

”GODE NOK”?

**PLEIERES SPRÅKBRUK
I EN SOMATISK SJUKEHJEMSAVDELING**

Hovedoppgave i tverrfaglige kulturstudier

Marianne Eika

Høgskolen i Telemark, Avdeling for allmenne fag, 2004

FORORD

Denne intervjuundersøkelsen er gjort med utgangspunkt i pleiere i en somatisk sjukehjemsavdeling som informanter. Selv om noen av pleierne var skeptiske, stilte de likevel opp og delte av sine erfaringer, kunnskaper og opplevelser med meg. Uten deres velvilje ville det ikke vært mulig å arbeide med denne oppgava. Jeg er veldig takknemlig for deres bidrag, og vil også takke ledelsen ved sjukehuset som så verdien av denne undersøkelsen. I tillegg takker jeg dataansvarlig i kommunen som har stilt opp både til intervju og telefonsamtaler, og som har gitt verdifull og nødvendig informasjon om dataprogrammet som brukes.

Halvard Vike har vært veileder, og jeg vil gi han en stor takk for at han ga meg "frie tøyler" samtidig som han ga nødvendige og inspirerende innspill underveis i prosessen. Dessuten vil jeg takke Eli Glomnes for nyttige kommentarer i slutfasen. Helga Sannes Martinsen tok seg tid til å lese korrektur midt i julestria, og det er jeg takknemlig for. Jeg vil også takke de ansatte ved institutt for kultur og humanistiske fag og bibliotekarene ved høyskolebiblioteket i Bø, for imøtekommenhet og hjelpsomhet.

Arbeidsprosessen har vært alt fra morsom og spennende til tung og skremmende, og jeg vil takke medstudenter for samvær og samtaler som har gitt oppmuntring og pågangsmot. I denne forbindelsen kommer jeg ikke utenom Balto og de daglige, nesten ordløse turene vi har der mye har "gått seg til".

Dessuten vil jeg takke deltidselevne "mine" ved videreutdanningene i aldersdemens for lærerike dialoger og utvekslinger fra feltet. Disse samhandlingene har holdt meg fast i troen på at denne undersøkelsen har sin verdi.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke Hanne Kjersti, Signy og Harald som har betydd mye for meg i denne arbeidsperioden.

Bø, desember 2004

Marianne Eika

INTRODUKSJON	4
Datateknologi og språk	5
Språk og kontekst.....	7
Metaforer og symboler	8
Språkspill.....	9
Språk, kontekst og makt	10
Språk, kropp og virkelighet.....	12
Det som det ikke snakkes om.....	14
Veien videre	17
METODE	18
Veien videre	21
MUNTlig SPRÅK OG FELLESSKAP	21
De muntlige rapportene	22
Rapportene – en her og nå - situasjon	22
Rapporten – en samtale	24
SKRIFTLIG SPRÅK – EN INDIVIDUELL AKTIVITET	25
Tiltaksplaner og lovbestemmelser	25
Særtrekk ved skriftspråket i avdelingen.....	26
Skjermdesign og Gericadesignet spesielt.....	28
Legens rolle i skriftlig dokumentasjon	30
Oppsummering så langt, og veien videre	31
SJUKEHJEMMETS KOMPLEKSITET	31
Leg og lærds forestillinger om sjukehjem.....	31
Pleierne i sjukehjemsavdelingen	33
Sjuepleiernes arbeidsområder	34
Hjelpepleiernes og assistentenes arbeidsområder	35
Å stille sine liv til rådighet for andre.....	36
Sjukehjem og somatisk sjukehjemsavdeling som metafor og symbol.....	38
Omsorg, hjem og kjønn.....	38
Somatisk sjuke – hjems – avdeling	39
Avdelingens fysiske utforming	40
Pleierne og vaktrommet	40

Strukturer og rutiner	42
Sjukehemmet som organisasjon	43
Sjukehemmet som kjønna organisasjon	44
Kjønn og makt	46
Lover, forskrifter og kontroll i sjukehem	48
Livsverden og systemverden	50
Profesjonell omsorg	52
Ufaglært omsorg	56
Hvilke andre assosiasjoner kan heftes til omsorgsmetaforen?	58
Kommandokjede og hierarki	59
Kommando og ansvar	62
Kommandokjeden og autoritet	65
Likheter og nærhet	67
Computeren som metafor og symbol	69
Oppsummering så langt	70
MUNTlige SPRÅKSITUASJONER I AVDELINGEN	70
Uformelle språksituasjoner – en avmaktsarena?	72
Hjelpepleierne - pragmatikerne og kritikerne	74
Formiddagsrapporten - en "følearena"?	75
Rapportene – enveiskommunikasjon og enten for lange eller korte?	76
Usikkerhet rundt hva som kan sies i rapportsituasjonene	77
Assistentene - de muntlige pleierne.....og de som hører	78
"Ofrene"	81
"De andre"	84
Autoritet og lojalitet?	85
Sjukepleierne - de som ivaretar detaljer, nærhet, empati og overblikk.....	89
idealene, ha overblikk og ta ansvar på den ene siden, og å ivareta det sosiale og fordele ansvar på den andre siden	91
Episode	95
Likheter og forskjeller i måten pleierne snakker på.....	98
Hvordan hjelpepleierne snakker	98
Hvordan assistentene snakker	99
Kroppen og den tause kunnskapen.....	102
SKRIFTLIG KULTUR OG BRUK AV GERICA I AVDELINGEN	105
Skisse av innføringen av Gericca i gjeldende kommune	105

Selve skrive – og lesesituasjonen på vaktrommet.....	107
Tiltaksplanene	108
Pleiernes opplevelser av og bruk av computer og Geric.....	110
Sjukepleierne - de lojale og illojale idealistene.....	111
Legevisitten	115
Manglende oppmerksomhet for ytre rammer og kontekster	117
Hjelpepleierne - de tvisynte, allsidige, lojale og illojale pleierne.....	118
Assistentene – de som ”melder seg litt ut”.....	126
Forestillinger om likhet.....	129
AVSLUTNING	130
Taus kunnskap og språkspill.....	132
Muntlige rapporter – et samlende symbol	133
Computeren og Geric.....	134
Både muntlig språk og Gericaskriftspråk	135
Språkbruk og sosiale mekanismer.....	139
Tradisjon og samværfellesskap	140
Tradisjon og motstand.....	140
Geric – et demokratiseringsverktøy og en likhetsskaper.....	141
Likhet og nærhet.....	143
Hierarkiet og hjemmet.....	144
KONKLUSJON	144
LITTERATURLISTE	146

INTRODUKSJON

..jeg har gått et sånt Geric kurs lenge siden...to dager ja, ja asså, men det er veldig lenge siden, og da selv der nede enda jeg antageligvis er jeg jo tett for å få det her inn, for det ligger ikke til meg, jeg hadde ikke egen maskin engang der nede, for vi skulle dele det, så det var det det menneske, så det var lissom hu andre som hadde mest maskin da....

Stelt eller tiltaksplan, ingen avvik

...det går liksom ikke an, jeg syns det blir vanskelig å skrive om et menneske. Resten må du lissom bli kjent med, for å si det sånn

Det er deilig å jobbe sammen med mennesker, da får jeg kontakt hele dagen.

Disse sitatene anskueliggjør enkelte sentrale kjennetegn ved sjukehjemsavdelingen som er med i denne undersøkelsen. Avdelingen startet med datateknologi og krav til alle pleierne om å dokumentere i dataprogrammet Geric høsten 1999. I det første sitatet forteller en eldre assistent om hvordan hun opplevde opplæringssituasjonen der hun ikke engang hadde tilgang til maskin. I intervjusituasjonen kommer det fram at hun opplevde dette nedverdiggende og nok en bekreftelse på at hun ”bare er assistent” i avdelingen. Det andre sitatet er en standard skrivemåte som pleierne i avdelingen i blant bruker for å dokumentere eget arbeid.

Selv om det tredje sitatet fra en omsorgsarbeider er tatt ut av konteksten det blir fortalt i, viser det kompleksiteten rundt det å skulle skrive om et menneske. Utsagnet kan tolkes som at det er moralsk forkastelig å mene at skriften alene er tilstrekkelig for å beskrive et menneske; det er noe mer mellom mennesker. Utsagnet kan også ses på som at det er en inneforstått selvfølgelighet at et menneske er mer enn det som skrives om det. Uansett hvordan vi tolker det, så kan dette sitatet være innfallsvinkelen til hva denne oppgava handler om. Mennesker bruker språk og andre tegnsystemer bl.a. for å ha kontakt med hverandre og for å utføre handlinger (Svennevik 1999:124). Dersom vi ser det andre sitatet i sammenheng med det tredje, aner vi at det er en spenning og lite kontakt mellom talespråket og skriftspråket i avdelingen.

Det tredje sitatet viser at det er mer i den menneskelige relasjonen enn tale. Dette mer blir av Polanyi kalt ”den tause; underforståtte dimensjonen”(Polanyi 2000). I sjukepleiefaget er den tause kunnskapen en selvsagt del av det å gi pleie og omsorg. I *Modermordet* stiller Bakken spørsmål ved denne selvfølgeliggjøringen av taus kunnskap og hevder bl. a. at den selvfølgelige alliansen mellom ”moderen” og sjukepleie, som i hovedsak er produsert

innenfor det familiære erfaringsrom, kanskje dekker over en rekke kroppslig-mentale selvfølgeligheter for hvordan liv, kropp og helse skal ivaretas (Bakken 2001:99).

Ulikheten og spenningen mellom assistentenes, hjelpepleiernes og sjukepleiernes tekster i denne undersøkelsen utfordrer selvfølgeliggjøringen av taus kunnskap, og tekstmaterialet leder bl.a. inn i spørsmålet om det kanskje er noe kunnskap som er taus som ikke behøver å være det? Dette spørsmålet kan videre ses i sammenheng med antropologen Solheim, som i *Den åpne kroppen* trekker fram at det kroppslige symbolunivers utgjør en uoppdaget kunnskapskilde i vår kultur (Solheim 1998).

I det siste sitatet formulerer pleieren det gode og nødvendige i å være sammen med mennesker, og dette utsagnet kan representere en holdning som alle pleierne i denne undersøkelsen artikulere på en eller annen måte; de trives med å være sammen med både kollegaer og pasienter.

Datateknologi og språk

Ikke alle kommuner har innført datateknologi i pleie- og omsorgssektoren ennå, men i sjukehjemsavdelingen som er med i denne undersøkelsen, ble dataprogrammet Gericia innført som ledd i kvalitetssikring og rasjonalisering av helsetjenestene i kommunen høsten 1999. Datateknologien griper direkte inn i pleiernes språkbruk i avdelingen ved at alle pleierne har plikt til å dokumentere eget arbeid, og holde seg faglig ajour ved å lese dokumentasjon. Slik sett kan denne teknologien forstås som et demokratiseringsverktøy.

Men datateknologi og dataprogrammet Gericia kan også forstås som et standardiseringsverktøy som har til hensikt å entydiggjøre, og en av effektene av det kan bli at språket blir ”fattigere”.¹ I offentlige utredninger og retningslinjer skjer det i dag en retorisk og ideologisk dreining av omtalen av omsorgstjenester der ordbruken, målene og metodene forandrer seg. I følge Thorsen skjer det en radikal omdefinering av forestillingen av omsorg

¹ Siri Meyer, som henviser til George Orwells *1984* i *Imperiet* kaller, er opptatt av at hensikten med det nye språket ”nytalen” var å innskrenke tankens område ved at man skar ned ordvalget til et minimum (Meyer 2003:23). Meyer sier at ”nytalen” er et eksempel på symbolsk vold mot våre språklige uttrykksmidler, og at denne volden ofte skjer ubevisst.

der den fleksible omsorgen gjøres til spesialiserte og veldefinerte praktiske tjenester (Thorsen 2003:140). Målet for omsorgen er ”mer kvalitet for pengene, eller samme kvalitet rimeligere” (Thorsen 2003:141). I dette perspektivet kan en forstå at markedskreftenes logikk trenger inn i omsorgstjenestenes logikk gjennom språket. Kvalitet er et mye brukt ord innenfor sjukepleieteori, men det er også mye brukt i forbrukersamfunnet og produksjonslivet generelt, og ordet har ulike betydninger og konnotasjoner i de ulike sammenhengene det blir brukt i. Omsorgens mål er kvalitet og dette skal oppnås ved kvalitetsutvikling og kvalitetsmålinger. I rapporten om innføringen av Gerica i gjeldende kommune sies det tydelig at dette er del av en kvalitetsreform. Designet i Gerica legger til rette for å skrive om klart avgrensede og veldefinerte oppgaver.

Christensen (Christensen 1999:127) har på bakgrunn av et større empirisk materiale sett på ulike konsekvenser av databruk i offentlig hjemmebasert omsorg. Hun ser at på den ene siden bidrar datateknologien til lettere å oppfylle de nye kravene til dokumentasjon og kontroll som blir satt. Men denne teknologien bidrar også til økt forhåndsplanlegging og formalisering av omsorgsmøtet, og Christensen stiller da spørsmålet om dette fører til at noe sentralt i omsorgsarbeidet blir borte. Siden Gerica er et demokratiseringsverktøy, må en anta at alle pleierne i større eller mindre grad blir påvirket av standardene som ligger i dette computerprogrammet. Og tiltaksplanene i Gerica passer inn som både et bidrag til økt kontroll og økt forhåndsplanlegging av samhandlingen mellom pleiere og pasienter.

I motsetning til Christensens arbeid i hjemmebaserte tjenester, har denne undersøkelsen bl.a. fokus på dialektikken mellom pleiere og computere i en somatisk sjukehjemsavdeling. Og i denne oppgava rettes oppmerksomheten mot hvordan pleierne snakker om de muntlige situasjonene i avdelingen, samtidig som de snakker om hvordan de bruker og opplever computeren og Gerica. Pasientene tar ikke direkte del, de fungerer som et ”bakteppe” i forhold til det som pleierne snakker om. I forsøket på å forstå noe av det som skjer, trekkes flere kontekster inn som kan belyse ulike sider rundt språkbruken. Og for å nærme oss dette komplekse feltet faller det ”naturlig” å starte med språk og kontekst.

Språk og kontekst

Det er språket, både det verbale og det ikke-verbale, det muntlige og skriftlige, som i stor grad ligger til grunn for pleiernes handlinger. Innføring av datateknologi og det at alle pleierne må dokumentere eget arbeid, skaper en situasjon som gjør det interessant og nødvendig å se nettopp på hvilke konsekvenser denne teknologien kan ha for pleiernes språkbruk generelt i avdelingen. Dessuten må en anta at livet i avdelingen samtidig ”styrer” bruk av teknologien, og på den måten synliggjøres språklige og ikke- språklige praksiser i avdelingen.

Jeg er sjukepleier med videreutdanning i eldreomsorg, og har arbeidet i sjukehjem i noen år, men arbeider ikke i feltet nå. De siste årene har jeg undervist ved grunnutdanning og videreutdanninger for hjelpepleiere i videregående skole. I tillegg har jeg undervist ufaglærte ved kortene kurs. Dessuten er jeg student ved tverrfaglige kulturstudier. Alle disse erfaringene innenfor ulike institusjonelle praksiser påvirker ”blikket” mitt og språkbruken min i denne oppgava (Douglas 1987:117). Og jeg er blitt nysgjerrig på de endringene som er i ferd med å skje – eller ikke skje - i pleie- og omsorgssektoren, og da i sjukehjem spesielt. Jeg ser altså problematikken gjennom mine ”briller” og tar utgangspunkt i en tilnærming til tekstene, der det er et dialektisk forhold mellom språk og virkelighet: tekst skaper kontekst, og kontekst skaper tekst (Berger og Luckman 2000:76). I et komplisert spill av tekster og kontekster skaper pleiernes muntlige, skriftlige, tause og ikke-verbale språkbruk kontekster i avdelingen, og avdelingen med fysiske, sosiale, diskursive og teknologiske faktorer, er med på å skape tekster hos pleierne. Pleierne er ikke bare i avdelingen, de har også andre arenaer som er med på å forme deres erfaringer og virkelighetsoppfatninger. I tillegg er avdelingen del av sjukehjemmets struktur og organisering. Jeg antar at ulik erfaringsbakgrunn hos pleierne resulterer i ulike virkelighetsbilder som kommer fram i de ulike tekstene som produseres under intervjuene. En grunnleggende antagelse i mitt arbeid er at det er språket som gir oss tilgang til virkeligheten, og at det er språket som hjelper oss til å skape representasjoner av virkeligheten. Språket er en viktig del av det begrepsmessige system, som vi handler og tenker ved hjelp av.

Metaforer og symboler

Uten at vi legger merke til det, strukturerer metaforer våre mest grunnleggende erfaringer og persepsjoner (Lakoff and Johnson 2003). Med metaforer kan en forstå at de er begreper om en type ting som en bruker til å forstå og erfare en annen type ting.

Symboler konstitueres gjennom metaforiske assosiasjoner, som ofte oppstår ved at et ord brukes i ”overført betydning”. Metaforiske assosiasjoner oppstår

gjennom det at ulike verdier, ideer og livsområder knyttes sammen i et begrep som gis høy verdi. I sine ulike former gir metaforiske assosiasjoner symboler evnen til å gripe, formulere og kommunisere i kondensert form et mangfold av mening (Gullestad 1995:171).

På den ene siden kan symboler ha den egenskapen at de utvikler og styrker et felles syn på verden, på den andre siden ligger ofte et symbols styrke i tvetydigheten; avstanden mellom de ulike ideer som er assosiert med det. I følge Gullestad skaper symboler ”orden av kaos, og mening av forvirring”(Gullestad 1995:41). Omsorgsmetaforen har sin styrke/kraft kanskje nettopp i tvetydigheten og i det at alle pleierne i denne undersøkelsen har erfaring med omsorg privat og offentlig. Denne metaforen kan slik sett være med på å tilsløre uheldige mekanismer og praksiser i avdelingen.

Symboler er en form for erkjennelse og kan vekke følelser og inspirerer til handling, for ”det dreier seg ikke bare om å forstå og skape sammenhenger, men også om å føle og å bli motivert til å handle” (Gullestad 1995:44). Computeren blir beskrevet av en hjelpepleier i denne undersøkelsen som ”ikke et elskelig vesen” som hun må handle i forhold til.

I følge Geertz (Lie 1998:11) er symboler både modeller for og modeller av virkeligheten. På den ene siden speiler de samfunnsmessige ideer, holdninger, meninger, begjær og tro, og på den andre siden er symboler redskaper som konstituerer og representerer kulturell virkelighet. Symbolsystemer i samfunnet har avgjørende betydning for både hva som kan diskuteres og hvordan det diskuteres, ved at de strukturerer og legitimerer opplevelse av verden og ulikeverdige maktforhold (Gullestad 1995).

Alle pleierne i avdelingen er kvinner, og det virker som det er noen selvfølgeliggjorte metaforer og symboler som er med på å styre oppmerksomheten og språkbruken. Som jeg

allerede har vært inne på, må språklige utsagn ses i sammenheng med den sosiale og kulturelle konteksten de oppstår i. Pleierne bruker språket når de samhandler med hverandre (og pasientene), og det er i disse samhandlingssituasjonene at mening oppstår. Derfor er språkspillmetaforen nyttig og bruke for å forstå noe av spillet blant pleierne i avdelingen.

Språkspill

Språket er en livsform som krever vår deltagelse. Ord, uttrykk og setninger er brikker i et spill, og med disse brikkene spiller vi mange slags språkspill, og det er i spillet at mening oppstår (Wittgenstein 1953,1997). Slik forstått kan en si at våre erfaringer og kunnskap om ”verden” er både språklige og ikke- språklige, og det er umulig å skille det ene fra det andre, men språket gir oss tilgang til noe. Språkfilosofen Wittgenstein var opptatt av å skape en motvekt til oppfattelsen av at et ord bare har mening viss det kan defineres (Wittgenstein 1953,1997:65)). Dette poenget er viktig i en tid da helsepersonell møtes med krav om presise definisjoner i mange sammenhenger (Thornquist 1998:55). På den ene siden kan denne motvekten kanskje tas til inntekt for at en fritar seg selv og hverandre for presiseringer og avklaringer, men på den andre siden er det i språkspillet at betydningen av ord oppstår.

Et språkspill fungerer så lenge deltagerne har en viss enighet om spillereglene (Glomnes 2001:62). Noen ganger kan spillereglene være tause og vanskelige å artikulere fordi de er innsosialiserte og ”oppleves som naturlige og selvfølgelige helt til noen bryter dem, gjør feil eller problematiserer dem”(Glomnes 2001:87). I denne avdelingen bryter noen av pleierne spillet, og det gir da mulighet til å få tak i litt av de mekanismene som utspilles blant pleierne.

Sjanger er en måte å kategorisere de ulike språklige mulighetene på. Både de muntlige og de skriftlige rapportsituasjonene er noen faste gjenkjennelige aktiviteter som legger begrensninger på de kommunikative handlingene pleierne kan utføre. Sjangeren ligger alltid som en ramme av muligheter og begrensninger for kommunikativ handling, og er knyttet til den kommunikative aktiviteten som deltagerne er engasjert i (Svennevik 2001:234). Både stiltrekk - hvordan en språkhandling utføres - og sjanger, er med på å reflektere og forme konteksten, og er dermed sterke kontekstualiseringssignaler. Det kan virke som sjanger er noe

fast og uangripelig, men flere hevder at det som kjennetegner sjangrene, er nettopp at de forandrer seg (Nodelman 1997:1).

Intervjusituasjonen er et språkspill der personene samtaler om bestemte temaer. I tillegg snakker pleierne referensielt og ekspressivt om både de formelle og uformelle muntlige situasjonene, og den skriftlige rapportsituasjonen, og alle disse situasjonene kan også forstås som språkspill. Et språkspill bygger på tidligere tekster og i denne undersøkelsen er det samspillet mellom aktørene i intervjusituasjonen, som skaper tekster og mening, på grunnlag av tidligere tekster. Det er ikke en samtale mellom likestilte parter, for intervjueren er den som definerer og kontrollerer situasjonen. I dette samspillet snakker aktørene sammen om det som skjer i sjukehjemsavdelingen der bl.a. tekster skapes hele tiden. Tekstbegrepet forstås i denne oppgava som muntlige, skriftlige og billedlige meddelelser. Hovedvekten blir lagt på pleiernes muntlige meddelelser i intervjusituasjonen, der kroppsspråket trekkes inn som viktig i forsøket på å forstå det som meddeles. Det spesielle med denne undersøkelsen er at pleierne er ute av avdelingen når de snakker om arbeidet sitt i avdelingen. Denne distansen til praksis kan gi pleierne en mulighet til refleksjon over egen praksis, men denne situasjonen kan tolkes som mindre autentisk enn dersom metoden hadde vært for eksempel deltagende observasjon. Dessuten var det nok noe i intervjusituasjonen som ga pleierne mulighet til å framstille seg selv slik de ønsket andre ville oppfatte dem (Vike 2002:16). I tillegg transkriberes de muntlige tekstene til skriftlige tekster. Å transkribere betyr å omforme; å skifte fra en form til en annen (Kvale 1994:167). I denne endringen fra muntlig til skriftlig språk dekontekstualiseres samtaler i tillegg til at en levende og flyktig samtale ”nedfryses” til en skrevet tekst som kan leses igjen og igjen.

Som allerede antydnet, er det noen personer som har mer makt enn andre i språkspillet, derfor følger nå en betraktning over språk, kontekst og makt.

Språk, kontekst og makt

Pleierne i avdelingen er både faglærte og ufaglærte. For de faglærte pleierne språkliggjøres omsorgsarbeidet i stor grad gjennom utdanningsinstitusjonene for pleie- og omsorgspersonell. Thornquist tar for seg i *Klinikk - Kommunikasjon - Informasjon* hvordan en yrkesutdanning

lærer en å se på verden med et bestemt blikk, der studenter og elever ”vokser inn i ” bestemte tenkemåter, verdier og normer som ofte ligger innebygd i språket og opplæringa. Dette gjør dem ” disponerte til å se etter bestemte forhold på bestemte måter, og til å overse andre” (Thornquist 1998:50). Studenter/elever kan stå i fare for å oppfatte begrepene og tankemodellene som det ”egentlige” som fenomener forsøkes tilpasses til; der terrenget på en måte forsøkes tilpasses til ferdiglagede kart. Slik sett kan språket medvirke til å tilsløre viktige sider av samhandlingen mellom pleiere og pasienter, og pleiere imellom. Dette aspektet kommer fram når noen av pleierne snakker om hvordan de forholder seg til de nedskrevne tiltaksplanene som kan kalles ”oppskrifter” på hvordan pasientene skal pleies. Ett av sitatene innledningsvis kan illustrere at tiltaksplanen kan være styrende og i fokus i stedet for pasientene selv.

Imidlertid kan fagspråket gi studentene og elevene nye kunnskaper og innsikter som skaper nyanser og mangfold i persepsjonen og handlingene overfor pasientene. Men hvordan er forholdet mellom språk og handling? På den ene siden har jeg erfaring med at nyanser i språkbruk vil gi nyanser i handling, men på den andre siden er også egen erfaring at selv om språket er ”rikt”, trenger ikke handlingene nødvendigvis å være det. Og ikke alle måter å dokumentere og begrepsfeste praksis på er like fruktbare når det gjelder å få fram det fagutøvere i praksis tillegger vekt. Thornquist hevder at noen kan være kompetente i praksis, selv om de ikke kan redegjøre for sin praksis (Thornquist 1998:69). Kunnskapen blir i disse sammenhengene taus. Polanyi sier

Men sett at taus kunnskap utgjør en nødvendig del av all kunnskap, da vil idealet om å eliminere alle personlige elementer i kunnskapen faktisk sikte mot ødeleggelse av all kunnskap. Idealet om eksakt vitenskap ville vise seg å være fundamentalt villedende og muligens en kilde til katastrofale villfarelser (Polanyi 1966,2000:29).

Polanyi var på 1960 - tallet redd for at idealet om eksakt vitenskap skulle fjerne personlige elementer fra all kunnskap, og at dersom dette skjedde, så ville all kunnskap bli ødelagt. Det er i praktisk arbeid og i fellesskap mellom mennesker at den tause, underforståtte kunnskapen kan utfolde seg. Men taus kunnskap kan også bli en ”sovepute” der en fritar seg selv og andre fra å språkliggjøre det som kan settes ord på. Og en annen bakside av taus kunnskap er at den kan føre til overdreven tiltro til egne vurderinger og til svekkelse av den kritiske evnen: ”Vitenskapens kjølige arroganse kan bli avløst av praksiskunnskapens selvgodhet”(Hamran 1995:64).

Foucault var også opptatt av maktens språk og hevder at avvikerer gjennom kategoriseringer og diagnostiseringer forstår seg selv gjennom fornuftens språk og normalitetens språk, og at den verbalspråklige italesettelse konstruerer det egentlige og det ”sanne” (Foucault 1973, 1999). Måten assistentene snakker om seg selv på, kan i denne forståelsen oppfattes som at de har internalisert andre pleieres oppfattelse av dem som ”ikke flinke nok” i måten de snakker og skriver om pasientene.

En annen nyanse av forholdet mellom språk og makt kommer Trippestad inn på når han framhever at

makten man har over skriften og talen er avgrenset for man vet ikke hvordan språket blir oppfattet, og den som har forfattet vet ikke helt hvordan språket virker på han selv.....vi kan derfor si at makt og avmakt omkranser hverandre (Trippestad 1999:187).

Trippestad understreker det flyktige i forholdet mellom språk og makt, og at det i språksituasjoner er et bevegelig og dialektisk forhold mellom makt og avmakt.

Pleierne hjelper gamle, sjuke mennesker i å ivareta seg selv. Derfor følger nå noen tanker omkring språk, kropp og virkelighet.

Språk, kropp og virkelighet

I pleiarbeidet er det direkte kroppslig nærhet mellom pleierne og pasientene. Selv om den nærheten pleierne opplever i samtaler med hverandre, ikke er den samme form for kroppslig nærhet, så er de likevel sammen i et kollektivt kroppslig fellesskap der de bruker kroppene sine i kommunikasjon med hverandre. Relasjonen og samspillet mellom pleierne og flesteparten av de gamle, sjuke pasientene kan ligne på forholdet mellom mor og barn. Ersdal påpeker i *Det komplekse omsorgsarbeidet* at pleierne i sjukehjemmet der hun hadde deltagende observasjon sammenligner det å pleie gamle mennesker med å ta seg av små barn (Ersdal 1999), og det er bl.a. disse erfaringene pleierne deler i muntlige situasjoner.

Imidlertid må pleierne forholde seg til både individuelle og strukturelle begrensninger i arbeidet sitt, noe som kan gjøre at de ikke alltid handler slik de ønsker å gjøre. Solheim ser på kroppen som et symbolsk univers der hun peker på at skjulte kroppsmønstre i stor grad

påvirker kvinners liv. Hun hevder at kvinnekroppen er åpen og mangler grenser i forhold til mannskroppen, og at det i den vestlige kulturtradisjon eksisterer en ”hemmelig” symbolsk kunnskap som faktisk deles av både kvinner og menn, og som kan betegnes som den *åpne kroppens skam* (Solheim 1998:77). Solheim stiller spørsmålet om det i vår tid eksisterer en ”imagination ” (se nedenfor) av en generalisert og altomfattende kvinnelighet, som ”*alle* (kvinner) kan gå inn i” (Solheim 1998:78). Dette kan forstås som en grenseløshet uten sidestykker i historien som hun kaller ”systematisk grensekrenkelse”.

Pleierne har det travelt, men det er få av dem som under intervjuet artikulere denne travelheten. Etter at intervjuene var over, satt jeg igjen med en opplevelse av at pleierne er stolte av det arbeidet de gjør, og at de presenterte seg på en verdig måte. En situasjon med en av hjelpepleierne som kanskje tydeligst signaliserte denne verdigheten gjorde meg nysgjerrig. Etter at intervjuet var ferdig skulle hun vise meg noe i avdelingen, så vi gikk sammen dit. Da vi kom inn i avdelingen, begynte hun helt plutselig å gå mye raskere. Da jeg konfronterte henne med dette temposkiftet, svarte hun helt selvfølgelig at ”slik er tempoet i avdelingen for meg”. Kan dette ses i sammenheng med funn Melhuus har gjort i Mexico, der kvinners begrep om skam også er knyttet til verdighet og dyd gjennom lidelse som grunnmetafor? (Solheim 1998:77). Solheim sier i den forbindelse at

Kvinnekroppens seksuelle åpenhet *er* på den ene side lidelse og skam, den representerer det gjennomtrengelige og derfor ufullkomne. Den eneste absolusjon for denne skammen ligger i det lidende moderskapet, som etablerer en metaforisk liknelse til den hellige jomfrumoren. Lidelse er derfor også *opphevelse* av skam, gjennom lidelsen forvandles skammen til et verdig martyrium, og opphøyes til en annen dimensjon (Solheim 1998:77).

Kanskje en ikke uten videre kan se en sammenheng mellom travelhet og lidelse, men flesteparten av pleierne i denne avdelingen har vært sjukemeldt pga. slitne kropp.² Det er også interessant at hjelpepleiere som tar ansvarsvakter³ sier at de da noen ganger opplever at de ikke får tid til å ha matpause.

For å få litt innblikk i dette skjulte og kompliserte feltet, blir det i det følgende presentert noe om symbolsk meningsdannelse, som Solheim tar for seg i *Den Åpne Kroppen*. Her spinner

² Også egen erfaring fra feltet er at jeg i travle perioder ofte ikke tok meg tid til å få i meg nok drikke i løpet av vakta, og utsatte å gå på do. Det er flere pleiere, som ikke røyker, som har fortalt om lignende erfaringer.

hun, i ulike kontekster, rundt kvinnelighetens symbolikk i moderne kultur. Disse forskjellige samspillene som hun analyserer, har gitt meg verdifulle innsikter i arbeidet med å få litt innblikk i noen av de skjulte og selvfølgeliggjorte mønstrene som leves ut i pleierne og blant pleierne i denne somatiske sjukehjemsavdelingen.

Det som det ikke snakkes om

Den symbolske tenkemåte er en form for ”substansiell” tenkning som i sitt vesen er basert på konkrete, kroppslige metaforer og analogier, og den opererer under andre prinsipper enn den logiske abstraksjon (Solheim 1998:12ff). Det nære, det som vi tar for gitt, kaller Solheim en symbolsk tenkemåte, og hun understreker at denne måten å tenke på utgjør et ureduserbart aspekt ved den menneskelige erkjennelse (Solheim 1998:16). Denne tenkemåten er i sitt vesen en metaforisk logikk hvor den konkrete analogi er det bærende prinsipp, og der imaginasjoner (Solheim 1998:59) og assosiasjoner er viktigere enn absolutte distinksjoner og abstrakt begrepsdannelse. Det imaginære er en av kroppens primære uttrykksformer⁴, og Solheim trekker fram det paradoksale at denne uttrykksformen synes å bli betraktet som innbildninger og ugyldig kunnskap i vestlig kultur.

Det er nødvendig å anerkjenne kroppens flytende symbolspråk, for det styrer i stor grad vår tanke- og forestilingsverden

Den manglende anerkjennelse av kroppens symbolikk som realitet innebærer en blindhet for de krefter som styrer store deler av vår tanke – og forestilingsverden, krefter som forblir blinde nettopp fordi vi ikke aksepterer at de finnes, eller fordi vi forsøker å innpasse dem i fornuftens abstrakte logikk (Solheim 1998:14).

