kommunene i stand til å tilby et likeverdig tjenestetilbud. Samtidig ble kommunene i større grad fristilt i bruken av statlige tilskudd. For helsevesenet spesielt ble det tidligere nevnte LEON-prinsippet etablert. Målsettingen bak disse endringene var å bidra til økt desentralisering, økt demokratisering og mer effektiv og praktisk administrasjon. Her ligger også forklaringen bak reduksjonen i helserådernes innflytelse. Avgjørelser skulle tas på politisk nivå. Videre diskuteres ulike problemstillinger og variasjoner knyttet til løsninger på utfordringen med å samordne helse- og sosialtjenestene.

En viktig målsetting videre i helsevesenet er å styrke kommunehelsetjenesten med det formål å avlaste sykehusene. Økt fokus på forebygging og bedre tilbud på sykehjem og hjemmetjenester skal føre til færre innleggelse og mulighet for at pasienter kan komme hjem tidligere. Når meldingen skrives peker de på at de synes å være i rute når det gjelder sykehjem og hjemmetjenester, mens forebyggingen har stagnert. Særlig hjemmetjenestene har vokst kraftig etter at kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft. Her vises det også til at det ofte er bedre dekning av hjemmetjenester i små kommuner og at disse ofte har færre besøk per bruker. De store kommunene har et langt større fokus på pleieoppgaver med sykere pasienter og stadig økning i antall besøk per bruker. Helsedirektoratet bemerker i så måte at hjemmesykepleien ikke må begrenses til fysisk stell, men også må ivareta mentale og sosiale behov. Generelt gis det uttrykk for at man er fornøyd med utbyggingsgraden av hjemmetjenestene og det bemerkes at neste skritt hva angår hjemmesykepleien må være utbygging av et døgntilbud. Dette for å sikre trygghet for de hjemmeboende, slik at utilgjengelige tjenester på natten ikke er til hinder for at flere skal kunne få bo hjemme. En

ønsker også et utbygget tilbud knyttet til rehabilitering og opptrening i hjemmet.

Rehabilitering nevnes generelt som et satsningsområde fremover og en ønsker større dekning av fysioterapeuter, ergoterapeuter og aktivitører i de ulike tjenestene. Formålet er både å øke pasientenes livskvalitet, samtidig som en ivaretar samfunnets behov for selvhjulpne borgere. Når det gjelder problemstillingen knyttet til ferdigbehandlede pasienter i sykehus bemerkes det at en vil utrede kommunale betaling for pasienter som har vært ferdigbehandlet i over 2-3 måneder.

Angående legetjenestene skal jeg i denne omgang holde meg til noen få bemerkninger. Det vises til at fastlønnsordningen som ble innført med kommunehelsetjenesteloven i størst grad tas i bruk i utkantene. Videre presenteres en rekke mulige finansieringsordninger som kan være aktuelle i framtiden. Utfordringen ligger i hovedsak i å finne ordninger som sikrer at legene prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid, samt arbeid med risikogrupper som eldre, utviklingshemmede og pasienter med psykiske lidelser. Det konkluderes ikke med noe, men en vil sette i gang forsøk med et listepasientsystem, der legene får betalt ut fra antall pasienter de har på sine lister, kombinert med et refusjonssystem basert på et stykkprissystem. For pasientene betyr dette at de ved å stå på liste skal få en fast lege å forholde seg til.

Også pasientperspektivet forøvrig og retten til helsehjelp tas opp. Man søker å fortsette ulike kvalitetsforbedrende tiltak og fokuset på individuelt tilpassede tjenester. Spesielt det rettslige innholdet i retten til helsehjelp diskuteres, spesielt der det oppstår konflikt mellom pasientens ønske og kommunens tilbud. Det påpekes her at en har rett på å motta nødvendig helsehjelp, men kommunen avgjør hvordan hjelpen skal gis, ut fra en skjønnsmessig vurdering. Samtidig vises det til et pågående arbeid med en samlet lov om pasientrettigheter. Man diskuterer også å innføre minstestandard for hva tjenestene skal inneholde, men med henvisning til faren for at minstestandarder kan håndheves som maksstandarder velger man å la det ligge.

Den følgende komitéinnstillingen har lite å tilføye, men viser til det de mener er mangelfull omtale av sosialtjenestene (Sosialkomitéen, 1990). Med unntak av FrP ønsker komitéen tanken om fastlege velkommen. Ellers ønsker komitéen mer samarbeid mellom kommuner og mer satsing på personalpolitiske tiltak for å styrke rekrutteringen. AP ønsker mer øremerking av tilskuddene for å styre utbyggingen tydeligere, samtidig som de vil gi en tilleggsbevilgning på 1 milliard for å bygge ut tjenestene. SV følger opp spørsmålet om minstestandard og reduksjon og helst fjerning av alle egenandeler, samtidig som de vil integrere fysioterapi og rehabilitering i hjemmesykepleien.

Til forhandlingene i Stortinget har SV i tillegg kommet med en egen innstilling der de foreslår lovfesting av en minstestandard av rettigheter til eldre. De får imidlertid lite gehør hos de andre partiene. Særlig FrP tar til motmæle og mener at en lovfesting av rettigheter ikke har noe for seg fordi det ikke finnes sanksjonsmuligheter for å håndheve loven. De fastholder heller på sitt syn om statlig styring av primærhelsetjenestene for å oppnå ønskede virkninger. Forhandlingene for øvrig preges av de gamle ideologiske diskusjonene omkring grad av privat initiativ og organisasjonenes deltagelse.

5.15.1 Egenandelspørsmålet

Høsten 1990 tar Gro Harlem Brundtland igjen over statsministerposten og våren 1991 leverer den nye AP-regjeringen et forslag til endring av kommunehelsetjenesteloven (Sosialdepartementet, 1991). Proposisjonen er liten og innebærer kun en liten, men likevel prinsipielt viktig endring. Forslaget går ut på å åpne for at kommunene kan ta egenandel for hjemmesykepleie og korttidsopphold i sykehjem. Det vises til at saken har vært tatt opp tidligere i ulike former, og at Stortinget i behandlingen av statsbudsjettet har gitt tilslutning til en slik ordning. Dette foreligger nå i et konkret lovforslag. Begrunnelsen er i hovedsak at egenandel allerede eksisterer for hjemmehjelp og at ulik betalingsordninger hindrer mulighet for å samordne tjenestene. Videre pekes det på tilfeller der mottakere av hjemmesykepleie presser på for at pleierne skal utføre hjemmehjelpsoppgaver slik at de skal slippe egenandel. Når det gjelder husmorvikarordningen vises det til at denne etter hvert ser ut til å falle vekk og gå inn som en del av hjemmehjelpsordningen. Et annet siktemål er at ordningen vil føre til en samlet inntektsøkning for kommunene på 100 millioner kroner. Egenandelsordningen må innføres med makssatser og må særlig innrettes slik at pasienter med store pleiebehov skal unngå for stor økonomisk belastning. Ordningen må ikke føre til at folk motsetter seg nødvendig hjelp. I tillegg skal betalingen beregnes ut fra husholdningens inntekt. Dette siste punktet blir viktig i komitébehandlingen av proposisjonen (Sosialkomitéen, 1991). For hva er en husholdning? På forespørsel fra sosialkomitéen slår statsråden fast at dette inkluderer ektefeller, barn, foreldre, søsken og så videre, som bor sammen og har felles husholdning. Flertallet i komitéen mener dette bør begrenses til å gjelde ektefelle og registrert samboer. FrP og SV går imidlertid mot forslaget til det FrP kaller «skatt på sykdom» (Sosialkomitéen, 1991, p. 4).

Diskusjonen fortsetter i odelstinget (Stortinget, 1991). Det som kommer tydelig frem her, særlig fra AP er tanken om at hjemmehjelp og hjemmesykepleie ikke bør sees som separate tjenester. Hvorfor skal det først komme inn en fra hjemmesykepleien og gi tabletter,

mens det like etter skal komme en fra hjemmehjelpen og vaske? Problemstillinger knyttet til kompetanse og faglighet kommer en imidlertid ikke inn på. De eneste som synes å ha motforestillinger mot denne tankegangen er FrP som i en avsluttende bemerkning påpeker intensjonen om at hjemmesykepleie skal være fullgodt med pleien som ytes i sykehus og følgelig må være gratis.

5.15.2 Frihet, likhet, rikdom – og økte forventninger

Frihets- og individualismetanken fra 80-tallet får etter hvert også følger for marginaliserte grupper i samfunnet. Samene får sitt sameting, homofile får styrkede rettigheter og kvinner gjør seg stadig mer gjeldende i samfunnet. En ting er Brundtlands «kvinneregjeringer» men vi får også vår første kvinnelige biskop og stortingspresident og etter hvert tar flere kvinner enn menn høyere utdanning. Mot slutten av 90-tallet opplever Norge en kraftig økonomisk vekst, med vekst i velferdsordninger og lav arbeidsledighet. Landet får for alvor etablert sin status som et av verdens rikeste land (Nielsen, 2011b).

Effektiviseringen av sykehustjenestene, med mer poliklinikk, dagkirurgi og så videre fører til en reduksjon av antall sykehussenger på over 25 % fra 1980 til 1990. Hurtigere utskrivninger fører så til økt press på og vekst i kommunehelsetjenesten. Men samtidig som antall årsverk øker kraftig i perioden reduseres antall tjenestemottagere. De som får hjelp har større behov enn tidligere. Dette skaper igjen økt press på pårørende om å bistå pasienter med lettere behov (Schiøtz & Skaset, 2003). Det generelle presset på helsevesenet fortsetter imidlertid bare å øke, samtidig som befolkningen blir eldre, med større hjelpebehov. Behandlingsmulighetene blir stadig flere samtidig som ventelistene for å få behandling blir lengre og lengre. Kostnadene øker og øker.

5.16 MARKEDSTENKNING

I 1994 kommer en stortingsmelding som har som målsetting å gjøre noe med disse problemstillingene. Selv om meldingen tar for seg helsevesenet i sin helhet er det i hovedsak sykehusene som omtales. Det vises til at kostnadskontroll er et generelt problem i Europa. Et verktøy en ønsker å se nærmere på er det såkalte DRG-systemet. Kort sagt står dette for «diagnoserelaterte grupper» og er et klassifikasjonssystem som skal bidra til å registrere og skape oversikt over pleietyngde (Sosial- og helsedepartementet, 1994). Selv om systemet i stor grad brukes som et finansieringssystem slås det fast at det først og fremst tenkes brukt i tilknytning til planlegging og budsjettering. Det tas i det hele tatt avstand fra tanker om markedstankegang i helsevesenet. Meldingen vier mye plass til vurdering av stykkpris- kontra rammefinansiering og lander på rammefinansiering som det beste alternativet. Forslag fra

Høyre og særlig FrP om økt markedstenkning trekkes frem og møtes med motargumenter. Det tas, i meldingen, avstand fra markedstenkning. Samtidig er språket langt mer «økonomisk» enn i tidligere meldinger, med utstrakt bruk av økonomisk ladde ord som «kostnadseffektivitet», «tjenesteproduksjon» og så videre.

Et tema som tas opp er rasjonalisering ved hjelp av teknologiske hjelpemidler. Telemedisin nevnes for eksempel som et tiltak der undersøkelser kan gjøres med enkle midler i utkantstrøk og oversendes elektronisk til sykehus. På denne måten kan en unngå dyre transport- og overnattingsutgifter. Pasientrettigheter er stadig i fokus og det vises til fortsatt arbeid med en pasientrettighetslov. I forlengelsen av dette retter en fokus på kvalitetsarbeid, internkontrollsystemer og så videre som skal bidra til å redusere uønskede hendelser for pasientene. Kommunehelsetjenestene som sådan levnes relativt liten omtale. Forsøk med fastlegeordning er i gang med gode erfaringer så langt. Hva angår hjemmesykepleien er i grunnen det eneste som diskuteres hvorvidt betalingen for transporten av personale skal overføres fra folketrygden til kommunene, slik at dette kan samkjøres med hjemmehjelpen. Samlet sett synes målene i meldingen å være relativt vage. Det er vanskelig å skape et bilde av hva en konkret ser for seg i tiden fremover.

5.16.1 Ideologisk kniving

Behandlingen i sosialkomitéen synes mer enn noen gang å bære preg av uenighet og ideologiske motsetninger. Selv om det er et tydelig motsetningsforhold mellom venstre- og høyresiden når det gjelder spørsmålet om stykkpris- kontra rammefinansiering og bruk av private aktører er det et mylder av sammenslutninger mellom partiene mer eller mindre fra sak til sak (Sosialkomitéen, 1995). Blant de få tingene det synes å være felles enighet om er at en hadde ønsket mer fokus på kommunehelse og personalpolitikk i meldingen. Det synes også å være enighet om at det bør være en kommunal betalingsordning for utskrivningsklare pasienter, men at dette i så fall krever økte overføringer til kommunene, slik at de blir i stand til å bygge ut et tilstrekkelig tilbud. Et påfallende trekk er at partiene på ytterkantene, SV og FrP, ser ut til å finne sammen i flere saker. Begge partier ønsker mer interkommunalt samarbeid knyttet til rehabilitering og innføring av uanmeldte tilsyn i sykehjem for å avdekke kritikkverdige forhold, for å nevne noe. I tillegg har SV fått med seg KrF, SP og FrP på forslag om minstestandarder for bemanning i sykehjem og tilbud om enerom for alle innen 2005. Det kan i alle tilfeller synes som om det er en engasjert komité som har jobbet med denne saken. I tillegg til at komitéen samler seg rundt 32 tilleggsforslag til meldingen, legger de ulike partiene, alene eller sammen i ulike sammenslutninger frem til sammen 31 forslag.

Til stortingsforhandlingene har i tillegg partier som står utenfor sosialkomitéen lagt frem til sammen fem forslag (Stortinget, 1995). Både Venstre, Rød valgallianse (RV) og en uavhengig representant ønsker å være med å bidra. I tillegg har både FrP og SP lagt frem enda flere forslag. Det er altså ikke få forslag som skal stemmes over i Stortinget. Forslagene spenner mellom alt fra utdannelsesspørsmål, minstestandarder og rusmiddelbrukere, til lokalsykehus, egenandeler og reseptordninger. De store linjene er likevel ideologiske: privat kontra offentlig, sentralisert kontra desentralisert, frihet til å velge kontra frihet til å ha rett. Og forhandlingene preges av dette. Saksordføreren, som vanligvis har et nøkternt innlegg om sakens karakter og ulike betraktninger rundt denne går mer eller mindre rett på sak med sitt eget partis politikk. Det er imidlertid lite nytt som kommer frem og debatten preges mer av forsøk på å svartmale motstandernes synspunkt fremfor å fremme sine egne.

Hjemmesykepleien er stadig knapt nok nevnt. I hovedsak er det flertallsforslagene som får gjennomslag. Sakene som bifalles gir i det store og hele ikke utslag i konkrete tiltak men går mer på å legge føringer for regjeringens videre arbeid. Blant annet vedtar en at det skal utredes system for ventelistegarantier, opprettelse av kompetansesenter for aldersdemens, ordninger for økt brukerinnflytelse på sykehjem for å nevne noe. Tross enighet om ønske om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, blir forslag til vedtak om dette fra FrP og Høyre ikke bifalt i denne omgang.

5.16.2 Nye ordninger

Forsøkene med fastlegeordning med listepasienter skal vise seg å bli en langvarig løsning på kampen mellom AP og legeforeningen om allmennlegenes rettigheter. Gjennom ordningen fortsetter legene som privatpraktiserende men refusjon fra Folketrygden innebærer avtale med kommunene. En tilsvarende ordning opprettes for privatpraktiserende spesialister.

Allmennlegene får også en portnerfunksjon mot spesialistene gjennom krav om henvisning fra fastlege for å få time hos spesialist med avtale. På denne måten bevarer fastlegene sin private praksis, samtidig som det offentlige får bedre styring (Schiøtz & Skaset, 2003).

Stykkprisdebatten for sykehusene tar også en vending kort tid etter at denne meldingen er ferdigbehandlet. Like før jul samme år overtar Gudmund Hernes som helseminister. Han omtales som «reformvillig» og «amerikansk-inspirert» (Schiøtz & Skaset, 2003, p. 507). Det var for øvrig også han som fikk innført fastlegeordningen. Under navnet Innsatsstyrt Finansiering (ISF) innføres stykkprisfinansiering i sykehusene fra 1997. Andelen øker gradvis fra 30- 55 % frem mot 2002 og dagkirurgi prioriteres gjennom høye takster. Med dette mister myndighetene kontroll over utgiftene til sykehusene. I takt med flere behandlede pasienter

øker også utgiftene. I forlengelsen av dette overtar staten ansvaret for sykehusene, organisert gjennom fem regionale helseforetak. Sentralforvaltningen gjennomgår også omorganiseringer og en rekke organer får sine oppgaver overført til et nyopprettet sosial- og helsedirektorat som dermed får et langt bredere oppgavefelt enn det tidligere helsedirektoratet. Samtidig deles sosial- og helsedepartementet og vi får for første gang et rent helsedepartement (Schiøtz & Skaset, 2003).

1999 markerer også et skille innenfor de juridiske reguleringene av helsevesenet. Helsepersonelloven (1999), som hadde vært forespeilet over lengre tid og som samlet de tidligere profesjonsspesifikke lovene i en felles lov vedtas dette året. Her slås det blant annet fast at alle som utøver helsehjelp er å regne som helsepersonell, det vil også si de ufaglærte. Loven påpeker også et ansvar for å innhente bistand når dette er nødvendig. Samtidig med helsepersonelloven vedtas den like lenge forespeilede pasientrettighetsloven (1999), sammen med en ny lov om spesialisthelsetjenesten (1999) og psykisk helsevern (1999).

5.17 UTBEDRING OG UTBYGGING AV SYKEHJEM

Til tross for at spørsmålet om enerom ikke fikk gjennomslag i meldingen fra 1994 kom saken opp igjen med ny kraft noen år senere. I 1997 legges det frem en «Handlingsplan for eldreomsorgen» (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Bakgrunnen for denne er et stortingsvedtak fra budsjettforhandlinger der en ønsker kostnadsberegning for full sykehjemsdekning med enerom. Et uttalt hovedmål med denne meldingen er at *«eldre skal kunne bo i sine egne hjem så lenge som mulig.»* (Sosial- og helsedepartementet, 1997, p. 5). Dette forutsetter imidlertid godt utbygde tjenester som er tilgjengelig når behovet oppstår. Det er altså utbygging og forbedring av sykehjem som står i sentrum for denne meldingen. Med utgangspunkt i standardløsninger for utbygging ønsker staten over en fireårsperiode å gi lån til kommuner for å få flere sykehjems plasser, omgjøre flersengsrom til enerom og generelt heve standarden på sykehjemmene, som mange steder har vært uforandret i flere tiår. Også omsorgsboliger kan få denne typen støtte, men dette forutsetter døgntilbud på hjemmesykepleie. Kommuner med dårlig utbygd tilbud skal få ekstra tilskudd. Privatpersoner og –utbyggere kan også få tilskudd til å bygge ut såkalte livsløpsboliger. Dette er boliger som skal være funksjonelle og lett tilgjengelige ved funksjonssvikt med løsninger som skal gjøre det enkelt å få inn ulike hjelpemidler dersom det skal være behov for dette. Foruten disse rent materielle tiltakene ønskes det at det jobbes videre med kompetanseheving, kvalitetssikring og internkontrollsystemer. Blant annet ønsker en å utvikle et tilsvarende system som DRG som er tilrettelagt for kommunehelsetjenesten.