Kroppens symboler kan tilbakeføres til to grunnleggende former for assosiasjoner eller sammenhenger; den ene er likhet og den andre er nærhet, og disse kobler Solheim til henholdsvis metaforen og metonymien (Solheim 1998:63ff). Metaforen kjennetegnes ved liknelse eller ”bilde”, og den metonymiske forbindelse viser til en form for nærhet eller berøringssammenheng ”det at noe er en del av eller i kontakt med noe annet”. Hun henviser her til språkforskeren Jakobson som har videreutviklet disse ”metaforiske og metonymiske

³ De er stedfortredere for sjukepleiere

assosiasjonene” som konstituerende trekk ved menneskelig tenkning og symbolkonstruksjon generelt. Det er spesielt i assistentenes språkbruk at en kan få assosiasjoner til at de ønsker likhet med og nærhet til de andre pleierne.

Solheim skiller mellom metaforiske og metonymiske meningsforbindelser i verbalspråket, og det analoge kroppsspråket der meningsdannelsen har mer direkte referanse til kroppslige erfaringer (Solheim 1998:64). Metaforiske og metonymiske meningsforbindelser i verbalspråket er silt gjennom den vilkårlige forbindelse som ordenes tegnstruktur utgjør. Metafor betyr overført betydning og i dette begrepet ligger det flertydighet, ”overskudd av mening” og /eller kontinuerlig skifte av mening. I denne flertydigheten ligger faren for den ubegrensede formforvandling der alle distinksjoner til slutt viskes ut. I følge Solheim innebærer dette ”et flytende kaos hvor alle forskjeller er oppløst” (Solheim 1998:65). Hun trekker også fram at metaforer kan være selvbekreftende og at det er derfor de virker så sterkt

De er basert på en ureflektert førforståelse – den umiddelbare gjenkjennelsens tyranni. Dette er også et hovedkjenne­tegn ved den symbolske tenkemåte: den innskriver oss i en virkelighetsforståelse som framtrer som selvinnyttende. Den er – kort sagt – en erkjennelsesform uten distanse (Solheim 1998:17).

I det ureflekterte kan en for eksempel sitte fast i forståelser og ”mene det en alltid har ment”, og/eller la følelsene ta overhånd. En av assistentene snakker om at hun ikke trenger å notere ned informasjon som kommer i vaktskiftet, for ”det har jeg aldri gjort før”.

Solheim understreker at en kan ikke være et erkjennende subjekt uten samtidig å erkjenne seg selv som objekt. Dette doble blikket – utenfra og innenfra på samme tid - er vanskelig, men Solheim påstår at denne ”dypest sett paradoksale operasjon” er en kunnskapsteoretisk nødvendighet dersom en ønsker å oppdage noe av den underliggende kjønnsymbolikken. I denne teoretiske distanse støtter Solheim seg på den franske språkfilosofen Ricoeurs kritiske hermeneutikk som hevder at distansering dvs. fremmedgjøring eller objektivering er en forutsetning for kunnskap.

Det som er for tett innpå oss, eller som vi er totalt innvevd i, unnslipper ganske enkelt vår forståelse. Det forblir det gitte, som vi ikke kan tenke oss annerledes. Det ultramoderne knefall for det umiddelbare, det ureflekterte, det *nærværende* (som antakelig må forstås som en overreaksjon på et

⁴ Solheim trekker fram at begrepet imaginasjon eller ”imagination” (engelsk) refererer både til fantasiverdenen men også til *bildet* som fantasiens konkrete fundament,

altfor klinisk og instrumentelt rasjonalitetsbegrep), er etter mitt skjønn ikke bare uheldig, det er ganske farlig. Ikke minst min egen erfaring med angst har overbevist meg om dette (Solheim 1998:13).

Solheim er opptatt av fornuftens grenser, og hevder at den ”dualistiske verdensanskuelse” hviler på en ide om kroppens og følelsenes absolutte underordning under språket og fornuften, ”som det ekskluderte andre”. Hun er opptatt av at den abstrakte fornuft og det kroppslige symbolspråk ikke kan reduseres til hverandre, men at de eksisterer side om side i kontinuerlig dialog og gjensidig spenning og konfrontasjon, men at de aldri kan bli ett. Dersom det ene overtar for det andre så blir det totalitært enten i form av fornuftens overgripende tyranni eller romantisk grums om ”altet”. Noen av hjelpepleierne og assistentene snakker om at de under rapportene tar opp det de ”føler”, og det kan bety at følelsesspråket har stor plass i disse situasjonene. Det at pleierne setter ord på følelser, kan i seg selv være den distansen Solheim er opptatt av; hun spekulerer i om kanskje det er språket som er en slags tredje instans som i seg selv er det ”doble blikket” (Solheim 1998:15).

Solheim er opptatt av skillet mellom moderne erkjennelsesformer og tradisjonelle erkjennelsesformer og mener at moderne rasjonalitet i stor grad er fanget av sine egne metaforer, som Sørhaug kaller fornuftens fantasier som er

innkapslet i et nettverk av symbolske forestillinger som nettopp ikke erkjennes som det de er – moderne magi (Solheim 1998:16).

En slik magisk besvergelse hevder Solheim er forbindelsen mellom fornuftsbegrepet og det mannlige, og hun påpeker at denne koblingen ikke forteller oss noe om hvordan menn og kvinner reelt sett tenker, men at begrepet om det rasjonelle historisk sett blir assosiert med bestemte forestillinger om maskulinitet. Hun hevder at våre begreper om kjønn er forhåndsinnrammet av en symbolsk forestillingsverden som ikke blir eksplisitt uttalt, og at disse ”dypmetaforer” nettopp derfor strukturerer vår tenkning spesielt i den grad vi ikke er oss den bevisst. I denne forbindelse trekker Solheim inn et slags erkjennelsesteoretisk grunnplan som dreier seg om kroppens grenser, og hun stiller spørsmål ved hvor skillet går mellom kroppens ”rene” fysiske materialitet og kroppens symbolikk – mellom tingen i seg selv og tingen for oss. Og hun trekker inn at kropper er både ting og tegn, og at vi opplever kroppens grenser som virkelige som om de var natur:

De kan tøyes, invaderes og overskrides, og til en viss grad omdefineres, men de vil alltid ha sin referanse til noe som synes å eksistere som en grunnleggende erfaringsstruktur (Solheim 1998:19).

Det er kanskje derfor at det grenseløse er det farligste av alt. Hvis grensene mellom selvet og verden brister, går virkeligheten i stykker. All symbolisme kretser etter Solheims skjønn omkring denne form for kroppslig/materiell grenseproblematikk, hvor våre egne ”kroppserfaringer så å si står modell for tingenes orden” (Solheim 1998:20). Kvinnekroppen plasseres her i en særskilt posisjon i dette flytende feltet mellom det symbolske og virkelige der referansene alltid synes å slippe

som den figur som synes overdeterminert til selv å framstå som det grenseløse – som det som ikke har eller skal ha egne grenser (Solheim 1998:20).

Hun sier det så sterkt at selv om denne grensemangelen er en sosial konstruksjon, er den så sterkt objektivert som kroppslig erfaring både hos kvinner og menn at den framtrer som sann. Og hun stiller spørsmål om denne forestillingen er så sterk at det ikke lenger er mulig å tenke annerledes og skape nye rammer (reframing). Koblingen mellom det kvinnelige og omsorg kan forstås som en slik dypmetafor i samfunnet vårt, og pleierne i denne undersøkelsen er dobbelt ”belastet” i den forstand at de yter omsorg både hjemme og i arbeidslivet.

Solheim ser på kjønn som et metafysisk konstruksjon som er med på å holde orden på et generelt symbolsk meningsunivers. Derfor mener hun, slik jeg tolker det, at kjønn kan forstås som en sakral kategori, ”omgitt av en serie tabuforestillinger som skal holde det på sin rette symbolske plass”(Solheim 1998:21).

Veien videre

Så langt har jeg forsøkt å synliggjøre fundamentet som denne oppgava bygger videre på. Gjennom en møysommelig, vanskelig og spennende dialektikk mellom empiri og teori er det disse vinklingene jeg har landa på. Denne introduksjonen er ikke ment å være utfyllende, og temaene som er tatt opp her, blir utbrodert og vevd sammen med det empiriske materialet og andre teoretiske innfallsvinkler underveis i resten av oppgava.

Men før vi går videre inn i tekstmaterialet, følger en presentasjon av metoden og pleierne som tar del i denne undersøkelsen.

METODE

Oppgava er en empirisk undersøkelse av pleieres språkbruk og hadde ikke på forhånd en bestemt teori som bakgrunn. Tekstene fra intervjuene, min førforståelse og persepsjon, og ikke minst dialogen og dialektikken mellom empiri og teori underveis i skriveprosessen, gjør at sammensetting av tekster, tolkninger og analyser er blitt slik de er blitt. Innenfor kulturstudier er tverrfaglighet viktig, så derfor benyttes ulike teoretikere for å få fram ulike sider og nyanser i materialet underveis. Dessuten er kulturstudier opptatt av marginale og undertrykte grupper posisjon i samfunnet; de kvinnelige pleierne i denne undersøkelsen arbeider innenfor et felt som har lite prestisje både i fagmiljøer og samfunnet ellers.

Intervjusituasjonen er en kunstig situasjon der mennesker samtaler over et tema som intervjueren har bestemt, og transkripsjoner av muntlige tekster kan medføre etiske problemer. Det ordrette transkriberte muntlige språket kan virke som usammenhengende og forvirret tale – ”ja tyde på et lavere intellektuelt funksjonsnivå”, hevder Kvale ut fra egen erfaring der informanter snakker om opplevelsene sine når de ser sin egen muntlige tale transkribert (Kvale 1994:167). Dette kan føre til uetisk stigmatisering av bestemte personer eller grupper. Men det ligger i det muntlige språkets egenart at mening kan kommuniseres i blokker som ligger ved siden av hverandre og ikke henger sammen i transkriberingen, men som gir mening i ansikt-til-ansikt-relasjonen. Derfor velger jeg underveis å presentere sitater fra det transkriberte muntlige språket.

Dataansvarlig i kommunen ble intervjuet før intervjuene av pleierne ble gjennomført. I tillegg har jeg tatt del i noen få fellesrapporter på formiddagen, og jeg har fått utskrift av tilfeldig valgte skriftlige rapporter og noen tiltaksplaner. Informantene er pleiere på ulike nivå i en somatisk sjukehjemsavdeling, og det er variasjon i alder, nasjonalitet, utdanning og hvor lenge det er siden de har utdannet seg. Mannlige pleiere arbeider ikke i denne avdelingen på intervjutidspunktet. Feltarbeidet ble gjennomført i august og september 2003. Jeg ser i ettertid

at dersom jeg bare hadde intervjuer og utskrift fra rapporter og tiltaksplaner, så kunne nyanser i avdelingens liv bli borte i denne presentasjonen. Deltagelse på fellesrapporter har vært nødvendig for å se bredde i pleiernes språkbruk og samvær. Det er i fellesrapportene at samspillet mellom pleierne får fram mangfoldet og uartikulerte aspekter ved pasientene; det er kanskje der helheten (viss en kan snakke om det) blir forsøkt ivaretatt. Dette er ikke så synlig alltid i intervjuene, og slett ikke i den skriftlige dokumentasjonen.

Tolv pleiere ble intervjuet: fire assistenter, fire sjukepleiere, to hjelpepleiere og to omsorgsarbeidere. Assistentene har ingen utdanning fra helse- og sosialfaglig skole, i motsetning til resten av pleierne som er utdannet på ulike nivå innenfor sjukepleiefaglige utdanninger. Sjukepleierne har tre års høyskoleutdanning, hjelpepleierne har to års utdanning fra videregående skole og omsorgsarbeiderne har ett års utdanning innenfor videregående skole og i tillegg arbeider de to år som lærling før de kan ta fagbrev. Åtte av informantene er pleiere rundt førti år. To av informantene er i tjuårene, og to er i sekstiårene. To av de fire sjukepleierne er innvandrere og har ikke norsk som morsmål. En av de tre hjelpepleierne har heller ikke norsk som morsmål, mens alle assistentene har norsk som første språk. Tre av sjukepleierne i denne undersøkelsen har variert arbeidserfaring, mens den ene stort sett bare har arbeidet som pleier i dette sjukehjemmet. En av dem har utdanning innenfor medier og datateknologi. Noen av assistentene og hjelpepleierne har vært hjemmeværende før de tilfeldigvis begynte å ta vakter i pleie- og omsorgssektoren. Noen av dem har "bare" arbeidet i sjukehjem, mens andre har variert praksis bl. a fra hjemmebaserte tjenester, bofellesskap for demente og psykisk utviklingshemmede. To av assistentene har tidligere arbeidserfaring fra administrativt arbeid.

Jeg hadde på forhånd laget en intervjuguide som jeg ikke fulgte slavisk, men tok opp tråder som pleierne kasta ut. Slik sett kan disse intervjuene karakteriseres som semistrukturerte. En intervjusituasjon er i seg selv ikke uproblematisk. Intervjueren blir gjerne sett på som en autoritetsperson som i større eller mindre grad kan skape frykt hos informantene. Det var flere pleiere som var inne på det straks etter intervjuet, og noen kommenterte og sa at "det var ikke så ille likevel". Og selve svarene kan farges av denne ulikevekten mellom intervjuer og informanter, noe Sennett i *Authority* er inne på når han hevder at

Most working class people fear the authority of the researchers administering the tests and don't want to make trouble. Thus they are predisposed to agree and to assent... (Sennett 1993:25).

På den andre siden visste informantene egentlig ikke hva jeg var ute etter, og derfor var de kanskje "friere" til å uttrykke det de egentlig mente i intervjuøyeblikket? Men de visste at jeg var sjukepleier...

Intervjuene varte cirka førtifem minutter, og jeg intervjuet to personer daglig to dager i uka, i en periode på tre uker. På forhånd hadde pleierne fått et brev der de litt vagt fikk greie på at undersøkelsen var opptatt av språkbruk blant pleiere. På slutten av de fleste intervjuene spurte jeg informantene om intervjuet ble slik de hadde forestilt seg det, og da kom det fram at flesteparten av dem hadde forventet at de skulle snakke om hvordan de kommuniserer med pasientene, og at de var overrasket over at de skulle snakke om det å snakke og skrive i avdelingen. Dette skapte en usikkerhet i de første intervjuene, for de visste ikke hvor dette bar hen. Etter hvert som "jungeltelegrafene" spredde informasjon, ble det lettere for de pleierne som kom etter for de visste mer hva de gikk til.

Mellom hvert intervju hadde jeg ei pause, slik at jeg fikk tid til å skrive ned umiddelbare tanker og følelser. I intervjuperioden transkriberte jeg fortløpende, og dette kan vel både ha virket positivt og negativt for de neste intervjuene. Stort sett tror jeg det hjalp meg å forberede neste intervjuøkt, og jeg håper ikke at jeg var for langt inni det foregående transkriberte intervjuets språkbruk (Ryen 2000:146). Intervjuene fant sted på formiddagen i sjukehjemmet i et lite rom utenfor avdelingen, der vi satt ved et lite bord med mikrofon og båndspiller. Pleierne kom rett fra arbeidet i avdelingen til intervjuet, og de gikk tilbake til avdelingen etterpå. I begynnelsen av de fleste intervjuene styrte jeg mye, men intervjuene løste seg litt opp etter hvert som informanten slappet mer av.

Intervjuguiden var utformet i temaer, og jeg stilte konkrete spørsmål om rapport situasjoner, både muntlige og skriftlige, og her stilte jeg spørsmål om hva de sa/skreiv om pasientene. Intervjuene ble litt forskjellige alt ettersom hvilke personer som ble intervjuet og dagsform både hos intervjuer og informanter. Det var viktig for meg å forsøke å stemme meg til informantene; at vi fant tonen sammen i begynnelsen av intervjuet slik at de skulle få tillit til meg i den grad det er mulig på så kort tid, og at intervjusituasjonen skulle bli best mulig for

begge parter (Ryen 2000:116). I de intervjuene som var sist, var pleierne mer åpne og meddelsomme. De hadde pratet med de første som ble intervjuet, og siden de synes det var i orden å bli intervjuet, skapte det et godt utgangspunkt for å intervju de siste informantene.

I noen tilfeller brukte jeg litt tid på å få noen informanter til å være mer konkrete i språkbruken. Det kan på en måte bli sett på som styrende fra min side, men samtidig så hjalp det meg å få mer konkret informasjon. Men her kunne jeg latt være å spørre dem, og ta det de sa som deres språk.

Selve metoden i dette prosjektet har store begrensninger. Denne oppgava presenterer beskrivelser og tanker rundt en kort, engangssamtale med tolv pleiere. Det var mye som ble sagt, men det var også mye som ikke ble sagt, fordi det var en engangserfaring for både pleierne og meg. Foucault ser på dybdeintervju som ”confession and examination” (Fairclough 1992:51). Det er altså noe i selve intervjusituasjonen og språket intervjueren bruker, som påvirker samtalen og utviklingen i intervjuet. Særlig under ett intervju, følte jeg at jeg stilte for mange spørsmål, og at jeg ikke ga informanten nok tid til å snakke. Under flere av intervjuene ble pleierne usikre da jeg ba dem presisere eller utdype det de sa. Det er spennende at noen av informantene har sagt til meg i ettertid at samtalen har fått dem til å tenke. Jeg har valgt å ikke spørre dem om hva denne situasjonen har fått dem til å tenke på. Det er også betegnende at avdelingslederen kommer med utfyllende informasjon til meg under en samtale tre uker etter at hun ble intervjuet.

Veien videre

Mediene muntlig og skriftlig språk brukes i ulike kontekster i avdelingen, og derfor blir det i det følgende tatt opp noen av de mest sentrale kjennetegnene ved disse to mediene og kontekstene de opererer i.

MUNTLLIG SPRÅK OG FELLESSKAP

Formell muntlig språkbruk i denne avdelingen kjennetegnes ved at pleierne i hovedsak sitter sammen rundt bordet på vaktrommet og snakker om pasientene. Det kan karakteriseres som et arbeidsfelleskap med elementer av samværfelleskap. I følge Sørensen kan en skille mellom

to typer fellesskap med forskjellige sosiale funksjoner (Sørensen1982:135).

Samvær fellesskapet er innadvendt og bygd opp rundt den innbyrdes daglige sosiale kontakten som bidrar til å skape en identitet og følelse av samhørighet. Handlingsfellesskap er utadvendt og bygd opp for å ivareta behov som må realiseres kollektivt slik som organisasjonsarbeid. Et eksempel her kan være behovet for å forsvare seg mot uønskede forandringer. I denne avdelingen virker det som rapportene og de uformelle samtalsituasjonene hovedsakelig har elementer fra samvær fellesskap.

Pleierne kan i varierende grad i oppveksten ha blitt sosialisert inn i ulike typer samvær fellesskap, som venninnefellesskap og fortrolighetsfellesskap. Formelt sett er det sosial ulikhet ved at pleierne har ulik faglig bakgrunn og funksjon i avdelingen. Sørensen er i sin undersøkelse opptatt av klasse og bakgrunn, og antyder at sjukepleierne rekrutteres fra et sosialt miljø hvor handlingsfellesskapet på arbeidsplassene har vært mindre vanlige, og at utdanningen i seg selv oppfordrer til individuelle problemløsninger. Hjelpepleierne og assistentene kommer sannsynligvis fra andre miljøer der kollektive problemløsning er mer dominerende (Sørensen1982:144). Dette synes å korrespondere med måten hjelpepleierne og assistentene snakker om fellesskapet på i denne avdelingen. Mange av dem er opptatt av kollektive faglige løsninger, mens sjukepleierne tilsynelatende er ”individualistene” som også er plassert i hierarkiet med en forventning om at de ”vet best”.

De muntlige rapportene

Det er ulike typer muntlige rapporter hver dag. Morgenrapporten klokka sju er en kort ”briefing” og fordeling av oppgaver før morgenstellet begynner. Formiddagsrapporten er en lengre, mer grundig rapport som i større grad er åpen for utveksling og diskusjoner blant pleierne. Ettermiddagsrapporten er tidspunktet da formiddagsvaktene overlater ”roret” og ansvaret til kveldsvaktene. I tillegg er det en rapport mellom kveldsvaktene og nattevaktene, men den går vi ikke inn på her. Det er formiddagsrapportene som er hovedfokus i denne undersøkelsen, men morgen- og ettermiddagsrapportene blir også trukket inn.

Rapportene – en her og nå - situasjon

Selv om rapportene gjentas daglig, er de på samme tid en her-og-nå-situasjon. Rutinene under rapporten ivaretar alle pasientene, og kan gi mulighet for kreativitet og spontanitet blant

pleierne, men rutineene kan også stenge ved at en forventer noe spesielt. Tiltaksplanene kan i seg selv styre spørsmålene og ”blikket” til sjukepleieren som leder rapporten, og nyanser kan dermed bli borte eller gjort irrelevante. Den muntlige rapporten er en arena med ansikt-til-ansikt-relasjoner - en samtalsituasjon mellom pleierne der formålet bl.a. er å samle og utveksle informasjon, kunnskap, opplevelser og erfaringer gjort ute i avdelingen blant pasientene. Samtidig som pleierne sier noe om pasientene, formidler de noe av seg selv. Thornquist (2003:103) trekker fram at å snakke er en hjelp til selvforståelse.

Rapportsituasjonen kan derfor betraktes som en mulighet for pleierne til å få reaksjoner og tilbakemelding på egne tanker samtidig som de får del i samtalepartnerens tanker, kunnskaper og erfaringer. Og i dette ligger en mulighet for å få mer kunnskap, og innsikt i egne liv. Berger og Luckman er i *Den samfunnsskapte virkelighet* opptatt av hva som skjer når vi utfolder oss som mennesker. Eksternalisering omfatter alle slags skapende ytringer og handlinger. Med objektivisering får det som er skapt selvstendig status løsrevet fra den som har laget det; den blir et objekt som også produsenten kan forhulde seg til og som virker tilbake på produsenten. Internalisering betyr at mennesket på forskjellige måter gjør noe til sitt eget (Berger og Luckman 1966,2000). Antropologen Goody kobler i *The Power Of The Written Tradition* mening til ord når noe internaliseres og

....the words become part of you, integral to your consciousness, and may be helpful in organizing your experience (Goody 2000:35).

Erfaringen av avstand når vi hører eller ser våre egne ord kan være nyttig og det vi uttrykker kan bli tydeligere for oss selv. Dette kan ses i sammenheng med Solheims opptatthet av å språkliggjøre kroppslige erfaringer for dermed å bli oppmerksom på eller få kontakt med djupe kroppslige symboler. Solheim tar, som tidligere nevnt, utgangspunkt i det ”doble, distanserte” ståstedet for å skaffe seg erkjennelse og dermed mulighet for forandring (Solheim 1998:13). Dessuten hevder hun at

Kroppens uformidlede nærvær – primærprosessenes frie flyt så å si – er ingen spøk, det er en tilstand man bør omgås med forsiktighet. Den kroppslige ”virkelighet” hinsides språket, hinsides abstrakt refleksjon, er i siste instans en verden uten grenser og distinksjoner, det er hallusinasjonenes og galskapens verden. Det er også voldens verden (Solheim 1998:14).

Siden verbalspråket har konsekvenser for praksis, kan det å ikke snakke om medvirke til at uheldige praksiser kan vedvare og oppstå, der pleierne kan komme i skade i å utføre mer eller mindre ureflekterte handlinger både overfor pasientene, hverandre og seg selv.

Rapporten – en samtale

Når samtalen brukes i en arbeidssammenheng er den både et middel og et mål; den har både en egenverdi og den er instrumentell. Rapporten ledes som oftest av sjukepleier, som på den ene siden har ansvar for at en ikke bare lar seg ”flyte med og involveres fullt og helt i samtalen og samværet” (Thornquist 2003:102). Men på den andre siden kan rapporten også bli for skarpt fokusert og dirigert, og at en er en betrakter på jakt etter bestemte trekk eller bestemte utsagn. En assistent snakker om at pasienten ”drikker lite” og hevder at det er denne benevnelsen som også brukes i den skriftlige dokumentasjonen i stedet for mer konkret hvor mye pasienten drikker. Noen ganger trenger en mer spesifikk informasjon og det er behov for lukkede spørsmål. I de muntlige rapportsituasjonene har sjukepleier autoritet og kontroll over innholdet og formen av rapporten på minst to måter. For det første er det sjukepleier som leder og stiller spørsmål om pasientene, for det andre har sjukepleier som leder rapporten selektiv oppmerksomhet og bestemmer hva som følges opp og hva som overhøres. Det er på en måte sjukepleier som bestemmer hva som gjøres relevant og irrelevant, og hva som verdsettes og ikke verdsettes. Sjukepleier sitter gjerne med en perm i fanget med utskrifter av tidligere rapporter og tiltaksplaner, og dersom det som er skrevet der, får mer oppmerksomhet enn det pleierne snakker om, kan denne fokuseringa på skriftkulturen underkjenne kreativitet, engasjement og mangfold i rapportsituasjonen, og heller understreke det ortodokse og fremme rolla til sjukepleier (Goody 2000:60). Under de få rapportene jeg tok del i, var flesteparten av pleierne engasjerte og involverte i hverandre og pasientene. Men pleiernes intervjuetekster viser et mangfold og en kompleksitet som jeg ikke fikk med meg i løpet av de få formiddagsrapportene jeg var med på.

Pleierne er lovpålagt å dokumentere eget arbeid. Derfor følger nå en betraktning over hva som særmerker skriftspråket og skrivesituasjonen i avdelingen.

SKRIFTLIG SPRÅK – EN INDIVIDUELL AKTIVITET

Tiltaksplaner og lovbestemmelser

I tillegg til at de skriftlige rapportene og tiltaksplanene er dokumentasjon på utført arbeid, og hukommelse og ”bruksanvisning” for videre arbeid, er hensikten også at pasientene selv, pårørende, kollegaer og byråkrater har mulighet til å følge med på og kontrollere det som skjer. § 39 i *Lov om Helsepersonell* sier at alle har plikt til å dokumentere sitt eget arbeid, og derfor skal pleierne skrive rapport hver dag de er på arbeid. I *Pasientrettighetslovens* § 5 ivaretas pasientenes rett til innsyn, retting og sletting av egne journaler. Det er tiltaksplaner på alle pasientene i denne avdelingen. I følge den kommunale målsettingen for bruk av tiltaksplaner heter det at tiltaksplanene skal inneholde situasjonsbeskrivelser og målsetninger med tilhørende tiltak for å nå målene. Tiltaksplanene skal utarbeides på bakgrunn av kartlegging av brukerens behov og ressurser, og all daglig dokumentasjon skal skje i forhold til tiltaksplanen. Den aktive tiltaksplanen inneholder mål og tiltak som skrives under de fire områdene psykisk, fysisk, sosialt og identitet/verdier der det forventes at alle pleierne skriver noe. Hver av disse fire områdene har underpunkter som pleierne kan gå inn i og skrive noe om dersom det er aktuelt. Ikke alle pleierne kan gjøre alt i tiltaksplanen; det er bare sjukepleierne som kan ”opprette situasjon”⁵. Alle pleierne kan gå inn og ”endre tiltak”. Legen, sjukepleierne, fysioterapeuter og andre aktuelle fagpersoner med universitets- eller høyskoleutdannelse har sine egne vurderingsområder.

Utskrifter av noen tilfeldig valgte rapporter viser at det ikke skrives rapporter hver dag om pasientene. En årsak er at dataen noen ganger ”ligger nede”, og det virker ikke som det finnes et alternativt dokumentasjonssystem når datateknologien ikke fungerer. Da jeg spurte en pleier hva de gjorde når dataen ikke fungerte, svarte hun at de skriver på et ark og leverer til den som skal ha rapport, og så håper de at de kan skrive i Gerica neste gang de kommer på jobb.

⁵ Når sjukepleierne ”oppretter situasjon” beskrives en aktuell situasjon hos pasienten som pleierne må forholde seg til og hjelpe pasienten med. Situasjonsteksten skrives i fritekst, og deretter lages konkrete mål i forhold til situasjonen som beskrives.

Særtrekk ved skriftspråket i avdelingen

Dokumentasjonplikten på computeren signaliserer autoritet for pleierne i avdelingen. Typisk for en skriveaktivitet er å ha tid til å planlegge ytringen godt, og forsøke å ha et variert og spesifikt ordforråd med minimalt av repetisjoner.

Selv om skriftkulturen av mange ses på som en parentes i historien, har den hatt og har fortsatt en enorm innflytelse og makt i store deler av verden. Goody (Goody 2000:152) framhever at etter at skriften ble oppfunnet, har det alltid vært et problem mellom samfunn med og uten skrift, og at det som oftest har vært et kræsje mellom kulturer, der skriftkulturen er den mektigste. Vi lever i en skriftkultur, hevder Fafner og bruker Riceours utsagn at ”takket være skriften har mennesket en verden og ikke kun en situasjon” (Fafner 1988:16). I forbindelse med dette utsagnet påpeker Fafner at det var skriften som muliggjorde refleksjon over det talte ord, og at skriften også gjorde det mulig å fastholde disse refleksjonene i et lærbart system. Det er innholdsaspektet som blir viktigst i en skriftlig framstilling. Derfor blir det naturlig å definere, avgrense og abstrahere. Skriftspråket påvirker talen og talens form. Og det er særlig de yngre sjukepleiernes språkbruk i denne undersøkelsen som bærer preg av påvirkning fra skriftlige fagtekster; noen av dem snakker tydelig og forklarer gjerne hva de mener ved å definere et fenomen. De kategoriserer og abstraherer mer enn de andre pleierne.

Andre typiske trekk ved skriften er at virkeligheten beskrives og refereres i stedet for å fortelles (Lindhart 1989:28). Dette henger sammen med at tidsaspektet blir annerledes ved en skriftlig meddelelse enn ved en muntlig ytring. En setning kan leses gjentatte ganger, mens et muntlig utsagn er der og da. Dessuten er skriftlige beskrivelser løsrevet fra kontekst ved at de ikke er sagt til noen og det er uvisst når det vil bli lest av noen. I tillegg er pasienter, pårørende, byråkrater og andre pleiere som leser dokumentasjonen, i en annen kontekst enn den pleieren er i når hun skriver.

I denne avdelingen er det forskjell på pleiernes status; noen ”forfattere” blir automatisk lest og forstått, mens andre lett kan bli oversett. Assistentene er redde for å bli latterliggjort når de ikke skriver godt nok i Gerica. Pleierne sier at de skriver i hovedsak til hverandre. Derfor synes noen av assistentene at deres kunnskap ikke er verd noe for ”alle de andre vet jo det jeg

vet”, og de tror derfor ikke at det de skriver blir lest av noen. Ikke alle hjelpepleierne og assistentene er klar over at pasienten, pårørende og byråkrater har innsynsrett.

Den skriftlige dokumentasjonen er hukommelsen vår, sier en av hjelpepleierne. Og her pekes mot noe sentralt som både Christensen (Christensen 1999) og Jensen (Jensen 1990) trekker fram fra sine empiriske undersøkelser: At skriftkulturen gir mulighet til å ”legge noe fra seg”. Christensen skriver at å rapportere til computeren gjør at systemet

gjør det mulig for de ansatte i større grad å oppleve at de kan gjøre seg ferdig med jobben *før* de går hjem. Å ”rapportere” til Stella, dvs. føre arbeidet sitt inn i Stella, ajourføre observerte endringer og notere småting til neste dags arbeid betyr at de ansatte ikke trenger å gå og huske på og minne andre om ulike saker. Arbeidet kan føles mer avsluttet (Christensen 1999:143).

Jensen framhever i sin undersøkelse fra en boenhet for fem voksne psykisk utviklingshemmede, at idealet om ”hjemlighet” stengte for muligheten til å benytte skriftlig dokumentasjon. Dette systemet forutsatte derfor at ”alle holdt seg orientert om alt” (Jensen 1990:221).

En skulle tro at computeren og alle pleiernes dokumentasjonsplikt i denne somatiske sjukehjemsavdelingen også vil medvirke til at pleierne kan legge noe ansvar fra seg. Men det er det bare en av hjelpepleierne som er inne på under intervjuet. Som forhåpentligvis denne oppgava vil vise, er pleiernes opplevelser og bruk av computer komplekst og vanskelig å entydiggjøre. Og det kan virke som at siden computeren og Gerica ikke oppleves som meningsfull for mange av pleierne, kan det stenge for denne opplevelsen av å ”legge noe fra seg”. Dessuten er det de muntlige arenaene som oppleves som meningsfulle situasjoner der pleierne der og da deler på ansvaret. Men det paradoksale her er at de muntlige situasjonene kan også virke som en arena der en blir minnet på ”alt” og får oversikt, og der ansvaret hos hver enkelt pleier på en måte ”holdes fast”. Av sjukepleierne forventer systemet at de skal ha oversikt og ta ansvar. Systemansvarlig, som selv er sjukepleier, understreker at det er viktig at noen ”har overblikket og historikken i situasjonen”. Derfor må en være sjukepleier for å ”avslutte situasjon”. Det er ingen av sjukepleierne som eksplisitt sier at computeren og Gerica avlaster dem i arbeidet. Dessuten har sjukepleierne, særlig assisterende avdelingsleder, hengende over seg kravet om å ajourføre tiltaksplanene.

Lindhart påpeker at i skriftens beskrivelse av fenomener ligger en forestilling om at tingene er isteden for at de skjer (Lindhart 1989:28). Det kan i praksis bety at et fenomen tillegges større stabilitet enn det faktisk har, og foranderlighet underkjennes. Tiltaksplanene ”stabiliserer” pasientenes tilstand og behov, og det ligger en fare i at pasientens egentlige tilstand kan underkjennes fordi den ikke stemmer med tiltaksplanen. Hittil har tiltaksplanene i hovedsak blitt ajourført hvert halvår.

Pleierne sitter ved en computer og skriver i et dataprogram som en må anta legger noen føringer på hva pleierne skriver. Og selv om det faller utenfor denne intervjuundersøkelsens hensikt å gå inn på hvordan pleierne i detalj leser og bruker computeren og Geric, snakker de om hvordan de bruker teknologien og hvordan de opplever denne teknologien i avdelingen, derfor følger en kort beskrivelse og betraktning av skjermdesign generelt og Gericadesignet spesielt.

Skjermdesign og Gericadesignet spesielt

I følge Seip Tønnessen (Tønnessen 2002:14) har vi i vår oppfattelse av å lese en side i en bok lett for å overse at skriftspråket også kommuniserer gjennom sin visuelle utforming. Kress og van Leeuwen er opptatt av at også de visuelle sidene av tekstlesning/tekstskapning må få oppmerksomhet, og de understreker at enhver tekst er multimodal, dvs. at en tekst har flere egenskaper og ikke bare har en lingvistisk dimensjon (Kress & van Leeuwen 1996).

I denne avdelingen hadde de et anna dataprogram før Geric kom i 1999, og noen av pleierne henviser til det når de snakker, mens andre pleiere har gammelt kardexsystem som referansepunkt når de snakker. Det faller utenfor denne oppgava å gå nærmere inn på designet til det gamle kardexsystemet eller det gamle dataprogrammet her; de utgjør ”bakteppe” til pleiernes utsang. Skjermdesign dreier seg, i følge Seip Tønnesen, i stor grad om hvordan man gir oversikt over og tilgang til en stor mengde materiale gjennom den visuelle utformingen av det som er umiddelbart synlig på skjermen (Tønnesen 2002:15). Plasseringen av et element sier noe om hvilken informasjonsverdi dette elementet tillegges. I følge Kress og van Leeuwen opererer visuell design med plassering på den vertikale akse som meningsbærende (Tønnessen 2002:17). Gjennom mange eksempler, særlig fra reklame, påviser de at den nedre delen av et oppslag eller et bilde er stedet der man plasserer det ”reelle”, det som er

dokumenterbart, mens den øvre delen av oppslaget da blir feltet for det ”ideelle”, ideene og visjonene. I følge Tønnessen kan en slik vertikal dimensjon også lett anta ”et verdiperspektiv som skiller mellom det høye eller høyverdige og det lave”. I den vestlige kulturen som skriver fra venstre mot høyre, ”leser” man den venstre siden av skjermen først, og deretter den høyre. Det betyr at den informasjon som regnes for gitt, plasseres til venstre, mens ny informasjon som bygger på dette, plasseres til høyre. Gericadesignet bruker denne logikken ved at brukeren logger seg inn på venstre side av skjermen, mens på høyre side av skjermbildet er det åpne, hvite avgrensede rektangulære felt for *situasjon* (øverst), så *mål* og *tiltak*. Disse ”avgrensede” rektangulære rommene kan i seg selv skape begrensninger for pleiernes språkbruk, i alle fall de av pleierne som ikke er vant til slike typer visuelle, tilsynelatende begrensede rom i en computer som ”utvider seg i takt med teksten som skrives”. Helt i bunnen av høyre siden er det rom for journal og rapport; noe som da er i tråd med at her skal det reelle skrives. Og det er her flesteparten av pleierne skriver. Menylinjen i øvre del av bildet presenterer de overordnede navigeringsmulighetene, den ”ideelle” helheten i skjermtekstens meningspotensiale. I GERICA er det mange muligheter i menylinjen øverst, men pleierne bruker foreløpig bare et fåtall av disse ikonene. Under denne menylinjen er tiltaksplanen markert på venstre side av bildet, og rett under denne tittelen skal brukeren logge seg inn med egen identifikasjon. I nedre del av skjermbildet på høyre side finner man orienteringsverktøy for det konkrete emnet man arbeider med i øyeblikket. I GERICA finner man her orientering for dag, tid og navn på systemansvarlig.

Kress og van Leeuwen tar utgangspunkt i eksempler fra trykksaker, og en må anta at skjermdesign vil utvikle seg etter hvert som flere audiovisuelle medier spiller sammen og det er ikke lenger så selvsagt at det er trykksaker som vil dominere leseretningen. Seip Tønnessen trekker inn muligheten for en alternativ måte å orientere seg på i en flate der en innfører et skille mellom sentrum og periferi. Sentrum oppleves da som en kjerne som alt det som plasseres marginalt leses i forhold til. Konvensjonene for hvordan vi leser en flate er altså under stadig utvikling, og det er mye som tyder på at de visuelle kodene er i ferd med å spille en sterkere regulerende rolle i vår kultur, Kress og van Leeuwen sier at

... there is a role distribution among the different semiotics, a role distribution in which some semiotics are given a great deal of social power, but at the price of being subjected to greater institutional (and technological) control, while others are allowed relative freedom from control, but pay for this with diminished power. Today, we seem to move towards a decrease of control over language (e.g. the

greater variety of accents allowed on the public media, the increasing problems in enforcing normative spelling), and towards an increase in codification and control over the visual (e.g. the use of image banks from which ready-made images can be drawn for the construction of visual texts, and generally, the effect of computer imaging technology (Kress & van Leeuwen 1996:26).

I forlengelse av dette sitatet kan en forstå at konstruksjonen av skjermbilder i Gerica har innflytelse over det som pleierne skriver og leser. Pleiernes tekster om bruken og opplevelsen av Gerica er på noen områder ganske like, noe som kan kobles opp til designet og føringene i programmet. Men pleiernes beskrivelser og opplevelser av computeren og programmet er også forskjellige, og det kan til en viss grad relateres til funksjonen pleierne har i avdelingen.

Men før vi går videre passer det å stoppe opp og ta et lite blikk på andre kontekster som også er med på å legge føringer på pleiernes skriftspråk.

Legens rolle i skriftlig dokumentasjon

Det er viktig å presisere at det er legen som har hovedansvaret for at legejournal skal føres på hver pasient, selv om det i denne sjukehjemsavdelingen nå er avdelingsleder som har overordnet ansvar for pasientjournalene. Pasientjournalene inneholder legejournal, terapeutjournaler og sjukepleiejournaler, og meningen er at de skal følge med pasientene i systemet.

Aaslestad har i *Pasienten som tekst* sett på fortellerrollen i psykiatriske journaler ved Gaustad i tidsrommet 1890 til 1990, og han er overrasket over at ikke språket i seg selv får mer oppmerksomhet både fra legehold og språkforskere (Aaslestad 1997:194). Aaslestads undersøkelse av journalene fra Gaustad over et tidsrom på hundre år, viser at de som skriver journalen er forbausende lojale med hensyn til hva som til enhver tid kan oppfattes som samfunnets rådende, konserverende ideologi. Han er i sin undersøkelse opptatt av hvordan legejournaler ivaretar pasientens stemme, og viser til en rekke internasjonale artikler der det er et gjennomgående trekk at

...dagens journaler ofte bruker en degraderende terminologi, de oppmuntrer til hastige kategoriseringer og ekskluderer ofte pasientens stemme.....Artikkelforfatterne argumenterer for at man må restituere pasienten som en "kulturell tekst" og løsrive han fra forestillingen om en "biokjemisk kropp" (Aaslestad 1996:196).

Legene er medisinsk- faglig ansvarlig i sjukehjemmene, og de har autoritet og stor makt til å legge lesten for språkbruk og oppmerksomhet rundt pasientene. Thornquist påpeker at fysioterapeuter, psykologer og leger har ulike fokus og språkbruk om pasientene. Hun hevder at et fellestrekk ved legenes journaler er at de er preget av en tradisjonell biomedisinsk forståelsesramme der oppmerksomheten rettes mot det lokale og avgrensede, og der pasienten forteller og legen behandler spesifikke problemer og ivaretar objektiv kunnskap (Thornquist 2003:223). Fellestrekk ved psykologenes og fysioterapeutenes epikriser⁶ er at pasientenes erfaringer og oppfatninger tillegges stor vekt, og at det tenkes i sammenhenger mellom kropp, liv og opplevelser. En viktig del av sjukepleiernes funksjon i denne avdelingen er å være legens assistent. I det spinkle skriftlige materialet jeg hadde tilgang til, er det en hovedtendens at sjukepleierne skriver om avgrensede og lokaliserbare fenomener - noe en også kan si at layouten i Gerica oppmuntrer til.

Oppsummering så langt, og veien videre

Så langt har vi beskjeftiget oss med noen av særtrekkene ved muntlige og skriftlige språksituasjoner i avdelingen. Som vi ser er det noen hovedforskjeller mellom disse to mediene og kontekstene de opererer i. Dessuten begynner vi å ane at makt og innflytelse er ulikt fordelt blant pleierne, og dette er blitt et tema som gjennomsyrrer hele oppgava. Som tidligere nevnt, så tar ikke pasientene direkte del i denne undersøkelsen, men pleierne er i avdelingen for å gi pleie og omsorg til gamle, syke, hjelpetrengende mennesker. Ved å se på pleiernes språkbruk kan en kanskje få et lite inntrykk av hvordan de gamle pasientene kan ha det. I det som følger forsøker jeg å forstå mangfoldet i pleiernes tekster ved å se på kontekster både utenfor sjukehjemmet og i sjukehjemsavdelingen som kan tenkes å ha innvirkning på pleiernes ytringer.

SJUKEHJEMMETS KOMPLEKSITET

Leg og lærds forestillinger om sjukehjem

Det er sterke forestillinger i samfunnet om at eldre i sjukehjem er syke, hjelpetrengende, ensomme og avhengige. Eldreomsorg og sjukehjemsinstitusjoner har de siste tiårene stadig vært gjenstand for debatt i media, der det i hovedsak fokuseres på for lave bevilgninger, og på

⁶ Epikrise kan forstås som sluttrapport om pasienten.

for få pleiere. Dette medvirker til at gamle, syke mennesker ikke får den pleie- og omsorg som de har krav på. Flere av fagforbundene er bekymret over at arbeidsbyrdene er blitt større i sjukehem ved at pasientene er blitt eldre og skrøpeligere enn før, og at det ikke er nok kvalifiserte pleiere. En Sintef rapport viser at eldre i sjukehem har i gjennomsnitt 3,9 aktive diagnoser som er under behandling (Hofseth og Norvoll 2003). Rapporten framhever at denne kompleksiteten i pasientenes tilstand krever omfattende sjukepleie og medisinsk behandling, og den påpeker bl.a. at det er svikt innen ernæring, ivaretagelse av sosiale og psykiske behov og smertelindring. Den konkluderer med at svikten skyldes tidspress, for høy andel ufaglærte, lav grunnbemanning generelt og sjukepleiebemanning spesielt.

Sjukehjemmene har i dag mange funksjoner, og blant folk flest er ikke konnotasjonene til sjukehem entydig negative. I dag har ikke pasientene i en somatisk sjukehjemsavdeling et reelt valg om de skal flytte inn eller ikke; de fleste som kommer dit, er så syke og gamle at de trenger hjelp til å ta vare på seg selv. Noen av dem var kanskje ensomme og medtatte før de kom til sjukehemmet, og er takknemlige for å være der, og noen av disse kan rett og slett blomstre opp når de kommer i sjukehem for da føler de seg trygge og ivaretatt og får dekt noen sosiale behov. Men bildet er motsetningsfylt. En del gamle mennesker som kommer i sjukehem assosierer det med "venteplassen" og "dødens forgård". Hillestad skriver i sin hovedoppgave i sosialantropologi, at av hennes trettifire informanter fra to forskjellige sjukehem så var det bare ei kvinne som synes det var bedre å være i sjukehemmet enn å være hjemme (Hillestad 2000:93). Den samme tvetydigheten i assosiasjoner rundt sjukehem kommer også fram blant pårørendes oppfattelser; noen synes det er dårlig omsorg og oppfølging av sine pårørende i sjukehemmet, mens andre gir ros og er takknemlige for den avlastningen, omsorgen, oppfølgingen og pleien som blir gitt. Dette mangfoldet i folks erfaringer kommer lite fram i medienes og også fagorganisasjonenes hovedsakelige negative stempling.

Pleierne som lever både i og utenfor sjukehemmet, og drar med seg erfaringer og tanker fra mange arenaer inn i arbeidet sitt, må forholde seg til tvetydige oppfattelser av det arbeidet de gjør. En kan høre at "det er godt at det er noen som vil arbeide der". På den ene siden gir altså arbeidet liten prestisje, på den andre siden gir det nettopp prestisje at pleierne orker dette arbeidet. I pleiernes tekster i denne undersøkelsen kommer det fram gode historier og en

gjensidighet og varme mellom pleierne og pasientene som lett kan bli oversett og bli holdt taust i de ulike diskursene som får spalteplass i offentligheten.

Goffmans metafor ”den totale institusjon har lagt grunnlaget for mye av den forskningen som senere er gjort om ulike typer institusjoner, blant annet også sjukehjem. Han definerer den totale institusjon som

..et opholds- og arbeidssted, hvor et større antal ligestillede individer, sammen fører en indelukket, formelt administrert tilværelse, afskåret fra samfundet udenfor, i en lengre periode (Goffman 1967:9).

I pleiernes tekster er det ikke mye som leder tanken mot forestillingen om den totale institusjon, derimot er det mange assosiasjoner til ”hjem”. Dette kan ha sammenheng med at de tar utgangspunkt i seg selv når de snakker, og at de ikke er i avdelingen hele tiden, men kommer fra og går til samfunnet og sine egne hjem mellom hver ”vakt”. Dessuten kan vaktrommet der flestparten av de muntlige og skriftlige situasjonene foregår, romme hjemlige assosiasjoner. Når jeg likevel velger å ta med dette symbolet, er det fordi sjukehjemmet som organisasjon bærer i seg kjennetegn fra den totale institusjon. Foucault er i *Overvåkning og straff* bl.a. opptatt av disiplin, makt og kontroll innenfor totale institusjoner (Foucault 1977,1994). Sjukehjemsavdelingens fysiske utforming er kanskje det symbolet som sterkest kommuniserer forestillinger om den totale institusjon, der mennesker blir disiplinerte gjennom romlige inndelinger og overvåkninger. De gamle pasientene har hvert sitt rom og hver sin plassering i avdelingen. Vaktrommet har et glassvindu ut mot korridoren som gjør det mulig for pleierne å overvåke noen av pasientene i korridoren. Dessuten er rutiner og strukturer med på å ordne og standardisere livet i avdelingen slik at mangfoldet gis en orden.

Pleierne i sjukehjemsavdelingen

Alle pleierne er kledd i hvite uniformer og ser ”like ut”, men det er forskjeller på dem i forhold til formell kompetanse, posisjon og funksjon. Det er, som tidligere nevnt, assistenter, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sjukepleiere som utgjør pleiegruppa, og de er alle kvinner. I forsøket på å forstå og tolke pleiernes språkbruk, er det nødvendig å se på pleiernes arbeidskontekster som jeg antar er et hovedreferansepunkt for språkbruken deres.

Sjukepleiernes arbeidsområder

Sjukepleiernes arbeid er både medisinsk- faglig og sjukepleiefaglig, mens hjelpepleiernes og assistentenes arbeid i hovedsak er direkte pleieretta. De medisinsk- faglige oppgavene er i hovedsak assistentfunksjon til legen, og sammen med alle de andre oppgavene i avdelingen, kan de medvirke til at sjukepleiernes arbeid blir fragmentarisk ”i og med at de har helhetsansvar i avdelingen” (Vike 2002:177). Et utsagn fra en hjelpepleier som forskerne i *Maktens samvittighet* refererer til, kan illustrere noe av sjukepleiernes dilemma:

”Sjukepleierne kan aldri gi fra seg ansvaret og ”slappe av”....men en hjelpepleier kan strekke seg” (Vike 2002:178). Utsagnet å *strekke seg* impliserer muligheten og fleksibiliteten som hjelpepleierne har til å sette grenser for seg selv ved at de også kan velge å trekke seg i noen situasjoner (Vike 2002:179). Til tross for sjukepleiernes arbeidsbyrde, er ofte deres arbeid og ansvarsområder lite synlige både for pasientene og de andre pleierne, og dette kan bidra til å skape en opplevelse hos sjukepleierne om at de kommer til kort. Dessuten viser undersøkelser at arbeid hos pasientene gir størst legitimitet hos både sjukepleiere og hjelpepleiere, men sjukepleierne får ikke tid til det i samme grad som hjelpepleierne og assistentene (Bakken2001).

Geriatrien og gerontologien⁷ er nedprioriterte områder i helsevesenet innenfor legeprofesjonene og også tildels blant sjukepleiere som ønsker seg mer spennende og utfordrende oppgaver. Eldres sjukdommer og multidiagnoser utgjør et komplekst arbeidsfelt for både leger og sjukepleiere, som ikke er synlig i form av resultater; tvert imot er de vedlikeholdsområder som bare er en utgiftspost for samfunnet. Eldres sjukdomsbilder er komplisert, men legedekningen er dårlig. Legen er bare i denne avdelingen noen timer to dager i uka, og det betyr at det ofte er sjukepleierne som må ta ansvar for å prioritere ”rett” og styre blikket hans/ hennes, noe som egentlig noen ganger er utenfor sjukepleiernes kompetanseområde. I tillegg skal sjukepleierne ha oversikten og ansvaret for at pleien til hver enkelt pasient blir ivaretatt på best mulig måte. Dessuten har sjukepleielederne personalansvar med alt det fører med seg, og innimellom skal de også pleie noen pasienter, akkurat som de andre pleierne gjør. Denne siste oppgava kan på en måte sies å være med på å opprettholde og reproducere konstruksjonen av forestilt likhet blant pleierne i avdelingen.

⁷ Geriatri er læren om Eldres sjukdommer. Gerontologi er læren om normal aldring.

Sjukepleierne er også de som vanligvis leder de muntlige og skriftlige rapport situasjonene, og det er ikke uproblematisk i forhold til de andre pleierne, for de kan oppleve at den sjukepleieren som leder eller *gir* rapport, har vært lite hos pasientene (Vike 2002:178). Ordet ”gir”, som en av informantene i *Maktens samvittighet* bruker, er interessant for det åpner for assosiasjoner som enetale, og det stenger på en måte for dialog og medvirkning under rapportene. Og dette samsvarer ikke med dialogen og samarbeidet som noen av hjelpepleierne i denne undersøkelsen trekker fram som ekstra verdifulle aspekter ved de muntlige rapport situasjonene. Rapporten mellom dagvaktene og ettermiddagsvaktene varer en halv time og i løpet av denne tiden skal de ta for seg nitten pasienter. Dersom det er lenge siden noen av ettermiddagsvaktene har vært på jobb og de trenger oppdatering, kan rapporten oppleves veldig forskjellig for de pleierne som allerede har oversikten og for dem som har vært lenge borte. Det er viktig å understreke at det er forskjeller i arbeidsoppgaver mellom de sjukepleierne som ikke er ledere i avdelingen og de som er ledere. Lederne tar i mindre grad del i den daglige pleien.

En av sjukepleierne i denne undersøkelsen arbeidet tidligere som assistent før hun fikk godkjenning som sjukepleier. Hun sier klart at det er tøffere å arbeide som sjukepleier for da har en alle de andre tilleggsoppgavene. Ut fra det som er tatt opp her forstår vi at sjukepleierne har et vidt og krevende arbeidsfelt der de ”oversvømmes” (Vike 2002) av oppgaver som kan gjøre det vanskelig for dem å sette grenser.

Hjelpepleiernes og assistentenes arbeidsområder

Stort sett har hjelpepleierne og assistentene vanligvis ansvaret for sine faste fire eller fem pasienter når de er på dagvakt. Ansvar her betyr å hjelpe pasientene med å ivareta basale kroppsfunksjoner, og å sørge for at pasientene bl.a. får komme til tannlege, frisør og fotpleier regelmessig. I tillegg sier pleierne ifra til pårørende dersom pasienten trenger toalettartikler eller klær. Dersom ikke pårørende tar seg av disse oppgavene, er det pleierne selv som noen ganger på fritida skaffer tilveie det pasienten har bruk for. På ettermiddagsvakter og helgevakter endrer dette bildet seg ved at pleierne har flere pasienter å forholde seg til. Dette skaper et behov hos pleierne for å få overblikk over alle pasientene i avdelingen, og flere pleiere er inne på at den muntlige rapporten mellom dagvaktene og ettermiddagsvaktene, i

tillegg til formiddagsrapporten, er viktig for å få oversikt over alle pasientene. Siden hjelpepleierne er fagutdannede, kan de også ta noen medisinsk- faglige oppgaver som de da får delegert fra sjukepleier eller lege. Men de har vanligvis ikke ansvaret for helheten, men "sine" pasienter dersom de da ikke har "ansvarsvakter" fordi det ikke er sjukepleier i avdelingen. Det hender at hjelpepleierne har ansvarsvakter på ettermiddagene og helgene. Da har de ansvar for medisinen og "helheten", og viss noe oppstår, så kontakter de sjukepleier som har bakvakt og diskuterer og vurderer sammen med vedkommende om lege skal tilkalles. Dessuten har de da også ansvar for å tilkalle familien viss noe skjer. I denne avdelingen er det faste hjelpepleiere som har disse ansvarsvaktene, og de vet når de skal ha dem. Noen av disse hjelpepleierne gir uttrykk for at de trenger mer kunnskap om sykdommer generelt og eldres sykdommer spesielt. Men ingen av dem snakker om at de opplever disse ansvarsvaktene negativt, det virker som de bare gjør det fordi det må gjøres. I tillegg har noen av hjelpepleierne såkalte ekstraoppgaver som "superbruker" og "brukerstøtte" (s.47) i forbindelse med computerbruk i avdelingen, og en av hjelpepleierne leder en gruppe pleiere som er opptatt av å bli flinkere til å takle vanskelig atferd hos pasientene. Denne hjelpepleieren får selv regelmessig, ekstern veiledning av psykiatrisk sjukepleier.

Assistentene tar seg av pleieoppgaver og de får ikke delegert medisinske oppgaver. Men de har, sammen med hjelpepleierne, ansvaret for synlige oppgaver som å holde orden i lintøyrommet og å holde skyllerommet rent og ryddig. En av hjelpepleierne som tidligere var assistent sier at forskjellen mellom assistenter og hjelpepleiere er at hjelpepleierne har litt mer ansvar med medisiner og det å ta avgjørelser. Hun trives med å være hjelpepleier for det er litt mer utfordrende enn å være assistent.

Det kan virke som arbeid i sjukehjem er lavstatus blant sjukepleiere og også blant en del hjelpepleiere, og en kan høre noen av dem si at "vi vil heller arbeide med andre ting". Men pleiernes tekster i denne undersøkelsen viser også andre sider.

Å stille sine liv til rådighet for andre

Mange av pleierne snakker om at de trives, og at de er glade for å arbeide og være del av fellesskapet; de opplever det trygt og meningsfylt å være sammen i avdelingen. Bakken er

opptatt av at et typisk trekk ved kvinnelige sjukepleiere er å stille sine liv til rådighet for de (n) andre ved å gi pleie og omsorg til gamle, syke mennesker. Dette kan ses i sammenheng med Korbøls (Ve 1982:423,424) analyse av kvinnekulturen i Televerket som bl.a. kom fram til at kvinners tillærte altruisme tjener andre, men ikke dem selv

I Televerket har kvinnekulturen i mange år på en måte vært innkapslet i bedriftens teknisk –økonomiske verdisystem. Så lenge der var bruk for dem, kunne kvinnene eksistere på sine egne premisser i en slags havn av trygghet. Det utviklet seg egne måter å definere service og samarbeid på, med utgangspunkt i egne verdier og solidaritet. Dette tjente bedriften så vel som abonnentene. Men tjente det kvinnene selv? (Ve 1982:423)

Ve trekker i artikkelen *Kvinnefelleskap og relasjonslogikk. Om altruisme som samhandlingspremiss* (Ve 1982) fram at i forbindelse med kvinnes altruisme så innebærer det at ”de andre” ikke vil ha interesse av at kvinner endrer sine samhandlingsstrategier. Selv om Televerkets kvinnekultur som beskrives her, forlengst er borte, er det noen likhetspunkter mellom sjukehjemsavdelingen og Televerkets kvinnekultur. Flere pleiere gir uttrykk for at de stiller opp for hverandre og hjelper hverandre når det behøves. Som tidligere nevnt er fellesskapet i avdelingen kjennetegnet av samvær-fellesskap og ikke handlings-fellesskap. Sjukepleierne gir ikke på samme måte åpenlyst uttrykk for at de er i et ”venninn-fellesskap”. På et nivå er de individualistene som er mer opptatt av pasientene og at ting skal fungere best mulig for flest mulig, men på et annet nivå setter også de stor pris på de uformelle fellesskapene.

Gjennom altruistiske samhandlingsstrategier bidrar pleierne til å reproducere ”lønnsomme”, arbeidsmønstre der et hovedtrekk er at kvinnene ”strekker seg” i travle tider, noe som verken tjener dem selv eller pasientene. Slike kvinnefelleskap bidrar i en viss forstand til å usynliggjøre seg selv ved å unngå konflikter og konfrontasjoner (Holter1982:27). Ve påpeker at både kvinner og menn kan lære å samhandle med denne type altruisme som premiss dersom arbeidsdelingen mellom kjønnene blir annerledes. Dessuten trekker hun fram at en bør forsøke å endre samfunnsstrukturer som tillater noen mennesker å bruke andre mennesker som midler (Ve 1982:424). Det er hjelpepleierne som tydeligst snakker om å ” stille opp for hverandre” i travle tider, men også i de andre pleiegruppene ligger altruistiske samhandlingsstrategier som implisitt verdi.

Pleierne arbeider i en somatisk sjukehjemsavdeling, og denne metaforen gir mange assosiasjoner.

Sjukehem og somatisk sjukehjemsavdeling som metafor og symbol

Omsorg, hjem og kjønn

Pleiernes arbeid består av og assosieres med omsorg, og dette ordet kan forstås som et verdiladet og mangetydig symbol som både utføres i privatsfæren og i den offentlige sfæren, som for eksempel i en sjukehjemsavdeling. Dette begrepet har langsomt og umerkelig over tid fått flere betydninger og /eller skiftet betydning. Før velferdsstatens utvikling var omsorg i hovedsak forbeholdt hjemmets sfære. Begrepsparet omsorg/hjem var tydelig. Særlig etter velferdsstatens framvekst har omsorg blitt ivaretatt både i den offentlige og private sfære. Ofte assosieres den private omsorgen med ulønnet, uformelt og ufaglært arbeid, mens den offentlige omsorgen assosieres med lønnet, formell og profesjonelt arbeid. Men omsorg må ikke ses isolert fra ”sjukehem”. Gullestad trekker i *Kultur og hverdagsliv* fram at hjemmet har fått større betydning i en ellers fragmentert og uoversiktlig verden, som et sted hvor person/er og familie samler seg og integrerer de andre mer fragmenterte aktivitetene de deltar i (Gullestad 1989:177). I like stor grad kan en vel si i dag at en del mennesker opplever at ensomhet og fragmentering også er i hjemmet, og at mennesker søker til ”hjemmerstatninger”, der mennesker er sammen og opptatt av å skape sammenhenger og mening i tilværelsen. Bakken trekker fram at det mulige underskudd på de daglige innvielsesritualer som vaner, rutiner og regimer i dagens samfunn åpner opp for regresjonsmekanismer der det er interesse for å vende tilbake til tidligere selvtilstander. Og han hevder at omsorgsbaserte yrker med kjønnskulturelle forventninger om en tradisjonell kvinnelighet kan representere en slik arena (Bakken 2001:205). I denne sammenhengen kan sjukehjemsavdelingen representere en ”hjemmerstatning” ved at pleierne er sammen i et ordnet og stort sett forutsigbart sted. Et av sitatene innledningsvis kan ses i lys av denne forståelsen.

Solheim er også opptatt av forbindelsen mellom kvinnen og huset, og hevder at det kvinnelige husarbeidet utgjør selve grunnlaget for våre forestillinger om arbeidsdeling mellom kjønnene, og hun sier at

Selv i feministiske kretser finnes det ofte en enighet om at denne sammenheng utgjør noe helt grunnleggende og spesielt, en fundamental struktur som ikke står på valg, men som danner et eksklusivt kvinnelig domene – hvor menn kan ønskes velkommen for å dele på oppgavene, men aldri for å ta det fulle ansvar (Solheim 1998:30).

Solheim understreker at forbindelsen mellom kvinnen og huset er et nøkkelsymbol og henviser til Ortner og kaller forbindelsen en paradigmatisk meningssammenheng som strukturerer vårt kulturelle kjønnsunivers. Sjukehuset har mye av "huset" i seg, og kan forstås som kvinnenes domene på tvers av klasser. Bakken hevder, med referanse til Rask Eriksen, at et grunntrekk ved å stille sitt liv til rådighet for de (n) andre er klasseuavhengig og at dette grunntrekket henger nøye sammen med den klasseuavhengige arbeids - differensiering mellom kjønnene (Bakken 2001:69).

Hittil har i hovedsak omsorg, hjem og kjønn blitt koblet, men i tillegg er det nødvendig for mangfoldet av assosiasjoner at en ser at "sjukehus" består av to ord, "sjuke" og "hjem".

Somatisk sjuke – hjem – avdeling

Historisk kan en vel også si at før velferdsstatens framvekst så ble de fleste sjuke stelt og sett etter i hjemmet, og det er fortsatt hjemme en oppholder seg når en er sjuk, dersom en da ikke er så alvorlig sjuk at en må på sjukehus. Derfor er det ikke nødvendigvis noe brudd mellom "sjuke" og "hjem", men dette forandres når en kobler "avdeling" til og i enda sterkere grad dersom en føyer til "somatisk". Ved begrepet "somatisk sjukehjemsavdeling" får en umiddelbare assosiasjoner til sjukehus og behandling av kropper. Descartes' skille mellom kropp og sjel har festet seg i vestlig medisinsk tenkemåte og mennesket deles opp i psyke og soma, dvs. en kroppslig del og en psykisk/sjelelig del. Organiseringen av helsetjenesten i en somatisk og en psykiatrisk del er blitt en "selvsagt" måte for mange av oss å tenke om mennesker på, der sjukdom betraktes som et avgrenset og lokalisert fenomen. Kanskje metaforen "somatisk" medvirker til at pleiernes handlinger og fokus rundt pleien av de gamle pasientene er rettet mot fysiske kropper? I denne forbindelsen er det tankevekkende at avdelingsleder, som bare har vært i avdelingen i et halvt år, påpeker at pleierne er flinke til å ivareta den fysiske pleien, men ikke så flinke til å ivareta "det sosiale" rundt pasientene. Men her er det sannsynlig at også andre kontekster spiller med som for eksempel Gericadesignet som "deler" opp mennesket i fire deler/kategorier.

Avdelingens fysiske utforming

Sjukehjem gir også mange andre assosiasjoner. Sjukehjemmet er både hjem og behandlingssted for gamle mennesker, og i tillegg er det arbeidsplass for ulike mennesker som har forskjellige yrker. Sjukehjemsavdelingen som er med i denne undersøkelsen, er del av en stor institusjonspreget bygning med mange funksjoner. Mange sjukehjem ser ut som, og har rutiner og strukturer, som sjukehus, og det gjelder for denne avdelingen. Det er totalt nitten pasientrom fordelt på hver side av en lang, smal korridor. I denne korridoren står det ofte hjelpemidler som heiser og tøytralle som mange av pleierne bruker utover formiddagen i stellet. Det er en stor, institusjonspreget dagligstue ved siden av vaktrommet, og der sitter det ofte pasienter; noen pasienter spiser der under måltidene, og også andre aktiviteter forgår der. Pasientene har sine egne rom med noen private eiendeler, men når de går ut av rommene sine, kommer de inn i disse ”institusjonspregede ” omgivelsene. I følge Østerberg (Augestad 1999:58,59) danner materiellstrukturene

de omgivelser vi vokser opp i og lever vårt liv. Det er ved å bruke dem at våre ferdigheter utvikles, at vår tankeevne utformes i bestemte retninger, at vår sansevne og følsomhet tilsvarende preges på særskilte måter.

Det fysiske miljøet i sjukehjemsavdelingen er med på å forme pleiernes og pasientenes erfaringer ved å peke mot bestemte bruksmåter og samværformer. I følge Augestad kan de fysiske omgivelsene oppfattes som en meningskommuniserende tredje part i rommet, en taus aktør som stiller forventninger til deltagerens handlinger og samhandlinger.

Pleierne og vaktrommet

Mesteparten av den formelle språkbruken foregår i vaktrommet. Dette rommet er pleiernes rom, der verken pasienter eller pårørende går inn uten at de på forhånd tilkjennegir at de ønsker det og får tillatelse til det. Vaktrommet i denne avdelingen har et hjemlig preg, samtidig som det har et klart institusjonspreg, med for eksempel et stort glassvindu mot korridoren. Vaktrommet bærer i seg tvetydig og flertydig mening, og påvirker pleiernes språkbruk og samhandling, samtidig som en må anta at pleierne også påvirker dette rommet. Hvem er det som har gitt dette rommet et hjemlig preg? Kanskje er det pleierne selv som har

pusset opp, malt og sydd gardiner og kjøpt inn møbler nettopp med ønske om å gjøre det trivelig og hjemlig for seg selv? Men ”hjemligheten” i sjukehjemmene har vært en intendert ideologi for pasientene i politisk språkbruk lenge.

Ordet ”vakt” rommer en dobbelthet; en kan vokte på dokumenter/computer, og pasienter, og en kan hjelpe og være tilgjengelig for de som bor der. Denne flertydigheten i mening kan illustreres på den ene siden ved at begrepet ”vaktrommet” i kombinasjon med det store glassvinduet ut mot korridoren kan gi assosiasjoner til Benthams og Foucaults utlegninger om panoptikon og overvåkning (Foucault 1977,1994, Smith 2002), samtidig som innredning og farger og hele atmosfæren i rommet gir assosiasjoner til hjem. Og det er i dette rommet at de muntlige og skriftlige rapportene foregår. Det er to computere på vaktrommet, den ene er plassert ved døren med skjermen mot glassvinduet slik at den som sitter og skriver også kan følge med på de som kommer og går på vaktrommet og ute i korridoren. Den andre er plassert lenger inne i rommet med skjermen mot veggen slik at den som skriver sitter med ryggen til glassvinduet og vaktrommet. Det er interessant at ingen av pleierne nevner denne computeren når de skriver rapport, for på en måte kan en anta at det er denne computeren som vil gi best arbeidsro under skrivinga.