5.17.1 Personellfokus

Det er også et fokus på arbeidsmiljø og ansettelsesforhold. Det vises til en høy grad av deltidsarbeid, der en ser en høyere andel deltidsansatte blant de med lavest kompetanse. I dette ligger også et anslag på at ufaglærte utgjør cirka en tredjedel av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren, der 80 % av disse jobber deltid. En ønsker seg flere høyere stillingsprosenter og forslaget inneholder også tilskuddsordninger for en kraftig økning i bemanningen i kommunehelsetjenesten. Foruten kravet om døgnbasert hjemmesykepleie for å få tilskudd til omsorgsboliger er det lite omtale av hjemmesykepleien i denne meldingen. Det vises imidlertid til at nettopp bruken av det døgnbaserte tilbudet øker, og at det er en økning i antall årsverk. Samtidig er det færre pasienter som kun mottar hjemmehjelp, kombinert med en generell nedgang i antall mottakere av hjemmesykepleie. Trenden fra byene, som beskrevet i erfaringsmeldingen fra kommunehelsetjenesteloven, med at færre får hjelp og at disse er relativt sykere, ser ut til å bre om seg. Det vises imidlertid til utbygging av en rekke andre tjenester, som ambulerende vaktmester, matombringingsordninger, eldresentre, frivillighetssentraler og så videre.

5.17.2 Ønske om konkurranseutsetting

Sosialkomitéen synes i det store og det hele å være enig i behovet for, og de tiltakene som beskrives i meldingen (Sosialkomitéen, 1997). Det er noe dissens knyttet til om kanskje anslaget er for lite, om en burde satset enda mer på enerom, om mulighet for tilbakevirkende kraft for kommuner som nylig har gjort store investeringer uten å få tilskudd og lignende. De store ideologiske uenighetene ser imidlertid ut til å bli liggende. Et interessant trekk at komitéen viser til at enkelte kommuner har begynt å legge ut eldreomsorgen på anbud. Under forutsetning av at kommunene fortsatt skal ha det overordnede ansvaret stiller komitéen, inkludert AP, seg åpen for dette. Høyre og FrP, som ønsker mer utstrakt konkurranseutsetting siterer både statsminister Jagland og andre fremtredende AP-politikere som skal ha uttalt seg fordelaktig om private aktører. De trekker frem flere fordeler ved konkurranseutsetting og legger frem forslag om at kommunene bør oppfordres til dette. Høyre trekker også frem «Resource utilization groups» (RUG) som et økonomi- og ressursstyringsverktøy tilpasset eldreomsorgen. Et annet interessant innspill er en henvisning til et vedtak om at det likevel ikke kan kreves egenandel for hjemmesykepleie. Komitéen viser for øvrig til at sektoren er preget av høyt sykefravær og høy grad av uførhet som følge av belastningslidelser. Det anslås videre at landet har en reserve på rundt 25000 hjelpepleiere og 10000 sykepleiere som ikke jobber innen helsevesenet. Forslag til tiltak for å endre på dette uteblir imidlertid.

Stortingsforhandlingene bærer også preg av en større grad av enighet og blir tidvis også brukt for å trekke inn andre kampsaker (Stortinget, 1997). For eksempel peker AP på behovet for bedre barnehagedekning for å få flere ut i arbeid. FrP fortsetter forøvrig å forfekte sitt ønske om statlig overtakelse av primærhelsetjenesten. Debatten ellers går mer på detaljspørsmål knyttet til ulike sider ved finansiering og lignende. For øvrig pekes det fra flere hold på kritikkverdige forhold ved pleie- og omsorgstjenestene. Blant annet pekes det på hjelpeløse eldre som må ligge alene i et tomt hus og vente på hjelp. Det vises til profesjonskamper, dårlig samarbeidsklima mellom tjenester og for ensidig satsning på enkelttilbud. Pleiefaglig kompetanse må vektlegges i pleie- og omsorgstjenestene. Ellers ønsker en seg også ordninger som skal gjøre det lettere og billigere å ta i bruk trygghetsalarmer slik at pasienter lettere skal få tilkalt hjelp i akutte situasjoner.

5.18 BONDEVIK-REGJERINGENE

Senere samme år blir det igjen regjeringsskifte. Jagland oppnår ikke det berømmelige 36,9 %-målet han hadde satt for å fortsette i regjering og Kjell-Magne Bondevik går inn i sin første periode som statsminister for en mindretallskoalisjon bestående av KrF, V og SP. Våren 2000 må han imidlertid gå av etter kabinettspørsmål. Han avløses av Jens Stoltenbergs første regjering. Han blir imidlertid bare sittende til valget i 2001, da Bondevik igjen overtar som statsminister, denne gangen i samarbeid med Venstre og Høyre, uten Senterpartiet.

5.18.1 Endret fokus

Tidlig i år 2000 leverer den første Bondevik-regjeringen en stortingsmelding om «Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene» (Sosial- og helsedepartementet, 2000a). Stortingsmeldingen fremstår på mange måter mer som en verdiplattform enn en tiltaksplan. Det interessante med den er at det på mange måter skinner gjennom at den kommer fra en sentrumsregjering, uten Høyre som en «borgerlig storebror», slik det har vært tidligere. Blant annet diskuteres nettopp frihetsbegrepet, som har vært så dominerende i behandlingen av tidligere saker. Idealet om valgfrihet ses i forhold til idealet om likebehandling og en søker heller å fremheve og problematisere dilemmaet snarere enn å forfekte det ene eller andre. Tilsvarende diskuteres arbeidstakers rettigheter opp mot pasientrettigheter og maktforholdet mellom pasient og pleier. Nærmest for å understreke dette fokuset ønsker en å innføre fora for refleksjon og drøfting av etiske dilemma i tjenestene.

Pasientrettigheter står sterkt i meldingen og en retter særlig fokus på problematikk knyttet til tvangstiltak overfor personer med demens. Som sentrale faktorer for organiseringen av tjenestene fremover fremheves idealer om helhet, mangfold og individuell utforming.

Innledningsvis gis det også rom for et forsøk på å definere omsorgsbegrepet. Blant annet heter det at «*Omsorg er både eit arbeid, hjelp som blir gitt i ulike situasjonar, ein tilstand som oppstår i møtet mellom menneske og ein kvalitet i arbeidet som blir gjort*» (Sosial- og helsedepartementet, 2000a, p. 12). Det vises også til kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (1997), som skal sikre at tjenestemottakere får «*ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel*». Forskriften viser til en rekke konkrete behov som skal oppfylles, men meldingen viser til tilsyn som påpeker brudd i et flertall av kommunene som er undersøkt.

Mange kommuner mangler også systemer for planlegging og dokumentasjon. Meldingen presenterer derfor IPLOS – Individbasert Pleie- og omsorgsstatistikk, et registreringssystem under utarbeidelse som skal tjene som både rapporteringssystem mot statlige myndigheter og planleggings- og budsjetteringsverktøy for kommunene. I forlengelse av kvalitetsarbeidet påpekes stadig behov for kompetanseheving og rekrutteringsproblemer. Blant annet vises det til manglende kompetanse knyttet til saks- og klagebehandling. Det hevdes at mange kommuner sliter med svak ledelse og følgende dårlig arbeidsmiljø og høy grad av utskiftning av personale. Høyt sykefravær og tidlig uførhet er stadig et problem og en ønsker mer fokus på HMS-arbeid. Kommunenes arbeidsgiveransvar understrekes. Hva angår hjemmesykepleien pekes det på rapporter om at pleiere oppleves å ta seg for mye til rette i pasientenes hjem og tar med holdninger fra institusjonene til hjemmesykepleien. Dette leder inn på en generell diskusjon om pasientenes rett til privatliv, både i eget hjem og i sykehjem. For øvrig nevnes at det fremdeles finnes organisasjoner som driver hjemmesykepleie, uten at det sies noe om omfanget av dette.

Til tross for regjeringsskifte før innstillingen fra sosialkomitéen foreligger, byr denne på lite nytt (Sosialkomitéen, 2000b). Komitéen stiller seg bak de grove trekkene i meldingen, med fokus på etikk og rettigheter. Bortsett fra noen bemerkninger om at den burde vært mer konkret, er det stort sett de gamle kjepphestene som dras frem. Statlig overtakelse, privatisering og så videre. Det interessante er at mens Høyre fortsetter å argumentere for konkurranseutsetting og et system basert på bestillingsordninger, står KrF og SP sammen med AP om å være mer tilbakeholdne og holde på et offentlig tyngdepunkt. Spesielt kjerneoppgavene mener de må ligge i det offentlige slik at disse får ro og rom til å skape stabilitet og utvikle seg i et langsiktig perspektiv. Høyre understreker for øvrig at de ønsker konkurranseutsetting, ikke privat overtakelse: kommunene skal fortsatt ha ansvaret, men tjenestene kan tilbys av private aktører i konkurranse med offentlige foretak. Ellers etterlyser

komitéen mer oppfølging av brudd på kvalitetsforskriften, mer opplæring av ufaglærte og mer informasjon om rettigheter ut til pasientene. Det foreligger ingen nye forslag.

5.18.2 Handlingsplanen følges opp

Kort tid etter regjeringsskiftet kommer det også en stortingsmelding som ser på

«Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år» (Sosial- og helsedepartementet, 2000b). I det store og hele vises det til at utbyggingen i stor grad overskrider planene, noe en ser som positivt. Samtidig ønsker en å trekke fylkesmennene mer inn i planarbeidet for å sikre helhetlige planer, da en ser tilfeller av fragmentert planarbeid der en kun etterkommer konkrete krav for utløsning av midler. Andre tendenser som viser seg er at økonomisk svake kommuner i større grad velger å bygge omsorgsboliger, da disse er billigere i drift. Det er også høyere leiepriser på omsorgsboligene i de større kommunene. Det påpekes også at det finnes flere ulike organisasjonsmodeller rundt omkring, hva angår integrasjon og samhandling mellom tjenester. Undersøkelser blant lederne viser størst tilfredshet der det er størst grad av integrasjon og der personalet rullerer mellom sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Ansatterfaringer knyttet til dette nevnes ikke. Videre vises det til stadig redusert liggetid i sykehusene, noe som fører til mer press på kommunene og det spekuleres i en fremtidig situasjon der stadig mer avansert medisinsk behandling kan overføres til kommunene. Det vises sågar til en stadig vekst i antall årsverk per tjenestemottaker de siste årene. Av disse er cirka 62,5 % faglærte. Av de ufaglærte har imidlertid rundt 12 % servicefunksjoner slik at ufaglærte i brukerrettet arbeid utgjør cirka 25 % av årsverkene. Med tanke på at flere ufaglærte jobber deltid er det imidlertid vanskelig ut fra disse tallene å skape seg et bilde av den faktiske fordelingen i forhold til antall ansatte. I alle tilfeller peker meldingen på behovet for å tilby fagopplæring for de ufaglærte som ønsker dette for å øke kompetansen. Ellers påpekes stadig svak ledelse, dårlig arbeidsmiljø og høy grad av utskiftning av personale. Det vises også til stadig lavere søkertall til helse- og sosialfag.

Sosialkomitéen synes stort sett å være tilfreds med utviklingen slik den beskrives i stortingsmeldingen (Sosialkomitéen, 2000a). Bare FrP synes å ha større innvendinger. De ønsker større grad av utbygging og stiller seg skeptisk til plassering av pleietrengende eldre i omsorgsboliger. Som ledd i dette ønsker de en lovfestet rett til sykehjemsplass og at dekningsgraden må være på et slikt nivå at det må være mulig å tilby sykehjemsplass til alle pasienter som ønsker dette. I videreføringen av dette ønsker de at ordningen også skal kunne tilby husbanklån etter samme kriterier til private sykehjem. Som løsning på rekrutteringsproblemene ønsker komitéen snarlige tiltak knyttet til blant annet desentraliserte

utdanningstilbud og utbygging av barnehageplasser slik at flere kan komme i arbeid. Også her kommer FrP med alternative løsninger og mener konkurranseutsetting kombinert med rullering av personale mellom tjenester etter behov kan bedre situasjonen.

Stortingsmeldingen om innhold og kvalitet og meldingen om handlingsplanen etter 2 år behandles under ett i Stortinget, sammen med et forslag fra FrP om å opprette ett statlig aksjeselskap som skal drive sykehjem for nordmenn i utlandet (Stortinget, 2001). Angående den siste saken gjør saksordføreren rede for at det allerede er mulig å søke om tilskudd til denne typen drift i utlandet på linje med i Norge, men at flertallet i sosialkomitéen mener et eget selskap vil skape unødig mye byråkrati rundt denne typen virksomhet. Ellers er det lite som tilføyes de andre sakene. Det kommer en interessant bemerkning om at undersøkelser blant sykepleiestudenter viser at 40-50 % sier de ikke ønsker å pleie pasienter. For øvrig har også SV lukket døren på gløtt for konkurranseutsetting, men setter som forutsetning at aktørene samarbeider og at det må være åpenhet i systemet. Sammen med FrP ønsker de også mer og grundigere tilsyn, helst uanmeldt for å få bukt med kritikkverdige forhold.

Handlingsplanen for eldreomsorgen avsluttes med en oppsummerende stortingsmelding i 2002 (Sosialdepartementet, 2002). Her konkluderes det med at resultatene er langt over måltallene. Samtidig utvides tiltaket med til sammen 9000 ekstra boenheter. I tillegg foreligger det stadig flere søknader som er under behandling, til sammen enda 9300 boenheter. Det vises imidlertid til at mange av disse er fra kommuner med allerede høy dekningsgrad og for å unngå økt ulikhet mellom kommuner vil en kun innvilge 2000 av disse søknadene. Også målet om økning i antall årsverk er nådd, også når det gjelder høyskoleutdannede. I samarbeid med kommunenes sentralforbund (KS) har en også fått i gang lederutviklingsprogram. Når det gjelder personellsituasjonen for øvrig pekes det på de kvalitative sidene ved arbeidet og det hevdes at personellens holdninger er vel så avgjørende for pleiens kvalitet som antall pleiere.

Meldingen peker samtidig på enkelte utfordringer. Blant annet synes det å være et misforhold både i finansieringsordningene og egenbetalingsordningene mellom omsorgsboliger og sykehjem. Spesielt egenbetalingsordningene fremstår som komplekse og vanskelig for brukerne å forstå. Videre vises det til overføring av behandlingsoppgaver fra sykehus til kommune, der kommunene får annen betaling enn sykehusene, noe som fører til at det heller lønner seg for kommunene å sende pasientene til sykehus. For øvrig vises det til problemstillinger som går igjen fra tidligere meldinger knyttet til saksbehandling,

tilsynsordninger, brukermedvirkning og så videre. Angående dette vises til en mer omfattende stortingsmelding som skal komme i 2003.

Sosialkomitéen er enig i at mye har skjedd, men det er betydelig mindre enighet om hvorvidt det som har skjedd er nok (Sosialkomitéen, 2002). For det første er en samlet opposisjon skeptisk til å se på sykehjem, aldershjem og omsorgsbolig samlet for å beregne dekningsgrad. Det vises også til stor variasjon i dekningsgrad mellom fylkene. Videre stilles det spørsmålsteget ved tendensen til å prioritere omsorgsbolig fremfor sykehjem. Særlig når det gjelder personer med demens eller multifunksjonssvikt stilles det spørsmål ved forsvarligheten ved at disse bor i omsorgsboliger uten døgnbemanning. Komitéen stiller samlet forslag om å innvilge ytterligere 3000 plasser. SP stiller samtidig forslag om at alle resterende søknader godkjennes.

5.18.3 Krav om normering

Stortingsforhandlingene preges av krav om bemanningsnormer i tjenestene (Stortinget, 2002). FrP går sterkest for dette og viser til støtte fra legeföreningen, sykepleierforbundet og sosialforbundet. De ønsker bemanningsnormer fastsatt av helsedirektoratet og stiller også forslag om dette. SV er i denne omgang mer ambivalente og ønsker først en utredning knyttet til dette, det viktigste må være at kommunene blir i stand til å utføre de oppgaver de skal. SP er imidlertid mer positiv og tror denne typen normer kan føre til mer rehabiliteringsfokus og bedre arbeidsmiljø. AP er imidlertid skeptisk og frykter at minimumsnorm håndheves som maksimumsnorm. Høyre på sin side mener bemanning må justeres etter pasientenes behov. For øvrig er AP og SV svært kritisk generelt til regjeringens kommunepolitikk og mener kommunene mangler ressurser til å ivareta sine oppgaver.

5.19 KVALITET OG RETTIGHETER

Den bebudede stortingsmeldingen kommer i 2003 under tittelen «Betre kvalitet i det kommunale pleie- og omsorgstenestene» (Sosialdepartementet, 2003). Her kommer det frem at tjenestene fremstår som lite fleksible og lite samkjørte. Særlig overfor personer med sammensatte problemstillinger kan dette oppleves problematisk og en ønsker å samordne regelverkene som regulerer de ulike tjenestene. Samtidig ønsker en å harmonisere helse- og sosiallovgivningen. I videreföringen av dette rettes fokus på individuelle planer for brukere som mottar hjelp fra flere instanser. Disse skal bidra til informasjonsflyt og samkjöring mellom de ulike tjenestene. Det vises til at dette er en lovfestet rett ifölge pasientrettighetsloven, men en ønsker at det også skal gjelde for mottakere av sosialtjenester. Pasientrettighetene følges videre opp med en presisering om at alle tjenestemottakere har krav

på enkeltvedtak der innholdet i de tjenestene de mottar skal presiseres. Dette ses i tilknytning til en økende tendens til organisering av en atskilt bestiller- og utførerrolle i tjenestene. Det vil si at kommunene har en bestillerenhet som saksbehandler søknader og fatter vedtak.

Vedtakene fungerer så som bestillinger overfor utførerne, private eller kommunale, som så gir hjelp i henhold til vedtaket. Denne modellen er særlig egnet med tanke på konkurranseutsetting. Med henvisning til erfaringer fra Sverige pekes det på betydelige innsparinger i form av økt budsjett disiplin som følge av konkurranseutsetting. I tillegg stiller dette større krav til kvalitet og effektivitet.

Når det gjelder bemanningen viser en til at andelen av ufaglærte har gått ned men nedgangen ser imidlertid ut til å ha stoppet opp. Det vises videre til at det skal iverksettes et lederutviklingsprogram for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene under tittelen «Flink med Folk». Målet med dette er å styrke lederfunksjonen, både når det gjelder arbeidsmiljø, ut mot tjenestemottakerne og som ledd i det helhetlige kvalitetsarbeidet. Også IPLOS-systemet er nå ferdig utviklet og klart til å tas i bruk. Videre ønskes videreutvikling av ulike former for tekniske hjelpemidler, som mobil pasientjournal for hjemmesykepleien og elektronisk overvåkning av medisinsk-teknisk utstyr som pumper, måleutstyr og lignende, slik at mer behandling kan foregå i hjemmene. Å tilrettelegge for at en kan bo hjemme lengst mulig går som en rød tråd gjennom meldingen. Valgfrihet og individuell tilrettelegging fremheves som viktige verdier. Samtidig heter det at *«Den enskilde har også sjølv ansvar for å ta vare på sitt eige liv og si eiga helse, halde ved like sosiale nettverk, og så langt det lèt seg gjere ta i bruk eigne materielle og menneskelege ressursar for å skape eit godt omsorgstilbod»* (Sosialdepartementet, 2003, pp. 5-6).