Selv om computere er blitt ”allemannseie” og brukt både hjemme og ute i samfunnet, ser de to computerne på vaktrommet ut som ”lukkede bokser med skjerm”. Hver enkelt pleier skal skrive dokumentasjon på denne ”boksen”. Typisk for denne skrivesituasjonen er at det er en individuell aktivitet, som kan assosieres med selvstendighet og uavhengighet. Arbeid ved computeren blir av mange vurdert som en altopplukende aktivitet. Lie, som har forsket på forholdet mellom mennesker og teknologi siden syttitallet, hevder i *Computer Dialogues. Technology, gender and change* at når en er ved datamaskinen så er en ikke tilgjengelig (Lie 1998:219). Denne stillesittende aktiviteten er veldig forskjellig fra pleiernes kroppsarbeid der de mesteparten av tida må være tilgjengelige for pasientene og hverandre.

Pleierne er ”ute i avdelingen” mesteparten av tida. Hvorfor er ”ute” så vanlig å bruke? Det kan gi assosiasjoner til at de er inne i ”hjemmet” når de er på vaktrommet, og at de går ut i andre omgivelser når de går ”hjemmefra”. Språket lager en grense, en slags overgang fra det ene rommet til alle de andre rommene i avdelingen. Og hvilke konsekvenser kan disse

assosiasjonene og meningene skape for pleierne og pleien som gis i interaksjon med pasientene? Kanskje kan en konsekvens være at det for noen av pleierne er trygt og godt å være inne på vaktrommet når arbeidet ute i avdelingen blir for tøft? Computeren kan på en måte legitimere at pleierne er inne på vaktrommet mer enn før, for alle må jo skrive. Sjukehjemmenes hjemlige preg var i utgangspunktet artikulert for pasientene; det er for dem at hjemligheten skal ivaretas. Men ”ute” i avdelingen er det en lang korridor med pasientrom på hver side. Korridoren gir assosiasjoner til sjukehus og behandling av sjuke mennesker, og heller ikke dagligstuen for pasientene gir mange assosiasjoner til hjem.

Det særegne med de fleste eldre i denne avdelingen, er at de bor her til de dør. Noen av pasientene kan bo her i flere år, mens andre bare er her en kort stund. På den ene siden skal sjukehjemmet være som et hjem for pasientene, på den andre siden har eldre i sjukehjem blitt eldre og skrøpeligere enn før; de har mange diagnoser og et komplisert sjukdomsbilde. En av sjukepleierne snakker om pasientenes multidiagnoser. Ellers er det et fåtall av de andre pleierne som snakker om de eldre i medisinsk fagspråk; de snakker om de eldre heller i et dagligdags språk.

Strukturer og rutiner

Rutiner og strukturer med på å ivareta bestemte oppgaver i avdelingen, men de er også i seg selv meningsbærende og tause aktører (Martinsen 2003:159). Og i denne avdelingen er det faste strukturer og rutiner som er med på å styre det som skjer gjennom døgnet. Dette gir pleierne i stor grad forutsigbarhet og faste vaner i arbeidet sitt. Vaner kan oppfattes som reaksjons- og handlingsmønstre som tillegnes i vekselvirkning mellom individuelle utspill og sosial kontroll. I følge Berger og Luckman gir vanedannelse en psykologisk gevinst fordi valgene innsnevres og dette frigjør individene fra byrden av alle avgjørelser som må tas (Berger og Luckman 1966,2000:69). En institusjonell verden oppfattes som en objektiv virkelighet, og i det ligger at en lettere godtar strukturer som er der, for eksempel sparer rutiner tid og krefter, men baksiden av medaljen er at ting ”tas for gitt” og at ”slik er det bare”. Det er spesielt en hjelpepleier som har vært i denne avdelingen i et halvt år og som tidligere har arbeidet i mindre boenheter, som er litt frustrert over rutinenes makt i denne avdelingen. En annen hjelpepleier sier hun ”jobbar for rutinene, kan du si”. En tredje

hjelpepleier trekker spesielt fram farene ved å stivne i rutiner og kjedsomhet innenfor sjukehjemsstrukturene, og snakker slik om arbeidet sitt:

...og så syns jeg var dag enna om du har samma gruppe, samma pasienter, så vet du aldri hva som ska skje når du kommer inn på rommet den dagen, asså det er en utfordring Det er litt som ja jeg syns at å se det liksom, ja ikke er bare samma og samma. Og så er det litt ut fra hvordan du gjør det sjøl også, asså hva du vil gi av deg sjøl og ja.

Vanedannelse gir en stabil bakgrunn som ved behov kan åpne opp for at nytenkning og overveielser kan komme i forgrunnen (Berger og Luckman 2000:69). Det virker som hjelpepleieren i sitatet ovenfor er fleksibel og kreativ til å tenke nytt i rutinesituasjoner, for en vet aldri hva som ”møter en innafor døra”. Andre pleiere derimot virker litt lamme av rutinene, og det kan bl.a. komme av at assosiasjonene rutiner gir for dem i stor grad er umiddelbart negative.⁸

Imidlertid er det også andre kontekster som legger sterke føringer på språkbruken blant pleierne i avdelingen.

Sjukehjemmet som organisasjon

På 1990 tallet fikk organisasjonsmodellen New Public Management (NPM) gjennomslagskraft i helse- og omsorgstjenestene og den offentlige forvaltning generelt. Disse nye tenkemåtene og arbeidsredskapene som NPM innebærer, tar sikte på å øke effektiviteten i den offentlige tjenesteproduksjonen. I følge Vike og andre forskere kan NPM forstås i lys av ønsket om å yte bedre tjenester for mindre penger (Vike 2002:76) Det er en modell som henter inspirasjon fra markedet og den private sektor, og legger en rekke styrende føringer på omsorgssektoren (Christensen 2003:31). I omsorgstjenestene har denne ideologien bidratt til at dokumentasjon, kvalitetssikring, konkurranse og rettsikkerhet, særlig for pasientene eller tjenestemottagerne blir vektlagt i større grad enn tidligere. I tillegg ligger det innebygd ideer om dehierarkisering via større ansvarliggjørelse av den enkelte arbeider i forhold til det arbeidet som utføres. Innføringen av Gericas og tiltaksplaner i denne avdelingen og dette sjukehjemmet kan ses som resultat av NPM ideologien.

⁸ Utsagn og erfaringer fra hjelpepleierelever i videregående skole viser at mange av dem synes det er kjedelig å arbeide i sjukehjem. Flere elever har sagt at de gamle pasientene ”bare sitter der”, og elevene føler ikke at de får gjort så mye for alt er så styrt av rutiner.

Sjukehemmet som kjønna organisasjon

Undersøkelser som er gjort i pleie- og omsorgssektoren viser at det kan virke som det er sterke essensialistiske oppfatninger av kjønn. Dette synes å sammenfalle med Solheim som også er opptatt av den ”naturgitte” opposisjonen som synes å være mellom kjønnene i moderne kultur, og hun hevder at de sosiale differensieringsmekanismene som finnes i tillegg i siste instans hviler på forestillingen om en naturgitt opposisjon mellom kjønnete kropper

I moderne kultur blir vi nettopp ”født” som kjønn – hos oss er anatomi i en viss forstand skjebne – som symbolsk realitet....Det kan synes som denne kroppsfundamentalisme ikke lar seg påvirke av at vi muligens er på full fart inn et ”post-moderne” meningsunivers, hvor nettopp forskjellenes relativitet og stadig vekslende bevegelse gjerne framholdes som et hovedkjennetegn (Solheim 1998:23).

På bakgrunn av feltarbeid i en kommune finner Vike at kvinners arbeid, status og perspektiver er systematisk forskjellig fra menns. Menn dominerer i ledersjiktet, mens kvinner nærmest er ”enerådende” fra mellomledernivå og nedover. Dersom det er spenninger og konflikter i organisasjonen, trekker Vike fram at

Aktørene selv snakker mest om ”ledere” og ”ansatte”, og i den grad de gjør kjønn eksplisitt relevant, er det blant menn så vel som blant kvinner, gjennom omtale av problematiske egenskaper ved kvinner (Vike 2001:148,149).

Videre sies det at møtet mellom sektorens mannlige ledere og de kvinnelige mellomlederne er ”spesielt sterkt preget av at ledernes konstruksjon av sistnevnte som ufullstendige, møtes av det vi løselig kan kalle ”følelsesprat” (Vike 2001:151). Både kvinner og menn kritiserer ”andre kvinner” for å bruke følelsesspråk, og i dette ligger muligheten for at de kvinnelige mellomlederne kritiserer kvinnelige pleiere under seg i systemet. Følelsesspråket er ikke troverdig i den offentlige diskursen. Og i følge Vike blir dette språket gjort til et uttrykk for svakheten ved den enkelte ansatte, og blir et spørsmål om nødvendigheten av tilførsel av ”kompetanse”, eller alternativt blir dette språket projisert over på relasjonene mellom de ansatte og gjort til et problem ved ”arbeidsmiljøet” (Vike 2001:152). Dette kan for eksempel bli uttrykt gjennom utsagn av typen: ”Her er det ikke mange som er villige til å ta ansvar”. Det er sjukepleierne i denne undersøkelsen som snakker mye om ansvar (s.62).

Alle pleierne i denne sjukehjemsavdelingen, som kan forstås som bunnen av kommunehierarkiet, er kvinner. Dette selvfølgeliggjorte fenomenet er det spesielt viktig å gripe fatt i. I følge Acker (1990, 1992) og Solheim (1998) blir maskulint og feminint kjønn ofte tilskrevet ulik verdi og makt, og det betyr at kvinner er i en grunnleggende annen situasjon enn menn, og at pleiernes språkhandlinger må forstås i dette perspektivet. Bl.a. har ”bemanning”, strukturer og rutiner endret seg lite i somatiske sjukehjemsavdelinger de siste tiårene til tross for at pasientene er blitt eldre og sjukere, og at store endringer har skjedd ellers i samfunnet. I Norge er det ideologiske grunnlaget for offentlig likestillingspolitikk tufta på kjønnslikhet for loven (Mortensen 1999). I denne vektlegginga av likhet kan forskjeller bli usynliggjort. Solheim er opptatt av at det er viktig å holde fast på et maktperspektiv som gjør forskjell på forskjeller. Kjønn blir i denne forståelsen en kobling av forskjeller og makt som i tillegg til å være forankret i det symbolske også er opptatt av sosiale og materielle strukturer. Solheim sier at

Jeg tror med andre ord at den post moderne ”fristilling av mening” –dens lek med det mangfoldige, det hybride og det grenseoverskridende – er overvurdert, i hvert fall på kjønnets område. Mye av dette er nettopp lek med ord, ikke kroppssymbolske ”realiteter” (Solheim 1998:24).

Slik jeg tolker Solheim her, hevder hun at språket noen ganger tildekker de kroppssymbolske realiteter. Hun ser likevel muligheter i språket, og hun påpeker at ulike typer distinksjoner kan eksistere på ulike meningsnivå, og understreker at det er en vesenforskjell på analog og digital differensiering. Analog differensiering dreier seg om ”kontinuerlige og flytende gradforskjeller (mer eller mindre både/og), mens digitale forskjeller dreier seg om absolutte distinksjoner, kontraster eller brudd (ja/nei, enten eller)”. Det første henviser til en substansiell, kroppslig, konkret virkelighet, mens det andre til abstrakte kategorier (Solheim 1998:25,15). Språket kan fange begge ved at ”fornuftsspråket” og ”følelsspråket” kan opptre i kontinuerlig dialog og gjensidig spenning og konfrontasjoner (s.16).

Acker er i artikkelen *Hierarchies, jobs, bodies. A theory of gendered organizations* opptatt av å få fram de skjulte forskjellene som eksisterer mellom kjønnene i organisasjoner, og hun stilte på begynnelsen av 1990- tallet i USA spørsmålet om hvorfor ikke feministiske forskere var mer opptatt av å se på organisasjoner som kjønna arenaer, og hun hevder at det nettopp innenfor organisasjoner er viktig å ha kunnskap om kulturell produksjon for å forstå kjønnskonstruksjoner:

To say that an organization, or any other analytic unit, is gendered means that advantage and disadvantage, exploitation and control, action and emotion, meaning and identity, are patterned through and in terms of a distinction between male and female, masculine and feminine. Gender is not an addition to ongoing processes, conceived as gender neutral. Rather, it is an integral part of those processes, which cannot be properly understood without an analysis of gender (Acker 1990:146).

Og i denne forbindelse kan en forstå sjukehjem som en organisasjon der utbredte oppfatninger om kjønn blir produsert og reproduert. Acker hevder på dette tidspunktet at det er den voksende tekstmengden i organisasjonene som i hovedsak er med på å opprettholde myten om at organisasjoner er kjønnsnøytrale (Acker 1992:256). Det faktum at mye av tekstmengden etter hvert kommer gjennom computere kan være med på å mystifisere prosessen, men også objektivere og forsterke inntrykket av kjønnsnøytralitet.⁹ Hun hevder at undertrykkelsen av kunnskap om kjønn er ”embedded in organizational control processes”. Acker er også opptatt av at arbeidstakernes kropper blir borte i organisasjonen og hevder at

Jobs can be rationalized and standardized; people cannot. A job exists separate from those who fill it, as a position in the hierarchy of an organizational chart. It is a reified, objectified category (Acker 1992:257).

Den abstrakte arbeideren har ikke kropp og dermed heller ikke kjønn, mens den virkelige arbeideren har kropp og kjønn; derfor er konseptet av arbeid kjønna. Denne ”kroppløse” arbeideren er en manifestasjon på den ”universelle” borger eller ”individ” som er fundamental i forståelsen av ideer om demokrati (Acker 1992:258, 259), og Acker understreker at fiksjonen om den universelle arbeider tildekker ”gender effects” i komplekse organisasjoner. Sørhaug hevder at i et arbeidsliv som fortrenger kjønn, er kjønn ” blitt en negativ størrelse, og negativiteten er blitt påført kvinnene ”(Sørhaug 2002:146).

Kjønn og makt

Men metaforen kjønn rommer også faren for å usynliggjøre noen grupper og klasser av kvinner. Tronto understreker i *Moral Boundaries* (Tronto 1994) at mesteparten av feministisk teori har brukt erfaringer og ideer fra middelklassen, der hvite, yrkesaktive, heteroseksuelle kvinner har vært standard. Denne utelatelsen av ”andre kvinner” har skapt mistillit og bitter

⁹ Sennett er også opptatt av at makt og autoritet i moderne organisasjoner ofte tilsløres gjennom personløse skriftlige direktiver og memos (Sennett 1993:174).

strid, og fiendskap og aggresjon mellom kvinner har oppstått. Dette gjør at de med makt kan ha en politikk med ”splitt og hersk” blant de uten makt, men det gir også noen grupper delvise privilegier, ved utdanning, økonomisk situasjon osv. Tronto hevder at fordi grensene mellom senter og periferi ikke er klare, kan de hele tiden tildekkes. I tillegg påpeker hun at måten vi forstår og tenker omsorg på er en del av eksisterende maktstrukturer og ulikheter, og at omsorg slik vi forstår det nå ideologisk fungerer ved at privilegier for noen blir opprettholdt i det skjulte (Tronto 1994:21). For å bryte denne sammenvevningen av omsorg og gjeldende maktstrukturer mener Tronto at omsorgsetikk må både drøftes ut fra en moralsk og politisk kontekst, og for å gjøre dette må en bryte tre grenser som gjelder i den akademiske ”mainstream” diskursen om moral og politikk (Wærness 2001:30, Tronto 1993:6ff). For det første må en bryte den grensen som oppfatter moral og politikk som to separate sfærer; omsorg kan både tjene som en moralsk verdi og utgjøre basis for hvordan en politisk kan oppnå et godt samfunn. For det andre må en bryte med grensen som tilsier at moralske vurderinger skal gjøres fra en distansert og uengasjert posisjon, fordi denne grensen innebærer at alt som har med følelser, hverdagsliv og politiske omstendigheter, blir irrelevante og av underordnet betydning. For det tredje må grensen mellom det offentlige og private brytes. Det at en må bryte disse grensene betyr ikke nødvendigvis at de må avskaffes, men at de bør trekkes på en annen måte.

Det gir prestisje å beherske datateknologien i avdelingen, og det er assisterende avdelingsleder som kanskje behersker dette mediet best. Men det er også noen av hjelpepleierne som er dyktige computerbrukere, og dette rokerer ved de tradisjonelle faggrensene. Gericca er med på å gi noen mer autoritet og makt enn andre på tvers av fag- og klassegrenser. For eksempel er det en hjelpepleier som er ”superbruker” i avdelingen, dvs. at hun kjenner programmet bedre enn de andre pleierne, og støtter og lærer dem ved behov. I tillegg er det en annen hjelpepleier som er ”brukerstøtte”, og det betyr at hun på en måte er systemansvarlig på avdelingsnivå, og tar ansvar når noe er feil med teknologien og når ”dataen ligger nede”. Men i følge dataansvarlig i kommunen er ikke de skriftlige rapportene gode nok, og derfor ønsker byråkratene at sjukepleielederne må mer inn på banen når det gjelder databruk blant pleierne. Kanskje vil dette medføre at hjelpepleieren som ”superbruker” blir borte, og at assisterende avdelingsleder må ta den biten også? Og at de nye grensene som er i ferd med å trekkes, blir visket ut til fordel for de gamle.

I forbindelse med organisasjonen sjukehjem er det nødvendig å stoppe opp ved lover og forskrifter som også legger føringer på hva som vektlegges i dokumentasjonen:

Lover, forskrifter og kontroll i sjukehjem

Sjukehjem er en helseinstitusjon som omfattes av journalføringsplikt. I §39 i helsepersonelloven står det:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i §40 for den enkelte pasient.....I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvar for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

I stillingsbeskrivelsen til avdelingssjukepleier i denne avdelingen er det hun som har det overordnede ansvar for pasientjournalene. I pasientjournalene inngår legejournal, terapeutenes journaler og sjukepleiejournal. Det er avdelingsleder som har ansvaret for rammene omkring hva en journal skal inneholde. Men dette gjelder ikke legedokumentasjonen, og terapeutenes dokumentasjon. F.eks. har avdelingsleder her, i følge henne selv, ”bare” ansvar for at legenotater skrives regelmessig ut fra Gerica og lagres i papirutgaven av legejournalen som holdes innelåst.

Men hva forventes eller er lovpålagt at journalen skal inneholde? §40 i *Helsepersonelloven* sier at

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold til lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Begrepene ”god yrkesskikk”, ”relevante” og ”nødvendige” åpner for mangfold i dokumentasjon om pasientene, og kan gjøre at dokumentasjonen ikke blir så systematisk som noen kunne ønske. Men her kommer bl.a. Gericaprogrammet inn og legger føringer og begrensninger på pleiernes dokumentasjon. Dessuten har pleierne ikke lov til å slette ”feil” de måtte ha skrevet, og det kan ses i sammenheng med §42 der det står at ” retting skal skje ved at journaler føres på nytt eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen”.

Men det er også andre forskrifter som legger føringer på sjukehjemmenes praksis. I 1997 kom *Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. Selv om det heter i dette rundskrivet at det ikke pålegger ”kommunene nye oppgaver eller plikter, men tydeliggjør og utdyper de plikter kommunene etter lovverket allerede har”, så rettighetsfestes pasientenes grunnleggende behov i detalj (Rundskriv 1997:6). Behov kan for eksempel være å få tilstrekkelig mat og drikke, å oppleve trygghet, å få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner. Dessuten bør brukerne kunne forvente forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet, å få mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet.

I forbindelse med å sikre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene fører fylkeslegen med team overvåkning eller ”tilsyn” som er ordet som brukes. Lundby, som er lege og medlem av systemrevisjon i et fylke, problematiserer etiske sider ved gjennomføringen av systemrevisjon i pleie- og omsorgstjenestene i en kommune (Lundby 2000). I følge henne er systemrevisjon en metode som systematisk undersøker om helsetjenesten er i samsvar med lover og forskrifter, og revisjonen følger en fastlagt prosedyre for å sikre mest mulig ensartet gjennomføring. I denne fastlagte prosedyren virker det, i følge Lundby, som det ikke gis plass til å rapportere ”alt det positive som skjer”. Lundby mener at revisjonsmetoden også burde ha like mye plass til positiv omtale som til avvik og anmerkninger. For å få informasjon om kvaliteten i et sjukehjem, forventes det at sjukehjemmet har skriftlig dokumentasjon i form av internkontrollperm, organisasjonskart og datautskrifter fra journaler og lignende. Lundby (Lundby 2000) peker også på at fylkeslegen forventer at det er nedskrevne prosedyrer på hvordan institusjonen vil dekke grunnleggende behov. I tillegg til dette skriftlige materialet blir personer intervjuet. Men slik jeg forstår Lundbys tekst, så virker det som den skriftlige dokumentasjonen har større tyngde enn det som intervjuene måtte fange opp. Til slutt skriver teamet en rapport som offentliggjøres der ”avvik som betegnelse virker dramatisk”. Lundby er kritisk til systemrevisjon som metode fordi ”det som er et systemproblem overføres på pleiepersonalet, som opplever det moralske ansvaret som et personlig anliggende”.

Det er ikke ofte at systemrevisjon kommer på ”tilsynsbesøk” for å kontrollere; i denne avdelingen og dette sjukehjemmet er det fire år siden sist fylkeslegen med team var på befaring. Under telefonsamtale med lederen av sjukehjemmet i oktober 2004, kommer det fram at hun synes det har mye for seg å utvikle standarder og prosedyrer, men hun synes det

er ”så mange lover som styrer vår virksomhet”, og at det er krevende å få med seg alle de endringene som skjer.

Innføringen og bruk av computere i pleie- og omsorgssektoren er med på å oppfylle de nye kravene i kvalitetsreformen om dokumentasjon av og kontroll med det arbeidet som utføres. I Sosial og helsedepartementets ”NOU 1993:33” under kapittelet ”Strategi og delmål”, heter det blant annet at

standarder må etableres for å sikre en enhetlig faglig utvikling av ulike typer informasjonssystemer og spesielt for å sikre at journalopplysninger kan utveksles mellom ulike journalsystem.

Dette sitatet sier klart at SHD ønsker å skape generelle språklige standarder som gjør det mulig for utveksling av pasientinformasjon på tvers av enheter, og i følge pleiernes tekster fungerer Gerica stort sett etter denne intensjonen.

I forlengelsen av politiske intensjoner, ideologier og kontroller kombinert med omsorgsmetaforens mangetydighet gir det mening, i forsøket på å koble sammen og ”skjønne noe” av det komplekse rundt pleiernes språkbruk, å ta utgangspunkt i Habermas’ (Habermas 1997) skille mellom livsverden og systemverden.

Livsverden og systemverden

Ersdal trekker fram at et trekk ved kompleksiteten i sjukehjemmet er preget av ambivalens og motsetninger som er ” vanskelig forenlige” (Ersdal 1999:196). Hun konkluderer bl.a. med at et viktig moment i dette er at det blir et kræsje mellom ulike rasjonaliteter der ”pleierne skal skape menneskelige relasjoner i et byråkratisk system”. Sjukehjemsavdelingen kan oppfattes som en sammenblanding av livsverden og systemverden. Habermas’ teori om ”det moderne” kan forstås som et konfliktfylt forhold mellom disse to verdener, der han hevder at det i modernitetens utvikling har skjedd en ”frakobling” av systemverden og livsverden. Habermas’ skille mellom disse ”verdener” har påvirket forskning i mange tiår nå. Dette skillet gjør det bl.a. mulig å få øye på noe av de kompliserte sammenblandingene av det private og offentlige som skjer i vår tid, og som ikke minst kvinner strever med¹⁰. I koblingen mellom

¹⁰ Men samtidig har kanskje disse metaforene sementert at det skal være et skille. Noe jeg tolker at Tronto problematiserer i forbindelse med omsorgsmetaforen der hun bl.a. etterlyser at det trekkes nye grenser. Dette ”selvfølgeliggjorte” skillet kan bl. a ha medvirket til kvinners språkbruk så lett ”kastes” over i den private

omsorgsutøvelse og kjønn, er det fruktbart å operere med dette begrepsparet. Jensen påpeker i *Moderne omsorgsbilder* det motsetningsfylte i at statliggjøringen av omsorg bidrar til en kolonialisering av livsverdenen samtidig som det også gir samfunnsmedlemmene en ”legal sikring mot urett og nød” (Jensen 1990:16). Omsorg er et område som ”kun kan fungere dersom handlinger styres av sosialintegrerende mekanismer”, hevder hun, og henviser til Habermas, som påpeker at dersom disse handlingene underkastes systemverdenens logikk, løsriver de fra sitt normative grunnlag og blir patologiske. På en måte kan en se på Gerica og tiltaksplanene som styringsverktøy innenfor ”systemverdenens logikk”, men de er ikke løsrevet fra avdelingens kollektive kultur der de muntlige formelle og uformelle situasjonene kan sies å medvirke til å holde pleiernes språk og handlinger fast i begge verdener.

Pleierne i avdelingen representerer begge ”verdener” bl.a. ved at de er både faglærte og ufaglærte. I tillegg er omsorgsmetaforen i seg selv så tvetydig og mangetydig at uansett faglært eller ikke så er omsorg en del av alle menneskers livserfaring. Og eldreomsorgen er avhengig av både faglig og ufaglært arbeidskraft. Imidlertid ser det ut som det er endringer på gang når det gjelder rekruttering. Bakken hevder at denne endringen skjer fordi samfunnssystemet ser ut til å forbruke og negere den livsverdenskvalitet den er avhengig av:

Dette er en tosidig prosess, hvor systemet utnytter den kulturelt betingede kvinnelige omsorgshabitus og parallelt negerer de samfunnsmessige og kulturelle betingelser for reproduksjon av denne type omsorgshabitus (Bakken 2001:191).

Mange sjukepleiere ønsker ikke å arbeide i sjukehjem fordi det både gir lav prestisje, samtidig som det er hard fysisk og mental belastning. Sjukepleierne ønsker seg til mer ”spennende og lærerike jobber” (Vike 2002:186). Denne tendensen ser ut til å forplante seg i noen grad til hjelpepleiere.¹¹

Det ligger i omsorgens tvetydighet at alle pleierne assosieres med og assosierer seg selv i ”begge verdener”, men at det kanskje er sjukepleierne som i størst grad representerer

sfæren. Solheim opererer ikke eksplisitt med dette skillet, og da gir språket muligheten til å ”se” andre sider av det komplekse og uforståelige i tilværelsen.

¹¹ Men de er i en annen sårbar situasjon ved at de er så mange om jobbene og i stor grad må ta det de får.

systemverdenen blant pleierne i avdelingen fordi de i kraft av sin faglighet og posisjon i større grad stilles til ansvar for at det formelle er i orden. Dessuten er de som oftest det formelle bindeleddet mellom avdelingen og ”verden der ute” som oftest er representert ved ledere, pårørende, lover og forskrifter. Det er særlig i assistentenes og i noen grad hjelpepleiernes språkbruk at livsverdensverdier eksplisitt kommer til syne. Disse ”verdenene” gir seg altså til kjenne i måten pleierne bruker språket på. I følge Habermas er språkhandlinger nøkkelen til integrasjon, til personlige forpliktelser og til en demokratisk rettsstat (Glomnes 2001: 121,122, Habermas 1981,1997:283). Normene for hva som er sant, rett og godt, formidles i den praksisen som kommunikative handlinger foregår i. Habermas skiller mellom strategisk handling og sosial handling, selv om han påpeker at de kommunikative ytringer alltid er ”indlejret i forskjellige verdensrelasjoner på *en og samme gang*”(Habermas 1997:285). Strategisk handling representerer systemverdenen, kjennetegnes ved ulikevekt i relasjonen, og der den ene part har et klart mål for sine handlinger, beregner virkemidlene og vurderer resultatene. Sosiale handlinger kjennetegnes av likeverdig og tillitsfull kommunikasjon mellom deltagerne, der enighet er målet. Som oftest er det en blanding av begge ”verdener” i kommunikasjonen mellom mennesker Ved opphold i sjukehjem er den gamle, sjuke personen i en situasjon der andre bestemmer; i utgangspunktet er det et ulikeverdig forhold mellom pasient og pleier. I tillegg arbeider pleierne i et hierarki der det er ulikevekt mellom pleierne også (s.59ff).

Siden den ”profesjonelle omsorgen” ivaretas bl.a. av pleiere som er utdannet innenfor pleie- og omsorgsinstitusjoner, er det nødvendig å ta for seg litt av tenkningen rundt sjukepleie og omsorgsarbeid.

Profesjonell omsorg

På grunn av omsorgsmetaforens flertydighet og at den ses i sammenheng med ulike kontekster omsorg ytes i, er det mange innfallsvinkler til hvordan omsorg blir beskrevet og forklart. Fagpersonalet i denne avdelingen er som tidligere nevnt utdannet på ulike nivå innenfor skolesystemet (s.19).

Sjukepleierne er lederne i avdelingen og de har strategisk posisjon til å definere hva som er de viktigste oppgavene, og som ofte blir kalt ”de grunnleggende” eller ”primære” behov.

(Thorsen 2003:145). Sjukepleierne ”styrer” ofte legens blikk i forhold til hva som skal gjøres overfor hvilke pasienter, og siden legene hovedsakelig er opptatt av sykdom og diagnoser, står sjukepleierne i fare for å prioritere denne kulturen.

I tillegg kan en undre seg over hva slags kunnskap som prioriteres i høyskoleutdanningen i sjukepleie. Watson er kritisk til sjukepleierutdanningen noen steder i USA, og hevder at pleie og omsorgskunnskap fremmer objektivering av pasientene og opprettholder uetisk pleiepraksis og tilstanden som den er:

The extreme objectification of particular forms of knowing, such as caring, perpetuates unethical caring practices and the status quo (Watson 1999:71).

For utdannede pleiere kan det bli viktig å putte kunnskap om pasientene inn i rasjonelle kategorier som kan gjøre pasientene til objekter. Dette forsterkes ved at det er en generell tendens i kulturen vår å forenkle, standardisere og kategorisere fenomener gjennom språket. Selv om det i Norge er forskere innenfor feltet pleie- og omsorg og sjukepleie som forsøker å få fram omsorgens /sjukepleiens særpreg, har det vært og er fortsatt en tendens til at sjukepleiere og forskere som kjemper om å være gode nok innenfor academia, satser på legitim, rasjonell kunnskap. I en amerikansk undersøkelse fra 1992 av fire introduksjons - lærebøker i sjukepleie, fant en at

the meaning of nursing practice in fundamental nursing textbooks is unquestionably determined by a rationality and language that strongly favors nursing as technical, and that standardization (of nursing) is based on the assumption that nursing care can be translated into a scientific problem – solving process (Watson 1999:17).

Selv om denne amerikanske undersøkelsen ikke kan overføres direkte til norske forhold, antar jeg, ut fra egen erfaring, at noen av de samme tendensene også finnes i norske lærebøker i sjukepleie.

Imidlertid finnes det innenfor forskning i sjukepleie andre forståelser av omsorg, der en av forståelsene er idealet om ”helhetlig omsorg”, der en er opptatt av

”den helhetlige omsorgen”, der handlinger inngår i en omtanke som gjelder ”det hele mennesket”. Tilnærmingen er hermeneutisk, fortolkende, innlevende til lidelser og problemer. Kari Martinsen står

sentral i denne tilnærmingen, med hennes formidling ikke minst av filosofen K E Løgstrups idegrunnlag. Idealet om realisering av omsorgens idealtilstander i de mellommenneskelige relasjoner rettes her til sykepleierne (Thorsen 2003:142).

Selv om Martinsens krav om idealtilstander i de mellommenneskelige relasjoner er blitt og blir kritisert for å være normativ og lite praksisrettet, har hennes måte å forstå omsorg på hatt stor gjennomslagskraft blant norske sjukepleiere. Martinsen ser på omsorg som noe vi er og gjør, og siden omsorg har med vårt forhold til andre å gjøre, har Martinsen koblet omsorg og moral sammen (Martinsen 1993:14). Omsorgsetikken ble utarbeidet av kvinneforskere i 1980-årene som en protest mot og alternativ til den formålsrasjonelle etikken, pliktetikken og den sentimentale omsorgen (Martinsen 1993:69). Men Thorsen påpeker at idealet om den helhetlige omsorgen blir abstrakt og virkelighetsfjernt hvis en ikke ser nærmere på vilkårene for at dette skal la seg realisere

Det blir umulige idealer, forventninger om personlige holdninger uten bakkekontakt, ambisjoner som skaper frustrasjoner hos arbeidstakerne hvis de ikke rår over midlene til å realisere dem. Systemsvik oppleves som personlig svik (Thorsen 2003:142).

Sjukepleierne i praksisfeltet kan lett bli utbrente ved å ha så store krav hengende over seg ved å streve mot helhet og idealtilstander. I følge Vike løser mange pleiere dette dilemmaet ved å yte ”grenseløs omsorg” (Vike 2001). Og hva skjer når en forsøker å gi grenseløs omsorg? Pleierne kan i perioder ha for mye å gjøre, og Asplund (Wærness 1999:152) kobler utbrenthet med likegyldighet, og hevder at dette kan skje når vi ikke makter å oppleve andre som noe mer enn abstrakte samfunnsvesener. En konsekvens av sjukepleiers krav om idealtilstander kan for noen bli å fjerne seg fra pasienten (s.108).