5.19.1 Motstand mot markedslogikk

Meldingen møter motgang i sosialkomitéen. Et grunnleggende punkt er at man mener kommunene har behov for økte overføringer dersom de skal være i stand til å levere tjenester i tråd med meldingens intensjoner. AP påpeker en tendens til at stadig flere eldre velger å kjøpe tilleggstjenester og advarer mot et system der de kommunale tjenestene kun blir for dem med dårlig råd. Sammen med SV og SP synes de nå å igjen ta et tydeligere standpunkt mot konkurranseutsetting av tjenestene. Blant annet argumenteres det med at økt fokus på kvalitet ikke nødvendigvis gir bedre faktisk kvalitet. De mener at det de kaller markedslogikk står i et motsetningsforhold til omsorgslogikk og frykter løsninger basert på kortsiktighet og at tjenestene blir ustabile og fragmenterte. Videre påpeker de at modellene for konkurranseutsetting fører til økt administrasjon.

5.19.2 Bemanningsspørsmålet

Det synes å være en bred oppfatning fra opposisjonen generelt om at det er behov for økt bemanning i tjenestene. Det vises til en rekke undersøkelser gjort blant personale, kvalitetsmål, tilsyn og så videre som viser til at forsvarlighetskravene utfordres mange steder nettopp på grunn av lav bemanning og lav kompetanse. En av disse undersøkelsene viser blant annet til at 8 av 10 pleiere mener tjenestene til tider er uforsvarlig. Normeringsspørsmålet i opposisjonen ser ut til å ha blitt mer nyansert. AP og SV fremmer forslag om minstenorm for legedekning. FrP blir ikke med på dette forslaget. De fremmer imidlertid forslag om at sosial- og helsedirektoratet skal godkjenne bemanningsplanene for sykehjem for å sikre forsvarlig bemanningsnivå. De peker videre på støtte fra legeföreningen, sykepleierforbundet og fagforbundet i denne saken. Videre peker de på forsøksordninger med oppsøkende sykepleietjeneste til eldre i enkelte kommuner. Dette skal virke forebyggende ved at de får kartlagt eventuelle behov, informert om aktuelle tjenester, gi råd om sykdoms- og fallforebygging og så videre. Denne ordningen ønsker de en videre satsning på. Også utbygging av halvannenlinjetjenester, helsetjenester som skal være en mellomting mellom primær- og spesialisthelsetjenester, ønsker de å bygge opp.

Stortingsforhandlingene byr på lite nytt i forhold til innstillingen (Stortinget, 2004). Det er i store trekk de samme sakene og argumentene som dukker opp. Statsråden fra Høyre peker særlig på kvalitetsarbeid og kvalitetsmål og –indikatorer som skal gjøre det enklere å måle og sammenligne kvalitet, særlig i tilknytning konkurranseutsettelse, slik at pasientene skal kunne velge tjenesteleverandør ut fra dette. Hun påpeker videre at sammenhengen mellom bemanning og kvalitet er lite dokumentert. I stedet peker hun på organisering, ledelse, vedtak og oppfølging som sider ved tjenestene som må styrkes for å bedre kvaliteten.

5.19.3 Verdens rikeste land

Norge går inn i det nye årtusenet som, ifølge FN, et av verdens beste land å bo i, til tider det aller beste. Med de høyeste gjennomsnittsinntektene i verden, som samtidig er jevnest fordelt, husholdninger med 30-40 % høyere inntekt enn våre nordiske naboland, og et godt utbygd velferdssystem lever nordmenn i et samfunn som for mange nok fremstår som en utopi. Fokuset på kroppen, individet, frihet og nytelse som gjorde sitt inntog på 80-tallet har bredt om seg (Nielsen, 2011b). Det kan se ut som om økning i fedmeproblematikk og antall treningssentre har økt proporsjonalt. De eldre har blitt friskere og har med sine høye formuer og mye fritid blitt en viktig målgruppe for handelsstanden. Også finanskrisen som oppstod rundt 2008 klarte Norge å komme relativt godt gjennom ved at velferdsordningene ble opprettholdt og med dette også kjøpekraften. Med rikdommen kom også forventninger. Vi

skal være best på velferd, best på helse, best på skole og utdanning. I 2005 ble APs Jens Stoltenberg statsminister igjen, for den «rød-grønne-regjeringen» i samarbeid med SP og SV. Et samarbeid som skulle vare til 2013.

5.20 RETTIGHETER GJENNOM VEDTAK

«Mestring, muligheter og mening – Fremtidas omsorgsutfordringer» er Stoltenberg-regjeringens første melding om kommunehelsetjenesten fra 2006 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Meldingen er ment å legge føringer og planer frem mot 2015, men tar også mål av seg å legge perspektivet videre mot 2050. I likhet med den borgerlige regjeringens kvalitetsmelding fra 2003 forfektes det også her et ideal der tjenestene skal være individuelt tilpasset og skreddersys for den enkelte med mulighet for skjønnsutøvelse. En vil ha mindre av pakkeløsninger, standardiseringer og rigide tidsskjemaer. Samtidig understrekes individets ansvar. Det stilles «klare forventninger til en aktiv deltakelse, istedenfor tilbaketrekning» og videre: «Framtidas velferdssamfunn forutsetter ikke bare myndiggjøring, men også ansvarliggjøring.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, p. 6). Individets rettigheter forsterkes også gjennom stadig fokus på enkeltvedtak med begrunnelse og presisering av tjenestenes innhold. Samtidig problematiseres bestiller-/utførermodellen, som i stor grad baserer seg på vedtak, fordi den fører til standardisering av tjenestene og reduserer rommet for skjønnsutøvelse og individuell tilpasning.

Meldingen fokuserer videre på kvalitetsarbeid og det vises til at mange kommuner mangler styringssystemer og rutiner for internkontroll. Dette søkes løst gjennom en avtale mellom KS og Regjeringen for å få dette på plass. I denne ligger også fokus på rekruttering og kompetanseheving, stadig tilbakevendende problemer. Det påpekes stadig behov for å styrke ledelse, bedre arbeidsmiljø og problemer knyttet til høy grad av deltidsarbeid, tidlig avgang på grunn av uførhet og så videre. Meldingen legger også vekt på samhandlingen mellom tjenestene. Særlig arbeides det med å utvikle systemer for trygg elektronisk overføring av informasjon mellom tjenesteleddene. Målsettingen om å redusere antall innleggelser og hurtigere utskrivninger fra sykehus synes klar. Det som imidlertid synes å bli et økende problem er manglende samhandling mellom fastlegene og hjemmetjenestene. Særlig gjelder dette i tilknytning til kommunikasjon rundt endringer i pasientenes tilstand slik at tiltak kan iverksettes før innleggelse blir nødvendig. Samhandling med pårørende tas også opp. Her viser man til at det er stadig flere som gir ulønnet omsorg, men de gir mindre hjelp. Forklaringen er at omgivelsene rundt de omsorgstrengende i større grad fordeler oppgaver

mellom seg. Pårørende gir også mer hjelp til hjemmeboende enn institusjonsbeboere. En ønsker derfor å trekke familien mer inn i arbeid med individuell plan for å få avklart ansvarsforhold og så videre. Opplærings- og støttetiltak for pårørende er også i vekst. For øvrig påpekes at rehabilitering og forebygging stadig blir nedprioritert. Dette søkes blant annet løst gjennom kartlegging av ernæringsstatus og bedre tilrettelegging av måltidsituasjonen både i og utenfor institusjon, sammen med utbygging av ulike aktivitets- og kulturtilbud for eldre. Hva angår hjemmetjenestene for øvrig påpekes det det her er en vekst av i antall brukere under 67 år og at disse nå utgjør cirka 1/3 av mottakerne av denne typen tjenester.

Sosialkomitéen har nå skiftet navn til Helse- og omsorgskomiteén. Innstillingen herfra er i stor grad preget av fokus på enkeltsaker der opposisjonspartiene går inn i ulike konstellasjoner med hverandre fra sak til sak (Helse- og omsorgskomiteen, 2007). Opposisjonen samler seg imidlertid bak ønsket om mer brukervalg der brukerne kan velge mellom ulike tjenesteleverandører. De viser til gode tilbakemeldinger fra kommuner som har forsøkt dette og mener det vil bidra til å styrke kvaliteten. Regjeringspartiene holder imidlertid fast på at dette systemet fører til økt administrasjon, mindre fleksibilitet og frykter et system der de kommersielle aktørene velger vekk «ulønnsomme» brukere. Av de tingene komitéen synes å samles om er bekymring over en tendens der liggetiden i sykehusene synker mens antallet reinnleggelser øker. Komiteén mener dette fordrer økt kompetanse både innen medisin og etikk i kommunene slik at pasienter ikke innlegges unødig. Sykehjem og hjemmetjeneste må ses som ledd i en behandlingsskjede og må ha nok kompetanse til å kunne gi behandling på lavest mulig omsorgsnivå.

Uenigheten fra komitéen fortsetter i Stortinget. Her behandles også et dokumentforslag fra FrP. Kort fortalt innebærer dette forslaget et system der «pengene følger brukeren» gjennom det de kaller fritt brukervalg. Det vil si at pasienten ikke nødvendigvis tildeles bestemte tjenester, men heller en viss sum, som kan brukes til å kjøpe tjenester fra private aktører ut fra eget ønske. Tanken er at pasienten selv er i stand til å vurdere hvilke tjenester han eller hun har behov for, og velge disse fra et åpent marked. Regjeringspartiene er generelt negative til forslaget. Blant annet vises det til at private tilbud vil ha lite marked i distriktene. På den annen side viser de til at mange pasienter ikke er i stand til å velge, men trenger nødvendig helsehjelp. De frykter at et slikt system vil tappe ressurser og at de svakeste pasientene vil tape på dette. Frihet må handle om å kunne påvirke innholdet i tjenestene, ikke hvem som skal yte dem. Igjen er det altså frihetsbegrepet som skaper debatt.

5.21 SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsproblemen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal etter hvert få sin egen reform. Med undertittelen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» leveres stortingsmeldingen om samhandlingsreformen i 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Utgangspunktet for meldingen er et bilde av et helsevesen som fremstår som lite koordinert og organisatorisk oppsplittet. Der pasientene og deres pårørende selv må ivareta den praktiske koordineringen. Forebygging og sykdomsbegrensning nedprioriteres og en har mange unødige sykehusopphold noe som utfordrer helsevesenets økonomiske bæreevne. Reformen søker å ivareta både et pasient- og et samfunnsøkonomisk perspektiv og er utformet etter dialog med KS, ulike organisasjoner, private tjenesteytere og så videre. Samhandlingsreformen skal også inngå i et større reformarbeid og skal innføres samtidig som både pensjons- og NAV-reform. Som navnet antyder er samhandling et nøkkelord. Avtaler mellom kommunene og helseforetakene blir nå lovpålagt. Avtalene skal innebære avklaring av ansvarsforhold og ordninger for kompetanseoverføring og veiledning mellom tjenestene.

Videre innføres kommunal medfinansiering av innlagte pasienter og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Dette skal tjene som økonomiske insentiver for å prioritere forebygging og alternative behandlingstiltak i kommunene. For å få dette til overføres en stor andel av de statlige tilskuddene fra sykehusene til kommunene. Videre ønsker en utbygging av lokalmedisinske sentra som skal tjene som mellomlinjetjeneste, før, etter og i stedet for innleggelse i sykehus. En ønsker også å øke andelen timer til pliktarbeid for fastlegene for å dekke behovet for legedekning i de nye tiltakene. Samtidig vises behovet for større satsning på å ansette egne sykehjemsleger. For øvrig oppfordres fastlegene til å fokusere mer på forebygging, særlig overfor pasienter på listene som ikke selv oppsøker lege. Generelt søker reformen å overføre flere behandlingsoppgaver til kommunene og oppfordrer til samarbeid med næringslivet om å finne innovative løsninger som kan bidra til å gjøre dette mulig. I forlengelsen av dette ønsker en også å videreutvikle IKT-løsninger som kan bidra til informasjonsflyt og overvåkning og monitorering av medisinsk-teknisk utstyr for hjemmebruk. En ønsker også å dreie forskningen i langt større grad mot kommunehelse og viser blant annet til nyopprettede sentre for omsorgsforskning flere steder i landet. Forskningen skal også innebære å beskrive og analysere de «gode pasientforløpene», slik at disse kan tjene som eksempler til etterfølgelse. Det er generelt ønske om økt kompetanse knyttet til kommunehelse og mer kompetent personell inn i tjenestene. Samtidig peker reformen på et paradoks: nemlig at det er større bruk av spesialisthelsetjenesten i kommuner

med høy legedekning og bedre hjemmesykepleietilbud. Dette paradokset blir imidlertid ikke problematisert videre. Når det gjelder hjemmesykepleien for øvrig viser meldingen til en stadig vekst, mens det er reduksjon i hjemmehjelpstjenesten. Et siste interessant punkt jeg vil vise til er at samhandlingsreformen bytter ut LEON-prinsippet mot et nytt: BEON – Best Effektive Omsorgsnivå. Hva som ligger i dette nye begrepet gjøres imidlertid ikke rede for. I en kommentar til tanken om et system der pengene følger pasienten påpeker man at denne modellen kan føre til «*det motsatte av LEON-prinsippet (som i denne meldingen er kalt BEON-prinsippet; beste effektive omsorgsnivå)*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 109). Denne parentesbemerkningen antyder at prinsippet er det samme, bare navnet er nytt.

Kommunene står sentralt også i et dokumentforslag fra Venstre som behandles sammen med samhandlingsreformen i helse- og omsorgskomiteén (Helse- og omsorgskomiteen, 2010). For det første ber de regjeringen om en kommunereform for å slå sammen kommuner for å gjøre dem bedre stilt til å ivareta sine oppgaver. De er kritisk til medfinansiering fra kommunene fordi dette er vanskelig for de små kommunene og vil føre til mer byråkrati. Videre ønsker de mer fleksible turnusordninger som kan tilpasses de enkeltes behov, samtidig som de ønsker ordninger for ettergivelse av studielån for helsepersonell som vil jobbe i kommunehelsetjenesten. For fastlegene ønsker de et revidert takstsystem som kan belønne dem for å bruke mer tid på pasientene. Forslaget innebærer altså ikke konkrete løsninger men er en henstilling til regjeringen om å jobbe med denne typen saker. Tanken om større kommuner får også støtte fra de andre opposisjonspartiene. Særlig Høyre mener at kommunesammenslåing må være en forutsetning for kommunenes økte ansvar. For å kunne tilby reelle alternativ til sykehus mener de det kreves et befolkningsgrunnlag på 20-30000. De frykter også at kommunal medfinansiering kan svekke pasientenes muligheter for behandling. I stedet ønsker de seg flere samarbeidsordninger. Sammen med KrF og FrP stiller de forslag om at det heller bør opprettes en forsøkslov som kan åpne for pilotprosjekt med ulike samhandlingsformer. Disse partiene er også skeptisk til reduksjonen i bevilgningene til sykehusene uten tilstrekkelig utredning. Opposisjonen gir også uttrykk for frykt for at flere oppgaver på fastlegene kan gå ut over tilgjengeligheten. De ønsker heller mer satsning på rene sykehjemsleger. Komiteén i sin helhet påpeker for øvrig at det er problematisk at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter, mens legene ikke har hjemmel til å skrive pasienter inn i sykehjem. Høyre, KrF og FrP ønsker at legene skal få en slik hjemmel, mens regjeringspartiene åpner for å vurdere å gi legene mer innflytelse knyttet til dette.

I stortingsforhandlingene vinkles skepsisen mot de tenkte lokalmedisinske sentrene og frykten for sentralisering og at disse skal gå på bekostning av lokalsykehusene (Stortinget, 2010). Regjeringspartiene med helseministeren i spissen forsikrer om at dette ikke skal skje og at en vil stimulere til mest mulig befolkningsnære tilbud. Skepsisen mot tidligere utskrivning fortsetter også gjennom historier om dødsfall blant pasienter som utskrives uten forsvarlig mottaksapparat. Problematikk knyttet til personvern ved bruk av elektroniske løsninger for informasjonsoverføring og særlig tanken om elektroniske pasientjournaler tas også opp. Forhandlingene for øvrig preges av gjentakelser av problemstillingen fra innstillingen. Både dokumentforslaget fra Venstre og stortingsmeldingen bifalles i Stortinget. Reformen trer i kraft fra 2012.

5.21.1 Videre lov- og planarbeid

Før reformen trer i kraft følges den opp av en nasjonal helse- og omsorgsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Videre slås kommunehelsetjenesteloven sammen med sosialtjenesteloven og får navnet helse- og omsorgstjenesteloven, foruten annet lovarbeid, som en ny folkehelselov. Jeg har ikke gått nærmere inn på arbeidet med lovendringene, men vil begrense omtalen av dette til de henvisningene som gis i den nasjonale helse- og omsorgsplanen, samt i stortingsforhandlingene, ettersom sakene her ble behandlet sammen.

Det som er nytt i helse- og omsorgstjenesteloven er intensjonen om å tydeliggjøre kommunenes helhetlige ansvar for helse- og omsorgstjenester. Både når det kommer til planlegging og drift men også når det gjelder å bygge opp helhetlige og koordinerte tjenester for pasienter med behov for hjelp fra flere instanser. Det stilles også krav om mulighet for døgnopphold for pasienter med akutte behov, der sykehusinnleggelse ikke er nødvendig. Kommunene får også ansvar for å tilrettelegge for forskningsaktivitet. Videre har loven profesjonsnøytralitet som siktemål. Med kommunenes frihet som argument ønsker man å åpne for at kommunene selv skal få organisere tjenestene ut fra lokale behov. Ansvaret og forsvarlighetskravene skal ligge der, men så lenge disse er oppfylt skal ikke profesjonstilhørighet avgjøre hvilke oppgaver en kan utføre. I tillegg til den nye loven kommer det på denne tiden også en Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien, 2011). Denne har mange likhetstrekk med den allerede eksisterende Kvalitetsforskriften, gjennom punktvisse kriterier for å oppnå «verdighet» med eldre som målgruppe .

Helse- og omsorgsplanen som sådan er på mange måter en konkretisering av tiltakene og intensjonene fra samhandlingsreformen. Den tar sikte på en høy grad av desentralisering.

Samtidig legges det opp til interkommunalt samarbeid om de nye tilbudene der dette er hensiktsmessig. Kommunene på sin side har, som reaksjon på samhandlingsreformen, kommet med ønske om frist på 3 dager på å ta imot utskrivningsklare pasienter, ettersom det ikke er lønnsomt å alltid skulle ha ledig kapasitet. Dette tas ikke til følge og meldingen fastslår en 24-timers frist med dagbøter på kroner 4000,- dersom kommunene ikke kan ta imot pasienter.