Wærness forsøkte, på 1980-tallet, å synliggjøre aspekter som ikke kom fram i den offentlige planleggingsdiskursen. Ved hjelp av bl.a. begrepene ”omsorgsrasjonalitet” og ”ansvarsrasjonalitet” ønsket hun å belyse viktige sider av kvinnearbeid, som hun mente politikere og byråkrater ikke tok hensyn til i planlegging av pleie- og omsorgstjenesten.

Begge begrepene ble skapt i kontekster da det ble opplevd som viktig å argumentere for at kvinner kunne være rasjonelle aktører og ikke bare handler ut fra sine følelser eller ut fra normkonformitet (Wærness 1999:53)

Wærness er opptatt av at profesjonaliseringen av omsorgsyrkene innebærer at det en utfører får en faglig begrunnelse, og at denne begrunnelsen er instrumentell ved at det en gjør ikke lenger er moralske dyder, men profesjonelt anerkjente teknikker for å oppnå et bestemt mål. Hun peker også på at det arbeidet som utføres nærmest pasienten, gir minst innflytelse og prestisje, selv om det er der erfaringene med omsorg erverves. Hun påpeker at for å løse konkrete og hverdagslige problemer, så kreves det en tenkemåte som er kontekstuell og beskrivende heller enn formell og abstrakt. Det er den førstnevnte tenkemåten som er det hun kaller omsorgsrasjonalitet, og som i en viss grad står i motsetning til den vitenskapelige og byråkratiske rasjonalitet, som ligger til grunn for planlegging og organisering av den offentlige omsorgen (Wærnes 1999:55). Videre anmoder hun forskere om å vise større ydmykhet overfor praksisfeltets kompleksitet, og hun er opptatt av at empirisk og teoretisk kunnskap i omsorgsområdet er to ulike felt der begreper fra det ene området ikke automatisk kan overføres og brukes i det andre

Vi bør være oppmerksomme på den opprinnelige konteksten for utvikling av begreper og teoretiseringer om vi ønsker å bruke, videreutvikle eller kritisere disse. Det betyr også at den som selv driver empirisk forskning innenfor for eksempel eldreomsorgen og vil være trofast mot det empirien forteller, noen ganger bare blir nødt til å søke å utvikle sine egne "sensitizing concepts" heller enn å forsøke å presse sine empiriske funn inn i teoretiske og begrepsmessige rammer som er utviklet i helt andre kontekster (Wærness 1999:60).

Widding Isaksen hevder at omsorgsarbeid er kvinners kroppsarbeid (Isaksen 1996:5) Mye av arbeidet med pasientene i sjukehjemmet er kroppsnaert i den forstand at pasientene trenger hjelp til intimt stell og hygiene. I denne sjukehjemsavdelinga tar alle pleierne del i dette kroppsarbeidet. Men siden sjukepleierne har andre oppgaver i tillegg, så begrenses det kroppsnaere omsorgsarbeidet for dem, særlig gjelder dette for assisterende avdelingsleder og avdelingsleder. Sistnevnte tar, i følge henne selv, som oftest ikke del i pleien. Isaksen (Isaksen 1996: artikkel 4:5) skiller mellom grader av kroppsnaerhet og trekker fram at det ser ut til å være et gjennomgående trekk i de fleste kulturer at arbeid som berører tabuområder slik som kroppens åpninger og grenser, delegeres til grupper med lav status. Dess mer kroppsnaert et arbeid er, dess lavere status har det, og Widding Isaksen hevder at jo lengre borte pleierne er fra det konkrete arbeidet med pasientene, jo høyere prestisje og lønn har de (Isaksen 1996,artikkel 4:8).

Profesjonenes krav om økende utdanningslengde og større innslag av teoretiske fag i utdanningen kan forstås som et ledd i en pågående vitenskapeliggjøring og følgende prestisjeheving av arbeidet. I et

kroppskulturelt perspektiv kan en si at denne profesjonaliseringen egentlig handler om en rennesesprosess der yrkesgruppene vil kvitte seg med assosiasjonene til "kroppssmusset" (Isaksen 1996,artikkel 4:8).

Innenfor profesjonaliseringen av omsorg kan det virke som omsorg noen ganger blir behandlet som en abstrakt kategori løsrevet fra "kroppssmusset". Dette kan være med på å tilsløre viktige aspekter ved "livet" i en sjukehjemsavdeling, og Widding Isaksen etterlyser språk som er opptatt av å beskrive det kroppsnære arbeidet som foregår mellom pleiere og pasienter.

Men hva legger utdanningene i videregående skole vekt på når de utdanner hjelpepleiere og omsorgsarbeidere? Det er vel også her et mangfold akkurat som innenfor høyskoler i sjukepleie, men i grove trekk kan en kanskje si at fagplanene og lærebøkene i disse utdanningene er mer praktisk og pragmatisk rettet enn fagplanene i høyskoleutdanningene i sjukepleie er. Hjelpepleierelever lærer mye faktakunnskap fra forskjellige fag som har relevans i arbeid med mennesker. Og de har, som sjukepleiestudentene, praksisbolker der de bl.a. får oppfølging av pleiere i praksis, og trener på håndlag og prosedyrer. Hjelpepleierutdanningen går ikke så grundig inn i sykdommer, og underviser ikke i så mange medisinske prosedyrer som det høyskoler i sjukepleie gjør. Men det som kanskje er det tydeligste skillet mellom disse to utdanningsnivåene, er at hjelpepleierne ikke lærer mye om sjukepleieteorier. De blir undervist i å lære håndverket og å kombinerer teoretisk og praktisk kunnskap i løpet av de to årene de er i hjelpepleierutdanningen. Men det er verd å merke seg at lærere i hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene i hovedsak er sjukepleiere, som nok drar med seg tankegods og ideologier fra egen utdanning og erfaringer. Hjelpepleier - utdanningene oppsto på 1960- tallet fordi behovet for sjukepleiere ikke ble dekket, og var og blir fortsatt forstått av mange som en assistentfunksjon til sjukepleierne. Omsorgsarbeiderelevne har et års teoretisk utdanning i videregående skole før de går inn i en to års lærlingperiode der kontaktpersoner, som er pleiere i arbeid, er de som har ansvaret for den praktiske opplæringen. Til slutt må elevene gjennom en fagbrevseksamen før de blir autoriserte omsorgsarbeidere.

Ufaglært omsorg

Selv om ikke assistentene er fagutdannede, er det å gi omsorg noe de fleste har erfaring med. Vanligvis skjer det en internalisering av omsorg gjennom primærsosialiseringen, og det skal

derfor mye til for å utfordre denne forståelsen som har ”satt” seg i kroppen. Dersom det oppstår uoverensstemmende oppfattelser av omsorg under sekundærsosialiseringa, blir det løst ved at individet kan internalisere forskjellige virkeligheter uten å identifisere seg med dem; mennesket kan spille forskjellige roller i ulike kontekster. I forbindelse med dette kan en forstå at pleierne spiller en rolle når de er på jobb og som de i følge Berger og Luckman kan ”stille seg utenfor og som man kan ”spille” med beregnende kontroll” (Berger og Luckman 2000:173). Men siden omsorg fester seg hos de fleste gjennom primærsosialiseringa og er sammenvevd med livsverden, er det kanskje den primære omsorgsforståelsen som i stor grad styrer blikket, språket og handlingene til pleierne, også de faglærte?

Assistentene er ikke trent i å bruke de samme ordene og faguttrykkene som faglærte pleiere er, og det får konsekvenser for språkbruken deres. I tillegg til, og i kombinasjon med den teoretiske kunnskapen omkring pleie og omsorg av mennesker, finnes det en praktisk kunnskap som er basert på erfaring. Denne kunnskapen kan være både bevisst og ubevisst for utøveren selv og den

er taus i den forstand at den er vanskelig å uttrykke både overfor individet selv og overfor andre. En vet ikke selv at en har kunnskapen. Men at man har den kan blant annet vise seg i handling” (Aanderaa 1996:77-78) .

Erfaring er altså en kilde til kunnskap, men det kan være vanskelig å vite at man har den kunnskapen og det kan være vanskelig å finne ord:

Det er ikke alltid lett å finne begreper i litteraturen som svarer til de erfaringer hjelpere gjør i sitt arbeid. Hjelpere har en tendens til å være tilbakeholdne i diskusjoner fordi det er vanskelig å finne ord og begreper som dekker erfaringene. En kan bli usikker på om de opplevelsene og reaksjonene som uttrykkes i et vanlig språk, blir tatt på alvor av de med en annen utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring (Aanderaa 1998:77)

Denne tilbakeholdenheten kan også forsterkes ved at assistentene er de som arbeider nederst i avdelingshierarkiet, og derfor formelt har minst makt. I denne undersøkelsen snakker noen av assistentene om at de ”hører” under de formelle rapportene, men at de er mer aktive språkbrukere i de uformelle muntlige situasjonene. Dessuten har alle assistentene problemer med skriftlig dokumentasjon.

Hvilke andre assosiasjoner kan heftes til omsorgsmetaforen?

Er omsorg en individuell evne som kan trenes opp, eller er det noe som hører til det å være menneske? Dersom det er det første, er det noen ”utvalgte” som kan trene opp sine evner, dersom det er det andre, kan alle trenes opp til å ivareta en medmenneskelighet som allerede er der. Løvlie beskriver i artikkelen *Omsorgsperspektiver* omsorg i to hovedperspektiver: det personlig indre og det offentlige ytre (Løvlie 1990:36), eller det subjektive og objektive perspektivet, og han problematiserer begge. Ideen om den enkeltes omsorgsfølelse kan på den ene siden føre til ”autoritetsdyrking og moralsk arroganse hos den som føler seg særlig forlent med moralsk klarsyn” eller det kan føre til at ”enhver er sin egen moralske lykkes smed” (Løvlie 1990:38). Det subjektive perspektivet knytter omsorg til det enkelte menneskes åpenhet og følsomhet for den andres situasjon, mens det objektive perspektivet ser på omsorg som et opprinnelig intersubjektivt fenomen. Filosofen K.E. Løgstrup, som det allerede er blitt henvist til, ser på fenomener som omsorg, nestekjærlighet og barmhjertighet som spontane livsytringer. Og Løvlie sier om disse at

De er fenomener som markerer et menneskelig fellesskap snarere enn partene i fellesskapet. Den spontane livsytring inneholder i seg selv en allmenn og intersubjektiv fordring. Fordringen opptrer likevel ikke som forskrift eller regel. Liksom den moralske sans eksisterer den forut for regler, prinsipper og rasjonelle vurderinger. I den forstand er omsorgen som spontan livsytring om ikke irrasjonell, så i hvertfall før-rasjonell i sitt vesen (Løvlie 1990:40,41).

Spontane livsytringer er altså relasjonelle og ”de er felt inn i en type refleksjonskunnskap, som lar livsytringene være – omsorgens mål er samtidig dens middel” (Løvlie 1990:44). Faren med spontane livsytringer er at når de i seg selv er eksisterende, får de en moralsk makt overfor den som lyder disse ytringene. Å føre det moralske tilbake til et objektivt menneskelig utgangspunkt inviterer til moralsk etnosentrisme, sier Løvlie. Moralsk etnosentrisme er det standpunkt at normer og verdier er legitimert ved deres tilhørighet til en kultur og en gruppe, der det

moralske bestemmes internt av den nasjonale eller lokale tradisjon og følelse, men det tilsløres ofte ved den selvfølgelig referansen til folks eller endog folkets moral (Løvlie 1990:43).

Sagt på en unyansert måte, og som vi senere skal komme nærmere inn på, virker det som noen av pleierne i avdelingen deler, lærer av hverandre og formes under de muntlige

rapportene, mens andre pleiere dirigerer, og noen pleiere hører under rapportene og snakker lite. Disse mekanismene kan relateres til bl.a. subjektiv eller moralsk etnosentrisme. Moralsk etnosentrisme er vanskeligere å avsløre enn subjektiv etnosentrisme fordi den hersker ikke ved hjelp av individuell autoritet men ved kollektiv tvang, som kontrollerer den enkelte ved sosial utstøting og isolasjon (Løvlie 1990:44). Assistentene har en opplevelse av å ikke være gode nok i forhold til de andre pleierne, og de føler seg utstøtt i forbindelse med opplæring og oppfølging i Gericca.

Omsorg kan forstås som en stemning og en innvielse. Innvielse som fenomen ser ikke bort fra reglene, rutinene og teknikker i omsorgsarbeidet, men ordet gjør tydelig at omsorg ikke bare er profesjon og plikt, men noe annet, noe mystisk som pasient og pleier deler, og pleiere seg imellom deler. I denne undersøkelsen kan de muntlige rapportsituasjonene forstås som ritualer der pleierne deler en situasjon eller stemning, og snakker om det de har opplevd og erfart sammen med pasientene. ”Innvielse er derfor dypest sett å dele ved å ta del i de rituelle handlinger” (Løvlie 1990:48,49).

Disse refleksjonene rundt omsorg viser paradoksene som kan opptre i omsorgsarbeid. På den ene siden er omsorg et samlende symbol for alle pleierne i avdelingen, men på den andre siden ligger det noen latente farer som kan føre til uheldige praksiser. Og her kommer ulike kontekster og kommandoer inn og spiller mot og med i det komplekse omsorgsarbeidet.

Kommandokjede og hierarki

I pleiernes tekster snakker noen pleiere om ”de som er høyere enn meg” og ”de som er lavere enn meg”. Disse metaforiske uttrykkene leder oppmerksomheten mot strukturene hierarki og kommandokjeden. Sennett hevder at kommandokjeden er ”the architecture of power” (Sennett 1993:170). Kommandokjeden forutsetter som oftest et hierarki, der noen er over andre og har mer autoritet enn andre. Hierarki, som på kirkelatin betyr hellig og herske, (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 1981, 5:678) var opprinnelig et kirkesystem som bygger på et presteskap organisert i en fint gradert rangordning. Hierarki har senere blitt brukt i overført betydning som en forståelse av ”enhver streng rangorden”, f.eks. militært hierarki, offentlig byråkrati eller partidiktatur. Weber framhever hierarki som et typisk trekk ved byråkratiet, og selv om det er andre organisasjonsformer, innenfor bl.a. New Public Management tenkningen

som har fått fotfeste de siste tiårene i velferdsstaten, har få endringer skjedd i de fleste somatiske sjukehjemsavdelinger. Pleierne i denne sjukehjemsavdelingen er organisert i en hierarkisk struktur der sjukepleierne er øverst og assistentene er nederst. Berg Eriksen sier i *Budbringerens overtak* at kirkens hierarki innenfor en muntlig kultur var en nødvendig konserveringsteknisk forholdsregel, der hovedoppgaven var å ”forvalte og bevare tradisjonen (Eriksen 2000:90). Det er særlig de ”muntlige” assistentene som snakker om at de ”gjør det de alltid har gjort”. Noen av dem er f.eks. dermed ikke interesserte i å skrive ned informasjon som gis på de muntlige rapportene, ”for det har de aldri gjort før”, og ”presten” – avdelingsleder har stor autoritet.

I det kompliserte arbeidet med å forsøke å forstå noe av det som skjer i avdelingens hierarki velger jeg å ta utgangspunkt i to personer som er opptatt av hvordan kommandoer virker på enkeltmennesker. I *Crowds and Power* er Canetti opptatt av sosiale mekanismer og enkeltmenneskers ”smerte i sjelen” som kan oppstå i et hierarki der mennesker blir kommanderte (Canetti 1960,1981). I *Authority* analyserer Sennett autoriteter i ulike kontekster, både i personlige liv, i offentlig liv og som en ide (Sennett 1993). Han er opptatt av å gjenreise ideen om den ”sanne” autoritet, der lederen/autoriteten har et gjensidighets - forhold til sine underordnede, og der denne autoriteten verken er basert på den intime eller den autonome leder. Slik jeg forstår det, trekker begge forskerne/forfatterne fram kommandokjeden som sentral i alle menneskers opplevelse av autoriteter. Kommando har på latin betydningen ”å gi oppdrag”(Aschehoug og Gyldendals Store Norske leksikon 1981, 7:170) og slik jeg foreløpig tolker denne metaforen, kan den også forstås som oppfordring og henstilling i tillegg til direkte språklig befaling.

Canettis forståelse av kommandoen kan virke mer defensiv og determinerende enn Sennetts perspektiv som presenterer ”disruptions” slik at autoriteter kan bli mindre farlige. Nettopp denne hovedforskjellen mellom disse to forfatterne får fram spenningen mellom den aktive aktøren og det determinerte individet, og jeg mener å se at pleiernes tekster har i seg momenter fra begge disse ”polene”. Slik jeg forstår Canetti (Canetti 1981:351), så presenterer han kommandoen som en urgammel menneskelig handling som kom før talen. Og det å bli kommandert er noe selvsagt og noe som alltid har eksistert slik at ingen stiller spørsmålstegn ved det. Fra barndommen av er vi vant til å bli kommandert; både i hjemmet og gjennom

utdannelsen vår, og kommandoer gjennomsyrrer senere våre voksne liv. Kommandoer kommer utenfra fra noen autoriteter som er sterkere enn oss selv, og de kan være både positive og negative. Canettis framstilling av hvordan en kan takle negative kommandoer er å ikke høre, gå vekk eller å utføre. Og det virker som de negative kommandoene gjør grusomheter med de som mottar dem og skaper en smerte som en bare blir kvitt dersom en kommanderer andre på samme måte:

The threat contained in such commands cannot be completely dissolved. Anyone who has carried out an order as an individual keeps his original resistance as a sting, a hard crystal of resentment. This he can only get rid of by himself giving the same order to someone else. (Canetti 1981:360).

Sennett på sin side problematiserer ikke kommandoen på denne måten. For han er det selvsagt at den som blir kommandert, tar over denne kommandoen og kommanderer videre. Sennett trekker derimot kommandoen inn i ulike kontekster og får på den måten fram mangfold og nyanser, og kanskje det viktigste her er at han får fram at vi opplever kommandoer forskjellig ettersom hvilke kontekster og livsfaser vi er i. Han historiserer kommandoen og setter den inn i en sammenheng innenfor en demokratisk forståelse. Et sentralt og avgjørende spørsmål, særlig i forbindelse med Canettis forståelse av kommandoer, er om de også kan forstås mer abstrakt. Filosofen Monsen mener i denne sammenhengen i *Det kjempende menneske*, at kommandoen også kan være noe mer abstrakt, som et system, en ideologi, en rolle, eller mer fysisk som en gjenstand eller et rom (Monsen 1990:22). Forstått i et slikt perspektiv er det mange ting som kommanderer pleierne i sjukehjemsavdelingen. For eksempel ligger det implisitte kommandoer i avdelingens fysiske utforming, som vi allerede har vært inne på, og dette sammenfaller med Augestadts påstander om at rommet er en taus aktør.

I sjukehjemshierarkiet både mottar og gir pleierne kommandoer hele tiden. Sjukepleierne er på toppen innad i sjukehjemshierarkiet og assistentene er nederst. I denne forbindelsen må en lure på hvor pasientene er i denne hierarkiforståelsen og hvilke kommandoer de får og gir? Ersdal hevder at pleierne har i sin terapeutrolle mer makt enn pasientene/beboerne (Ersdal 1999:106) og hun fortsetter med at ”pleierne har kontroll over rutiner og makten til å prioritere gjøremålene og rekkefølgen på dem”. Ersdal har både deltagende observasjon og intervju av pleiere og pasienter i sin undersøkelse, men hva mener hun med at pleierne har kontroll over rutinene? Slik jeg leser Ersdal, så virker det ikke som hun problematiserer dialektikken mellom pleiere og rutiner og strukturer. Flesteparten av pleierne i min

undersøkelsen gir uttrykk for at de ikke har kontroll over rutinene, selv om de kan ha en viss innflytelse på prioriteringer og gjøremål. Flere av pleierne er tvert i mot litt frustrerte over at rutinene er så sterke, mens andre setter pris på dem for de skaper orden og kontroll i en travel hverdag. Et spørsmål her blir hvordan pleierne løser det å ikke ha makt over rutinene og de kommandoene som blir gitt? For å forstå noen av de mekanismene som opererer i slike situasjoner, kan vi fortsette refleksjonen rundt Canettis forståelse av kommandoen. Canetti bruker en rytter som bilde på hva som skjer når en kommando blir gitt:

The first thing to be said is that a rider can pass on to his horse commands he himself has received from a superior. If a goal is set him he does not reach it by running himself, but making his horse run. Since he does this immediately, the order does not leave any sting in him; he avoids it by passing the order on to his horse. He gets rid of this particular constraint which the order would have imposed on him before he has properly felt it. The sooner he carries out his task, the quicker he mounts and the faster he rides, the less the sting remains on him (Canetti 1962:368).

I sjukehjemsavdelingen er det sjukepleierne som har makt og myndighet innad i avdelingen og det forventes av dem at de skal kommandere. Bl.a. gir de videre kommandoer de får fra overordnede, og i tillegg lager de egne kommandoer ut fra faglige vurderinger. Som tidligere nevnt, yter pleiere på grasrota, dvs. i hjemmebaserte tjenester, grenseløs omsorg. Yter de grenseløs omsorg i sjukehjemmet også? Ut fra pleiernes språkbruk er det ikke mulig å si noe generelt om dette i denne oppgava.

Kommando og ansvar

Imidlertid snakker sjukepleierne om at de tar mye ansvar. En kan spekulere i om det er muligheten til å kommandere videre ”nedover” til hjelpepleiere og assistenter som gjør at de tar så mye ansvar fordi de da ikke kjenner ”stinget” selv? I denne undersøkelsen er det spesielt assistentene som eksplisitt artikulere ulike sider ved det å bli kommandert; de er frustrerte og såre over å ikke være gode nok i noen situasjoner, mens de i andre situasjoner er gode å ha. Dessuten er de den gruppen som snakker mest om å ha dårlig tid; to av assistentene synes det kan bli for mye ”prat” og for liten tid med pasientene. Logikken i Canettis teori er at assistentene må kommandere videre for å bli kvitt smerten i sjelen, og sentrale spørsmål blir da hvem de kommanderer og hvordan de kommanderer for de har egentlig ingen under seg? Er det assistentene som opplever ”ansvarsoversvømmelsen” i avdelingen uten å være klar over det? Dette blir da ulikt det som Vike og andre forskere presenterer i *Maktens samvittighet*, og blir på den måten et bidrag til å nyansere bildet av grasrotarbeiderne i

kommunene. Eller er det andre mekanismer som spiller inn og som gjør at det faktisk også i denne avdelingen er sjukepleierne som "oversvømmes" av ansvar? Det er bare sjukepleierne som snakker om ansvar, men det trenger ikke bety at de tar/har alt ansvaret? I denne forbindelse er det interessant at assistentene framstiller seg selv som de som "hører" under rapportene. Taushet skaper distanse og kontroll, hevder Sennett (Sennett 1980,1993:160). En kan spekulere i om assistentene har utviklet denne strategien under rapportene bl.a. for å verne seg mot kommandoer. Canetti skisserer muligheter for at et menneske kan unnsnippe en negativ kommando ved ikke å høre den, eller ved ikke å utføre den. Dersom assistentene er tause, "tvinger" de kanskje sjukepleierne til å ta mer ansvar og utføre flere oppgaver enn de strengt tatt behøver? Men kanskje er ikke sjukepleierne klar over at ikke assistentene gjør det de skal, og dersom en følger denne tankerekken til Canetti blir det å kommandere ansvar en skremmende metafor for det som kan foregå blant pleierne i sjukehjemsavdelingen; i dette perspektivet kan pleierne unnlate å handle, og pasientene blir skadelidende. Disse mekanismene utbroderes mer av Canetti, og han sier at kommandoen lever

within its host as an alien, not subject to his authority, and thus not cause him any feeling of guilt. He does not accuse himself, but the sting.....He sees himself as its victim and thus has no feelings left for the real victim (Canetti 1960:386).

En blir ansvarsfri når en blir kommandert, og denne ansvarsfriheten kan bre seg oppover i systemet. Ansvarsfriheten gjør at en blir uten skyld i det som skjer, og den som blir kommandert, har heller ingen medfølelse for det egentlige offeret. I stedet oppfatter den som blir kommandert seg som offer. Sett i lys av denne logikken kan noe av det assistentene snakker om, oppfattes som at de inntar offerrollen, som bl.a. kommer fram i måten de snakker om skriftlig dokumentasjon og muntlig rapport situasjoner på. Det er interessant at en av assistentene ikke har skrevet i Gericca i de fire årene dataprogrammet har vært i avdelinga. Og hun framstiller seg i stor grad som "offer" i denne sammenhengen og føler ingen skyld. Ruth Turid Pettersen påpekte allerede i 1986 at strukturelle overgrep overfor eldre kan skje i sjukehjem fordi de er

vanskelige å spore tilbake fordi "ingen" eller "alle" egentlig kan stilles til ansvar for det som skjer. De skadelidende er offer for systemet...(Pettersen 1986:17).

Pettersen påpeker at det lett kan skje en normforskyvning i et slikt system, dvs. en legalisering av ulykkelige hendelser og permanent uheldig situasjoner som gjør at forhold som ellers aldri

ville blitt godtatt i samfunnet, blir sett på som noe som ikke kan endres og som dermed ”selvfølgeligjøres”.

Dette er en måte å forstå kommandoen på i sjukehjemsavdelingen, og det er viktig å presisere at denne tenkemåten bare er ment å kunne være en del av bildet.

Det kan også være andre grunner til at sjukepleierne tar så mye ansvar. Forskerne og forfatterne av *Maktens samvittighet* hevder, på bakgrunn av omfattende feltarbeid i to kommuner, at sjukepleierne skiller seg klart fra de fleste andre yrkesgrupper ved ”den sterke moralsk begrunnende selvjustis og selvgranskning de krever av seg selv og sine egne”. Dette kobler forfatterne bl.a. til det sterke preget av ”tradisjonelle sjukepleieverdier” som finnes i litteratur og utdanningsinstitusjoner de siste 10 – 15 årene, der sjukepleierens individuelle ansvar understrekes. Og der de gode rollemodellene ofte er de som på eget initiativ ”bryter rigide normer og handler på vegne av pasienten til hans eget beste” (Vike 2002:118).

I tillegg tar sjukepleierne på seg ansvaret for at andre yrkesgrupper gjør jobben sin som de skal. I denne intervjuundersøkelsen kommer dette fram både ved at sjukepleierne skriver for legen i Gericia fordi han ikke vil gjøre det selv, og noen av sjukepleierne tar egentlig ansvar for alt det de under dem i hierarkiet gjør. Dessuten virker det som computeren og Gericia i seg selv også ”legger ansvar” over på sjukepleierne.

Men hvordan er det mulig å ta så mye ansvar som en egentlig ikke behøver å ta? Dette kan ha sammenheng bl.a. med omsorgens tvetydighet og kjønn å gjøre. Bakken kobler den tause alliansen mellom det kvinnelige og omsorg til sjukepleiers historiske og kulturelle røtter. Han bruker Bourdieus habitusbegrep som gir en mulighet til å forestille seg hvordan reproduksjonen av de kulturelt bestemte kjønnene skjer (Bakken 2001:67). I følge Bourdieu ligger nøkkelen til å forstå mekanismene bak den kulturelle reproduksjonen i at kulturen nedfeller seg i ”kroppsskjemaer” - i habitus. Habitus kan forstås som en kroppslig - mental rekonstruksjon av det materielle og symbolsk ladete feltet vi fødes inn i, en rekonstruksjon som gir en individuell utforming. Grunnlaget for persepsjon, klassifisering og produksjon av handling mener Bourdieu primært er nedfelt i kroppen, ”førbevisst og førspråklig, som en praktisk logikk som gjør oss disponert til å forstå og handle på bestemte måter” (Bakken

2001:68. Med habitusbegrepet går det an å forstå hvorfor kvinner bidrar til en type selvundertrykking gjennom å naturalisere, normalisere og forsvare sin egen spenningsfylte plass innenfor familien. Solheim hevder at de kulturelle konstruksjonene kvinnelighet og mannlighet får sin mening gjennom en indre opposisjon til hverandre; at de er en relasjon som er kjennetegnet av komplementær opposisjon som rammer hverandre inn og holder hverandre fast (Solheim 1998:30). I denne forståelsen tar sjukepleierne ansvar fordi det er nedfelt i kroppene deres, både gjennom primærsosialisering og utdanning, som ubevisste spor der de er i en posisjon til å være ”herren i huset”.

Sett i et breiere kommunalt perspektiv kan det være at sjukepleierne tar så mye ansvar fordi de ikke unnslipper kommandoer som kommer både ovenfra og nedenfra. Sjukepleielederne i avdelingen er mellom ”barken og veden” i mange betydninger av ordet. Selv har jeg erfaring med at høyskoleutdanningen i sjukepleie legger stor vekt på at studentene skal arbeide mot å bli ”eksperter i nære relasjoner”, uten at studentene på samme tid reflekterer så mye over strukturer og mekanismer som påvirker handlingene deres utenfra. Og hierarkiet gjør det ”naturlig” at sjukepleierne kan kommandere videre i systemet. En side av kommandoen er at ansvar blir kommandert nedover i hierarkiet fordi politikere og sjefer ikke orker/greier å ha det selv, og denne kommanderingen forplanter seg også nedover i sjukehjemshierarkiet.

Kommandokjeden og autoritet

Sennett har empirisk materiale som bakgrunn for observasjonene og tekstene sine omkring ulike måter mennesker takler redsel for autoriteter på. En av strategiene ”has to do with taking the images of authority so close to oneself, looking at them so intently, that one loses one’s fears of them as mysterious beings” (Sennett 1993:158). Men hva betyr det å komme nær en autoritet? Sennett sier at en kommer nær når ”authority is dispossessed of otherness” (Sennett 1993:159). Assistentene er nær de andre faglærte pleierne, men de snakker også om avstanden til de faglærte pleierne. Det kan virke som noen av dem nettopp har utviklet strategier for å avmystifisere lederne i avdelingen, og dette kan forstås på den måten at de antakeligvis ubevisst bruker denne strategiene, for å minske ledernes og de andres omnipotens. I denne sammenhengen kan en av assistentenes strategier under intervjuet trekkes inn som en illustrasjon på dette: Hun stemte seg fort til meg, stilte konkrete og personlige spørsmål til meg og virket genuint interessert i å komme meg nær inn på livet i løpet av de 45 minuttene

intervjuet varte. Men personlige autoritet er en ting, hva med de skjulte autoritetene? Sennett diskuterer dette og tar utgangspunkt i bl.a. Weber som framhever at når redselen vår for det konkrete lederskapet forsvinner så overføres den til byråkratiet. Men siden byråkratiet ofte er ”personløst” og ingen kan tas og stilles til ansvar, så kan denne redselen lett skjules og være mer eller mindre ubevisst. I pleiernes tekster er det lite snakk om autoritetene utenfor sjukehjemsavdelingen og sjukehjemmet, og de er heller ikke kritiske til Gericaprogrammet, som i denne forbindelsen kan betraktes som en tekst uten forfatter, og derfor er det ingen personer som er ansvarlig og som kan konfronteres med frustrasjoner og forslag til forbedringer. Sennett snakker om at tilsløring av makt i organisasjoner oljer kommandokjeden ved at bilder av ekspertise, gode holdninger og gode intensjoner blir universelle ”sannheter” som er en måte for autoritetene å ivareta makt på.

Sennett tar utgangspunkt i to kriterier, to krav som kan settes opp mot systemet av offentlig makt (Sennett 1993:168) og han hevder at disse to områdene kan komme til å forstyrre offentlig orden. Disse kravene er synlighet – “visibility” og tydelighet/lesbarhet – ”legibility”. Eller som han sier selv

Visible” means that those who are in positions of control be explicit about themselves: clear about what they can and cannot do; explicit about their promises. “Legible” specifies how this open statement could come about (Sennett 1993:168).

Computerprogrammet Gericaprogrammet kan forstås som en forstyrrelse ”disruption” i kommandokjeden ved at det synliggjør og gjør tydelig autoritetenes krav og idealer som pleierne skal oppfylle gjennom å dokumentere eget arbeid. Denne forstyrrelsen kan gi muligheten til å fjerne ”the quality of omnipotens from figures of authority in the chain of command”. Og dette kan da gi pleierne mulighet til å forhandle med ”their rulers and to see more clearly what their rulers can and cannot – should and should not - do”. Men pleierne har hittil ikke forhandlet med lederne, og det er ingen av dem som uttrykker slike muligheter. Det er heller ikke lett for assistentene og hjelpepleierne å vite hvem som er lederen å gå til, for de har så mange ledere over seg i hierarkiet. Og protester kan stoppe opp hos mellomlederne. I stedet virker det som det er en intern kamp mellom pleierne om hvem som er flinkest til å skrive, noe som kanskje kan illustrere Trontos påpekning av strukturelle ”splitt - og hersketeknikker” i omsorgsfeltet. Det er ingen av pleierne som stiller spørsmål ved hvem som har laget programmet. Imidlertid er det flere pleiere som er frustrerte over den skriftlige dokumentasjonspraksisen, og noen er

ulydige og setter grenser for seg selv ved å skrive minst mulig eller ikke skrive. Denne ”ulydigheten” er bl.a. kanskje et resultat av at datareformen er laget av andre, og at pleierne ikke har hatt mulighet til å være med i utformingen av det (Berger Luckman 2000:72). Computerprogrammet ble tredd nedover hodene på alle, men frustrasjonene forblir innenfor husets fire vegger. Tilsløringen av makt som er tatt opp ovenfor kan være en årsak til at pleierne ikke sier i fra, men tausheten kan symbolisere hvor sterkt hjemmet som symbol og livsverdenen er i denne avdelingen. Kanskje er det slik at privatiseringen av den hjemlige sfære, som er vanskelig tilgjengelig for innsyn, har utviklet en norm som sier at ”dette har ingen andre noe med” (Holter 1982:26). I tillegg har pleierne det travelt og har verken tid til eller tradisjon for å danne handlingsfellesskap i arbeidstida si. Baksiden av medaljen for autoritetene og organisasjonen er at den kan miste verdifulle innspill fra pleierne når det gjelder forbedringer av bl.a. dataprogrammet.