Tanken om innovative løsninger står stadig sterkt og det ønskes en stadig utvikling av såkalt velferdsteknologiske løsninger. Også i hjemmetjenestene ønsker et innovasjon og hverdagsrehabilitering, et konsept fra Danmark, trekkes blant annet inn som et satsningstiltak. Dette er et tverrfaglig tiltak der en gjennom å sette inn mye ressurser en tidlig fase av funksjonssvikt eller etter sykehusopphold søker å hjelpe pasienten til å gjenvinne funksjon så fort som mulig. Samtidig peker meldingen på stadige personellmessige utfordringer: mange ufaglærte, høyt sykefravær, mye deltid og få ledere. Blant annet vises det til at en av ti ansatte i helse- og omsorgstjenestene slutter etter ett år. For øvrig følges intensjonene fra samhandlingsreformen opp med en presisering av styrket legevaktjeneste, styrking av fastlegenes ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp og et generelt økt fokus på forebygging og rehabilitering. Blant annet ønsker en å satse på oppsøkende sykepleietjeneste til hjemmeboende eldre, et forslag som har vært oppe flere ganger tidligere.

Ettersom Helse- og omsorgsplanen på mange måter er en videreføring av samhandlingsreformen er kommentarene fra Helse- og omsorgskomiteén også preget av dette (Helse- og omsorgskomiteén, 2011). Venstre har på dette tidspunktet ingen representanter i komiteén og Høyre, FrP og KrF er stort sett samstemte i sine kommentarer. For det meste gjelder dette de samme sakene som ved samhandlingsreformen. De ønsker mer tilrettelegging for private aktører, forsøksvirksomhet med samarbeidsformer fremfor ferdige løsninger, faste legestillinger i sykehjem og de holder fast på at et forsvarlig tilbud etter planens intensjoner forutsetter befolkningsgrunnlag på 20-30000 personer i de aktuelle kommunene. De er i utgangspunktet stadig skeptisk til kommunal medfinansiering og frykter at kommunene vil forsøke å presse legene til å unngå innleggelser. For øvrig mener de det mangler dokumentasjon på at det per tid faktisk er for mange unødige innleggelser. Komiteén som sådan peker på avsløringer om uakseptable arbeidsforhold og ønsker økt fokus på arbeidsgiveransvar i sektoren.

Stortingsforhandlingene tar for seg, som nevnt, både stortingsmeldingen, lovforslag om både helse- og omsorgstjeneste- og folkehelselov i tillegg til to forslag knyttet til henholdsvis jordmortjeneste og kreftomsorg (Stortinget, 2011). Det kommer lite nye kommentarer til helse- og omsorgsplanen, men jeg vil kort nevne noen av kommentarene til helse- og omsorgstjenesteloven. Et interessant trekk er at det er reaksjoner på navnet, i det mange mottakere av sosialtjenester ikke opplever seg som omsorgstrengende. Navnet i seg selv oppleves derfor nedverdiggende. Målsetningen om profesjonsnøytralitet blir også kritisert fra opposisjonen. Det oppfattes som et paradoks at flere spesialiserte oppgaver overføres til kommunene, mens kravene til fagspesifikk kompetanse faller bort.

5.22 INNOVASJONSMELDING

I 2013 kommer «Morgendagens omsorg», omtalt som «*en mulighetsmelding for omsorgsfeltet*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, p. 11). Innovasjon er et viktig stikkord i meldingen. Blant annet ønsker man å ta i bruk omsorgsressurser på nye måter, utvikle nye omsorgsformer og styrke forskning, innovasjon og utvikling på omsorgsfeltet. På mange måter fremstår meldingen som innovativ i seg selv i det den inneholder en rekke ordspill og «lek» med kjente begreper. For eksempel defineres innovasjon som noe som er «*nytt, nyttig og nyttiggjort*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, p. 119). Målet er ikke «*å lete etter beste praksis, men hele tiden lete etter det som kan bli en bedre neste praksis*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, p. 120). Innovasjonsarbeidet skal skje bredt. En ser for seg et arbeid i samarbeid mellom tjenestene, med brukergrupper, med forskningsinstitusjoner, med lokalsamfunnet og med næringslivet. Som eksempler på innovasjonsarbeid nevnes alt fra hverdagsrehabilitering, teknologiske hjelpemidler, gårdsbesøk for personer med demens og nye former for bofellesskap for eldre. For å styrke bruken av innovative løsninger ønsker en å forenkle regelverket for offentlige anskaffelser og utrede bedre løsninger for egenbetaling og finansiering.

Brukerperspektivet står også sentralt i meldingen og begrepet «brukermedvirkning» videreføres til «brukerstyring», uttalt å være i tråd med europeiske trender. Det legges fokus på brukerens egenomsorg og egne ressurser og at brukeren ikke skal være en passiv mottaker av tjenestene. I tråd med dette blir rehabiliterings- og opptreningsfokuset fremhevet. Samtidig ønsker en mer deltakelse av brukerrepresentanter i råd, utvalg og planarbeid rundt om i kommunene. Individuell tilpasning fremheves stadig og en ønsker mer fokus på å ivareta pasientenes privatliv i tjenestene og da spesielt i de ulike botiltakene. På personellsiden

ønsker en stadig å få bukt med det høye sykefraværet og øke trivselen i tjenestene. En ønsker også å øke andelen menn i tjenestene og erkjenner at det er behov for tiltak knyttet til å få menn til å trives på svært kvinnedominerte arbeidsplasser. Det vises for øvrig til innovative løsninger også knyttet til dette. Når det gjelder hjemmesykepleien vises det stadig til økt vekst og at tjenesten blir stadig mer medisinsk rettet. En ønsker en videre satsning på tjenesten og på å yte tidlig innsats i hjemmet.

I Helse- og omsorgskomiteén kritiseres meldingen for å ha mange tips men for øvrig å være lite konkret (Helse- og omsorgskomiteen, 2013). I hovedsak er det de «gamle» sakene som kommer opp på nytt i innstillingen, om enn i stadig utvikling. FrP ser ut til å få mer støtte fra Høyre og KrF i spørsmålet om statlig overtakelse av tjenestene. Hovedargumentet er at en ved å ha alle utgifter i tjenestekjeden samlet på ett forvaltningsnivå kan en unngå «svingdørspasienter» som brikker i et økonomisk spill. Videre vises det til at økningen i tjenestene i hovedsak er blant yngre brukere og at det følgelig er der endringene må komme. Det er også ønske om å opprette et fond for innovasjon og utvikling for å minske den økonomiske risikoen for kommunene. Videre viser opposisjonen til at det stadig er store lokale variasjoner i tjenestetilbudet og at andelen ufaglærte nå har økt til 30 %. Det kommer en rekke tilleggsforslag og særlig fra FrP. Mest interessant er forslaget om at de *«ber regjeringen legge frem egen sak for Stortinget som gir en klar definisjon av hva som ligger i begrepet heldøgns pleie- og omsorgstilbud»* (Helse- og omsorgskomiteen, 2013, p. 47). De ønsker også at pasienter som ikke får tilbud om sykehjemsplass innvilges et beløp som kan brukes til å kjøpe ekstra tjenester i påvente av en slik plass. De holder også stand i forslag om bemanningsnorm i sykehjem, både for leger og sykepleiere. Behandlingen i Stortinget går relativt kjapt for seg (Stortinget, 2013). Selv om diskusjonen om kommersielle aktører til en viss grad kommer opp igjen i stortingsforhandlingene er det for øvrig lite nytt i forhold til meldingen og innstillingen som kommer opp her.

5.23 BLÅ-BLÅ REGJERING

Ved stortingsvalget senere samme høst må den rød-grønne regjeringen se seg slått av et Høyre-parti med en sterk fremgang. Under ledelse av Erna Solberg danner de den «blå-blå» regjeringen sammen med FrP, med KrF og Venstre som støttepartier. Det er på mange måter et land i stadig endring de skal styre. Slutten av 2000-tallets første tiår var preget av internasjonal finanskriser, en krise Norge tilsynelatende klarte å komme gjennom uten de helt store konsekvensene. Lave oljepriser har imidlertid ført til at en nye og kanskje større

økonomiske utfordringer står for døren i Norge. Sosiale medier og nettbasert tilgang har for alvor gjort at verden kommer tett inn på folk. Mens de sensasjonspregede tabloidavisene hadde et oppsving fra 90-tallet har interessen for dybdejournalistikk tatt seg opp igjen. Stadig flere tar høyere utdanning samtidig som de lange utdanningsløpene blir kortet ned (Nielsen, 2011b). I takt med at verden kommer nærmere, både ved at det blir stadig enklere å reise og med internetts muligheter for å tilegne seg informasjon, tilpasser utdanningssystemet seg etter internasjonale standarder. Samtidig fortsetter historien å skrives. Mulighetsrommet fortsetter å skrumpe inn etter hvert som nye avgjørelser tas.

5.23.1 Fremtidens utfordringer

Våren 2015 leverer den «blå-blå» regjeringen stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Der «Morgendagens omsorg» var preget av nytenkning og positivitet fokuserer denne meldingen i større grad på utfordringer og mangler i tjenestene, underforstått som resultatet av den forrige regjeringens politikk. Det vises til at samhandlingsreformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp, flere reinnleggelsler og at det er uklare forventninger til kommunene på en rekke felt. Samtidig har det blitt en økning i både antall sykepleiere med spesialisering og generell legedekning i kommunene. Det er også opprettet flere nye kliniske masterutdanninger. Samtidig presiseres at økt spesialisering ikke må føre til ytterligere fragmentering og en ønsker videreutdanninger som satser på breddekompetanse. Det antydes også ønske om å lovfeste kompetansekrav for tjenestene. Med dette vil de ta noen skritt vekk igjen fra den profesjonsnøytrale linjen som ble innført med helse- og omsorgstjenesteloven. Videre ønskes et stadig sterkere fokus på kvalitetsarbeid, der det skal bli tydeligere krav til å drive med dette, samtidig som en vil utvikle flere og bedre kvalitetsindikatorer. De lokalmedisinske sentrene som samhandlingsreformen satset på nevnes ikke, annet enn statistisk.

I stedet innføres tanken om primærhelseteam, hentet fra Europakommisjonen. Disse kan ha ulike former, men tanken bygger i hovedsak på å bygge opp team rundt fastlegene med sykepleiere og annet helsepersonell som kan avlaste legene for enkelte oppgaver, særlig knyttet til veiledning og forebygging. Generelt ønskes også mer satsning på ulike former for ambulerende team som kan gi oppfølging i hjemmene, gjerne i samspill med spesialisthelsetjenestene. Disse kan både knyttes til konkrete diagnoser eller være mer funksjonsfokuserede. For å styrke oppfølgingen av pasienter som skrives ut til hjemmesykepleien foreslås en samhandlingskjede med klare frister for kartleggingsamtale,

legebesøk med legemiddelgjennomgang og oppfølgingsplan med klare tiltak for hjemmesykepleien ved eventuell forverring slik at en kan forebygge reinnleggelser. Et siste punkt som er verd å ta med er at det innledningsvis pekes på at meldingen må sees i sammenheng med en samtidige kommunereform som søker å slå sammen kommuner for å skape større kommuneenheter. Nettopp kommunehelsetjenesten brukes som et argument i denne reformen i det det hevdes at det er behov for større kommuner for å samle kompetanse og gjøre kommunene i stand til å utvikle tilbud som kan takle de oppgaver som samhandlingsreformen fordrer. Meldingen viser også at FrP endelig får gjennomslag for sin gamle fanesak ved at det fra 2016 skal gjøres forsøk med statlig finansiering av tjenestene. Det skal også startes utredningsarbeid som på sikt tenkes å resultere en minstenorm for bemanning og kompetanse i tjenestene.

I innstillingen fra helse- og omsorgskomiteén finner partiene fra den forrige regjeringen sammen i ulike sammenslutninger om de ulike sakene (Helse- og omsorgskomiteen, 2015). Særlig SV og SP er kritisk til større kommuner og peker på at mange tilbud fungerer bedre i små kommuner. De frykter at kommunereformen vil føre til økt sentralisering. Videre viser de til at det som følge av måltenkningen i kvalitetsarbeidet kan se ut til at selve rapporteringen av kvalitetsmålene blir et mål i seg selv uten at kvaliteten nødvendigvis blir noe bedre. AP og SP holder fast ved profesjonsnøytraliteten i det de mener denne tilrettelegger for dynamikk og lokale tilpasninger av tjenestene. De rød-grønne partiene får videre støtte fra KrF i sin kritikk av tanken om primærhelseteam i det de frykter dette vil føre til en ansvarspulverisering. SV viser også til et dokumentforslag fra forrige periode der de foreslår å «stoppe stoppeklokkene» (Helse- og omsorgskomiteen, 2015, p. 7) i tjenestene og øke bemanningen.

Tanken om primærhelseteam får fortsatt kritikk i Stortinget (Stortinget, 2015). Blant annet argumenteres det mot at de lokalmedisinske sentrene, som mange steder knapt har kommet på plass, nå søkes å byttes ut igjen med noe nytt. Privatiseringsdebatten dukker også opp og både SV og AP påpeker hvordan store internasjonale selskaper drar penger ut av landet. I forlengelsen av dette kritiseres videre kvalitetsmålingsfokuset og hvordan dette bidrar til mye administrasjon og rapporteringsarbeid. SV viser til at Oslo kommune nå skal gå vekk fra stoppeklokkefokuset. Gjennom en «tillitsreform», etter modell fra København, søker en å gi de ansatte mer råderett over tiden og gi pleie i større grad på pasientenes premisser. Privatiseringsspørsmålet har på denne måten utviklet seg til å bli en kontroll- og målingsdebatt. AP viser til hvordan spørsmålet om å oppheve profesjonsnøytraliteten kan føre til å skvise ut enkelte yrkesgrupper fordi deres kompetanse ikke «passer inn». Det vises til

høringssvar fra flere yrkesgrupper, blant annet vernepleiere, ergoterapeuter, musikkterapeuter og helsefagarbeidere som frykter at de vil bli stående utenfor. Det kan her være verdt å merke seg at både vernepleierne, musikkterapeutene og helsefagarbeiderne gjennom sine respektive fagorganisasjoner er tilknyttet LO (LO, 2015), som vi igjen har sett har nær tilknytning til nettopp AP (Rønning & Lesjø, 2015). KrF på sin side peker på at personlig egnethet og det å ha og ta seg tid til pasienten i mange tilfeller kan være vel så viktig som faglig kompetanse (Stortinget, 2015).

5.24 HISTORIEN FORTSETTER

På mange måter kan det passe godt å la denne bemerkningen avslutte denne historiseringen siden den sammenfatter mange av de problemstillingene som har lagt til grunn for utviklingen av hjemmesykepleien og helsevesenet for øvrig i Norge. Hvem er det som skal ta seg av de syke? Hvilke egenskaper, kunnskaper og ferdigheter trenger de? Hvor skal denne virksomheten skje? Hvilke verdier skal ligge til grunn for denne virksomheten. Denne bemerkningen fra KrF viser at spørsmålene på ingen måte er avklarte. Hjemmesykepleien er et felt som er i kontinuerlig utvikling. Denne siste stortingsmeldingen og bemerkninger som er kommet frem i forbindelse med den vitner nettopp om et felt som er i endring. Statlig finansiering og innføring av minstenorm representerer heterodoksa, det har lenge vært kjempet for dette og nå skal det prøves.

Tiden vil vise om disse idéene vil etablere seg som en ortodoksa eller om de med tiden vil avskrives og lukkes ute fra feltet. Tilsvarende markerer den nevnte tillitsreformen i Oslo en kamp, på kommunenivå, mot en nyere doksa, der markedstenkning, stoppeklokker og kontrollmekanismer har preget tjenestene. I Bergensavisen kan man lese, knappe to uker før denne oppgaven ferdigstilles, at byrådet vil foreslå å avslutte avtalen med den eneste private tilbyderen av hjemmesykepleie (Fosse, 2016). Kampen om å definere doksa er en kontinuerlig kamp. Noen ordninger forsvinner uten at det sies så mye om dem, som den sykehusdrevne hjemmesykepleien¹². Organisasjonene har blir faset ut sakte men sikkert, etter hvert som kampen for dem har stilnet, egenandelsordningen forsvant, kom tilbake og forsvant igjen¹³. Der legene før skulle rekvirere, instruere og kontrollere hjemmesykepleien¹⁴, har de nå tilsynelatende en mer passiv rolle som tilsynsmyndighet og pasientenes fastlege. Kanskje

¹² Se kap. 5.5 [Hjemmesykepleien får statlig tilskudd](#)

¹³ Se kap 5.15.1 [Egenandels spørsmålet](#) og 5.17.2 [Ønske om konkurranseutsetting](#)

¹⁴ Se kap. 5.5.1 [Organisasjonsspørsmålet](#) 5.6 [Rekrutteringsproblemer](#)

markerer tanken om primærhelseteam og samhandlingskjede med større involvering av fastlegen en tilbakeføring av legens dominans i feltet¹⁵?

Med denne historiseringen har jeg forsøkt å beskrive noen av de kampene som har foregått i det helsepolitiske feltet og som har hatt betydning for utviklingen av og struktureringen av hjemmesykepleien som en del av de offentlige helsetjenestene. Samtidig har jeg forsøkt å sette disse kampene inn i en historisk kontekst, ved å se hjemmesykepleien i relasjon til andre endringer i helsevesenet spesielt og i samfunnet for øvrig. I den følgende delen av oppgaven vil jeg forsøke å objektivere dette feltet ved å se det i lys av Bourdieus feltoptikk.

¹⁵ Se kap. 5.23.1 [Fremtidens utfordringer](#)

6 ANALYSE

Hjemmesykepleien et komplekst felt. Både fordi det kan ses fra mange perspektiv, som et felt i seg selv eller som et subfelt innfelt i andre, større felt. Men også fordi det bygger på en betydelig mengde reguleringer og forekommer i mange lokale variasjoner. I denne oppgaven har jeg fokusert på hvordan føringene for hjemmesykepleien har utviklet seg på nasjonalt politisk nivå. Jeg vil begynne denne analysen med å forsøke å skissere opp feltet på det første nivået. Det vil si hjemmesykepleien som et subfelt innenfor det helsepolitiske feltet på nasjonalt nivå. Dette er imidlertid komplekst. De eneste «åpne» agentene i feltet, det vil si de som står frem som talspersoner, er de som står som representanter for sine respektive politiske parti. Enten som statsråd og «forfatter» av en proposisjon eller stortingsmelding, eller som representant i Stortinget eller stortingskomitéen. Sett med en Bourdieu-optikk er disse imidlertid «bare» talspersoner. De taler ikke på vegne av seg selv, men på vegne av dem de representerer: partiet, men også dettes støttespillere og interessenter. Hvem disse er, er det imidlertid vanskelig å skulle avdekke ettersom de sjelden vises til åpent. De fleste henviser til at de taler på vegne av «folk flest» i ulike vendinger. Det eneste som i så måte skiller dem er at de har ulik oppfatning om hva «folk flest» ønsker og hva som er den beste måten å oppnå dette på. Antydninger om andre interesser bak kommer som oftest i form av beskyldninger fra motparten. På bakgrunn av historiseringen av feltet ønsker jeg likevel å forsøke å konstruere frem de ulike partienes disposisjoner sett ut fra hvordan de posisjonerer seg i feltet. Før jeg gjør dette vil jeg imidlertid forsøke å konstruere fram feltet som sådan.

6.1 EN NASJONAL OMSORGS HABITUS

Som vi ser av den historiske fremstillingen har en juridisk regulering av ansvaret for de «vanføre og fattige» en 1000 år gammel tradisjon i Norge¹⁶. Det kunne selvsagt vært interessant å finne ut av hvor disse lovene kom fra. Skyldtes det et ønske om å lovfeste noe som ble sett på som en selvfølgelighet eller lovfestet man denne plikten fordi mange helst ville slippe dette ansvaret? I alle tilfeller vitner disse lovene om et samfunn som anså ivaretagelsen av de som ikke kunne ivareta seg selv som viktig. Selv om mye har endret seg siden den tid har likevel de grunnleggende prinsippene holdt seg. De offentlige legene fikk ansvar for å hjelpe de som ikke kunne betale for seg, i takt med økende urbanisering fikk kommunene et ansvar for å ta vare på de som ikke kunne ta vare på seg selv¹⁷. I den

¹⁶ Se kap. 5.1 [Den første omsorg for de syke](#)

¹⁷ Se kap. 5.2 [Sykepleien oppstår som fagfelt](#)

økonomiske nedgangstiden på 20-tallet stod den kommunale plikten til, tross nedskjæringer, å sørge for det mest nødvendige fast¹⁸. Tilsvarende la prinsippet om rett til nødvendig helsehjelp på mange måter fundamentet for kommunehelsetjenesteloven når den kom¹⁹. Den juridiske reguleringen av ansvaret for de syke har altså en lang tradisjon i Norge og kan derfor sies å ha blitt en del av vår sosiale habitus og et politisk doksa. At staten skal legge slike føringer anses som en selvfølge, noe udiskuterbart. Folket tar for gitt at slike føringer skal foreligge og det ligger innfelt i statens corpus å sørge for at slike føringer foreligger.

På mange måter kan det se ut som at dette ansvaret fra midten av 1800-tallet havnet i et vakuum²⁰. Gjennom legdordningen hadde familien og lokalsamfunnet et helhetlig forsørgeransvar for de «fattige og vanføre». I tråd med at dette ansvaret ble overført til kommunene ble disse gruppene kategorisert i undergrupper og fikk så gradert hjelp basert på gruppetilhørighet. Fremveksten av menighetspleien og privatpleien kan nok også tyde på at den hjelpen som ble gitt nok var begrenset, sammenlignet med de reelle behov. I menighetspleien kan man kanskje også se lokalsamfunnets habituelle ansvarsfølelse. Kanskje kan man se menighets- og organisasjonsarbeidet som en forlengelse av den gamle storgården, der den, nå, ugifte menighetspleieren ivaretar husfruens ansvar for de syke og fattige i fellesskapet. Finansiert av lokalsamfunnets frivillige gaver. Det var denne ansvarsfølelsen som sørget for at et visst omsorgsnivå ble opprettholdt gjennom dette vakuemet, der de offentlige instansene flyttet ansvaret seg imellom. På denne måten ble den helhetlige forsørgelsen fortsatt ivaretatt.

6.2 DET OFFENTLIGES ANSVAR

Når Norske Kvinners Sanitetsforening i sitt brev ber om tilskudd til fortsatt drift av hjemmesykepleietjenesten markerer dette derfor bare delvis et brudd med tidligere praksis²¹. De ser det fortsatt som naturlig at det er de og de andre organisasjonene som skal drive disse tjenestene. Hvorvidt det minker på de frivillige midlene eller det har blitt en økning i antall pasienter som mottar denne hjelpen er vanskelig å få et konkret bilde av. Det som imidlertid har endret seg og som er et bærende argument i brevet er likhetstankegangen. Vi så hvordan AP siden århundreskiftet kjempet for like rettigheter for arbeiderne og hvordan de så tok styringen etter andre verdenskrig med en klar tanke om fellesskap og likhet i gjenreisningen av

¹⁸ Se kap. 5.3 [Politiske endringer](#)

¹⁹ Se kap. 5.13 [Lov om kommunehelsetjenester](#)

²⁰ Se kap. 5.2 [Sykepleien oppstår som fagfelt](#) og 6.3 [Politiske endringer](#)

²¹ Se kap. 5.5 [Hjemmesykepleien får statlig tilskudd](#)

landet. Det er denne likheten Sanitetsforeningen henviser til når de ber om støtte til hjemmesykepleie på lik linje med sykehusene. Det er på mange måter en strategisk posisjonering, der de argumenterer i tråd med den dominante doksa, for å få gjennom sine krav, noe de, med tiden, også får.

Denne første statlige tilskuddsordningen til en kommunal hjemmesykepleie markerer også starten på den empiri jeg har jobbet med. Den oppstår på en tid der en ny doksa er i ferd med å sette seg. I tillegg til den generelle likhetstankegangen har det helsepolitiske vakuumet fra århundreskiftet blitt overtatt av en klar oppfatning om at folkets helse er et offentlig anliggende. Tankegangen bak er på mange måter like mye økonomisk som den er moralsk. Skal landet bygges må folket være friske så de kan gå på jobb. Nettopp derfor står blant annet målsettingen om forebygging så sentralt²². Det offentlige ansvaret ledsages av en vel så sterk offentlig styring. Legens posisjon som overordnet rekvirent og tilsynsmann synes urokkelig. Sykepleierne på sin side har vunnet en stor seier med egen autorisasjon og får også posisjonert seg ved det daglige lederansvaret og strenge kompetansekrav. Den eneste kampsaken i denne første fasen er organisasjonenes posisjon. KrFs, Venstres og SPs kamp for organisasjonenes autonomi er i så måte en heterodoksal kamp mot doksa²³. I en tid der det offentlige skal styre mest mulig i likhetens navn, ønsker de å bevare en utvalgt gruppes mulighet for selvstyre. Selv om denne gruppen utøver sitt virke på bakgrunn av altruistiske idealer, der det statlige tilskuddet bare dekker en liten del av virksomheten synes det viktigere å ivareta prinsippet om den offentlige styringen, selv om dette på sikt vil innebære full offentlig finansiering. På den andre siden står husmorvikarrådet, som representerer de offentlig ansatte, lavt utdannede, husmorvikarene. De ønsker å begrense tilskuddsordningen til å bare gjelde offentlig ansatte. Kanskje fordi de på denne måten ønsker å ta del i hjemmesykepleien, som assistenter. Dette forslaget får imidlertid ingen støtte, selv ikke fra AP. Kanskje fordi de ikke vil gå inn i åpen kamp med organisasjonene. På mange måter viser dette hvordan habitus, sansen for spillet, gir seg utslag. AP posisjonerer seg strategisk ved å gradvis bygge ned organisasjonenes innflytelse og bagatellisere kritiske spørsmål, heller enn å forsøke å ta full kontroll fra starten. I forbindelse med spørsmålet om tilskudd til hjemmehjelp tar de nettopp opp spørsmålet om å overføre enkle pleieoppgaver til husmorvikarene.²⁴

²² Se kap. 5.4 [Etterkrigstiden](#)

²³ Se kap. 5.5.1 [Organisasjonsspørsmålet](#)

²⁴ Se kap. 5.7 [Utvidede hjemmetjenester](#)

Legene får imidlertid foreløpig beholde sin autonomi. Fra 1600-tallet har de en dobbeltrolle i det de kombinerte sitt virke som offentlige embedsmenn med privatpraksis²⁵. I så måte har de sine naturlige støttespillere i Høyre, som ble opprettet som et embedsmannsparti og senere ble forkjempere for det private næringsliv slik vi har sett. Behovet for sterkere offentlig styring over denne gruppen oppstår imidlertid ikke før legemangelen adresseres på 70-tallet²⁶. Da er det politiske feltet i endring. AP er ikke lenger i flertall. Sentrumspartiene har alliert seg med Høyre. Det politiske spillet vises i at den borgerlige tilleggsmeldingen til stortingsmeldingen «om helsetjenesten utenfor sykehus» er relativt moderat i legespørsmålet i det den bare utsetter saken under forutsetning om nærmere utredning²⁷. I stortingsforhandlingene er det imidlertid i hovedsak Høyre som fronter denne delen av saken. Representantene fra de andre regjeringspartiene gir sin støtte, men fokuserer heller på andre aspekter ved meldingen.

6.3 PARTIENES POSISJONERING

Vi har med disse to sakene fått tegnet opp konturene av et kommunehelsepolitisk felt der agentene i hovedsak skal følge de samme posisjoneringene frem til vår tid, selv om innholdet endrer seg. Det herskende doksa: det offentlige ansvaret over feltet, har mer eller mindre blitt stående. Det som har endret seg er hvilket innhold som legges i dette. Hvordan en tenker seg at feltet skal styres, hvem som skal utføre tjenestene, hvordan en skal kontrollere det og så videre. Hvordan feltet strukturerer seg, i form av føringer, varierer så i takt med endringer i den politiske kapitalen de ulike agentene til enhver tid har.

Jeg vil derfor gå tilbake til min tidligere presentasjon²⁸, av de ulike partiene og forsøke å konstruere frem deres disposisjoner, i kraft av ideologi, støttespillere og så videre, og hvordan de posisjonerer seg strategisk i feltet. Det vil si hvordan de spiller på ulike kapitalformer for å få gjennomslag for sine saker og for å vinne velgernes sympati. Politikk er i dette henseende interessant fordi det her i særlig grad ikke nødvendigvis er type eller mengde kapital som er avgjørende for hvilken posisjon en får, men nettopp den strategiske bruken av denne i et felt som stadig endrer seg og som i tillegg er relativt heterogent. Følgelig vil de ulike kapitalformene og ikke minst hvordan disse fremtrer på ha ulik «verdi» i møte med ulike grupper og til ulike tider²⁹. Tilsvarende blir det unaturlig å gruppere partiene som

²⁵ Se kap. 5.1 [Den første omsorg for de syke](#)

²⁶ Se kap. 5.9 [Kampen om legene begynner](#)

²⁷ Se kap. 5.9. [Kampen om legene begynner](#)

²⁸ Se kap. 2.3.1 [Kort om de politiske partiene i Norge](#)

²⁹ Se kap. 2.1 [Kapitalbegrepet](#)

forkjempere eller bærere av spesifikke kapitalformer. En sosialistisk økonomisk tankegang og en markedsliberalistisk økonomisk tankegang er like økonomisk i sine vesen. Forskjellen er at de fremkommer i ulike former og verdsettes ulikt i ulike grupperinger i samfunnet. Alle partiene hevder å tale på vegne av «folket, folk flest» og så videre.

Det må bemerkes at fremstillingene er generelle og det vil være forholdsvis uproblematisk å finne eksempler som kan vise til andre eller motstridende tendenser enn det jeg viser til. Dette kan ha ulike grunner. Det kan skyldes en strategisk plassering som følge av avtale med en alliert eller støttespiller, det kan skyldes et ønske om å «følge med i tiden» eller det kan skyldes et reelt brudd med tidligere agenda. Formålet med den følgende analysen av partienes posisjoneringer er altså ikke først og fremst å vurdere partiene opp mot hverandre, men å vise hvordan partiene og partifraksjonene ikke tar standpunkt på bakgrunn av tanken om å innføre en objektiv, vitenskapelig fundert «beste praksis» men på bakgrunn av deres disposisjoner.

Venstres lange tradisjon som det eldste og lenge største partiet har vært lite synlig i de dokumenter jeg har jobbet med. De er et viktig støtteparti på borgerlig side i en tidlig fase, men er, grunnet få representanter relativt fraværende i diskusjonen rundt de saker jeg har jobbet med. Blant annet har de ingen representanter i fagkomitéen mellom 1973 og 2005 (Stortinget, 2016). Jeg har derfor lite empirisk grunnlag for å konstruere frem dette partiets habituelle disposisjoner. Deres liberale disposisjoner kommer likevel til uttrykk gjennom dokumentforslaget fra 2010, ved at de vil slå sammen kommuner for å gjøre dem mer effektive. Individfokuset vises ved tanken om fleksible og tilpassede turnusordninger, samt i forslaget om å belønne leger for å bruke mer tid på pasientene³⁰.

Høyre er det ledende partiet på borgerlig side gjennom perioden. Deres disposisjoner i form av å være et embedsmannsparti og støttespillere for næringsinteresser kommer frem i kampen om legenes private praksis. I denne kampen trekker de også på sine disposisjoner knyttet til kampen for individets frihet, med tanke på pasientens rett til å velge lege fremfor å få tildelt en ved det lokale helsesenter³¹. Denne posisjoneringen til fordel for det private initiativ og den individuelle frihet dras videre i deres tanke om finansiering etter innsats gjennom stykkprisdebatten i sykehusene. I forlengelsen av dette kommer markedstenkningen med frigjøring av markedet og omgjøring av offentlige tjenester til foretak med påfølgende

³⁰ Se kap. 5.21 [Samhandlingsreformen](#)

³¹ Se kap. 5.9 [Kampen om legene begynner](#) og 6.13.4 [Frihetsbegrepet](#)

konkurransetsetting. En ordning som på sikt også skal omfatte både sykehjem og hjemmesykepleie³². Deres posisjoneringer bryter imidlertid ikke med doksa i form av det offentlige ansvaret for helsetjenestene. Dette skal overholdes ved at tjenester og følgelig finansieringen av disse gis på grunnlag av konkrete, detaljerte vedtak som sammen med intrikate målesystemer kan brukes til å beregne kostnader. Målinger som også kan brukes av pasientene slik at de kan velge ut den tilbyderen de ønsker³³. Pasientenes interesser sikres for øvrig gjennom et omfattende rettighetssystem. Man kan si at de ønsker å overholde det offentlige ansvaret ved hjelp av kontrollmekanismer fremfor direkte styring. Imidlertid er de stadig avhengig av sentrumspartiens støtte, noe som ikke usannsynlig har hatt en modererende effekt. Samtidig som de ønsker nye, private initiativ ses deres konservative disposisjoner gjennom at de fokuserer mer på effektivisering av eksisterende offentlige ordninger fremfor omstruktureringer av disse. De stiller seg bak legenes skepsis til helsesentrene³⁴, på samme måte som de er skeptisk til overføring av mer ansvar til kommunene gjennom samhandlingsreformen³⁵. Hvorvidt denne skepsisen skyldes konservative holdninger eller om det mer skyldes forsøk på å skjerme legene, eller en kombinasjon av de to, kan selvsagt diskuteres.

APs forhold til det offentlige ansvaret for folkets helse sees mer i form av ønske om direkte styring fremfor kontroll. Deres sosialistiske disposisjoner vises gjennom en likhetstanke i form av standardiserte ordninger og en relativt høy grad av rammefinansiering og øremerking av tilskudd for å styre utviklingen i ønsket retning³⁶. Likhetstankegangen er også tydelig både i deres mange forsøk på å senke legenes status og få en økt kontroll over deres virksomhet³⁷. Videre i deres profesjonsnøytrale linje, for eksempel ved at de spesifikke kompetansekravene faller bort i arbeidet med kommunehelsetjenesteloven³⁸ og senere i helsepersonelloven³⁹. På denne måten åpnes det opp for større medvirkning av personell med lavere eller ingen kompetanse. Det vil si personell med lavere sosial og kulturell kapital. Dette viser også til deres tilknytning til LO, som organiserer flere av disse helsepersonellgruppene⁴⁰. Samtidig med ønske om fleksibilitet knyttet til administrativ tilhørighet åpner dette også for fleksible

³² Se kap. 5.17.2 [Ønske om konkurranseutsetting](#)

³³ Se kap. 5.19.2 [Bemanningsspørsmålet](#)

³⁴ Se kap. 5.9 [Kampen om legene begynner](#)

³⁵ Se kap. 5.21 [Samhandlingsreformen](#)

³⁶ Se kap. 5.15 [I kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven](#) og 5.16 [Markedstenkning](#)

³⁷ Se særlig kap. 5.9 [Kampen om legene begynner](#), 5.11 [Legekampen fortsetter](#) og 5.13 [Lov om kommunehelsetjenester](#)

³⁸ Se kap. 5.13 [Lov om kommunehelsetjenester](#)

³⁹ Se kap. 5.16.2 [Nye ordninger](#)

⁴⁰ Se kap. 5.8 [Opprørstid og sentralisering](#) og 5.23.1 [Fremtidens utfordringer](#)

løsninger og dermed ivaretagelse av de små kommunene. Slik posisjonerer partiet seg i tråd med sine disposisjoner, ved at de støtter sine allierte, fremmer likhetstankegangen og styrker svakere yrkesgruppers stilling. Partiet gir heller aldri helt slipp på Evangs drøm om helsesentre og kommunale behandlingstilbud, noe som får sin renessanse gjennom samhandlingsreformen og dennes lokalmedisinske sentra⁴¹. Det er imidlertid ikke til å komme utenom at de går gjennom en tydelig bruddtenkning i løpet av 90-tallet der de iverksetter foretaksmodellen med stykkprisfinansiering for sykehusene og fastlegeordningen⁴². Selv om sistnevnte gir kommunene en relativt god styring over virksomheten, ved muligheten for bruk i andre tjenester, fastlegenes portnerfunksjon og lignende. Til tross for disse bruddene kan betegnelsen som Nielsen (2011b) brukte, om at AP etter krigen bygde opp landet som en bedrift kanskje fremdeles bestå. Slik sett har AP posisjonert seg i tråd med sine disposisjoner i takt med tiden.

SV har, som opposisjonsparti uten klare bindinger før det rød-grønne samarbeidet i 2005, kunnet posisjonere seg mer fritt i feltet. De har på denne måten vært en kritisk røst. Samtidig har de ikke blitt særlig hørt. Deres sosialistiske disposisjoner vises gjennom en tydelig valuering av det praksis- og pasientnære arbeidet og normeringskrav⁴³. I forbindelse med dette er det verd å merke seg at de fokuserer lite på profesjon i disse kravene. Dette ses også i motstanden mot å ivareta legenes friheter⁴⁴. Likhetstankegangen og ivaretagelsen av de ansatte står på mange måter sterkt. Det gjelder også i deres krav om klarere pasientrettigheter. Her fokuseres det ikke på retten til å velge, men retten til lik tilgang⁴⁵. Den individuelle friheten må dermed vike for tanken om likhet. På linje med AP ønsker også SV en sterk offentlig styring, men der AP vil overføre ansvaret til kommunene, går SV inn for en statlig styring. De er også forkjempere for en sosialmedisinsk tenkning der sosiale tiltak i større grad likestilles med helsetiltak og de ønsker en integrering av disse to tjenesteområdene⁴⁶. Denne tankegangen er for øvrig ikke ukjent blant de øvrige partiene, men SV er nok de som rendyrker denne mest. Også dette kan sees som et angrep på legene ettersom de gjennom et slikt syn på mange måter reduseres til en profesjon blant flere.

⁴¹ Se kap. 5.21 [Samhandlingsreformen](#)

⁴² Se kap 5.16.2 [Nye ordninger](#)

⁴³ Se kap. 5.10 [Hjemmesykepleien styrkes](#) 5.15 [I kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven](#), 5.16.1 [Ideologisk kniving](#) m.v.