Hierarkiet er et artikulert bilde (image) hos assistentene og en av sjukepleierne (Solheim 1998). Denne strukturelle forskjellen kombinert med bl.a. Gericas ”avsløringer” av assistentenes språkbruk på den ene siden, og omsorgsmetaforens sammenblanding av det private og offentlige på den andre siden, gjør at assistentene ”kjemper” på mer eller mindre fordekte måter om å være lik de andre pleierne i avdelingen, derfor følger en betraktning over likhet og nærhet.

Likhet og nærhet

Det moderne identitetsbegrep er et paradoks, hevder Solheim, for på den ene siden er det basert på ideen om det universelle, utbyttbare individ, og på den andre siden er det ideen om det partikulære, kroppslige og ”holistiske” individ. Hun hevder at moderne kultur kjennetegnes av en stadig veksling mellom disse forestillingene. Den ene forestillingen er basert på valgt sammenslutning og den andre på nødvendighet. Og dette er en distinksjon som går igjen i begrepsparet ”community” og ”society”, der individene er utbyttbare i ”community” forståelsen, og der medlemmene i ”society” er deler av en sømløs helhet.¹² Disse forestillingene opptrer samtidig i sjukehjemmet. I avdelingen er pleierne sammen i en ”community”, men samtidig viser pleiernes tekster at de har fellesskap som preges av

¹² Det er interessant at denne distinksjonen ikke finnes i det norske språket.

”society” forestillingen. Dette kan ha å gjøre med at omsorg er en tvetydig metafor, som for de fleste assosieres og har utgangspunkt i det konkrete og nære, og som senere er gjort til et universelt gode særlig i forbindelse med utviklingen av velferdsstaten der omsorg har en fot innenfor begge forestillinger. Som tidligere nevnt, trekker Ersdal fram at pleierne ofte trakk paralleller mellom arbeidet i avdelingen og erfaring fra omsorg for barn hjemme (Ersdal 1999) Disse observasjonene kan kobles til den fundamentale erfaring som barnets forhold til morskroppen er, og denne betydningsstrukturen knytter omsorg til det kvinnelige.

Likhetsideologien som ligger nedfelt i ”community” ordningen og nærhetsideologien som er i ”society” forestillingen har en tendens til å bli sortert ut i absolutte motsetninger med referanse til kjønn. Den universalistiske og abstrakte likhetsforståelsen assosieres til forestillingen om det mannlige og den ”rene” fornuft, mens den konkrete nærhetsideologien ofte assosieres til det kvinnelige, som følelsenes og intimitetens domene. Solheim hevder at denne eksplisitte kjønnsdualisme bidrar til å kjønne både likhets- og nærhetsbegrepet på en måte som hindrer innsyn i hvordan disse forestillingene faktisk fungerer som sosiale og kulturelle integrasjonsmekanismer.

Forestillingene om likhet og nærhet er på ulike nivåer. Å sette noe likt med noe annet innebærer å se bort fra forskjeller og ”tingenes konkrete framtredelesformer”. Men forskjellene blir ikke borte; de suspenderes til et metanivå og blir gjort abstrakte (Solheim 1998). Likhet er altså en mental konstruksjon som forutsetter at forskjeller består – på et annet nivå. Nærhet derimot er konkret, og

nærhetens logikk og språk er derfor først og fremst korporlig, den er basert på en umiddelbar forestilling om fysisk kontinuitet, forbindelse og sammenheng (Solheim 1998).

Nærhetens ultimate tilstand er foreningen der det atskilte blir ett. Og derfor innebærer nærhetens logikk en problematikk knyttet til grenser; enhver sammenføyning reiser ikke bare spørsmål om hva som skal føyes sammen, men også hva som skal utelukkes. Og helhetens grenser kan trues både utenfra og innenfra (s.138).

Computeren som metafor og symbol

Selv om det finnes mange computere rundt om i norske hjem, kan det likevel virke som at computerteknologien i de vestlige landene hittil i overveiende grad har blitt assosiert med det mannlige, med det logisk lineære, strukturerte og objektive (Christensen 1999:127). I følge Lie har maskulinisering av teknologifeltet påvirket vår persepsjon av hva som blir sett på som teknologi (Lie 1998:27ff), og dette har resultert i at kvinner har blitt - eller utelukker seg selv - fra teknologien, ikke bare i praksisfeltet, men også som forskningsområder. Lie hevder at "the relationship of technology and society is a seamless web" (Lie 1998:7). Hun hevder, på bakgrunn av andres og egen empiriske forskning, at teknologien ikke bare er redskaper for praktisk bruk, men at de også skaper kulturelle kategorier som definerer sosiale gruppers forhold til hverandre. Lie ser ikke på brukerne som passive mottagere av teknologi, men at det er en dialektikk mellom mennesker og teknologi. Det er ikke ekspertene alene som bestemmer hvordan teknologien blir brukt og påvirker sosiale og kulturelle kontekster, men at brukerne selv konstruerer mening gjennom bruken av teknologi. I denne sammenhengen er det spennende å trekke inn psykiateren Skårderud som i beste McLuhans stil velger å betrakte computeren som en forlengelse av seg selv og sitt eget sanseapparat, og sier i den forbindelse at "Moderne teknologi er grenseoverskridende fordi den overskrider kroppens grenser" (Skårderud 1999:236). Dersom en ser dette i sammenheng med Solheims forståelse av kvinnekroppen som åpen og grenseløs, kan en forstå at pleierne ubevisst verner sin egen grenseløshet ved å ikke la seg rive med av nok et grenseløst krav der den allerede åpne kroppen forlenges gjennom "tingene".

Det er assistentene som i sterkeste grad tar avstand fra computeren, og en viktig grunn til det kan være at de i opplæringa av computerbruk og Gericaprogrammet, ikke ble prioritert i forhold til de andre pleierne. Men det kan også være andre årsaker som klasse og kjønn. Flesteparten av hjelpepleierne og assistentene, og to av sjukepleierne, snakker om at "mann og barn" er de selvsagte og flinke brukerne. Ingen av pleierne gir uttrykk for at de har noen mulighet til å påvirke designet til Gericaprogrammet.

Oppsummering så langt

Hittil har noe empiri fra ulike kontekster rundt pleiernes språkhandlinger blitt tatt opp, der jeg har forsøkt å få tak på noen av de mekanismene som kan tenkes å operere skjult eller selvfølgelig i avdelingen. I det som følger ønsker jeg å dvele mer konkret ved de enkelte yrkesgruppens utsagn om muntlige og skriftlige situasjoner i avdelingen. Men før vi kommer dit, kommer nå en ”spisset” refleksjon og drøfting av språkbruken i konkrete kontekster i avdelingen. Dette er et forsøk på å komme språkbruken og kunnskapsforvaltningen i avdelingen nærmere inn på livet.

MUNTLIGE SPRÅKSITUASJONER I AVDELINGEN

Alle pleierne setter tydelig pris på de muntlige språkfelleskapene i avdelingen, og det kan virke som det er disse situasjonene som forvalter mye av den kunnskapen som pleierne har bruk for i praksis og som skapes i praktiske situasjoner. Imidlertid ut fra de muntlige intervjuene og de senere transkriberte tekstene virker det ikke som pleierne har et avklart forhold til de muntlige rapportene.

Det som særpreger muntlig kommunikasjon, er at det er en ansikt-til-ansikt-interaksjon der sosiale relasjoner vektlegges. Denne interaksjonen muliggjør en høy grad av elliptisk og fragmentert språkbruk, der ikke-verbale uttrykk, som uttrykkes med hode, øyne, hender og hele kroppen, er med på å skape mening. Disse andre tegnsystemene gir også mulighet til å kommunisere relasjonelle og ekspressive betydninger; en kan ikke skjule seg i en muntlig situasjon (Svennevig 1999:34). Er det forskjeller på å internalisere en muntlig tekst i motsetning til en skrevet tekst? De talte ordene blir borte umiddelbart etter at de er talt, derfor er det begrenset hvor mye et menneske kan huske, og dermed få tilgang til å internalisere. På den andre siden kan noen tegn og muntlige utsagn lettere feste seg i kroppen enn en abstrakt og ”løsrevet” setning i et computerprogram. Flere av pleierne er inne på at det formidles mer i kroppslige møter mellom mennesker enn bare det talte ord; og pleierne har trening og erfaring med ansikt-til-ansikt-relasjoner! Men på den andre siden tillater skrift mer kompleks akkumulering og utvikling av kunnskap enn det som er mulig i en muntlig kultur (Goody

2000:136). Men hva slags kunnskap er relevant for pleierne? Kanskje ivaretar den muntlige kulturen gjennom sine gjentagelsesritualer en annen form for kunnskap og andre verdier enn det som ivaretas i den skriftlige kulturen.

Sjuepleier og sosiolog Hamran gjennomførte på begynnelsen av 1990 tallet feltarbeid i en sjukehusavdeling der hensikten var å finne ut av om kommunikasjonsteknologi kan erstatte muntlig rapport i en sjukehusavdeling. Det virker som hun er av den oppfatning at pleie - arbeidets uforutsigbare og komplekse egenart best ivaretas i de muntlige rapportsituasjonen, og hun hevdet at dagligspråket er mer velegnet enn skriftspråket fordi det kan ivareta ”virkelighetens upresise og uavsluttede form” der språket gir rom for fortolkning og vurdering (Hamran 1991:72).

Hva skjer i prosessen med å skrive ned kroppslige og muntlige erfaringer? Goody (Goody 2000:56,57) hevder at det i prosessen med å skrive ned en myte eller et ritual så finnes det ofte ikke språk for de ikke –verbale handlingene som skjer. Goody understreker at skriften ikke kan representere handling og heller ikke fullt ut muntlig språk. Skriften kan bare delvis og indirekte beskrive muntlig språk i kombinasjon med non-verbale handlinger.

Pleiearbeidets egenart er et komplekst samspill av kropp og tegn, som ikke er mulig å fullt ut skrive ned. Men på den andre siden gir skriftspråket mulighet til refleksjon og presisjon; noe som kan medvirke til faglig og personlig bevisstgjøring.

I vekselvirkningen og regelmessigheten mellom rapportene og arbeidet, kan en anta at pleierne husker mye og akkumulerer aktuell kunnskap i kroppene sine som er nyttig og konkret i arbeidet med pasientene. Det er ikke bare erfaringer og kunnskap som formidles og skapes i de muntlige situasjonene. En av hjelpepleierne trekker fram at holdninger formidles der og da ”som ikke kommer fram på datamaskinen”. Dette synes å sammenfalle med Hamrans undersøkelse der hun trekker fram at rapportfelleskapet blir et slags verdifelleskap der normer og verdier for arbeidet formidles, skapes og vedlikeholdes, og der ” det nye som blir sagt får mening fra dette verdifelleskapet”(Hamran 1991:70). I tråd med Habermas, og ut fra pleierens tekster, kan en tolke de muntlige rapportsituasjonene som handlingsarenaer som styres av sosialintegrerende mekanismer som er den mest avgjørende egenskapen ved livsverdenen (Habermas 1997, Jensen 1990:15). Erfaringer, kunnskap, verdier og holdninger

vedrørende den enkelte pasient som deles pleierne imellom, har mulighet til å ”feste” seg hos pleierne i rapportsituasjonene.

Men alt som fester seg trenger ikke være ”bra”. Muntlige situasjoner er en kamparena (Lindhart 1989). Systemansvarlig trekker fram at den muntlige rapporten bare er ”aktuell for de som sitter der, mye blir gjentatt og lite blir gjort – i tillegg så dominerer noen”. Formelt sett er det sjukepleierne som har mer autoritet og makt enn de andre pleierne, men også veltalende personer kan ha stor innflytelse. Derfor utvikles andre maktarenaer, og det er de ”lojale” assistentene som forteller om disse.

Uformelle språksituasjoner – en avmaktsarena?

Pleiere med full stilling eller store stillinger har stor autoritet i denne avdelingen. Flere av pleierne, både hjelpepleiere og assistenter, er inne på når de snakker om uformelle muntlige situasjoner, at det er bedre å snakke med pleiere som er mye på jobb enn å lese i Gericia ”for da får en greie på mer”. Det er særlig assistentene som bruker uformelle situasjoner til å få greie på det de synes de trenger i arbeidet sitt, og de snakker like gjerne med en assistent da som en sjukepleier for ”det kommer helt an på hva det dreier seg om”. En hjelpepleier og en sjukepleier påpeker faren ved at ting tas opp i uformelle situasjoner for da ”holdes noen utenfor, og noe kan bli borte”. Denne uformelle omgangsformen kan forstås som en subkultur på tvers av den formelle maktstrukturen i avdelingen. Det paradoksale her er at assistentene og noen av hjelpepleierne som betraktes av avdelingsleder som ”de lojale”, kanskje er de illojale som gjør ting på sin måte og ikke nødvendigvis følger tiltaksplanene. Men det kan jo også hende at subkulturautoritetene nettopp ivaretar det fellesskapet er blitt enige om. Det sier denne undersøkelsen ingenting om. Imidlertid er denne subkulturen en skjult mekanisme som kanskje nettopp kan få utfolde seg fordi computeren og Gericia ikke er et samlende symbol i avdelingen (s.134) .

De uformelle situasjonene er flertydige og mangfoldige. Og avdelingsleder understreker verdien av disse situasjonene der pleierne i tillegg til å hvile seg litt og å avregere med ”gode, humoristiske historier ...som ikke skjer på bekostning av pasientene”, kan få kontinuerlig veiledning, informasjon og sammenhenger på hva som skjer med enkelte pasienter. Og pleierne snakker ikke bare om pasientene i de uformelle situasjonene, de

snakker også om seg selv. Disse arenaene gir altså også mulighet til å bli bedre kjent med seg selv. Assisterende avdelingsleder snakker slik om de uformelle situasjonene:

Ja vi som gruppe er veldig gla i våres pasienter det er sånne grunnleggende gla i våres pasienter.....du ser liksom den måten de opptrer, måten de prater, måten de henvender seg til våres pasienter, de er grunnleggende gla, ikke sant,og når vi snakker på eh uformell måte trekker vi om det som er sagt bl.a. om spisesituasjonen på spisesalen, under stell – disse tingene vi trekker dem frem, gode flotte episoder som skjer under pasientens stell, under når vi er rett og slett sammen med dem.

I denne avdelingen synes ”Ida” at de uformelle samtalsituasjonene er minst like viktige som muntlige rapporter, for ”det er der det kommer”. Det virker som det er engasjement og godhet overfor pasientene som komme til syne i de uformelle samtalsituasjonene. Men hva er det som kommer i de uformelle situasjonene som ikke kommer fram på rapportene? Er det rett og slett det at alle pleierne tør å bruke sitt eget språk og formidle sitt engasjement og fortelle sine historier der og da. Tre av de fire sjukepleierne som er med i denne undersøkelsen framhever verdien av ”gode fortellinger” om pasientene som ser ut til å binde personalet sammen og også pasientene og personalet sammen. Dette sammenfaller med hjelpepleiernes oppfatninger av viktigheten av fortellinger, og assistentenes behov for uformelle samtaler for å vite mest mulig om pasientene.

Mye pleie og omsorgsarbeid dreier seg om å gjenkjenne og skille fenomener i en situasjon. Men det kan være vanskelig å beskrive presist hva en har sett og tillagt vekt og å redegjøre for hvordan og hvorfor en gjør det en gjør. Thornquist trekker fram at fortellinger kan være en god hjelp til å synliggjøre ”det praktisk erfarte livet (Thornquist 2003:75). I tråd med Berger og Luckman og Solheim kan det å sette ord på være avklarende både for en selv og andre for

Det er sjelden slik at en først vet hvordan noe forholder seg, og *deretter* beskriver det; ofte er selve beskrivelsen et ledd av forståelsen (Thornquist 2003:75).

Sett i dette lyset bidrar de uformelle situasjonene på en vesentlig måte i verdiskapning og kunnskapsforvaltning i avdelingen. Dessuten er det flere av hjelpepleierne som snakker om at de formelle rapportene også gir lignende muligheter (s.75). Det virker som skriftspråket ikke gir disse mulighetene, selv om skriften vanligvis gir mulighet til å være mer presis og tydelige, og slik sett medvirker til å høyne bevisstnivået (Ong 2002:77). Det er få av pleierne i denne undersøkelsen som ytrer noe om denne siden av skriftspråket når de skriver på computer og i Geric. På den ene siden kan en spekulere i om computeren i seg selv og

Gericadesignet kan medvirke til å stenge for muligheten til åpne beskrivelser, og på den andre siden kan en lure på om den individuelle skriveaktiviteten er fremmed for pleiernes kollektive erfaringer og kultur i avdelingen. Det kan virke som de muntlige situasjonene er så dominerende at de kan overskygge mulighetene som ligger i skriftspråket. Dessuten kan en lure på om ”følelsspråket” noen ganger dominerer over ”fornuftspråket” i de uformelle muntlige situasjonene (s.16, 45, 75).

Sjuepleieledelsen artikulere en rollemodell der pleierne ”skal handle på vegne av pasienten til hans eget beste”. Dette fenomenet trekkes også fram i *Maktens Samvittighet* der de gode rollemodellene nettopp er de som på ”eget initiativ bryter rigide normer og handler på vegne av pasienten ” (Vike 2003:118). En av hjelpepleierne kan være en representant for denne rollemodellen ved at hun i fritida lager ting for pasientene. Dessuten snakker en av sjukepleierne åpent om å få vekk de pleierne ”som bare arbeider for penger i avdelingen”. Det paradoksale ved nærhetsideologien er at dets ytterste konsekvens er nettopp avvisning gjennom utrenskning (Solheim 1998).

I det følgende tar jeg for meg noen andre mønster som jeg mener kommer fram i de ulike pleiegruppens tekster. Det er alltid en fare i å kategorisere fenomener og ved det redusere ”virkeligheten”, men kategoriseringer gir også en mulighet til å feste oppmerksomheten spesielt på noen fenomener og ved det ha mulighet til å se variasjon og nyanser som ellers ville blitt borte. Det må også presiseres at jeg ser situatene i en større og ”annen” sammenheng enn leseren. For det første så forsøker jeg å tolke de enkelte situatene i en sammenheng med hele intervjuet det gjelder, og deretter med de andre intervjutekstene. Dessuten settes de i forbindelse med inntrykk jeg fikk under noen formiddagsrapporter jeg tok del i, i tillegg til at jeg har lest noen tiltaksplaner og rapporter. Jeg håper også at kompleksiteten og mangfoldet, som jeg så langt har forsøkt å synliggjøre, blir et bakteppe for det som følger.

Hjelpepleierne - pragmatikerne og kritikerne...

Hjelpepleierne kan i **grove** trekk kategoriseres som pragmatikerne, kritikerne og de som er kollektivt orientert i denne avdelingen. De snakker mye om den felles meningsdannelse og verdiskapning som oppstår i de muntlige rapportsituasjonene, og at de kan lære av hverandre, støtte hverandre og få gode råd av hverandre. En av hjelpepleierne sier at

En er jo ikke alene, det er et godt arbeidsmiljø. Vi er jo et team hele tiden.

Det virker som pleierne er sammen om det meste i denne avdelingen, noe også dette utsagnet kan understreke:

...vi snakker jo litt sammen, vi kan føle vårs litt lei oss om en brukar som kanskje er litt vanskelig, vi avlaster hverandre litt med det, det snakkar vi mye om.

Sitatene ovenfor har fokus på pleierne og det gode, positive som skjer for dem i de muntlige situasjonene. Selv om pasientene er implisitt i det som fortelles, så er det faktisk pleierne det dreier seg om. I flere av samtalene kommer det kollektive samværet og arbeidsfellesskapet fram, og ut fra språkbruken kan en tolke at pleierne har et fellesskap som har elementer fra venninneforhold. Og dette kommer eksplisitt fram i hjelpepleiernes og tildels assistentenes tekster.

Men kanskje er det andre mer skjulte mekanismer som også gjør seg gjeldende? I introduksjonen koblet jeg kvinners opplevelse av skam og lidelse til pleiernes travelhet og selvoppofrelse (s.13). Dette kan ses i sammenheng med at pleie- og omsorgsarbeid i det senmoderne samfunn med det kulturelt frisatte og subjektiveringsbølgen, blir attraktivt for noen ved at det blir et sted for selvdyrking og der ”mening for meg” blir fokus (Bakken 2001:208). Bakken tror det kan være følelser av skam og utilstrekkelighet som dominerer mennesker som søker omsorgsyrker, og han hevder at skam og utilstrekkelighetsfølelse kan holdes ” i sjakk ved at feltet stiller klare forventninger til at de skal stille sitt liv til rådighet for de(n) andre” (Bakken 2001:209).

Formiddagsrapporten - en ”følearena”?

”Frøydis” sier om formiddagsrapporten at den er mer utfyllende om de forskjellige pasientene, og at den dreier seg om hvordan pleierne opplever og *føler* (min uthevelse) å være hos pasientene den dagen. Hun er opptatt av å ikke stigmatisere pasientene, og at pasientene kan ha ”dårlige dager akkurat som oss”. Det er interessant at Frøydis snakker om at de tar opp det de ”føler”. Det er flere av hjelpepleierne og assistentene som snakker om at de tar opp det de føler. Dette betyr at de muntlige formiddagsrapportene gir rom for noen pleieres

refleksjoner omkring egne følelser og reaksjoner som har oppstått i interaksjon med pasientene. På denne måten gir disse rapportsituasjonene en unik mulighet for pleierne til å dele, forstå og bearbeide sine egne og andres erfaringer og følelser. Men kanskje dominerer ”følelsspråket”, og dette ”føleriet” kan holde pleierne fast i det umiddelbare og det ureflekterte, og slik sett kan pleierne noen ganger i de muntlige rapportsituasjonene holde hverandre fast i tradisjonelle praksiser (se avslutning). På den andre siden kan de skriftlige rapporten bidra til at ”følelsspråket” ikke får rom i det hele tatt, ved at såkalt objektiv kunnskap og ”ikke-synsning” blir vektlagt.

Som tidligere nevnt i *Likhetens paradokser* (Vike 2001), så blir ikke ”følelsspråket” forstått, og har ikke prestisje og autoritet blant politikere og byråkrater. Tvert imot så tolkes denne språkbruken som problematiske egenskaper ved den enkelte ansatte. Disse språkforskjellene gjør det nesten umulig for pleierne å ta opp ting, og denne språklige maktarrogansen kan krenke pleierne, som allerede er i en underlegen posisjon, til taushet i organisasjonen. Vike trekker nettopp fram at de kvinnelige pleierne ”ofte opplever det som problematisk å gjøre sine erfaringer gjeldende i det økonomisk-administrative språket” (Vike 2001:153). Og en av informantene i artikkelen *Byråkratiske utopier* påpeker at ”sier du noe, blir du straffa...Det er skremmende å se hvor fort folk gir opp; vi har mist mye av energien vår” (Vike 2003:7).

Rapportene – enveiskommunikasjon og enten for lange eller korte?

Noen av hjelpepleierne er våkne for inkonsekvens rundt rapportsituasjonene, og to av dem er frustrerte over at rapporten noen ganger blir enveiskommunikasjon, og ikke dialog, og at dette avhenger av hvilken sjukepleier som leder rapporten. Dessuten tar ”Hanne” opp at rapportene noen ganger blir for korte og at de får for lite informasjon. Hun er opptatt av at pleierne må få slippe til under rapporten og at det som blir tatt opp er relevant for den vakta som pleierne skal starte på. Noen ganger synes hun rapporten blir for detaljert:

..noen ganger er det veldig detaljert om hva som har skjedd på formiddagen, ja og det er jo greit å få vite hva som er skjedd på formiddagen sånn nogenlunde, men det blir litt detaljert noen ganger hvem som har tømt seg og ja, det blir litt sånn uvesentlig. Ja, heller gå inn på de tinga som er interessante for oss på kvelden. Ja, sånn sitter jeg og tenker noen ganger, men det er jo den som har rapporten som bestemmer, ikke sant? Mens andre ganger så går det så fort atte en er liksom ferdig på fem minutter, og da har det visst ikke skjedd noen ting- alt er greit...så det er den gyldne middelvei da.

Hun synes det er fint at det blir brukt tid på diskusjoner under rapportene ”for det er alltid noe du lurar på; det er greit å høre andres mening absolutt”.

”Dagry” tar også opp at de muntlige rapportene kan bli for lange og detaljerte, og i tillegg sier hun at

Viss det går alt for lang tid så syns jeg det er lissom unødvendig å høre på sånn mye surr å som ikke er nødvendig å si.....Jeg trur den viktigaste rapporten som jeg får når jeg er på ettermiddagsvakt, da får en jo rapport før en byner, og da går en lissom igjennom alle, og det er jo viktig da..

Dagry er opptatt av at hun skal rekke å gjøre alt det arbeidet som skal gjøres i avdelingen. Men hva mener egentlig Dagry ”med mye surr som ikke er nødvendig å si”? Har dette noe med innforstått kunnskap å gjøre? At en ikke trenger si alt, men at noe er selvfølgelig? Eller er det ulike kunnskapsnivå og fokus som kommer fram her? Under intervjuene er det forskjeller på hva sjukepleierne, hjelpepleierne og assistentene snakker om og vektlegger. Sjukepleiernes verbale språkbruk får fram mangfoldet, kompleksiteten, overblikket og idealene rundt pasientene i avdelingen. Hjelpepleiernes språkbruk er mer ”pasientnær” og konkrete i tillegg til at de snakker mye om fellesskap pleierne imellom. Dessuten har de et kritisk blick på muntlige rapport situasjoner. Kanskje kan ”mye surr” indikere at det blir snakket om ting som hjelpepleierne ikke synes gir mening og er relevant i forhold til arbeidet deres? Kanskje har det også noe med formen budskapene blir gitt i? Men Dagrys utsagn kan rett og slett bety at det er mye utenomsnakk i rapportene som stjeler verdifull tid fra direkte pasientkontakt. Dessuten er det verd å legge merket til at Dagry setter pris på ettermiddagsrapporten for da går en igjennom alle pasientene. Det kan bety at noen pasienter får mer plass og blir mer snakket om på formiddagsrapporten enn andre; pasientene er prisgitte sine pleiere og deres evne til å formulere seg og bli hørt på i rapport situasjonene. Siden assisterende avdelingssjukepleier og avdelingsleder ikke problematiserer at noen er stille under rapportene, kan en anta at ”de veltalende” tar mer rom enn ”de tause”.

Usikkerhet rundt hva som kan sies i rapport situasjonene

”Hanne” synes noen ganger det er vanskelig å si noe på rapporten:

for jeg er redd for å mase for mye (latter) om sånne ting som kanskje andre syns er uvesentlige da åsså er det den tida da.

Kanskje kan dette utsagnet tolkes som at det kan være vanskelig for hjelpepleierne også å snakke "godt nok" under rapportene noen ganger? Men det kan også ses i sammenheng med at det virker som flere av pleierne synes at det er noen i avdelingen som snakker for mye, slik at de andre pleierne opplever at det rett og slett ikke er tid nok. I tillegg ønsker ikke hjelpepleierne å skille seg ut. Dessuten kan det virke som pleierne ikke helt vet hva som er vesentlige temaer å beskjeftige seg med under rapportene. I tillegg kan en også se denne usikkerheten i sammenheng med de skriftlige rapportene som kanskje ubevisst lager lesten for hva som er betydningsfullt i de muntlige situasjonene. Utad er det den skriftlige dokumentasjonen som har status, men siden de skriftlige dokumentene er såpass knappe, skapes usikkerhet fordi pleierne opplever at denne dokumentasjonen ikke tilfredstiller deres behov for kunnskap og mening i forhold til arbeidet deres. Siden assistentene ikke leser dokumentasjon og er sjelden på jobb, legger deres arbeidssituasjon sterke føringer på de muntlige rapportsituasjonene, men det kan virke som at "Hanne" ikke er klar over dette hensynet som sjukepleier som leder rapporten må ta.

Det er i hovedsak hjelpepleierne som er kritiske til de muntlige rapportsituasjonene, assistentene snakker fra en annen posisjon når de snakker om disse situasjonene der det virker som det er stor avstand mellom "de andre" pleierne og assistentene. I **grove** trekk kan assistentene kategoriseres som de som "hører" og "ofrene".

Assistentene - de muntlige pleierne.....og de som hører

Assistentene setter stor pris på den uformelle samtalen der de kan få greie på det de trenger for å stille bra. De setter også pris på rapportsituasjonene, men egen tilbakeholdenhet synes å hemme begeistringa deres for disse situasjonene. De har meldt seg litt ut og "hører", og noen av dem føler at de ikke "snakker bra nok". Assistentene er ufaglærte og har ikke de samme ordene til å uttrykke et fenomen med som sjukepleierne og hjelpepleierne. Jeg vet ikke hvordan det er i denne avdelingen, men fra egen erfaring som sjukepleier må jeg innrømme at jeg nok har reformulert ufaglærtets utsagn til å passe inn i fagvokabularet. Denne handlingen kan oppfattes som en underkjennelse av assistentenes egne erfaringer og skape avstand til dem. Slike "oversettelser" av førstepersonserfaringer kan skape en følelse av fremmedgjøring, og assistentene kan komme til å stole mer på de faglærtets ord enn på sitt eget språk og sine egne fornemmelser, erfaringer og vurderinger.

Men rapportene preges ikke bare av fagspråk, også språkbruk generelt må trekkes inn. Og kanskje kan assistentenes opplevelse av utilstrekkelighet i denne forbindelse bl.a. relateres til klasseforskjeller? Bernstein påviste på 1960 tallet at skolens undervisning i Storbritannia speilet middelklassens måte å kommunisere på, noe som i utgangspunktet diskvalifiserte arbeiderklassen (Liden 2001:68ff). Selv om ikke klasseforskjeller i Storbritannia kan overføres direkte til norske forhold, er det viktig å tenke over at det også i Norge er klasseforskjeller og at også dagligspråket i seg selv, og ikke bare fagspråket, kan være forskjellig fra de fagutdannede til de ufaglærte; kanskje særlig mellom sjukepleierne og assistentene i denne undersøkelsen. Forskjeller i talespråket mellom disse to gruppene kom tydelig fram i intervjuundersøkelsen, der sjukepleiernes språkbruk var mer ordrik, fortettet, abstrakt og presis enn assistentenes språkbruk. Denne tendensen kom også fram hos de hjelpepleierne som leser og skriver mye. De hadde rett og slett flere ord å bruke. Mennesker som skriver og leser mye, har som oftest et mer presist talespråk som kanskje har en annen logikk og er mer abstrakt enn talespråket til dem som nesten ikke leser og skriver (Goody 2000:55,56). Assistentene i denne undersøkelsen leser og skriver minimalt hjemme. Hvilke konsekvenser kan det få for assistentene, pasientene og hele miljøet i avdelingen at assistentene snakker lite under rapportene? I tråd med Berger og Luckman og Solheim kan assistentene miste muligheten til å bli kjent med seg selv og reflektere over egen atferd. Men her kommer de uformelle, muntlige situasjonene og dokumentasjonsplikten i Geric inn for alle pleierne og ”redder” assistentene fra å være totalt tause. Og kanskje er det denne dokumentasjonsplikten som har ”avslørt” både for assistentene selv og de faglærte kollegaene assistentenes utilstrekkelighet når det gjelder rådende språkbruk i avdelingen. Noen av assistentene har problemer med rettskriving, og er flau over det. Denne utilstrekkeligheten forsterkes ved at de ikke kjenner til fagordene. I en slik posisjon er det mest naturlige å forsøke å ape etter hva de andre skriver, eller å la være å skrive. Hele konteksten rundt det å skrive blir en belastning for dem, og det er en av assistentene som har greid å være ”ulydig” og har nesten ikke skrevet i Geric de fire årene programmet har vært i avdelingen. Assistentene opplever negative kommandoer i forhold til egen språkbruk, og sett i tråd med Canettis kommandoteori er en mulighet å unnsnippe denne kommandoen på å trekke seg vekk og ikke snakke så mye. En annen mulighet kan være at de ikke bryr seg om denne negative kommandoen. Men bl.a. pga. dokumentasjonsplikten kan de ikke lenger la være å skrive, og

derfor kan denne kommandoen stikke i sjelen, og det eneste de kan gjøre for å unnsnippe denne smerten er å kommandere videre. Da kan en spekulere i hvem de kommanderer, og hvordan de kommanderer videre.

Det typiske med assistentene i avdelingen er at de har små stillinger og det kan være lenge mellom hver gang de er på jobb, derfor kan det oppleves som ekstra frustrerende å komme på arbeid og ikke få god nok rapport. ”Anne” er litt frustrert over at morgenrapporten klokken sju er så kort, og hun fortsetter med å si at det er ikke tid til en grundigere rapport, for de skal begynne å stille pasientene klokka kvart over sju. Videre sier hun at hun ikke nesten ikke leser rapporter og tiltaksplaner, og at hun heller spør kollegaer for der får hun det bedre forklart: ”...hun kan forklare meg det nøyere enn det jeg sitter på dataen og leser....”.

Anne sier også at hun spør mye, for når en har vært borte noen dager så *kan mange ting forandre seg* (min utheving). Assistentene er tydelige på at endringer skjer, og det er interessant at de som de minst ”skriftlærde” så tydelig setter ord på foranderlighet. Dette ”blikket for endring” kan ha sammenheng med at når Anne er borte fra avdelingen noen dager, så legger hun bedre merke til forandringer som har skjedd med pasientene enn det de pleierne gjør som er mye på jobb. Imidlertid kan denne ”foranderligheten” også ses i sammenheng med at mangfoldet, omtrentligheten og foranderligheten ligger i den muntlige kulturen. Skriftspråket eliminerer bl.a. variasjon og fremmer en annen logikk (Goody 2000:55,56). Men på den andre siden gir også skriftspråket mulighet til å fordjupe seg og nettopp se på nyanser og mangfold. Men den individuelle skriveaktiviteten krever tid og rom, og det er det sparsomt av i denne avdelingen.