⁴⁴ Se kap. 5.10 [Hjemmesykepleien styrkes](#), 5.11 [Legekampen fortsetter](#), 5.15.5 [Kampen om hjemmesykepleiens administrasjon](#)

⁴⁵ Se kap. 5.18.2 [Handlingsplanen følges opp](#), 5.19.1 [Motstand mot markedslogikk](#), 5.23.1 [Fremtidens utfordringer](#)

⁴⁶ Se kap. 5.10 [Hjemmesykepleien styrkes](#) 5.13.5 [Kampen om hjemmesykepleiens administrasjon](#)

FrP posisjonerer seg på mange måter fra starten med en klar bruddtenkning, spesielt gjennom sin kritikk mot kommunehelsetjenesteloven⁴⁷. De trer inn i feltet på samme tid som SV, og har også fra starten et profesjonsnøytralt syn inn mot hjemmetjenestene⁴⁸. De begrunner dette imidlertid med økonomiske og praktiske argumenter, i tråd med deres markedsliberalistiske disposisjoner. Dette første synet forlater de imidlertid og blir senere sterke forkjempere for pasientenes rettigheter i form av retten til valgfrihet, normeringer og tilsynsordninger⁴⁹. Valgfriheten skal imøtekommes gjennom private initiativ slik at pasientene kan velge mellom ulike ordninger når de har behov for offentlige tjenester⁵⁰. Også de ønsker å overføre mest mulig ansvar til staten⁵¹, igjen som SV, men for å ha statlig kontroll, ikke styring. Deres disposisjoner er i så måte diametralt motsatt i forhold til SV, men vi har sett at de to partiene likevel posisjonerer seg tett opptil hverandre i mange saker i feltet.

SP er et interessant parti i det at de har vært med i regjeringssamarbeid på begge sider av den politiske linjen. I det store og hele posisjonerer de seg som støtteparti og kanskje også moderator for de fraksjoner de samarbeider med. Deres disposisjoner som til en viss grad faller utenfor polariseringen de andre partiene står for gjør at de likevel hele tiden kan posisjonere seg til fordel for sin egen agenda: desentralisering⁵². For eksempel gjennom et sterkt engasjement for de lokalt funderte organisasjonene og menighetene som drev hjemmesykepleie⁵³ og senere kamp for opprettholdelse av lokale tilbud, tilpasset de lokale forhold⁵⁴. Hvorvidt de tar konkret side i de mer prinsipielle debattene synes å avhenge av hvorvidt de anser en av sidene for å utgjøre en trussel mot de lokale tilbudene.

KrF bærer på mange måter preg av å være et konservativt, borgerlig støtteparti. I mange saker posisjonerer de seg mer som støttespillere for sine allierte enn som et parti med en egen agenda. Deres konservative disposisjoner kommer imidlertid til uttrykk ved at deres argumentasjon, for eksempel når det gjelder legespørsmålet, dreier mer mot et ønske om å bevare den bestående orden heller enn markedsideologisk tankegang. Dette kom til syne i den tidlige perioden der de kjempet for organisasjonenes og menighetspleiens posisjon i feltet,

⁴⁷ Se kap. 5.13.3 [Legene skjermes – hjemmesykepleien blir helsetjeneste](#)

⁴⁸ Se kap. 5.10 [Hjemmesykepleien styrkes](#)

⁴⁹ Se kap. 5.15.1 [Egenandelspørsmålet](#), 5.16.1 [Ideologisk kniving](#), 5.18.2 [Handlingsplanen følges opp](#) m.v.

⁵⁰ Se kap. 5.20 [Rettigheter gjennom vedtak](#)

⁵¹ Se kap. 5.14.1 [Ideologisk tilspissing](#), 5.22 [Innovasjonsmelding](#), 5.23.1 [Fremtidens utfordringer](#)

⁵² Se kap. 5.9 [Kampen om legene begynner](#), 5.10 [Hjemmesykepleien styrkes](#), 5.14.1 [Ideologisk tilspissing](#)

⁵³ Se kap. 5.5.1 [Organisasjonsspørsmålet](#), 5.6 [Rekrutteringsproblemer](#)

⁵⁴ Se fotnote 43

men også i deres tilbakeholdenhet mot konkurranseutsetting på tidlig 2000-tall⁵⁵. Deres kristendemokratiske disposisjoner vises også gjennom stadige henvisninger til verdispørsmål. Særlig tydelig blir dette i Stortingsmeldingen fra 2003 som bærer preg av et sterkt fokus på omsorg, etikk og ulike verdispørsmål (Sosialdepartementet, 2003). Som ledd i deres rolle som støtteparti kommer en heller ikke utenom at de nok, som SP, har posisjonert seg som moderatorer av en mer ytterliggående høyrepolitikk gjennom perioden, selv om det er vanskelig å få øye på.

6.3.1 Kort om sykepleierne

Sykepleierne har gjennom historien, tross ønske om en selvstendig rolle overfor legene, funnet det strategisk å posisjonere seg tett opptil dem for å få gjennomslag for sine saker. Sett i lys av den siste meldingen fra den blå-blå regjeringen og omtalen av primærhelseteam kan det synes som om det er tilfelle også her⁵⁶. Det er tydelig at disse teamene gir legene en mer dominant rolle, som teamledere, men uten administrativt ansvar sammenlignet med de rød-grønnes lokalmedisinske sentra der legene i større grad er en profesjon blant flere i et relativt profesjonsnøytralt landskap. Ved at sykepleierne nevnes, som eneste andre yrkesgruppe, som legenes støttespillere, har også de sikret seg en posisjon i ordningen, om enn som legens tydelig underordnede. Samtidig har vi sett at andre yrkesgrupper lukkes ute fra planene. Hvorvidt dette kan skyldes en bevisst politikk fra sykepleierforbundet opp mot Høyre eller ganske enkelt det at sykepleierne tradisjonelt ses som legenes assistenter vil imidlertid kreve nærmere studier⁵⁷. Vi ser jo også at den samme tankegangen, med tverrfaglige team basert rundt lege og sykepleier også ble presentert av AP i 1988⁵⁸. Høyres posisjonering som talsmenn for legene kan kanskje virke paradoksalt med tanke på nedbyggingen av Helsedirektoratet på 80-tallet. Tatt i betraktning at dette imidlertid var bygd opp gjennom et sterkt AP-styre og med to sterke AP-menn som helsedirektører over en førtiårsperiode kan dette ha sin forklaring. De kommunale helserådene ble jo på den annen side «reddet» av den borgerlige endringsproposisjonen til kommunehelsetjenesteloven⁵⁹.

⁵⁵ Se kap. 5.9 [Kampen om legene begynner](#), 5.18.1 [Endret fokus](#)

⁵⁶ Se kap. 5.23.1 [Fremtidens utfordringer](#)

⁵⁷ Sykepleiernes forhold til legene har siden starten vært ambivalent, ettersom de på den ene siden har ønsket å etablere et selvstendig og autonomt fag, samtidig som de har vært avhengig av legenes støtte for å få gjennomslag politisk (Martinsen & Wærness, 1991; Melby, 1990; Schiøtz & Skaset, 2003).

⁵⁸ Se kap. 5.14 [Prioritering og omorganisering](#)

⁵⁹ Se kap. 5.13.3 [Legene skjermes – hjemmesykepleien blir helsetjeneste](#)

6.3.2 Oppsummering

Jeg har i det foregående beskrevet hvordan de ulike partiene, samt sykepleierne har posisjonert seg i de store, prinsipielle, til dels polariserte sakene som har kommet frem i det materialet jeg har jobbet med. Jeg har også vist hvordan denne posisjonen på mange måter strukturerer seg som et resultat av partienes disposisjoner i form av tradisjon, forhold til støttespillere og hverandre, velgermasse og så videre. Det vil si hvordan habitus materialiserer seg i realpolitikk. Videre har jeg også vist hvordan profesjons- og fagorganisasjonene har posisjonert seg strategisk opp mot partiene for å sikre sine posisjoner i det helsefaglige feltet som sådan. Det er i så måte viktig å minne om at disse organisasjonene også er felt i seg selv, med sine innbyrdes kamper, slik det kommer til uttrykk i den historiske oversikten. Disse posisjonerene må derfor ses som uttrykk for et dominant syn innad i organisasjonene. De dominerte finner så andre kanaler å få gjennom sine syn på, noe som kom sterkt til uttrykk i sykepleierstreiken i -72⁶⁰.

6.4 STYRING KONTRA KONTROLL

Det som likevel blir stående som det store, gjennomgående temaet gjennom perioden er hvordan det primære doksa, det offentlige ansvaret for folkets helse, materialiserer seg gjennom offentlig styring og offentlig kontroll som dels overlappende, dels polariserte prinsipper. Offentlig styring, gjennom offentlig drift med mest mulig standardiserte organisasjonsstrukturer, finansiert etter rammer, basert på en kollektivistisk tanke om like rettigheter for alle, der profesjonene så vel som pasientene skal likestilles mest mulig. Offentlig kontroll ved at private aktører utøver det offentlige ansvaret etter klare, standardiserte bestillinger, finansiert etter innsats, basert på en individualistisk tanke om like rettigheter for den enkelte, der profesjonene skal ha rett til å styre sin egen virksomhet slik de finner det for godt, mens pasientene skal ha rett til å velge tilbyder av tjenesten. Videre utøves kontrollen over ressursene ved at utøverne underlegges avanserte kontroll og målemekanismer. Disse motsetningene viser seg så i den tradisjonelle venstre/høyre-delingen i politikken der partiene, på bakgrunn av sine disposisjoner, posisjonerer seg ulikt langs et kontinuum mellom disse prinsippene. Dels av hensyn til sine motstridende disposisjoner, dels fordi en offentlig styring alltid vil være avhengig av kontrollmekanismer og vice versa. Det som er felles for disse mekanismene er at de er basert på strenge inndelingskriterier for inklusjon og eksklusjon mer eller mindre i alle ledd. Å likestille disse prinsippene med dikotomien sterk eller svak stat blir derfor misvisende. Staten, i Bourdieus tenkning, er like

⁶⁰ Se kap. 5.12.1 [Sykepleierstreik](#)

sterkt inngripende etter begge prinsipper, den er bare mer eller mindre synlig (Bourdieu, 2014).

6.5 DET TRIVIELLES PROBLEM

Det er i hovedsak disse motpolene som blir diskutert og forhandlet om i fagkomitéene og i stortingsforhandlingene. Det er også disse problemstillingene som danner grunnlaget for de store reformene og lovendringene gjennom perioden jeg har gjennomgått. Det er innenfor disse problemstillingene de mest inngripende tiltakene og strukturendringene vedtas. Samtidig har helsevesenet generelt og kanskje i høy grad hjemmesykepleien spesielt vært gjenstand for en rekke mer trivielle utfordringer, hvorav mange har vært gjeldende mer eller mindre gjennom hele perioden. Feltet har slitt med rekrutteringsproblemer og blant de som rekrutteres er det mange som slutter raskt⁶¹. Andre blir sykemeldt og tidlig ufør⁶². Det meldes om svak ledelse og dårlig arbeidsmiljø⁶³. En presset arbeidssituasjon og lavt kompetansenivå truer forsvarligheten i tjenestene og så videre. Samarbeidet mellom tjenestenivåene er for dårlig, med dårlig informasjonsflyt og brudd i behandlingsskjeder⁶⁴. Forebygging og rehabilitering blir ikke prioritert⁶⁵. Rekken av problemområder er lang. Det gjøres, for all del, tiltak som søker å bøte på disse områdene. Sykehjemmene fikk for eksempel et kraftig løft med handlingsplanen fra -97⁶⁶, det er opprettet kompetansehevende tiltak og lederutviklingsprosjekt og så videre⁶⁷. Det som imidlertid kjennetegner tiltakene, gjennom det materialet jeg har gått gjennom er at de sjelden inntreffer før situasjonene er mer eller mindre prekære. Når situasjonen har stabilisert seg anses tiltaket for avsluttet. I beste fall blir tiltak iverksatt som ledd i en posisjoneringssprosess der et parti ønsker å vise handlekraft. Problemområdet blir fortsatt nevnt, men noe nytt tiltak trer ikke i kraft før en ny krise er på vei. Det har i det hele tatt vært påfallende gjennom arbeidet med denne oppgaven hvor lite oppmerksomhet hjemmesykepleien, som på mange måter utgjør det absolutt lavest effektive omsorgsnivå, får i de politiske styringsdokumentene.

Det som kjennetegner disse mer trivielle, men absolutt presserende problemstillingene er at de ikke representerer noen motpoler. Det er ingen kamp om dem. De som eventuelt kjemper for dem, det være seg yrkesutøvere, pasienter, pårørende eller andre, alene eller i

⁶¹ Se kap. 5.21.1 [Videre lov- og planarbeid](#)

⁶² Se kap. 5.17.2 [Ønske om konkurranseutsetting](#), 5.18.1 [Endret fokus](#)

⁶³ Se kap. 5.14 [Prioritering og omorganisering](#), 5.18.1 [Endret fokus](#), 5.20 [Rettigheter gjennom vedtak](#)

⁶⁴ Se kap. 5.21.1 [Fremtidens utfordringer](#), 1.2 [Nyere forskning på hjemmesykepleien](#)

⁶⁵ Se kap. 5.15 [I kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven](#), 5.20 [Rettigheter gjennom vedtak](#)

⁶⁶ Se kap. 5.17 [Utbedring og utbygging av sykehjem](#)

⁶⁷ Se kap. 5.19 [Kvalitet og rettigheter](#)

grupper, mangler sansen for det politiske spillet, de mangler de nødvendige kapitaler for å posisjonere seg inn mot partiene. Kanskje får de kjempet for sakene i form av innspill og fag- og massemedia, kanskje også i tilstrekkelig grad til at sakene blir nevnt på et høyere nivå. Kanskje får de også til endringer i sine lokale miljøer. Uten en posisjonering inn mot beslutningstagerne uteblir imidlertid de store endringene. Uten å gå for mye inn på dette kan vi på den andre siden se hvordan større, men også tidvis små og snevre, felt får tilkjent oppmerksomhet og ressurser som ved nærmere øyekast kan virke urimelige, mens andre, vel så viktige felt blir nedprioritert. Nettopp ved at agentene i disse tilfellene evner å posisjonere seg strategisk i feltet. Et eksempel her er hverdagsrehabilitering⁶⁸. Dette er et tiltak som i stor grad baserer seg på gammel tankegang om tverrfaglig samarbeid for å styrke pasientens egenomsorgsevne gjennom målrettet opptrening tilpasset pasientens ønsker og behov. Ved at tiltaket fremstilles som innovativt og inkluderer en rekke skjema som måler effekt, innsparing og så videre har konseptet klart å posisjonere seg opp mot den politiske ledelsen og tiltaket er nå et stort nasjonalt satsingsprosjekt (Fæø, Petersen, & Boge, 2016). En forklaring på dette kan ligge i at konseptet kombinerer en moralsk logikk med en økonomisk logikk. Det argumenteres med at det er til pasientenes beste, samtidig som det er samfunnsøkonomisk gunstig. I tillegg plasserer konseptet skylden for uhensiktsmessige strukturer ved de tradisjonelle tjenestene på pleierne. Dermed kan beslutningstakerne som innfører dette fremstå som moralsk ansvarlige agenter.

6.6 DET PARADOKSALES PROBLEM

I forlengelsen av disse strukturene er det interessant å se hvordan de igjen bidrar til at feltet strukturerer seg i strid med de doksa som det i utgangspunktet synes å være enighet om. Menighetspleien fungerte på mange måter som en kombinasjon av helsehjelp og sosialt arbeid⁶⁹. Dette var også noe av grunnlaget til konflikt mellom organisasjonene og kommunene i den tidlige fasen, ved at kommuneadministrasjonens prioriteringer ikke var i tråd med organisasjonenes vante drift⁷⁰. Samtidig ser vi at fra 70-tallet og like til nå har det vært et uttalt mål, på tvers av partilinjer, å viske ut skillelinjene mellom helse- og sosialtjenester⁷¹. Helse- og omsorgstjenesteloven som erstattet og slo sammen kommunehelse- og sosialtjenesteloven i 2011 vitner jo nettopp om dette⁷². Selv om denne ble vedtatt under

⁶⁸ Se kap. 5.22 [Innovasjonsmelding](#)

⁶⁹ Se kap. 5.2 [Sykepleien oppstår som fagfelt](#)

⁷⁰ Se kap. 5.5.1 [Organisasjonsspørsmålet](#)

⁷¹ Se kap. 5.7 [Utvidede hjemmetjenester](#), 5.9 [Kampen om legene begynner](#), 5.13 [Lov om kommunehelsetjenester](#) m.v.

⁷² Se kap. 5.21.1. [Videre lov- og planarbeid](#)

Stoltenbergs regjering var tanken også tydelig i Bondevikregjeringen⁷³. Likevel ser vi at føringene for hjemmesykepleien mer og mer har dreid fra dette helhetlige perspektivet til å fokusere på ivaretagelse av rent fysiske behov og den senere tid også mot et medisinsk perspektiv med intensjoner om mer ren behandling i tjenestene⁷⁴. Det samme ses når det gjelder tanken om helhetlige pasientforløp og helhetlige tjenester. Dette var intensjonene med helsesentrene, kommunehelsetjenesteloven og samhandlingsreformen⁷⁵. Samtidig har vi sett at tjenestene mer og mer, og kanskje spesielt nettopp i forbindelse med samhandlingsreformen har blitt mer og mer fragmenterte. De siste ti års stortingsmeldinger innebærer en rekke forslag til og eksempler på teambaserte, spesialiserte, ambulerende tiltak som skal yte tjenester i mer eller mindre begrensede perioder for å betjene mer eller mindre begrensede behov: demensteam, rehabiliteringsteam, diabetesteam og så videre⁷⁶. Flere og flere inndelinger og grupperinger, med sine kriterier for inklusjon og eksklusjon. Flere og flere grupper som skal samhandle seg imellom, som skal forholde seg til den enkelte pasient og som den enkelte pasient må forholde seg til. Det samme ses i de stadige gjentatte intensjonene om å forebygge og rehabilitere der en stadig enes om at finansieringsmodellene må sikre insentiver for å fokusere på disse områdene. Likevel fokuseres og belønnes, stadig sterkere, den mest effektive kurative behandlingen. Pasientene skal ferdigbehandles så fort som mulig og overføres til tjenester som styres etter tiltakskonkrete vedtak, fundert på pasientens behov etter en funksjonsvurdering. Kravet om enkeltvedtak for å styrke pasientenes rettssikkerhet, låser tjenestene⁷⁷. Det fokuseres videre på rekrutteringsproblemer, arbeidsmiljøutfordringer og dysfunksjonelle organisasjonsmodeller, samtidig som enhetene blir større og større og kravene til tjenestene bare øker og øker. Dette paradokset ses tydelig i nasjonal helseplan fra 1988 der det først fokuseres på arbeidsmiljøforhold og overarbeidede sykepleiere før fokus endres til hvordan personalressursene kan utnyttes enda mer effektivt ved å pålegge sykepleierne større ansvarsområder⁷⁸.

Et kjennetegn ved disse paradoksene er at idealene og realpolitikken representerer hver sin logikk. Idealene representerer en moralsk logikk. Helhetstenkningen, både administrativt og på tjeneste- og pasientnivå, forebygging og rehabilitering og en personalvennlig

⁷³ Se kap. 5.19 [Kvalitet og rettigheter](#)

⁷⁴ Se kap. 5.21 [Samhandlingsreformen](#)

⁷⁵ Se kap. 5.19 [Kampen om legene begynner](#), 5.14 [Prioritering og omorganisering](#), 5.21 [Samhandlingsreformen](#)

⁷⁶ Se kap. 5.22 [Innovasjonsmelding](#)

⁷⁷ Se kap. 1.2 [Nyere forskning på hjemmesykepleien](#), 5.20 [Rettigheter gjennom vedtak](#)

⁷⁸ Se kap. 5.14

personalpolitikk er moralsk «gode» idealer som appellerer til befolkningen, til pasienter og pleiere. Ved å stadig henvise til disse idealene opprettholdes et symbolsk ansvar for disse sakene. Ettersom dette ansvaret i hovedsak holdes på det symbolske planet og ikke gir utslag i konkrete og tilstrekkelige tiltak skyves ansvaret nedover gjennom de symbolske maktstrukturene. Det blir kommunene som må sørge for å ivareta helheten i tjenesten og være seg sitt arbeidsgiveransvar bevisst⁷⁹. I påvente av bedre finansieringssystemer må legene sørge for å ivareta forebyggingsperspektivet. Tjenestene må sørge for å ivareta gode samhandlingsrutiner seg imellom. Samtidig drar realpolitikken det hele i motsatt retning. En retning som er basert på en økonomisk logikk. Med inndelinger og kategoriseringer, behandlingsfokus, det vil si en produktiv medisinsk tenkning, og effektiv personalutnyttelse. Også denne logikken skyves nedover i systemet ved at de skaper insentiver for prioritering i de ulike instansene. På mange måter kan disse logikkene ses i sammenheng med dilemmaet med det grensesatte og det grenseløse. Den moralske logikken representerer de grenseløse behovene i helsevesenet, mens den økonomisk logikken representerer de grensesatte ressursene. Møtet mellom det grensesatte og det grenseløse, som Bakken (2004) beskrev, starter i Stortinget. Det grenseløse møtes med idealer og fremtidsvisjoner, det grensesatte møtes med konkrete tiltak. De symbolske maktstrukturene sørger for å forskyve og forsterke dilemmaet nedover i systemet.

6.7 DEN ØKONOMISKE KONTRA DEN MORALSKE LOGIKK

En lignende problemstilling dukker opp ved at den blå-blå regjeringen påpeker mer oppstykkede pasientforløp og flere reinnleggelser etter at samhandlingsreformen trådte i kraft⁸⁰. Kort sagt, mindre samhandling, noe også studiene jeg presenterte innledningsvis pekte på. Dette peker videre på et tema som har vært sentralt gjennom hele perioden jeg har sett på, nemlig ansvarsfordelingen mellom stat og kommune. Tilskuddsordningen oppstod i sin tid på bakgrunn av tanken om at hjemmesykepleien skulle avlaste sykehusene. Videre påpekte Evang hvordan finansieringsordningene gjorde sykehusinnleggelse økonomisk gunstig for både kommuner og pasienter, ettersom dette var gratis for begge parter, i motsetning til tjenester i hjemmet⁸¹. Denne problemstillingen har så fulgt feltet gjennom perioden både i form av konkrete tiltak og reguleringer, kanskje først og fremst ved at tjenesten ble lovpålagt gjennom kommunehelsetjenesteloven. Det har heller ikke manglet på forslag på løsninger,

⁷⁹ Se kap. 5.18.1 [Endret fokus](#)

⁸⁰ Se kap. 5.23.1 [Fremtidens utfordringer](#)

⁸¹ Se kap. 5.5 [Hjemmesykepleien får statlig tilskudd](#)

kanskje først og fremst i tanken om å samle alle tjenestene på samme forvaltningsnivå, enten fylke eller stat, for å unngå at pasientene blir «kasteballer» mellom forvaltningsnivåer. Kanskje kan overføringen av sykehjemmene til kommunene ses som et ledd i dette. Problemstillingen har så funnet sin foreløpige løsning i samhandlingsreformen der kommunene pålegges medfinansieringsansvar for pasienter innlagt i sykehus. En løsning hvis resultater foreløpig lar vente på seg.

I diskusjonen om innlemming av hjemmehjelp i tilskuddsordningen i 1967 dukker det imidlertid opp et nytt argument for å få kommunene til å satse på tjenester i hjemmet. AP har flyttet fokuset over på pasientens fordeler ved å få være lengst mulig hjemme⁸². Tilknytningen til hjemmeplassen og trivselsaspektet som er knyttet til dette gjør denne typen tjenester verdt å satse på. Derfor bør en tilstrebe å tilby tjenester i hjemmet fremfor i institusjon så lenge dette er forsvarlig. Under behandlingen av stortingsmeldingen «om hjelpeordninger for hjemmene» allerede året etter synes de fleste partier å bygge opp under denne retorikken som på kort tid etablerer seg som en doksa. Den dukker stadig opp i innledninger og som grunnlag for argumentasjon. De økonomiske fordelene tones ned og glemmes bort i statistikk. Det opprettes en offentlig mening om denne forståelsen som synes å stå seg til i dag. Hvorvidt opposisjonen hiver seg på denne retorikken ut fra overbevisning eller fordi de ser at de selv kan dra nytte av denne dersom de selv skulle komme i posisjon kan en spekulere i. I alle tilfeller er det en doksa som bytter ut den økonomiske logikken med en moralsk logikk. Kommunene skal ikke bygge ut hjemmetjenestene fordi det er samfunnsøkonomisk gunstig. De skal gjøre det ut fra en moralsk forpliktelse overfor sine borgere. For pasientene sin del sendes tydelige normative signaler: det normale er å ønske å bli boende hjemme. Dersom dette ikke fører frem ligger det økonomisk-moralske aspektet like bak: det er for øvrig i hjemmet du er minst til byrde for samfunnet. De eneste partiene som synes å søke å bryte med denne retorikken er de som ligger på ytterkantene, det vil si de som i minst grad har hatt økonomisk ansvar: SV og særlig FrP, som mener det må bli enklere å få plass på sykehjem.

Sykehusene har gått gjennom en jevn nedbygging siden 70-tallet samtidig som kommunene har hatt en jevn vekst i det samme tidsrommet. At politikken har virket synes derfor å være åpenbart. Samtidig er det tydelig at den ikke har virket nok, skal vi tro de stadige forsøkene på tiltak for å redusere antall sykehussenger ytterligere og senest i kritikken av samhandlingsreformens effekt. Dette kan finne sin forklaring i at staten gjennom

⁸² Se kap. 5.7 [Utvidede hjemmetjenester](#)

kommunene møter seg selv i døren. De skyver det grenseløse nedover til et system som bare i liten grad er mindre grensesatt enn det selv. Yrkespolitikernes kjennskap til spillet bremser de «vanlige» innvalgte moralske ambisjoner ved å henvise til stramme budsjetter. Det moralske ansvaret skyves dermed videre nedover i systemet, der begrensningene stadig er like store. I dette kan en også finne en forklaring på den store frykten for minstestandarder. Ved å henvise til de kommunale beslutningstagernes samvittighet og «de faktiske behov» kan en opprettholde illusjonen om at det hele handler om å yte en service til folket. Samtidig holdes ansvaret nede hos de som yter hjelpen. Det er deres oppgave å be om mer ressurser når det er behov for det, noe som også slås fast i helsepersonelloven. Grensesatte ressurser som skal møte grenseløse behov.

6.7.1 Ledelsesspørsmålet som eksempel

Med utgangspunkt i Bakkens (2004) tanker om at pleierne er bærere av en habitus med likheter til 60-tallets husmorrolle kan dette problematiseres ytterligere i problemstillingen knyttet til ledelse. 60-tallets husmødre skulle innrette sine hjem og skjøtte sin oppdragerrolle etter strenge rutiner og normangivelser, basert på standardiserte løsninger⁸³. Tatt i betraktning at lederne i tjenestene i stor grad rekrutteres fra tjenestene kan vi videre anta at de på mange måter er bærere av de samme disposisjoner. De bærer med seg den samme underdanigheten overfor sine overordnede og den samme ærbødigheten overfor budsjettene. Dette så vi også igjen i Haukeliens undersøkelse (Haukelien, 2013). Satsningen hun viser til, «Flink med folk», så vi også kom som tilsvar til problematikken rundt svak ledelse i tjenestene, et tema som var adressert siden den nasjonale helseplanen fra 1988⁸⁴. Slik sett kan det se ut til at tiltaket bidro til å reproducere og forsterke de disposisjonene en i utgangspunktet ønsket å endre. Det dårlige arbeidsmiljøet ble enda dårligere. Fordi disposisjonene er inkorporert i form av habitus. Kursdeltagerne tolker den nye tilnærmingen i lys av sine disposisjoner, sin posisjon i det feltet de tilhører, som handler om å styre de en har under seg og bøye seg for de en har over seg. Istedenfor å bruke LØFT-teknikken til å finne nye måter å løse problemer sammen med de ansatte og til å foreslå nye løsningsforslag overfor sine overordnede, brukes teknikken som en bekreftelse på et hierarki og en organisasjonsstruktur som kun ser ovenfra og ned. Fra det grensesatte til det grenseløse. «Tenk positivt, gjør som du får beskjed om og ikke still spørsmål.» Det høye «gjennomtrekket» av personale i tjenestene som det stadig henvises til kan kanskje vitne om hvor sterkt denne formen for habitus står i feltet. De som

⁸³ Se kap 5.4.1 [Husmødrene og husmorvikarene](#)

⁸⁴ Se kap. 5.14 [Prioritering og omorganisering](#), 5.19 [Kvalitet og rettigheter](#), 1.2 [Nyere forskning på hjemmesykepleien](#)

ikke er bærere av de rette disposisjonene klarer ikke å posisjonere seg i feltet og ender opp med å trekke seg ut av det. Slik forsterkes den reproduktive kraften i feltets doksa, ved at feltet lukker seg for de som ikke klarer å tilpasse seg spillets udiskuterbare grunnlag. Strukturene blir dermed stående.

6.8 HJEMMESYKEPLEIEN SOM SYKEPLEIEFAGLIG PRAKTIKK

På samme tid som retorikken bak hjemmesykepleien har dreid fra økonomiske til moralske argumenter, har selve tenkningen bak gått i motsatt retning. Menighets- og organisasjonspleien var i stor grad styrt etter en moralsk logikk. Den rent sykepleiefaglige delen av arbeidet inngikk som ledd i en helhet der målet var å imøtekomme sosiale så vel som fysiske behov⁸⁵. Innføringen av tilskuddsordningen markerte ett brudd med denne tenkningen i og med at tanken bak var å avlaste sykehusene og ordningen forutsatte kommunal administrasjon og følgelig prioritering. Samtidig skulle legene rekvirere hjelpen⁸⁶. Under navnet hjemmesykepleie dreide tjenestene over til å bli styrt av en mer resultatorientert økonomisk logikk, basert på medisinske idealer. Denne økonomiske logikken har så blitt mer og mer styrende gjennom konkurranseutsetting, økonomiske insentiver for å unngå innleggelse og ta imot ferdigbehandlede pasienter fortrest mulig og satsing på innovative, effektiviserende tiltak⁸⁷. Legens rekvisisjonsmyndighet har blitt overført til bestillerenhetene⁸⁸. Det som ikke har endret seg er at feltet i stor grad består av kvinner i en slik grad at en anser dette som et hinder for å rekruttere menn⁸⁹.

Videre utgjør feltet på mange måter en bunnlinje i helsetjenestene. Sykehusene og sykehjemmene, i alle deres former og spesialiserte avdelinger, har sine kriterier for inklusjon og eksklusjon. I form av krav til diagnose, behandlings- eller rehabiliteringsnivå, funksjonsnivå og så videre. Det samme kan kanskje sies for de nye «innovative» tiltakene, som hverdagsrehabilitering, tiltak for personer med demens og andre diagnosespesifikke tiltak⁹⁰. En kan se en tilsvarende tanke i hjemmesykepleien med strengere inklusjonskriterier ved at færre får tildelt hjelp og at disse er sykere⁹¹. Likevel skiller hjemmesykepleien seg fra de andre helsetjenestene ved at det i stor grad er en tjeneste som, gjennom den kommunale plikten til å yte nødvendig helsehjelp, inkluderer de som ekskluderes fra de andre tjenestene.

⁸⁵ Se kap. 5.2 [Sykepleien oppstår som fagfelt](#)

⁸⁶ Se kap. 5.5.1 [Organisasjonsspørsmålet](#)

⁸⁷ Se kap. 5.21 [Samhandlingsreformen](#), 5.22 [Innovasjonsmelding](#)

⁸⁸ Se kap. 5.19 [Kvalitet og rettigheter](#)

⁸⁹ Se kap. 5.22 [Innovasjonsmelding](#)

⁹⁰ Se kap. 5.21.1 [Videre lov- og planarbeid](#) og 5.22 [Innovasjonsmelding](#)

⁹¹ Se kap. 5.15 [I kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven](#) 5.17.1 [Personellfokus](#)

Dette kan kanskje også forklare noe av årsaken til veksten i antall pasienter under 67 år⁹². Der de andre tjenestene i større grad kan utøve sin funksjon i tråd med sine grensesatte ressurser for så å sende pasienten tilbake der «han hører hjemme» når oppgaven er utført, står hjemmesykepleien mer direkte overfor de grenseløse behovene i møte med pasienten. Den eneste muligheten for å overføre ansvaret for pasienten til andre er ved at behovene forsvinner, eller utvikler seg i en slik grad at pasienten møter inklusjonskriteriene for andre tjenester. For eksempel ved at sykehusinnleggelse blir nødvendig. Kravet om å yte nødvendig helsehjelp og annen lovregulering⁹³ legger videre et juridisk press bak det moralske. Det ses for øvrig forbausende lite omtale av virkningen av de juridiske virkemidlene som tas i bruk.

6.9 TILBAKE TIL PASIENTEN

Tilslutt er vi tilbake til møtet mellom pleier og pasient, avgrenset av hjemmets fire vegger. Et felt vi har sett reguleres av et konglomerat av lover, forskrifter, reguleringer, økonomiske begrensninger og så videre. Innledningsvis pekte jeg på hvordan Kirchhoff (2010) viste til at pleiernes tilbøyelighet til «skjulte tjenester» førte til uforutsigbarhet for pasientene. Ettersom pleiernes handlinger baserer seg mer på deres disposisjoner i form av de krav de stiller til seg selv, mer enn de reguleringer som gjelder for tjenesten er innholdet i den hjelpen den enkelte får fra dag til dag avhengig av hvem som kommer. Så lenge de får oppfylt det grensesatte minimum av hjelp som defineres i vedtaket er klagegrunnlaget også svakt. Denne effekten forsterkes av at de må forholde seg til et stort antall ansatte som i tillegg stadig skiftes ut og der 30 %⁹⁴ er ufaglærte. På samme tid som pasientene «vinner» på at pleierne strekker seg ut over sine grenser blir de også «tapere» for den samme praktikken. For det første ved at pleierne også på dette nivået opprettholder og reproducerer feltets strukturer ved at de fortsetter å omgå reglene fremfor å forsøke å bryte med doksa. For eksempel problematiserer de vedtakssystemet, samtidig som de godtar at det er der og ser på det som en vedtatt sannhet. På denne måten kan virksomheten fortsette uten at det oppstår kaos. Som Kirchhoff (2010) påpeker skjer det ikke uten konsekvenser, men så lenge disse konsekvensene er begrenset er det heller ikke nødvendig å gjøre noe med det. For det andre ved at det nødvendigvis er grenser for hvor mye pleierne kan presse seg selv før det går utover kvaliteten og

⁹² Se kap. 5.19 [Kvalitet og rettigheter](#)

⁹³ Se kap. 3.4 [Om hjemmesykepleien](#)

⁹⁴ Som påpekt i kap. 5.22 [Innovasjonsmelding](#) er det vanskelig å forutsi hva som ligger i denne typen statistikk ettersom andelen deltidsarbeid øker med lavere kompetanse. På den annen side har de med høyere kompetanse mer administrativt arbeid og må prioritere pasientrettede oppgaver som krever høyere kompetansenivå. Hvor stor andel ufaglærte den gjennomsnittlige mottaker av hjemmesykepleie må forholde seg til blir derfor svært vanskelig å beregne. (Min bemerkning)

forsvarligheten på de tjenestene som utøves. For det tredje ved at pleierne ved å prioritere å imøtekomme pasientens behov på denne måten nødvendigvis blir nødt til å prioritere bort noe annet. Eksempelvis ved at informasjonsflyten med andre tjenester blir mangelfull. Dette får igjen konsekvenser for kvaliteten på disse tjenestene.

7 AVSLUTNING

I møtet mellom pleier og pasient møtes det grensesatte og det grenseløse for alvor. Det er også her grensene for alvor tøyes. På samme måte som disse spenningene i stor grad er påført ovenfra gjennom symbolske maktstrukturer skyves de også til en viss grad tilbake til maktens kjerne. Pleiernes grenser kan tøyes langt, men de kan ikke sprenge. Disse grensene viser seg i problematikken knyttet til sykefravær og flukt fra feltet⁹⁵. De viser seg gjennom tilsyn⁹⁶, studier⁹⁷ og presseoppslag⁹⁸ som påpeker feil og mangler i tjenestene og ved at innstramminger og ytterligere grensesettinger ikke nødvendigvis gir økonomisk gevinst. Dermed havner disse problemstillingene igjen og igjen i Stortinget som igjen og igjen skyver ansvaret nedover igjen. Denne vertikale vekselvirkningen ses igjen i den horisontale spenningen mellom den økonomiske og den moralske logikken. Økonomiske behov fremtvinger moralsk rettferdiggjøring som fremtvinger økonomiske ressurser som begrenses med moralske argumenter.

Skal det være mulig å komme med et svar på hvordan det kan være at vi har en sykepleietjeneste i Norge må denne ses som i lys av denne vekselvirkningen. Menighetspleien oppstod som et moralsk tilsvarende på statens begrensede ansvar for de hjelpetrengende. Når tilskuddsordningen ble innført var dette et økonomisk virkemiddel som skulle begrense ressursbruken i et helsevesen som bygget på en doksa som et offentlig, moralsk ansvar for folkehelsen, som sikret at befolkningen var produktiv og kunne generere inntekter. Når den økonomiske begrunnelsen for hjemmesykepleien ikke ga forventede resultater etablerte man en moralsk doksa om at tjenesten var til befolkningens beste. På denne måten har tjenesten blitt stående uten betydelige endringer over tid på tross av politiske skiftninger. Den har vist seg som et nyttig redskap for å forvalte statens moralske og økonomiske ansvar, uavhengig av politisk ledelse. På den ene siden ved at ulike økonomiske ideologier er like økonomiske i sine vesen og følgelig innebærer like store behov for å ta i bruk effektive økonomiske virkemidler. På den andre siden ved at de moralske doksa setter seg kroppslig, i form av habitus, vist gjennom krav og forventninger til en selv og til de en står i en relasjon til, enten en er statsråd, stortingsrepresentant, kommunepolitiker, enhetsleder, pleier eller pasient. Slik tar den økonomiske og moralske logikk form av strukturer som strukturerer tjenestene.