Det er viktig å påpeke at en ikke kan se på de to språkmediene isolert. Antagelig er det nettopp kombinasjonen - den selvfølgeliggjorte forbindelsen mellom skriftspråket og det muntlige språket i vår kultur – som gir de beste muligheter til refleksjon og mangfold. Assistentene er sammen med og påvirker og påvirkes av kollegaer som både leser og skriver mye både hjemme og i avdelingen.

”Ofrene”

Anne sier dette om rapporten klokka tolv:

...så er det da rapport nå klokka tolv da, en ordentlig rapport da, og da blir det jo tatt opp det som vi føler” ”Er det greit for deg å snakke på rapporten og sånn?” ”Ja, ja det er – noen ganger er det greit, andre ganger så føles det som du blir litt, ikke blir hørt altså da. Da trekker du deg litt tilbake. Men det er klart sånn er det med oss alle, alle steder, noen er, jeg er ikke som sagt ikke så veldig lett for å få prate masse, men akkurat når jeg mener noe sterkt så prøver jeg å si fra. Ja, men det er klart det er jo - noen er sterkere i talen sin enn andre, men sånn er det vel, sånn er det vel over alt det i arbeidslivet.....men viss jeg tenker lissom sånn tilbake, så har vi jo hatt lissom det er jo det var vel ikke bare meg du føler lissom at du blir vel hørt, men det er på en måte noen som , som dirigerer samtalen....” ” Du e assistent, føler du at det har noko med det her å gjære?” ” – Hm, noen ganger kanskje, men jeg gjøkke noe a det, jeg. Nå har jeg ikke så mange år jeg ska jobbe så (latter) viss jeg hadde hatt det så – hadde det ikke vært så særlig å tenke på foreløpig viss det skulle være sånt da at jeg fortsatt var, jaja, assistent da.

Under den første formiddagsrapporten jeg tok del i, og som fant sted før jeg intervjuet Anne og visste at hun var assistent, observerte jeg samhandlingen mellom sjukepleier og Anne. Sjukepleieren ledet og styrte kommunikasjonen, og jeg forsto fort at Anne var assistent som forsøkte å bli tatt på alvor og å snakke presist og godt nok. Dessuten signaliserte Anne med hele seg en slags sårhet og trass i denne situasjonen. Derfor ser jeg sitatet ovenfor i en videre sammenheng, og tolker det kanskje annerledes enn det som konkret sies.

Anne refererer også til rapportene som et sted der en kan ta opp det en ”føler” (s.72). Hun sier ”en” og ikke ”jeg” og dette kan tolkes som at det er andre pleiere som i hovedsak tar opp det de føler, og ikke hun. Dessuten utvikler intervjuet seg slik at hun også snakker om at hun noen ganger ”føler” at hun ikke blir hørt. På en måte kan dette forstås som at umiddelbare følelser har stor innflytelse på Annes oppfattelser og opplevelser. Flesteparten av assistentene er tause i formelle, muntlige situasjoner, og de mangler ofte ord å uttrykke seg med. Dermed står de i fare for å ikke ha anledning til å språkliggjøre noe av følelsene og frustrasjonene de opplever i samhandlingen med pasientene og de andre pleierne i avdelingen. Intervjuet med Anne er preget av mange følelser og en del sårhet, der hun signaliserer at hun kommer til kort både i de muntlige og skriftlige rapportsituasjonene. Hun trekker også fram at noen av pleierne er sterkere i talen sin enn andre, og at hun opplever at noen ”dirigerer” samtalen. Det er tydelig at hun føler seg mindreverdige i forhold til de utdannede pleierne, selv om hun

tilsynelatende sier noe annet. Annes kommunikasjon er motsetningsfylt. På den ene siden er hun en av dem som tydeligst gir uttrykk for at hun setter pris på samværet i avdelingen. På den andre siden snakker hun om at hun holder ut som *assistent* fordi hun er så gammel og skal snart gå av med pensjon.

I andre utsagn, som ikke refereres her, snakker hun om kollegaer som ”har skolen”. Bare en har ”skolen” så legitimerer det praksiser i avdelingen som hun ikke alltid synes er bra. For Anne er det viktig at rommene til pasientene er ryddige og ordentlige, men i følge Anne, er det ikke alle utdannede pleiere som vektlegger det. Det kan virke som det i denne avdelingen blant assistentene eksisterer en uoffisiell målestokk for dyktighet, som måles ut fra hvordan det ser ut på pasientenes rom eller skyllerommet etter at pleierne har vært der. Dette faller sammen med observasjoner som er gjort i andre sjukehjem (Vike 2002:176), men mens skillet der går mellom sjukepleierne og hjelpepleierne, virker det som skillet i denne avdelingen går mellom de faglærte og de ufaglærte. For det er ingen av hjelpepleierne som snakker om orden på samme måten, men det betyr ikke nødvendigvis at de ikke er opptatt av det.

På spørsmål om Anne føler at viktig kunnskap blir borte siden hun ikke skriver rapport, sier hun følgende:

Hm, nei, - det gjør jeg vel ikke direkte, menne – men der kan jo asså komme tilbake til som du sier å gå inn på, for jeg vet jo mange ganger som det kan ha gått mange dager og så sier de at sånn og sånn skal det være her i huset, men det har ikke vi fått beskjed om, og der er sånn kan du si, en melding som de kanskje burde hatt beskjed om. Menne det er ikke sikkert likevel atte de som som burde gitt meldingen har skrive den på dataen, det vet jeg ikke.

Anne refererer til lederne som ”de” og opprettholder avstand til autoritetene som bestemmer at ”slik skal det være her i huset”. Hun får også fram at informasjon og kunnskap kan bli borte fordi det ikke blir sagt på rapportene. Selv om Anne er klar over at ting kan skrives ned som hun da ikke leser, så får hun fram hvor vanskelig det blir når ikke ”alt” snakkes om i rapportsituasjonene. Assistentene kan i denne forbindelse ha sterke forventninger, bevisst eller ubevisst, til sjukepleierne som leder rapportene, om at det meste må tas med. Dette forsterkes ved at flesteparten av assistentene ikke er mye på jobb og derfor er det nødvendig for sjukepleier å gjenta mye i rapportsituasjonene. Dette kan oppleves frustrerende og unødvendig for de pleierne som er mye på jobb, og som i tillegg leser i tiltaksplanene. Hjelpepleierne vil som tidligere nevnt ikke høre ”alt” men bare det som de trenger.

Det er interessant at Anne bruker metaforen ”her i huset”; det gir med engang assosiasjoner til hjem. Andre begreper hun bruker er ”jentene” i avdelingen, og en kobler umiddelbart dette utsagnet til at hun snakker om døtrene sine. Som tidligere nevnt er det ulike assosiasjoner til hjem, men en måte å se hjem på, er at hjemme tar en seg vanligvis av det som måtte dukker opp, en tar ansvar og strekker seg langt, og forsøker kanskje å dysse ned det som måtte være av konfliktfylte temaer. Flere av hjelpepleierne og assistentene snakker om at ”det går som regel greit”. Det kan virke som det er en harmoniseringsideologi blant pleierne, som kanskje skjer på bekostning av forskjeller og konflikter. Det virker som det er greit å adlyde siden det er livsverdenen som dras inn. I livsverdenen, eller hjemme, skriver en ikke rapport om hverandre, og Anne ”ser” ikke at det er fordi at hun ikke leser rapporter, tiltaksplaner og heller ikke skriver notater under muntlige rapporter, at informasjon og beskjeder kan bli borte.

Rapportens struktur gir, som tidligere nevnt, mulighet for alle pleierne til å si noe om ”sine” pasienter. Men ikke alle gjør det i like stor grad. Assistentene skiller seg ut her ved at de har små stillinger, går på tvers av gruppene, må steppe inn der det er behov for dem, og de har derfor vanligvis ikke sine ”faste grupper” å ta seg av. Derfor forventes det ikke at de ”vet” så mye om pasientene. Sett i dette perspektivet virker det som assistentene ikke helt er del av samværfellesskapet i rapportsituasjonene, og det er da heller ikke de som snakker varmest om ”samværet”, det er det hjelpepleierne som gjør.

De muntlige rapportene og de uformelle situasjonene kan ses på som to sjangrer og to språkspill der pleierne befester sine posisjoner. Til tross for mange kritiske innvendinger til de muntlige rapportene, virker det likevel som disse situasjonene er samlende og har stor verdi for alle pleierne. Disse fellesskapene medvirker til å opprettholde og reprodusere forestillingen om likhet blant pleierne til tross for store forskjeller i status. Imidlertid virker det som assistentene er avhengig av de uformelle situasjonene for å få nok informasjon og kunnskap om pasientene. Her føler de seg mer like og likeverdige med noen av de andre pleierne, og de prater mer. Det er på en måte den arenaen der assistentene kjemper om makt og innflytelse i avdelingen. Og hvordan kan disse forholdene mellom pleierne tolkes på et dypere plan?

"De andre"

Noen av assistentene opplever, som tidligere nevnt, at rapportsituasjonene ikke er gode for dem og at de føler seg underlegne. Dette kan ha sammenheng med at de ikke anerkjennes som de andre, og at de mer eller mindre usynliggjøres i disse situasjonene. Anne trekker nettopp fram at hjelpepleierne i større grad enn tidligere noterer under rapportene, og det kan tolkes som at Anne opplever at det er blitt en tettere konstellasjon mellom sjukepleiere og hjelpepleiere i avdelingen.

Det moderne identitetsbegrep er et paradoks, hevder Solheim, der det på den ene siden forstås som ideen om det abstrakte individ, og på den andre siden som et partikularistisk og kroppslig individ. Hun hevder videre at begge disse ideologiene har problemer med å anerkjenne "den andre". De muntlige rapportene kjennetegnes ved nærhet og hjemlighet. Pleierne er sammen i et sosialt og kulturelt fellesskap, men i dette fellesskapet ligger faren for "distansering til de andre som "ikke tilhører oss" (Solheim 1998:83) og at noen utstøtes. Assistentene har motstridende følelser og opplevelser av rapportsituasjonene, og de framstiller rapportsituasjonen som en arena der sjukepleierne i særdeleshet sitter inne med kunnskapen og direksjonen. Assistentene opplever at de ikke har et godt nok språk, og derfor tar de lytterrollen. Men det er ingen av de faglærte pleierne, i intervjusituasjonen, som stiller spørsmål ved hvorfor assistentene er så tause i rapportsituasjonene. Dette kan ha sammenheng med at det var fokus på hvordan de selv snakker og skriver, og ikke fokus på kollegaer. Eller kanskje er det så selvsagt at assistentene er "de andre", og det selvsagte gjør "de andre" usynlige? I tillegg kan assistentenes taushet tolkes som innforstått kunnskap. Til slutt kan en spekulere i om kanskje assistentene ikke er så tause som de gir inntrykk av.

Dersom rapporten glir over i mer uformell samtale, som vaktrommet med sin hjemlige atmosfære kan invitere til, kan kanskje dette forvirre assistentene for da kan de ha opplevelsen av å være betydningsfulle igjen; da er de plutselig gode nok og uerstattelige. Assisterende avdelingsleder sier at formiddagsrapporten noen ganger kan vare opp til en time, og da glir den kanskje over i en samtaleform, der pleierne splittes opp i smågrupper? Solheim hevder at nærhet som ideologi på den ene side åpner opp for det uerstattelige individ samtidig som det åpner opp for utstøtelse og offer av det fremmede. Rapportarenaen er en situasjon der "de

andre” kan oppleve både inkludering og ekskludering. Det er kanskje ikke uten grunn at assistentene liker best de uformelle, muntlige samtalene. Og det er vel kanskje fordi her er de enkeltpersoner som snakker sammen der begge parter er betydningsfulle? I lys av dette er det interessant at assistentene er de som tydeligst gir uttrykk for at de trives sammen med de gamle pasientene, og det kommer fram en nærhet og en likeverdighet mellom pasientene og dem selv. Men i denne nærheten ligger også muligheten for eksklusjon (s.141).

Den andre forståelsen av identitet er ideen om likhet. Ideen om det universelle og utbyttbare individ er demokratiets grunnide, hevder bl.a. Solheim. En universalistisk forståelse av identitet tenderer mot at individet identifiserer seg med alle andre. Assistentene strever med å anerkjennes og å være lik de andre. Og det er ikke bare i rapportsituasjonene, men generelt i forhold til arbeidsoppgaver og ansvar de får i avdelingen. Selv om assistentene i første omgang uttrykker lojalitet og innordning i intervjusituasjonen, kommer det etter hvert fram en frustrasjon og trass over å ikke være gode nok der hovedbegrunnelsen er at de opplever at de ”gjør det samme arbeidet som de andre”. I sjukehjem er det ikke så lett å skille yrkesgrupper fra hverandre i kraft av hva de gjør. Hjelpepleiere og assistenter gjør tilsynelatende det samme, og de er likt kledd. Dessuten tilslører omsorgsmetaforen ytterligere de forskjeller som måtte være. Og i pleiernes tekster virker det som det er en konstellasjon av de faglærte mot de ufaglærte i denne avdelingen. Og det er assistentenes tekster som åpner opp for denne analysen; det er deres språk som synliggjør at de er ”de andre”. For de faglærte er ”de andre” ikke synlige.

Autoritet og lojalitet?

Lojalitet er et annet trekk som kommer tydelig fram i assistentenes tekster. De gjør det de får beskjed om, sier de. Kanskje er de så lojale for å streve mot å være mest mulig lik de andre? Samtidig som hierarkiet nettopp understreker at de ikke er like. Det er interessant i denne sammenhengen at avdelingsleder, som har vært leder i denne avdelingen et halvt år, synes det er tungvint at hun har så stor autoritet i avdelingen, og at personalet mener hun skal

styre alt og bestemme alt, en skal mene noe om alt, men det ække jeg som skal finne opp kruttet i alle ting. Ja de kommer til meg og spør om de skal gjøre sånn og eller skal vi gjøre sånn, og så spør jeg tilbake, hva syns du, og så blir de helt forskrekka, da detter haka ned.

I følge avdelingsleder er personalet vant til fra tidligere å bli fortalt hva de skal gjøre, og de er ”utrolig lojale” til kommandoene de får

Jeg jobber veldig mye med at de må byne å tenke sjøl, og bli selvstendige individer, og ansvarliggjøre de for ting de gjør og lar vær å gjøre, og ikke ta avgjørelser fra de

I dette endringsarbeidet føler avdelingsleder seg ganske aleine, og hun sier at hun arbeider bevisst med forståelsen til personalet, men hun er klar over at dette ikke er noe som ”er gjort over natten”. En av assistentene trekker nettopp fram frustrasjonen over ikke å bli stolt på og få ansvar i arbeidet sitt. Men hun opplever at det har blitt bedre med den nye avdelingslederen for ”hu stoler på alle så vi har det veldig bra nå”. Det er interessant i denne sammenhengen å trekke inn hjelpepleierne her, for de må ganske ofte steppe inn og gjøre ”sjukepleieoppgaver” dersom det ikke er sjukepleiere på jobb (s.36). Og det er ingen av hjelpepleierne som uttrykker frustrasjon over dette. Tvert i mot så virker de litt stolte, og det kan virke som disse oppgavene gir dem mer opplevelse av å være betydningsfulle og nære sjukepleierne. Men det kan også kobles til at de er lojale og ikke ønsker å si noe om at de noen ganger er gode nok og andre ganger ikke er det. Det to av hjelpepleierne trekker fram i denne forbindelsen, er at de kan ha det veldig travelt i rollen som sjukepleier, og får ofte ikke tid til å ta full matpause eller ha matpause i det hele tatt. Det kan ha sammenheng med at de er utrente, men også at sjukepleierne har det travelt, men at de ønsker å framstille idealene og ikke ønsker å bli oppfattet som ”sytere” i denne undersøkelsen.

Avdelingsleder synes pleierne er gode til å ivareta det ”fysiske omkring pasientene”, og med det mener hun den fysiske pleien. Men hun mener det er mye å jobbe med på ”det sosiale området”:

Og når det gjelder pasientene så er det veldig mye å jobbe med i forhold til det sosiale, det er veldig sånn gjøremålsretta veldig, veldig, veldig – de er veldig flinke der, utrolig flinke, så jeg er ikke bekymra for pleie og de tingene der i det hele tatt, men jeg er bekymra for pasientenes sosiale liv. Og det er en kjempejobb å få fokus på det, hm, så det er mitt, min hovedgreie, føler jeg.

Avdelingsleders vektlegging av det ”sosiale” gir de lojale pleierne frustrasjoner som de forsøker å løse på beste måte. ”Berit” snakker i denne sammenhengen om hvordan hun opplever en endt arbeidsdag

Jeg føler ikke at jeg har gjort noe når jeg har gått ut herfra da, sånt sett”. ”Du føler at du ikkje har gjort noko?” ”Ja, selvfølgelig har jeg gjort no, men asså jeg føler atte vi hakke tid til pasientene, vi får lissom ikke, det er full fart inn å stelle og full fart ut igjen, å så er det mange a de som vil prate, de er jo ensomme, de sitter jo bare der”. ”Tar du deg sånne øyeblikk at du tar deg tid til å prate eller?” ”Ja jeg gjør det. Jeg går inn på romma, lokker døra og prater med de asså.de sitter der helt alene mange a de, ikke har de pårørende å besøkende, de trenger å ha noen å prate med. ...asså er de koselig å prate med, de har jo så mye å fortelle, som de har opplevd lissom.men vi er for få folk på jobb da.....ja, jeg er glad i eldre mennesker.

Berit er frustrert over å ikke ha god nok tid til å være med pasientene. Det virker likevel som hun greier å prioritere å samtale med pasientene, og hun signaliserer en slags likeverdighet mellom seg og dem. Og hun forsetter med å fortelle at hun var den som husket når en pasient skulle til tannlegen en dag. Berit leser ikke ofte i tiltaksplanene, og det verste hun vet er å skrive rapport, for hun strever mye med rettskriving, og synes det er flaut at det skal stå feil. Hun tar vanligvis ikke notater under rapportene, men sier at når de har rapport halv tre på ettermiddagen, så skriver hun alltid opp, for de er bare to pleiere på nitten pasienter og de ”har hele avdelingen aleine”. Da skriver hun opp for det kan hende det er mange dager siden hun sist var på jobb.

Pasientene og pleierne lever i en konstant spenning mellom systemverdenen og livsverdenen, og det er vanskelig å balansere disse to verdenene i sjukehjemsavdelingen. På den ene siden, og i noen situasjoner, kan det virke som at systemverdenen trenger seg mer og mer inn i sjukehjemmet, jfr. kvalitetsreformen og computerprogrammet i denne avdelingen. På den andre siden kan en stille spørsmål om livsverdenen også trenger seg fram i situasjoner i sjukehjemmet. Berits utsagn ovenfor, kan være et eksempel på at det kan bli en litt for overflatisk kobling mellom ensomhet og at en sitter alene. Pasientene har sitt lille rom som ”hjemmerstatning” i sjukehjemmet, og de kan ønske å ha sitt revir. Den samme assistenten sier: ” Jeg går inn på romma, lokker døra og prater med de asså”. Her kan det virke som hun ikke har følsomhet og åpenhet for om det passer for pasienten; at det passer for henne, legitimerer det hun gjør. Men kanskje denne pleieren ikke mener det slik i det hele tatt? Dette utsagnet blir i denne teksten konstruert på nytt i en ny sammenheng. Kanskje Berit ikke formulerer det slik hun ønsker? Her er det viktig å minne om at helhetssituasjonen, sammenhengen mellom verbale og ikke-verbale tegn rundt pleier og pasient ikke kommer fram i denne intervjusituasjonen. Men for å fortsette refleksjonen rundt denne assistentens verbale utsagn, så kan ”det sosiale” som avdelingsleder påpeker er et satsningsområde i denne avdelingen, lett bli en stor ”sannhet” for de lojale pleierne som legitimerer enhver sosial handling. Kanskje

det ikke passer for pasienten å prate når det passer for denne pleieren? Hjelpepleier Gunhild framhever derimot at hun banker på pasientens dør og spør om det passer at hun kommer inn og prater litt.

Sjukehemmet som organisasjon understreker også assistentene som ”de andre”. De ufaglærte har nesten ingen rettigheter, men de er helt nødvendige for organisasjonen å benytte når det passer organisasjonen å gjøre det. Assistentene har små stillinger og kan blir ringt etter i ”tide og utide”. To av assistentene har 25% stillinger i denne avdelingen, mens de to andre har 50%, der den ene går i et vikariat, og har også egentlig bare 25% stilling. To av assistentene tar hjelpepleierutdanning på deltid når dette intervjuet foregår, og hovedargumentasjonen er at da ”kan jeg få høyere stilling”. Det er spesielt en av assistentene som målbærer at det er flere av pleierne som er misfornøyd med at de har så små stillinger og hun sier bl.a. at det er dårlig

at ikke de ordnar det litt bedre, viss jeg hadde vært alene så trur jeg ikke jeg hadde klart meg på den lønna jeg har ihværtfall, det trur jeg jammen i meg ikke.

Hjelpepleierne har heller ikke fulle stillinger, men de ligger på rundt 75%. En av dem forteller at hun arbeider i denne avdelingen fordi her fikk hun så stor stilling som 75%, mens hun på sin tidligere arbeidsplass bare hadde 19% stilling og ”det gikk på ekstravakter og det gikk opp og ned så det var deilig lissom å få mere fast”. Men flesteparten av hjelpepleierne virker fornøyde med stillingene sine, for flesteparten av dem har ”ansvar for hus og hjem” i tillegg. Dessuten kan de ta ei ekstravakt en gang i blant om de ønsker det.¹³

I tråd med Solheim og Bakken kan en forstå at det kvinnelige habitus, som ofte er ubevisst, blir en brems i endring av uheldige praksiser som gjelder kvinnene selv. Bl.a. det at kvinner stiller sine liv til rådighet for andre kan illustrere disse djupe kroppsmønstrene som ligger i mange kvinner. Bakken trekker inn her at endringer slår sist inn i den kvinnelige omsorgshabitus i lave sosiale klasser og i perifere tradisjonelle industri - og jordbruksstrøk (Bakken 2001:192). Dette medvirker til at deltidsstillinger i eldreomsorgen reproduseres og til dels usynliggjøres.

¹³ Likestillingsdirektør Long Litt Woon trekker nettopp fram at det er deltidsstillinger som er med på å opprettholde skillet mellom menn og kvinner (Klassekampen 24.juli 2004). I skrivende stund (juli 2004) ligger det inne et forslag til deltidsutvalget fra fagforbundet om en lovfestet rett til heltid.

Sjukepleierne - de som ivaretar detaljer, nærhet, empati og overblikk

Sjukepleierne er ingen ensartet gruppe; de er individualistene som ikke lett lar seg kategorisere i noe som helst. Likevel kommer det fram noen fellesstrekk i måten de snakker om språkbruken i avdelingen. Alle fire sjukepleierne er opptatt av formidling. Og det synes å være selvsagt at det er de som vet; de setter ikke spørsmålstegn ved sin egen rolle som autoritetspersoner i avdelingen. Sjukepleierne har ikke noe felles avklart syn på hvordan en god, muntlig rapport skal være, og det er heller ingen av dem som er kritiske til disse situasjonene. De ser heller ikke muntlige og skriftlige rapportsituasjoner i sammenheng med hverandre. To av de fire sjukepleierne er ”grasrotarbeidere” mens de andre to er ledere, og i det følgende forsøker jeg å trekke ut noen av mønstrene som kommer fram i disse to kategoriene.

De to sjukepleierne som ikke har lederfunksjoner i avdelingen, er opptatt av at rapportene skal være konkrete slik at de er gode hjelpemidler til å gi hjelp ut fra. Men de har ulike meninger om hva som er en god rapport i denne sammenhengen.

Den eldre sjukepleieren er opptatt av kroppsnær kunnskap og å se på pasientene om de ligger godt i senga, og å lytte til klager som pasientene kommer med. I tillegg er hun opptatt av å sette grenser for noen pasienter, og viser noen av de etiske dilemmaene som kan oppstå når grenser settes og ikke settes. Hun er opptatt av detaljer og at det er viktig å ta detaljer alvorlig slik at pleierne kan forebygge plager som kan oppstå hos pasientene. Denne sjukepleieren tar utgangspunkt i pasientenes klager, og ønsker å forebygge ved å snakke om det på rapportene. Hun peker på at siden ikke alle pleierne leser rapporten, så er det nødvendig at en husker på det meste i de muntlige rapportene mellom vaktskiftene, for det har jo hendt at det har kommet ”å ja det visste me ikkje”. Særlig ettermiddagsrapporten er viktig, for da kan pleiere som har hatt fri noen dager komme på jobb, og de trenger informasjon om det som har skjedd de siste dagene. Selv om mange av pleierne tar notater på ettermiddagsrapporten, er det noen som ikke gjør det, og spesielt for dem kan det bli for mange detaljer. Det virker ikke som denne sjukepleieren har tenkt over at det kan være vanskelig for muntlig orienterte personer å huske mange detaljer på en gang. Hun tar nettopp opp flest mulig detaljer for å motvirke at noen av de andre pleierne sier ”å ja det visste me ikkje”. Hun tar ansvar for at de pleierne som

ikke leser eller ikke er så mye på jobb, skal få høre, slik at de ikke kan fraskrive seg ansvaret for at ting ikke blir gjort i avdelingen. Og dette ansvaret gir rapporten hennes form og innhold. I dette ligger faren for at hun underkjenner de andre pleiernes observasjoner og kunnskap om pasientene, og at det på en paradoksal måte er med på å ta vekk engasjement og ansvaret fra de andre pleierne. Som tidligere nevnt etterlyser noen av hjelpepleierne ”den gyldne middelvei” når det gjelder rapportens form og lengde. Den eldre sjukepleieren sier om de yngre pleierne at de har mer teori og at hun på det området lærer: ”...sånn muntlig au sier forskjellig ting som dei har, som ikkje vi lærte før (latter) kan du si”. Hun virker usikker her og signaliserer en slags underlegenhet i forhold til hva de yngre pleierne kan snakke om i rapportsituasjonene. Dessuten er det interessant at hun ikke skiller her mellom f.eks. sjukepleiere og hjelpepleiere når det gjelder språkbruk. Men et annet sted sier hun at hun er skuffet over håndlaget til de yngre pleierne, og at de kan la pasientene ligge vondt i sengene. Hun er opptatt av at siden avdelingen bare har en nattevakt, er det viktig at pleierne sørger for at pasientene ligger godt i sengene om kvelden.

En ung, deltidsarbeidende sjukepleier, som tidligere arbeidet i avdelingen som assistent, er opptatt av empati og sier at hun ønsker ” å hjelpe pasientene akkurat som hun ville hjelpe sine egne foreldre”. Hun ser på formiddagsrapporten som en hjelp til bl. a. å ha noe å si til pårørende når de lurar på noe. Hun synes at rapporten bør være enkel, gi overblikk og skape kontinuitet i pleien av pasienten slik at den er mulig å bruke i praksis. Denne sjukepleieren liker ikke at rapportene blir for lange. Hun liker ikke å høre hele historier hver dag om pasientene, for det kan dekke over det som er viktig. Det virker som hun har et pragmatisk forhold til at rapportene skal være konkrete og nyttige å gi hjelp fra. For denne sjukepleieren betyr den skriftlige rapporten mer enn den muntlige. Det kan ha sammenheng med at hun er fremmedspråklig, og synes noen ganger at det er vanskelig å forstå alt som blir sagt. Dessuten er de skriftlige rapportene korte. På noen områder er det likhetstrekk mellom denne sjukepleierens betraktninger og det hjelpepleierne snakker om. Hun snakker om hvordan tiltaksplanen virker på hennes praksis

....at for eksempel det som står på tiltaksplanen at pasienten må gå på do og stelle han på do også pasienten orker ikke, ikke sant, og også du skal si fra at nei tiltaksplanen ikke er fulgt pga. at pasienten er så dårlig og sånn og sånn.

Det er helt selvfølgelig for denne sjukepleieren at pasientens dagsform styrer samhandlingen mellom pleier og pasient, og ikke tiltaksplanen.

Hittil har vi tatt for oss de to ”vanlige” sjukepleierens språkbruk. De to sjukepleielederne kjennetegnes av at de ønsker å ivareta

idealene, ha overblikk og ta ansvar på den ene siden, og å ivareta det sosiale og fordele ansvar på den andre siden ...

Assisterende avdelingsleder var den første personen som ble intervjuet. Selv om jeg hadde klare temaer og spørsmål på forhånd, var jeg åpen og avventende til hva som ville komme fram i dette intervjuet, og at de først intervjuene ville være med på å prege de intervjuene som kom seinere i prosessen. ”Ida” var på sin side klar over at hun var første kvinne ut, og ga meg nyttig og nødvendig informasjon om ”livet” i avdelingen. I tillegg har hun en sentral posisjon som assisterende avdelingsleder, som skulle vise seg etter nærlesning av tekstene, å være spennende og nødvendig å gripe spesielt godt tak i.

Flesteparten av pleierne som har dagvakt, kommer på arbeid klokken sju om morgenen, og får da en rask rapport om det som har skjedd om natta og kvelden før. Assisterende avdelingsleder, Ida, sier dette om morgenrapporten:

vi behøver ikke si så veldig mye i og med at det ligger i permen (tiltaksplanpermen som står i ei hylle på vaktrommet), ikke sant, ved bruk av redskap er bra. (her er skriftlig informasjon og tiltaksplanen redskapet)...Hva kan bli sagt – noen vandrer, ikke sant, hvem er de vandrende, hvem er de som har smerte, hvem er de som får pusteproblemer, hvem er de som bl.a. har vært på toalettet – disse tingene som er grunnleggende som skjer om natta. Eventuelt hvis man har fått noe akutt, noen ganger så får man en slagpasient midt på natta, og dødsfall, det skjer og stadig er det slik at vi på dagen gir dem melding om at vi avventer dødsfall dvs. at da er det en ekstra grundig vurdering på dagen. ”Ja eh nå når du har tatt imot den rapporten så blir den gitt vidare?” ”Det blir sagt på en forsamling dvs. at alle hører det, men som sykepleier fordi alle de andre assistentene og hjelpepleierne, jeg tror ikke de, - de tar imot beskjeden sånn fysisk, ikke sant, de hører det men samtidig er det sykepleier egentlig som har hovedansvaret med å gjøre noe videre med saken.

I Idas språkbruk er det en distanse til pasientene. Hun ramser opp og kategoriserer pasientene etter hvilke problemer de måtte ha hatt om natta. Dette kan være en måte å snakke på i en undervisningssituasjon, der det er viktig å få fram saklig og konsis informasjon. Måten Ida informerer meg på kan forstås som situasjonsbestemt; hun har taushetsplikt og hun ønsker å få

fram bredden og mangfoldet i det som skjer. Derfor trenger ikke denne måten å snakke på nødvendigvis bety at hun har distanse til pasientene.

Det virker som assisterende avdelingsleder mener at siden de har skriftlig dokumentasjon i permene, så trenger ikke den muntlige rapporten å være så lang. I tillegg snakker hun om at selv om assistenter og hjelpepleiere hører det som blir sagt, så er det sjukepleierne som til sjuende og sist har hovedansvar for å gjøre noe videre med ting som skjer. Det er helt naturlig for Ida at det er sjukepleierne som helt selvfølgelig skal bestemme og ta ansvar i denne avdelingen. Et annet sted sier Ida at de muntlige rapportene er nødvendige bl.a. fordi

Våres pasienter det er eldre, syke, ustabile, det er viktig at vi går igjennom de daglig, og vi har veldig personalkraft det er viktig at vi går igjennom, ja det synes jeg.

Sitatet her viser at kombinasjonen av pasientenes sjukdommer og ustabilitet på den ene siden, og ”gjennomtrekk” av personale på den andre siden, gjør det nødvendig å ha alle de muntlige rapportene i avdelingen. I tillegg er nok assisterende avdelingsleder klar over at mange av pleierne ikke leser dokumentasjonen i avdelingen. Ida er datakyndig, og den som har ansvar for skriftlig dokumentasjon i avdelingen. På den ene siden ønsker assisterende avdelingsleder, i begynnelsen av intervjuet, å framstille at det fungerer med skriftlig dokumentasjon, på den andre siden er hun klar over at det ikke er slik. Men hun sier det ikke eksplisitt, det må leses mellom linjene.

Flere av sjukepleierne og hjelpepleierne er inne på at det ikke alltid er mulig å ha ajourførte tiltaksplaner til enhver tid. Avdelingsleder sier at hun frikjøpte assisterende avdelingsleder før ferieavviklingen i sommer, slik at tiltaksplanene da ble oppdaterte. Det virker som tiltaksplanene hittil har blitt oppdaterte hvert halvår.

Om formiddagsrapporten klokka tolv sier Ida dette:

Vi er fordelt i grupper, vi er fire grupper dvs. at hver eneste person som har ansvar for fem pasienter får sin tid til å snakke om sin gruppe.....ja om hun snakker mye eller lite er opp til henne, men samtidig noen ganger i og med at folk er kjent med pasientene dvs. at det de sier noen ganger er inneforstått i og med at vi vet hvem vi snakker om. Ikke sant? Når du er kjent med den person om pasienten da behøver man ikke å si beskrive så veldig mye fordi man kjenner allerede at det er dette det handler om.