⁹⁵ Se kap. 5.14 [Prioritering og omorganisering](#), 5.18.2 [Handlingsplanen følges opp](#)

⁹⁶ Se kap. 5.18.1 [Endret fokus](#)

⁹⁷ Se kap. 1.2 [Nyere forskning på hjemmesykepleien](#)

⁹⁸ Se kap. 5.17.2 [Ønske om konkurranseutsetting](#)

Til dette kommer at den moralske fordringen blir mer og mer abstrakt jo lenger unna de grenseløse behovene en befinner seg. Tilsvarende blir den økonomiske logikken mer og mer konkret. Og vice versa. For statsråden er hjemmesykepleien langt unna, mens budsjettkontrollen er konkret og virkelighetsnær. For pleieren er økonomistyring abstrakt og fjernt, mens pasientens behov er nær og presserende. Pleierne blir stående som bærere av «Maktens samvittighet» (Vike et al., 2002). Feltets ytre strukturer endres som følge av økonomiske, juridiske og organisatoriske endringer, økt press på å ta imot pasienter fra sykehusene og så videre. De indre strukturene, i form av habitus, som strukturerer hjemmesykepleien som en sykepleiefaglig praksis synes imidlertid å ha blitt stående. Wærness' (1984) beskrivelser av hvordan pleierne strukturerte sine praktikker på 80-tallet synes ikke å skille seg nevneverdig fra Bakkens beskrivelser fra tidlig 2000-tall og Kirchhoffs (2010) og Akselbergs (2012) studier fra nyere tid. Pleierne synes stadig å strukturere sine praktikker i en balanse mellom de fastlagte grenser for tjenestenes innhold og de faglige og moralske, grenseløse behovene de møter hos pasientene. Ved at de bryter sine egne grenser for hva de har kapasitet til og ved at de bryter reglene for hva tjenestene skal inneholde.

Selv om Kirchhoff (2010) omtaler pleiernes «skjulte tjenester» som problematiske, også for lederne, er dette tjenester som lederne er avhengig av for at det offentlige moralske ansvar for folkets helse skal ivaretas. Slik kommer de symbolske maktrelasjonenes ikke-bevisste natur til syne. Ved at feltets lukningsmekanismer opprettholder de nåværende strukturer fortsetter pleierne å utøve ønskede uønskede tjenester og beslutningstakerne kan opprettholde bildet av seg selv som moralsk ansvarlige agenter, som ivaretakere av det grenseløse i et grensesatt system.

8 LITTERATUR

- Aarheim, K. A., & Solheim, M. (2004). *Kan eg komme inn? : verdier og val i heimesjukepleie* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aftenposten. (1916a, 14.11.1916). Kommunal hjemmesygepleie i Kjøbenhavn. *Aftenposten*, p. 4.
- Aftenposten. (1916b, 27.06.1916). Kommunal sygepleie i hjemmet. *Aftenposten*, p. 4.
- Akselberg, A. K. B. (2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger? : en studie som beskriver og forklarer helsepersonell sine handlinger i hjemmesykepleien - i et praxeologisk perspektiv og med Bourdieus praktikk- og feltteori - og begrepe habitus, posisjon, disposisjon og posisjoneringer som analytiske verktøy*. Bergen: Forskergruppen Praxeologi, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Alvsvåg, H., & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen : om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven, Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. .
- Bakken, R. (2004). *Mann i ingenmannsland - Et essay om menn og omsorg, hjemme og ute*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In J. E. Richardsson (Ed.), *Handbook of Theory of Research for Sociology and Education* (pp. 247-258): Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1991). *Language & Symbolic Power*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (2003). Participant Objectivation. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9(2), 281-294.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forl.
- Bourdieu, P. (2014). *On the State - Lectures at the Collège de France, 1989-1992*. Cambridge: Polity.
- Bølstad, J. (1985). *Hjemmesykepleien - Kommunehelsetjenestens grunnpilar*. Otta: TANO.
- Canguilhem, G. (1988). *Ideology and Rationality in the History of the Life Sciences*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Den forsterkede administrasjonskomité. (1972). *Innst. S. nr. 121. (1972-73) Innstilling fra den forsterkede administrasjonskomité om sykepleieraksjonen i 1972. .*
- Fagforbundet. (2016). Fagforbundets historie. Retrieved from <http://www.fagforbundet.no/om-fagforbundet/Fagforbundets%20historie/?page=0>
- Familie- og forbukerdepartementet. (1958). *St. prp. nr. 1. Tillegg nr. 15 (1958) Om statstilskott til hjemmehjelp*.
- Familie- og forbukerdepartementet. (1962). *St. meld. nr. 88 (1961-62) Om husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie*.
- Familie- og forbukerdepartementet. (1968). *St. meld. nr. 59. (1967-68) Om hjelpeordninger for hjemmene*. Oslo.
- Forbruker- og administrasjonsdepartementet. (1972). *St. meld. nr. 16. (1972-73) Om sykepleieraksjonen 1972*. Oslo.
- Fosse, C. (2016, 5. mai 2016). Byrådet avslutter avtalen med Orange Helse. *Bergensavisen*. Retrieved from <http://www.ba.no/nyhet/helse/bergen-kommune/byradet-avslutter-avtalen-med-orange-helse/s/5-8-342280>
- Fæø, S. E., Petersen, K. A., & Boge, J. (2016). Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. *Sykepleien*, 104(1), 58-60.

- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen - Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Retrieved from
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26.
- Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Haukelien, H. (2013). *Omsorg og styring - Kjønn, arbeid og makt i velferdskommunen*. (Ph.d.), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening - Fremtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Departementens servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Meld.St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Departementenes service- og sikkerhetsorganisasjon.
- Helse- og omsorgskomiteen. (2007). *Innst. S. nr. 150 (2006-2007) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*. Oslo: Helse- og omsorgskomiteen.
- Helse- og omsorgskomiteen. (2010). *Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Oslo: Helse- og omsorgskomiteen.
- Helse- og omsorgskomiteen. (2011). *Innst. 422 S (2010-2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo.
- Helse- og omsorgskomiteen. (2013). *Innst. 477 s (2012-2013) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgskomiteen.
- Helse- og omsorgskomiteen. (2015). *Innst. 40 S (2015-2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse og omsorgstjenesteloven, Lov 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Endrer Lov-1982-11-19-66, Lov-1991-12-13-81.
- Psykisk helsevernloven, Lov 2.juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Høyre. (2016). Om partiet. Retrieved from <http://www.hoyre.no/nb-no/om-hoyre/om-hoyre>
- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene : om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad: Karlstad University.
- Kirchhoff, J. (2011). Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien Forskning*, 6(2), 144-150.
- Kristelig Folkeparti. (2016). Skoleoppgave om KrF. Retrieved from <https://krf.no/politikk/skoleoppgave/>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse - Historisering af et felt via dokumenter. In O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Wiig (Eds.), *Refleksiv sociologi i praksis* (pp. 173-189). København: Reizel Forlag.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, Forskrift 27. februar 1997 nr. 358 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982

- nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 91 om sosiale tjenester m.v.
- LO. (2015). LO-forbundene. Retrieved from <http://www.lo.no/Om-LO/LO-forbundene/>
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser : et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905*. [Oslo]: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg. ed.). [Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg? : norsk sykepleie mellom pasient og profesjon* ([Ny utg.] ed.). Oslo: Pax.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp : Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag.
- Moseng, O. G. (2003). *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*.
- Nielsen, M.-B. O. (2011a). *Norvegr - Norges historie - Bind III - 1840-1914*. Oslo: H.Aschehoug % co.
- Nielsen, M.-B. O. (2011b). *Norvegr - Norges historie - Bind IV - Etter 1914*. Oslo: H.Aschehoug & co. .
- Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, P., . (2016). Stortingets sammensetning 1945-d.d. Retrieved from http://www.nsd.uib.no/polsys/index.cfm?urlname=storting&lan=&UttakNr=108&MenuItem=N1_1&ChildItem=&State=collapse
- Norske intelligenssedler. (1920, 04.03.1920). Kredssygekassenes Landsforening. *Norske Intelligenssedler*, p. 5.
- Rusdal, M., & Aase, K. (2013). Kontinuitet i sykepleie til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 124-130.
- Rønning, R., & Lesjø, J. H. (2015). *Vårt politiske Norge - En innføring i stats- og kommunalkunnskap* (4 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schiøtz, A., & Skaset, M. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*.
- Senterpartiet. (2016). Skoleoppgave om Senterpartiet? Retrieved from <http://www.senterpartiet.no/skoleweb/>
- Sosial- og helsedepartementet. (1994). *St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *St meld nr 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen*. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000a). *St. meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000*. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000b). *St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år*. Oslo.
- Sosialdepartementet. (1971). *St. meld. nr. 85. (1970-71) Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Oslo.
- Sosialdepartementet. (1973a). *St. meld. nr. 45. (1972-73) Tillegg til St. meld. nr. 85. (1970-71). Om helsetjenesten utenfor sykehus*.
- Sosialdepartementet. (1973b). *St. meld. nr. 104. (1972-73) Om hjemmesykepleievirksomhet*. Oslo.
- Sosialdepartementet. (1974). *Ot. prp. nr. 44 (1973-74) Om midlertidig lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon*. Oslo.
- Sosialdepartementet. (1981). *Ot. prp. nr. 36 (1980-81) 1. Om lov om helsetjenesten i kommunene. 2. Om lov om endringer i lov av 5.juni 1864 nr. 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. . Oslo.*

- Sosialdepartementet. (1982). *Ot.prp. nr. 66 (1981-82) 1. Om lov om helsetjenesten i kommunene. 2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.*
- Sosialdepartementet. (1988). *St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan.* Oslo.
- Sosialdepartementet. (1990). *St.meld. nr. 46 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane (Lov av 19. november 1982 nr.66).*
- Sosialdepartementet. (1991). *Ot.prp. nr. 24 (1990-91) Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* Oslo.
- Sosialdepartementet. (2002). *St.meld. nr. 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen - "Fra hus til hender".* Oslo.
- Sosialdepartementet. (2003). *St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.* Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialistisk Venstreparti. (2016). Ta kampen for et varmere samfunn. Retrieved from <https://www.sv.no/hovedsaker/>
- Sosialkomitéen. (1948). *Budsjett-innst. S. nr. 60.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1958). *Innst. S. nr. 232. Innstilling fra sosialkomitéen om statstilskott til husmorvikarer og hjemmesykepleiere.* Oslo: Sosialkomitéen.
- Sosialkomitéen. (1962). *Innst. S. nr. 12. (1962-63) Innstilling frå sosialnemnda om husmorvikarverksemda og heimesjukepleien.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1967). *Budsjett-inns. S. nr. 237. Endra tilråding frå sosialnemnda om løyving til husmorvikarverksemd og heimesjukepleie m. m.:* Sosialkomitéen.
- Sosialkomitéen. (1968). *Innst. S. nr. 46. (1968-69) Innstilling fra sosialkomitéen om hjelpeordninger for hjemmene.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1973). *Innst. S. nr. 236. (1972-73) Innstilling fra sosialkomitéen om helsetjenesten utenfor sykehus.*
- Sosialkomitéen. (1974). *Innst. S. nr. 171. (1973-74) Innstilling fra sosialkomitéen om hjemmesykepleievirksomhet.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1976). *Inns. O. nr. 77. Innstilling fra sosialkomiteen om midlertidig lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sositatjenesten og helsetjenesten utenfor instirusjon.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1982). *Innst. O. nr. 7. (1982-83) Innstilling fra sosialkomitéen om 1. Lov om helsetjenesten i kommunene, 2. Lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg, 3. Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.).*
- Sosialkomitéen. (1989). *Innst. S. nr. 120. (1988-89) Innstilling fra sosialkomitéen om helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal Helseplan.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1990). *Innst. S. nr. 219. (1989-90) Innstilling fra sosialkomiteen om erfaring med loven om helsetjenesten i kommunene.*
- Sosialkomitéen. (1991). *Innst. O. nr. 40. (1990-91) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov av 5. juni 1964 om sosial omsorg (egenbetaling for hjemmesykepleie, hjemmehjelp og korttidsopphold ved institusjon).* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1995). *Innst. S. nr. 165 (1994-95) Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (1997). *Innst. S. nr. 294. (1996-87) Innstilling fra sosialkomiteen om 1) handlingsplan for eldreomsorgen (Trygghet - respekt - kvalitet) og 2) forslag fra stortingsrepresentantene Kristin Halvorsen, Børre Rønningen og Magnar Sortåsløkken*

om en femårsplan for innføring av enerom på sykehjem ved statlig fullfinansiering av investeringskostnadene, og innføring av et eget driftstilskudd til formålet lagt inn i inntektssystemet. Oslo.

- Sosialkomitéen. (2000a). *Innst. S. nr. 92 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år.*
- Sosialkomitéen. (2000b). *Innst. S. nr. 99 Innstilling frå sosialkomiteen om innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000.* Oslo.
- Sosialkomitéen. (2002). *Innst. S. nr. 263 (2001-2002) Innstilling fra sosialkomiteen om avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen.* Oslo.
- Spesialisthelsetjenesteloven, Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Statistisk Sentralbyrå. (2016). 4.15 Leger, tannleger og sykepleiere. 1860-1965. Retrieved from <http://www.ssb.no/a/histstat/tabeller/4-15.html>
- Stavanger Aftenblad. (1920, 1920.06.08). Sykepleierpost. *Stavanger Aftenblad*, p. 8.
- Stortinget. (1948). Tilskott til husmorvikarer. *Stortingstidende*, 92, 756-758.
- Stortinget. (1958). Statstilskott til husmorvikarer og hjemmesykepleiere. *Stortingstidende*, 102, 3077-3079.
- Stortinget. (1960a). Spm. fra repr. Wirstad om retningslinjene for tilskott til husmorvikarer og hjemmesykepleiere. *Stortingstidende*, 105, 281-283.
- Stortinget. (1960b). Tilskott til husmorvikarer, hjemmesykepleiere og til husmorferie. *Stortingstidende*, 105, 895-904.
- Stortinget. (1961). Bev. til Forbrukerrådet, husmorvikarer, hjemmesykepleiere, husmorferier og daginstitusjoner m.m. for barn. *Stortingstidende*, 106, 753-762.
- Stortinget. (1962). Husmorvikarverksemda og heimesjukepleien. *Stortingstidende*, 107, 395-402.
- Stortinget. (1967). Løyv. til husmorvikarverks. og heimesjukepleie m. m. *Stortingstidende*, 112, 1457-1477.
- Stortinget. (1968). Hjelpeordninger for hjemmene. *Stortingstidende*, 113, 1465-1485.
- Stortinget. (1973). Helsetjenesten utenfor sykehus. *Stortingstidende*, 117, 3015-3060.
- Stortinget. (1974). Hjemmesykepleievirksomhet. *Stortingstidende*, 118, 2393-2424.
- Stortinget. (1976). Midl.tid lov om planlegg. av og forsøksvirks. i sosial- og helsetjenesten utenfor institusjon. *Stortingstidende*, 120, 751-763.
- Stortinget. (1981). Ikke-beh. av Ot.prp. om Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. *Stortingstidende*, 125, 772-780.
- Stortinget. (1982a). 1) Lov om helsetjenesten i kommunene, 2) Endr. i lov om sos. omsorg, 3) Lov om planlegg. av og forsøksvirks. i sosialtjen. og helsetjen. i kommunene. *Stortingstidende*, 127, 50-113.
- Stortinget. (1982b). To forslag om hjemmesykepleiens adm. tilknytning. *Stortingstidende*, 127, 1899-1903.
- Stortinget. (1989). 4. april - 1) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. 2-4) Forslag fra repr. Hagen vedr helsepolitikken. *Stortingstidende*, 199, 2963-3029.
- Stortinget. (1991). 29. april - Endr. i kommunehelsetjenesteloven og i sosialomsorgsloven. *Stortingstidende*, 135, 363-379.
- Stortinget. (1995). 7. juni - 1) Samarb. og styring - mål og virkemidl. for en bedre helsetjen. 2) Forsl. fra repr. Alvheim vedr gjerstepasientordn. m.v. 3) Forsl. fra repr. Viken, Gløtvold, Kvalbukt og Manneråk vedr. legespesialistutdann. m.v. *Stortingstidende*, 139, 3731-3802.
- Stortinget. (1997). 19. juni - 1. Handlingsplan for eldreomsorgen. 1. Forslag fra repr. Kristin Halvorser, Rønningen og Sortåsløkken om innføring av enerom på sykehjem m.v. *Stortingstidende*, 141, 4444-4466.

- Stortinget. (2001). 1. feb. - 1) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene 2) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år 3) Forsl. fra repr. Hagen om å opprette Den Norske Stats Omsorgsselskap A/S mv. *Stortingstidende*, 145, 1726-1745.
- Stortinget. (2002). Em. 20. juni - 1) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen 2) Forslag fra repr. Alvheim og Nesvik om å legge godkjenningsmyndigheten for bemanningsplaner ved landets sykehjem til Helsedirektoratet mv. *Stortingstidende*, 146, 3485-3495.
- Stortinget. (2004). 27. april - Bedre kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forslag fra repr. Alvheim og Nesvik om å tillegge Helsedirektoratet godkjenningsmyndighet for bemanningsplanene ved sykehjem og i hjemmesykepleien. *Stortingstidende*, 148(148), 2533-2546.
- Stortinget. (2009). Saksgangen før 1.10.2009. Retrieved from <https://stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Storting-og-regjering/Saksgangen/>
- Stortinget. (2010). 27. april - Samhandlingsreformen og en ny velferdsreform. *Stortingstidende*, 151, 2900-2940.
- Stortinget. (2011). 14. juni - 1) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2) Helse- og omsorgstjenesteloven 3) Folkehelseloven 4) Repr.forslag fra repr. Sjøli, Høie, Halleraker, Røbeek Nørve og Aspaker om den kommunale jordmortjenesten 5) Repr.forslag fra repr. Per Arne Olsen, Kjønås Kjos og Jæger Gåsvatn om "pakkeforløp" i kreftomsorgen. *Stortingstidende*, 152, 4646-4685.
- Stortinget. (2013). 17. juni - Morgendagens omsorg. *Stortingstidende*, 155, 4386-4401.
- Stortinget. (2015). 12. nov. - Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. *Stortingstidende*, 158, 398-417.
- Stortinget. (2016). Sosialkomiteen. Retrieved from <https://stortinget.no/no/Representanter-og-komiteer/Komiteene/Historiske-komiteer/Sosialkomiteen/?lvl=False&pid=1969-73#primaryfilter>
- Tjøstolvsen, I. (2016). Trygt hjem fra sykehus. *Sykepleien*, 104(4), 60-62.
- Tønnesen, S., Kassah, B. L. L., & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 11, 14-22.
- Tønnesen, S., & Nortvedt, P. (2102). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7, 280-285.
- Venstre. (2016). Om partiet Venstre. Retrieved from <https://www.venstre.no/om/>
- Verdighetsgarantiforskriften, Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet - Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wyller, I. (1990). *Sykepleiens historie i Norge* (2. utg. ed.). [Oslo]: Gyldendal.
- Wærness, K. (1984). The rationality of caring. *Economic and industrial democracy*, 5, 185-211.