Avdelingen har, som tidligere nevnt, en struktur der alle pleierne får anledning til å snakke om "sine" pasienter på formiddagsrapporten. Ida synes å mene at det er opp til hver enkelt pleier hvor mye de vil si, og hun tolker at dersom noen sier lite, er det fordi det er inneforstått kunnskap som "alle" kjenner til. Hun problematiserer ikke den inneforståtte, eller tause, kunnskapen her. Men på slutten av intervjuet med Ida, kommer det fram at "når man formaliserer opplegget, folk kvier seg for å si hva de mener, mens når den er så uformell er dem friere". Assisterende avdelingsleder kobler ikke formelle og uformelle situasjoner sammen og derfor greier hun kanskje ikke å ivareta det at alle pleierne skal føle seg vel under rapportsituasjonen til tross for at hun kanskje er klar over at ikke alle gjør det.

I begynnelsen av intervjuet er Ida saklig, og bruker et språk som er preget av faguttrykk og profesjonell distanse til både pasienter og medarbeidere. I tillegg til å ha ansvar for pasientene er hun opptatt av lederrollen og å få alle ansatte til å engasjere seg i "selve sjukepleiefaget". Ida er også opptatt av at pårørende skal få god informasjon om sine, og at dette krever god kunnskap om pasientene. I tillegg er hun veldig bevisst på at hun skal gjøre en god jobb slik at det ikke skal bli dårlig stemning "nedover i systemet."

Hva mener Ida med å få pleierne engasjert i "selve sjukepleiefaget"? Slik jeg forstår utsagnet hennes, kan det signalisere at det er noe i sjukepleiefaget som er mer verdifullt enn det som allerede bedrives av noen i avdelingen. Men hva er det de gjør i avdelingen? Det gir ikke denne undersøkelsen egentlig noe svar på, for det kan være andre forhold i praksis enn det vi snakker om i en intervjuundersøkelse. Men ved å undersøke pleiernes språkbruk kan en likevel få et inntrykk av hva som er rådende forestillinger og idealer i avdelingen. Gjennom utsagnet "nedover i systemet" viser Ida at hun tenker hierarkisk og er klar over sin posisjon innad i avdelingen. Som assisterende avdelingsleder er hun på toppen av hierarkiet sammen med avdelingsleder, og til dels de andre sjukepleierne. Avdelingsleder er lederen som er bindeleddet mellom avdelingen og "verden der ute", og hun deltar på mange møter utenfor avdelingen. Dette gjør at hun går litt til og fra hele tiden. Assisterende avdelingsleder er i avdelingen mye og har oversikten over det meste som skjer. I tillegg til at hun tar litt del i det daglige stellet av pasientene, har hun myndighet til å være sjukepleieansvarlig og tar mye ansvar i forhold til personalet. Dessuten er hun datakyndig, og er den som ajourfører tiltaksplaner og lager tiltaksplaner på nye pasienter. Det er helt selvfølgelig for Ida å bruke

computer; hun har fra tidligere en medieutdannelse og dessuten har hun datakortutdannelse. Avdelingsleder derimot har fått lite opplæring, og hun må noen ganger søke hjelp.

Det er interessant å legge merke til at det er først når vi kommer inn på uformelle muntlige situasjoner i avdelingen, at assisterende avdelingsleders språkbruk endrer seg. Da blir hun mer avslappet og lyser opp i ansiktet. I de formelle rapportene skal det være mer saklig og formelt, og pleierne skal kunne holde seg til de grunnleggende og viktige tingene, mener Ida. Men hva er de grunnleggende og viktige tingene? Er det språkbruk rundt medisinske fenomen Ida mener her? Eller er det erfaringskunnskapen pleierne erverver ute i avdelingen, eller kanskje en kombinasjon?

Ida ble ferdig utdannet sjukepleier i 2000, og har arbeidet tre år i avdelingen. Gjennom intervjueteksten virker det som hun lever i en mer eller mindre konstant spenning mellom en ”idealisert virkelighet” og en ”faktisk virkelighet” i avdelingen. Hun kommer med argumenter fra begge ”virkeligheter” flere ganger under intervjuet. Hva mener Ida med de ”grunnleggende viktige tingene” som kommer opp under rapporten? For hun hevder like før at det er i de uformelle situasjonene at det er ”der det kommer”? Det er nærliggende å anta at paradokset i det hun sier har sammenheng med sjukepleierutdannelsen som stiller store faglige og moralske krav. I tillegg ønsker hun nok å framstille idealene for meg i intervju - situasjonen. Det virker ikke som Ida er klar over denne paradoksale kommunikasjonen. Og hvilke konsekvenser kan dette spriket få for pleierne og pasientene i avdelingen? På den ene siden kan det medvirke til at pleierne utvikler subkulturer, som vi allerede har vært inne på. På den andre siden kan Idas språkbruk under intervjuet ikke fryses fast til noe endelig. En grunn til at assisterende avdelingsleder er såpass formell og distansert i begynnelsen av intervjuet, kan rett og slett være at hun var første kvinne ut og at hun var usikker på meg og hva jeg ville ha. Jeg var en autoritetsperson som kom utenfra, og temaet ”språkbruk” var på forhånd gjort kjent i generelle og kanskje litt diffuse ordelag. Flere av pleierne hadde forventninger om at vi under intervjuet skulle snakke om hvordan ”vi kommuniserer med pasientene” i avdelingen.

Assisterende avdelingsleder er den som skriver eller har kontroll over mesteparten av tiltaksplanene. Det ligger en fare i at dersom det blir for stor avstand mellom Ida og

pasientene kan hjelpen i tiltaksplanene bli upersonlig og distansert. Imidlertid gir de uformelle situasjonene Ida mulighet for ”nærkontakt” med pasientene gjennom kollegaers fortellinger. Avdelingsleder er opptatt av at assisterende avdelingsleder ikke skal skrive tiltaksplanene alene, men sammen med den pleieren som kjenner pasienten.

Men hvordan kan det at denne sjukepleieren er ganske formell i rapportsituasjonen, påvirke de andre pleierne i avdelingen? Det er som oftest sjukepleier som ”styrer ” rapportene. For sjukepleierne er det, som tidligere nevnt, viktig å få til en balanse, slik at ikke rapportene flyter ut i ”bare” medmenneskelighet. På den andre siden er det tydelig at uformelle, muntlige situasjoner knytter pleierne til hverandre og til pasientene. Vi må se på lag av kontekster her. Selv om denne sjukepleieren er formell i rapportsituasjonen, skinner det igjennom at hun har erfaring med gode, uformelle situasjoner med de andre pleierne og pasientene, og da er det nærliggende å anta at de har det samme med henne. Mangfoldet i pleiegruppa er viktig å gripe tak i i en slik undersøkelse, for da står en ikke i så stor fare for å redusere analysen.

Det virker ikke som avdelingsleder og assisterende avdelingsleder er helt samkjørte. For avdelingsleder er det viktig at alle pleierne tar mer ansvar i avdelingen, og hun stoler på hver enkelt pleier. Dette er i tråd med ideologien innenfor New Public Management tenkningen, men avdelingsleder problematiserer ikke at avdelingens fysiske utforming, hierarki og rutiner ikke er endret i samsvar med denne ”flate” ansvarsstrukturen. For assisterende avdelingsleder derimot er veldig klar over hierarkiet i avdelingen, og hun anerkjenner dermed forskjeller. Ut fra det hun sier så virker det ”naturlig” for henne å ha ansvaret selv og kommandere de andre pleierne.

Episode

Under deltagelse på noen få formiddagsrapporter virket det som det var rom for mangfold og kreativitet i diskusjonene omkring pasientene. Men en episode oppsto på den ene rapporten jeg tok del i, og den kan kanskje illustrere noe av den ”kampen” som foregår blant pleierne i muntlige situasjoner. Helt i begynnelsen av intervjuperioden tok jeg del i en formiddagsrapport, der det oppsto en situasjon med en hjelpepleier som stilte et undrende spørsmål om hvorfor en pasient hadde så tørr hud og der sjukepleier med en gang ga et ”riktig” svar. Formen på svaret som sjukepleieren ga, stengte for videre undring og refleksjon

rundt fenomenet det ble spurt om. Det som forundret meg var at denne sjukepleieren ikke spurte etter hva hjelpepleieren som stilte spørsmålet trodde. Ut fra avdelingsleders observasjoner av pleierne er de vant til og forventer å bli kommanderte av sjukepleiere, så kanskje er en slik praksis blitt selvfølgelig og usynlig for pleierne i avdelingen? Men viss det er mange slike situasjoner, kan de kanskje bl.a. hindre pleierne i å være selvstendige og ta ansvar? Selv om dette var en engangsopplevelse, og kanskje virket min tilstedeværelse uheldig inn på kommunikasjonen mellom pleierne under denne rapporten, så er det noe med helhetsfølelsen rundt intervjuetekstene som gjør at det blir viktig å dvele litt ved denne hendelsen. Sjukepleierne har formelt sett mer teoretisk kunnskap både om sjukepleie og medisin enn de andre pleierne i avdelingen, og dette gir dem et effektivt kampmiddel der de og andre tror og forventer at de sitter inne med ”sannheten” i de fleste situasjoner. Sjukepleierne er på toppen av hierarkiet i avdelingen, og derfor har de formell autoritet og makt. Men på den andre siden, er de i mindretall, og noen av dem er ikke så nære pasientene, og dette kan gjøre at de må kjempe om posisjonen sin på ulike måter. En kan også forstå denne episoden som at flertallet forventer at sjukepleier vet - og sjukepleier ”oppfyller” forventningen i denne situasjonen.

Dessuten ligger det i omsorgsarbeidets egenart ikke bare en faglig del; det er også snakk om mellommenneskelige relasjoner som går på tvers av faggrenser og kvalifikasjoner. Derfor kan det oppleves frustrerende, sårt og urimelig for assistentene som sier at de gjør det samme som de andre pleierne i noen situasjoner at de ikke er gode nok i andre situasjoner. I tillegg kan kanskje assistentene oppleve at de blir foretrukket av noen pasienter, fordi de er mer ”vanlige”. Egen erfaring som ung, feriearbeidende assistent blant eldre var at en del pasienter foretrakk det upretensiøse og dagligdagse i stedet for det ”faglige”, ”problematiserende” og noen ganger ”invaderende” som sjukepleierne kan representere.¹⁴ Bakken trekker nettopp fram dette fra en undersøkelse der pasienter i sjukehus gir uttrykk for at de ikke ønsker å bli ”problematisert” hele tiden og der rutiner, avstand og ”det hverdagslige” er det de trenger for å orke å greie sjukdommen sin (Bakken 2001). Majoriteten av de eldre pasientene i denne avdelingen skal være her til de dør. Kanskje det er godt for dem at det er et mangfold i pleiernes kompetanse, der det også er rom for avstand og det dagligdagse og hverdagslige?

Det er et tankekors at sjukepleierne, som lederne av de muntlige rapportene, i denne undersøkelsen er de som minst ser paradoksene og manglene i disse situasjonene. Et nærliggende spørsmål blir da hvor mye vekt utdanningsinstitusjoner i sjukepleie legger på språkbruk i rapport- og dokumentasjonssituasjoner? Blir sjukepleiestudentene trent i å være språklige ledere, og kritiske til egen språklig praksis? Et tankevekkende utsagn fra en sjukepleierstudent kan kanskje illustrere noe av maktkampen omkring omsorgsutøvelse som foregår. Ved skolestart fikk studentene, der noen av dem var hjelpepleiere, høre at

nå er dere ikke hjelpepleiere – nå skal dere bli sjukepleiere, og dere må glemme alt dere har lært og lære på en ny måte.

Dette sitatet er ett av flere lignende sitater jeg har hørt av ulike studenter noen år nå, og min egen erfaring som sjukepleiestudent er lignende. Sitatet kan illustrere hva slags signaler som gis til sjukepleiestudentene: Kanskje at ingenting av det de alt har i ”sekken” har verdi og relevans. Innenfor det norske utdanningssystemet er det vel vanligvis slik at en bygger på det en tidligere har lært. Og hvorfor utnytter ikke høyskoleutdanningen i sjukepleie den kunnskapen og erfaringene som hjelpepleierne alt har? For alt jeg vet kan noen høyskoler i sjukepleie gjøre det, og dette sitatet er ikke ment å skulle være representativt for alle skolene. Og det kan sikkert hende at noe må avlæres og læres på nytt, men det kan da ikke være hele bildet? Og hvilke virkninger kan denne holdningen få for noen av sjukepleiestudentene? Noen av dem kan på en måte bli indoktrinert til å tro at ”de er allvitere” og ”best” uansett hva det gjelder.

To av de fire sjukepleierne har ikke norsk som ”morsmål” og kommer fra en annen kultur enn den norske. Selv om det faller utenfor denne oppgava å gå inn i denne tematikken, så har arbeidet med denne undersøkelsen overbevist meg om at det er mye å ta tak i her i forbindelse med språkbruk. En tar mennesker på alvor når forskjeller anerkjennes, og disse forskjellene kan gi kjærkomment mangfold og engasjement blant pleiere.

¹⁴ Alle mennesker kan invadere andre, i denne undersøkelsen har jeg ”sett” at assistentene også kan invadere, men de gjør det på andre måter, se s.84.

Likheter og forskjeller i måten pleierne snakker på

Hittil har vi i stor grad beskjeftiget oss med innholdsaspekter og makt og avmaktsmekanismer som kommer fram i pleiernes språkbruk. Selv om form og innhold ikke kan skilles, mener jeg det også er viktig å forsøke trekke ut noen tendenser i måten pleierne snakker på.

Umiddelbart etter at intervjuene var ferdige, slo det meg at de ulike pleiegruppene hadde sine særtrekk i måten å snakke på. Men det er også mangfold blant pleierne, og selv om det nå presenteres noen eksempler fra assistentene og hjelpepleierne, betyr ikke det at det er slik det er for alle. Dessuten er assistentenes språkbruk spesielt interessant å legge merke til, for de er ikke trent i fagspråket, derfor får de litt ekstra stor plass her. Jeg tar ikke for meg sjukepleiernes språkbruk her, for den mener jeg at synliggjøres flere steder underveis i oppgava.

Hvordan hjelpepleierne snakker

Når en hjelpepleier blir spurt om hva som kan bli sagt på rapporten, virker det som hun har forberedt seg til det spørsmålet, og sier dette om formiddagsrapportene:

...nei, asså jeg har opplevd at det, at det blir sagt helt konkrete ting om brukere eller pasienter, og er det noe spesielt så legger vi vekt på det, om det er et trykksår, synes et bynende trykksår, om en synes det har blitt mer redusert almentilstand, ja sånne ting. Vi opplever aldri sånn flåsing om for vi har en med litt psykiske problemer og x kan være veldig urolig og krevende, men det er aldri noe flåsing om det. Men vi rapporterer at x har vært urolig, og hva de kan gjøre med medikamenter i forhold til det syns jeg fungerer veldig bra.

Denne pleieren er opptatt av observasjoner og avvik i forhold til det som er normalt.

Språkbruken virker litt distansert i forhold til pasientene; hun bruker generelle vendinger og fagvokabular der ”trykksår” blir fokus i setningen. Det kunne være noe med intervjusituasjonen som oppmuntret til denne språkbruken, og hun virket noen ganger litt usikker og lukket, og var kanskje redd for å være for åpen? Hun visste at jeg var sjukepleier og antok kanskje at ”det var dette jeg ville ha”? Men uansett er pasientens opplevelse av tilstanden ”trykksår” fraværende i denne språkbruken.

Hvorfor snakker denne hjelpleieren i det hele tatt om at pleierne ikke flåser om en pasient med psykiske problemer? Og det virker som det bare er medikamenter som hjelper denne urolige og krevende personen; hun snakker ikke om miljøtiltak i forhold til de problemene denne pasienten måtte ha. Men her er det mange ting jeg ikke vet; jeg kjenner ikke til tidligere tekster. Kanskje har dette vært en langvarig og krevende prosess i avdelingen der det har vist seg at medisiner er det som må til akkurat her.

Ved å reflektere over andre ting som denne pleieren sier om formiddagsrapporten, virker det som pleierne trekker linjer fra dag til dag: at de sammen skaper en slags kontinuerlig fortelling om pasientene. Denne hjelpepleieren synes det er greit å snakke på formiddagsrapporten, og dette har blitt lettere etter at rapporttidspunktet ble flyttet til klokka tolv istedenfor til klokka halv ti, for da ”er du som regel ferdig og har fått observert litt”. Med ”ferdig” menes ferdig med stellet, og under stellet er det viktig at pleierne ”observerer” pasientene mest mulig. ”Observasjon” er en anerkjent metafor innenfor pleiefagene, der målet er å se et fenomen mest mulig objektivt.

Typiske trekk ved hjelpepleierne er at de kjenner til noe fagspråk samtidig som de snakker vanlig og dagligdags. De har liksom et bein og et blick plassert i medisins språk og ett i dagliglivets språk. Og det virker som de har mange ord å bruke når de snakker om arbeidet i avdelingen.

Hvordan assistentene snakker

Om hvordan en god muntlig formiddagsrapport kan være, sier Anne

Eh, ja du kan si, ja det er ja, som er det er det skjedd noe som sår eller ja, eller jeg vet ikke jeg. Alt hva skal jeg si da hva er det som er nøye, en sitter å hører på når hver enkelt sier om, om pasientene, så i grunnen så ja, hvordan hun har hatt det om natten eller sovet eller hvordan hun er lei seg eller om hun er blid eller om spiser, alt det syn jeg, jeg klarer ikke utdype det mer, jeg.

Anne har problemer med å uttrykke seg konkret her; hun er usikker og famlende og mangler noen ord å uttrykke seg med. Hun sier tydelig at hun ”hører på når hver enkelt sier om”. Det virker som hun er en god lytter som er opptatt av å få med seg mest mulig av det konkrete som skjer med pasientene i forskjellige sammenhenger i avdelingen. Assistentene har ikke faste grupper og faste pasienter. Derfor stilles det store krav, eller de stiller store krav til seg

selv, om å ha oversikt og vite mest mulig om flest mulig for å gjøre en god jobb og være mest mulig lik de andre pleierne. Som tidligere nevnt, leser Anne minimalt i dokumentasjonen. I tillegg til alt som tidligere er tatt opp i forbindelse med dette, kan en annen årsak til denne ”lesevegringen” være at assistentene rett og slett ikke greier å sette av tid til denne aktiviteten i en travel arbeidsdag. Det er ikke utviklet rutiner for assistentene til å ajourføre seg, derfor er det helt avgjørende for dem at de har mulighet til å spørre medarbeidere underveis gjennom arbeidsdagen.

Pleierne visste at jeg var sjukepleier, og jeg lurte på om dette skapte en intervjusituasjon der assistentene ubevisst slo over på en defensiv språkbruk? Uansett skiller assistentene seg ut ved at de ikke har formell utdanning og ikke er detaljert fortalt hvordan de skal utføre praktisk pleiearbeid i avdelingen, og at pleiearbeidet er noe de stort sett har tilegnet seg på egenhånd. Kanskje lærer mange ved en kombinasjon av ”omsorg som livserfaring” og ”eksempelets makt”. Derfor kan det tenkes at assistentene har en kunnskap som ikke er språklig, men som formidles gjennom ikoniske tegn. Muller hevder i sitt doktorgradsarbeid om taus kunnskap bl.a. med referanse til Wittgenstein at

en person som oppfordres til et språklig uttrykk for sin billedmessige koding, blir ofte stum, en blir usikker på bruk av strengt avgrensede kategorier på et felt som nettopp karakteriseres ved at ”tingene glir over i hverandre” (Muller 2000:23).

Kanskje er dette en av årsakene til at Anne og de andre assistentene tar rollen som lyttere under de muntlige rapportene; de opplever kan hende språkbruken til de andre pleierne fremmed i forhold til egen erfaringskunnskap der tingene henger sammen og er vanskelige å kategorisere. Denne ”hørerrollen” forsterkes ved at de har små stillinger, er nederst i hierarkiet og har liten formell makt. ”Det er som det skal være at de ikke snakker så mye”.

Men Anne tar igjen og sier hun spør mye i uformelle situasjoner. Under intervjuet var Anne en av dem som ”stemte” seg fort til meg; hun hadde en åpen og lyttende holdning, og hun virket genuint interessert i å finne ut hvem jeg var. Dette er også en måte å få makt på gjennom etablering av nære relasjoner, og de uformelle situasjonene er egnede arenaer for det. Sagt i Canettis terminologi kan en del av bildet være at assistentene kommanderer de andre i hierarkiet med å ubevisst utnytte omsorgens tvetydighet i den tvetydige avdelingen. Dette kan

de gjøre ved å knytte nære relasjoner og skape trivsel og ha innflytelse på den måten. Det er verd å merke seg at i denne nærheten ligger muligheten til å utstøte noen andre (s.133, 141).

Tradisjon og historie betyr mye for Anne. Det kommer fram under intervjuet at det hun ikke har gjort tidligere, trenger hun heller ikke gjøre nå. Hun virker ikke åpen for endring av innlærte vaner, og forsvarer seg med at ”det ligger ikke for meg” (s.139).

For å beskrive assistentenes språkbruk ytterligere trekkes Cecilie utsagn om morgenrapporten inn:

Ja for å ta hu på toeren da for der er det som regel no, hu har som regel mye slim, å å lissom hu har problemer med hu ikke hu har ikke tale for å si det sånn. Hu har sonde og lissom der er mye greier med henne, for å si det sånn. Så om morran kan vi få beskjed om at det har vært mye slim og at a liksom har vært slapp, og litt sånn forskjellig da.

Som Anne så har Cecilie vanskelig for å finne ord, og i denne sammenhengen er det nødvendig å trekke inn andre faktorer som kan ligge til grunn for denne språkbruken i intervjusituasjonen. Og disse faktorene kan gjelde for Anne og alle de andre pleiernes utsagn som blir tatt opp i denne oppgava. Intervjusituasjonen er en uforberedt situasjon som kan skape usikkerhet og famling. Cecilie formulerer seg litt vagt og upresist, og bruker mange ”fyllord” (Svennevig 1999:20). Dette gjør hun kanskje fordi hun ikke har planlagt det hun skal si. Intervjusituasjonen er umiddelbar og spontan, og man må ofte fylle tiden med ulike lyder. Dessuten er det ikke så god tid til å finne det rette ordet, og derfor velges mer generelle ord i stedet for mer spesifikke. Hun bruker mye lissom, og den kan forstås som en ”demper” der Cecilie signaliserer at hun er usikker og omtrentlig. Det er også interessant at hun bruker uttrykket ”for å si det sånn” som tydelig signaliserer at hun mener at språkbruken hennes ikke ”er god nok”. Likevel får Cecilie godt fram i *intervjusituasjonen* denne pasientens manglende evne til å snakke kombinert med problemer med slim. I tillegg får hun også fram pasientens subjektive opplevelse av å være slapp. I intervjusituasjonen nevner ikke Cecilie pasientens navn, men snakker om ”hu på toeren”. Det er en vanlig sjanger i sjukehus å snakke om pasienter ved å nevne nummer på rom og seng isteden for pasientens navn. Dette er ikke så vanlig å gjøre i sjukehjem. I denne språkbruken ligger en fare for tingliggjøring og fremmedgjøring av personen som er pasient. Men kanskje var det fokus på taushetsplikten som gjorde at denne pleieren snakker slik om pasienten under dette intervjuet. Det at

assistentene er så ordfattige under intervjuet, bør nok også ses i sammenheng med at de har liten trening i å uttrykke seg i formelle situasjoner siden de tar rollen som ”hørere”. Kanskje er de til og med vant til at noen kommer med ordene der de selv mangler ord?

På spørsmål om Cecilie synes noen av pleierne snakker eller skriver bra på rapportene, svarer hun

Ja det er jo de som – har litt mer kunnskap da for å si det sånn, - de kommer jo med mange gode tips, og pratar skikkelig for å si det sånn.

Cecilie har veldig respekt for ”de med skolen”, de ”med papirene”. Det er helt selvsagt for Cecilie at det er en direkte forbindelse mellom fagkunnskap og ”skikkelig” språkbruk, og hun signaliserer at det er viktig å få konkrete og gode tips for det daglige arbeidet i avdelingen. Hun virker lærevillig og åpen i forhold til det fagutdannede personer kan bidra med, men er defensiv når det gjelder egen kunnskap. En måte å tolke disse signalene på er at Cecilie har internalisert de fagutdannedes oppfattelser som ”sanne” i motsetning til sine egne opplevelser og erfaringer (s.10). Som vi ser i sitatet ovenfor bruker Cecilie et upresist språk, men får likevel godt fram kompleksiteten rundt pasientens tilstand, samtidig som hun snakker om hvordan pasienten har det. Om forskjellen på morgenrapporten og den midt på dagen sier hun

Nei egentlig så er det ingen forskjell, men den forskjellen det er at du ser ja helheten, personen da når du stiller a og te du er ferdig med å stille a, for å si det sånn. Ja den stønna du er inne det er det som du ser forskjellen.

Cecilie framhever at stellesituasjonen gir muligheten til å få en helhetsfornemmelse av pasientens situasjon. Dette er interessant, for Cecilie er ikke fagutdannet, likevel setter hun ord på det som Polanyi trekker fram som sentralt i den tause dimensjonen (s.112). Kanskje er det noen ganger en fordel at en ikke kan begrepsfeste ”alt” med faguttrykk?

Kroppen og den tause kunnskapen

Den australske sjukepleieren og sosiologen Lawler hevder at det er en sterk ambivalens huns sjukepleiere å utføre konkret pleiearbeid, og at det er en tendens til å ville skjule det skitne arbeidet (Dahle 2001:165). Det kan virke som det er lignende mekanismer i denne avdelingen der pleierne arbeider med gamle kropp, som kanskje har lavest status av alle kropp. Her er hovedfokus å vedlikeholde den enkelte pasients gamle kropp, og fjerne skitt og

avfallsprodukter fra den. Men pleierne snakker lite om det; pasientenes kropper er til dels usynliggjort i verbalspråket. Det kan være mange grunner til at kroppsarbeidet ikke snakkes og skrives mye om. Kanskje er det slik at kropper er så private at de ikke kan snakkes om, eller kanskje skaper intimitet med gamle kropper skam hos både pasient og pleier. Men det kan rett og slett være liten status og prestisje som gjør at et hovedaspekt ved pleiernes arbeid ikke er språkliggjort. Dessuten kan angst for egen kroppslig aldring og forfall være så stor at pleierne trenger å skape ”avstand” til arbeidet ved å ikke språkliggjøre kroppsarbeidet i avdelingen. Til slutt kan en også spekulere i om sjukepleiens fagspråk medvirker til at det finnes lite språk for kroppsnær kunnskap. Bakken sier at den borgerlige kulturen, som den moderne sjukepleie springer ut av, ”var en organisme med kroppen skjult” (Bakken 2001:40).

Denne intervjuundersøkelsen pretenderer egentlig ikke å ”gi noe svar på” om pleierne snakker om kroppsarbeidet i avdelingen, til det er den for begrenset. Men en kan spekulere i om kanskje det er de muntlige situasjonene, både de formelle og de uformelle, som ivaretar den kroppsnære kunnskapen ved at pleierne i ansikt-til-ansikt-relasjoner likevel deler språk og kunnskap om kropper, men at denne kunnskapen selvfølgeliggjøres og tildels utelates i denne intervjuundersøkelsen. I denne forbindelsen er det interessant å trekke fram at det bare er en av hjelpepleierne som snakker om at hun er sliten av alt det tunge arbeidet i avdelingen, og at hun har vært sjukemeldt pga. det. I en bisetning forteller hun meg at flesteparten av pleierne i denne avdelingen har vært sjukemeldt pga. det tunge kroppsarbeidet. Kanskje er det slik at både pasientenes og pleiernes kropper er skjult i denne avdelingen, noe som faller sammen med Ackers påstand om den ”kroppsløse arbeider” i organisasjoner (s.46).

Men det kan også være andre mekanismer som spiller med. Kanskje er kvinnekroppens skjulte åpenhet også med på å styre språket vekk fra den grenseløse kroppen? I denne avdelingen kan språkløsheten omkring kropper medvirke til at verken pasientenes eller pleiernes kropper blir tatt på alvor. Men dette resonnementet stemmer ikke med avdelingsleders observasjoner over den gode fysiske pleien som blir gitt. Derimot kan det virke som pleierne ikke tar sine egne kropper på alvor. Kanskje er et annet aspekt av språkløsheten omkring pasientenes kropper på et djupere plan der døden er den endelige ”grenseopphøvelse”? Solheim hevder at symbolsk meningskonstruksjon handler om å etablere og opprettholde grenser, der ” enhver symbolsk orden – ethvert meningssystem – må

inneholde mekanismer for å avgrense seg mot det grenseløse (Solheim 1998:66). Gamle, sjuke personer assosieres med død, og pleierne må hele tiden forholde seg til at noen av pasientene kan dø. Det er bare en av sjukepleielederne som snakker om døden i denne intervjuundersøkelsen. Selv om jeg ikke skal gå mye inn i denne problematikken, er det interessant å forsøke å se tausheten omkring døden i sammenheng med noen av pleiernes språkbruk rundt det å holde orden i avdelingen. Det er viktig for pleierne å ha orden, for de lever med trusselen om det grenseløse over seg hele tiden. Som kvinner er de grenseløse og i tillegg arbeider de innenfor et grenseløst området med døden som klimaks. I følge avdelingsleders utsagn og flesteparten av pleiernes utsagn så er det pasientenes fysiske og synlige kropp som blir best ivaretatt, og dette renholdet kan kanskje oppfattes som et ritual som er med på å opprettholde orden i alt skittarbeidet (Solheim 1998, Douglas 1966).

Men mennesket er mer enn den fysiske, synlige kroppen. Avdelingsleder påpeker at pasientene også har sosiale behov, men på et djupere plan kan disse behovene skape uorden og nye bevegelser i avdelingen som dermed kan være en trussel for de etablerte grensene for orden. Bouveresse (Bouveresse 2004, nr.3:17) gir et interessant innspill som kanskje kan ses som en bakside av å ikke språkliggjøre skjulte kroppsmønstre og å ta kroppen på alvor. Han hevder at mennesker i dag lett kan venne seg til inkonsekvens og at den til slutt føles helt naturlig

Å tenke på en måte og å handle på en annen kan dessverre også bli en habitus, og til og med utgjøre den moderne habitus framfor noen.

En av hjelpepleierne påpeker at selv om ”sosiale tiltak” snakkes om er det ikke sikkert at de utføres. En kan også se Bouveresses uttalelse i forbindelse med Canettis forståelse av hierarki og kommando der nettopp ”negative” kommandoer kan stimulere til ubevisste eller bevisste ”unnasluntringsstrategier” hos pleierne. For noen av pleierne kan sosiale tiltak på et djupere, ubevisst plan oppleves som en trussel som skaper uorden. I denne sammenhengen er det relevant å trekke inn at det er assistentene som tydeligst snakker om å holde orden i avdelingen.

Selv om kroppsnær kunnskap kommer lite fram i pleiernes språkbruk, er det likevel noe som snakkes om. To eldre pleiere, en hjelpepleier og en sjukepleier, snakker om og er opptatt av

godt håndlag og å ”stemme seg til” pasientene. Frøydis bruker kroppen sin i samhandlingen med pasientene, og sier

det at du kjenner det derre at når du er hos en pasient at det er samstemt.....Ja det er jo med kropp og det er med røst og alt sammen, empati har jo åsså en del å si.

En yngre hjelpepleier snakker om at de ”tømmer” pasientene¹⁵. Her aner vi et ideologisk brudd i tenkningen omkring mennesket som muligens kan relateres til alder. De eldste pleierne er opptatt av ”hele mennesket”, mens den yngre hjelpepleieren er opptatt av deler og teknikk. Men det er viktig å understreke at bildet ikke er entydig her, og denne intervjuundersøkelsen er bare ”øyeblikksbilder”. Antagelig ville ”bildene” være ganske annerledes med andre pleiere på jobb og ved et anna tidspunkt.

SKRIFTLIG KULTUR OG BRUK AV GERICA I AVDELINGEN

Som tidligere nevnt skal alle pleierne dokumentere eget arbeid og i tillegg forventes det at de leser aktuell dokumentasjonen. Det er ikke avsatt fast tid til den enkelte pleier å skrive på computeren, og flesteparten av pleierne er fleksible og gjør noe anna viss computerne er opptatt når de skal skrive. Det er kun den eldre sjukepleieren som sier at hun har problemer med å gjøre andre arbeidsoppgaver mens hun venter på maskinen. Det er to tilgjengelige computere på vaktrommet, i tillegg til at det er en på avdelingsleders kontor som ligger utenfor avdelingen og som ingen, utenom avdelingsleder selv, bruker. Det er vanligvis fem pleiere på jobb på en vanlig dagvakt i løpet av uka. På helgene er de færre. Pleierne bruker fra fem minutter til en halvtime i løpet av en vakt på å skrive rapport.

Skisse av innføringen av Geric i gjeldende kommune

Innføringen av Geric skjedde distriktsvis i løpet av høsten 1999 i gjeldende kommune, og i denne sjukehjemsavdelingen ble maskiner og software installert i november. Mange av informantene i denne undersøkelsen var i avdelingen da Geric ble tatt i bruk. De hadde to dagers innføringskurs på dette tidspunktet.

¹⁵ Her menes at pasienten får hjelp til å få ut avføring.

Målsetningen for omsorgsetaten ved innføringen av Gerica var omfattende. Bl.a. ønsket en kvalitetsutvikling ved å bedre tverrfaglig samarbeid i forhold til dokumentasjon, i tillegg ønsket en å kunne hente ut korrekte, relevante og presentable data og å rydde opp i egen organisasjon. Dessuten håpet en at innføringen av Gerica ville bidra til gjennomgang av daværende rutiner, og at disse ville endres, forbedres og tilpasses det nye programmet. Målsettingen er teknologisk deterministisk i den forstand at det er bare dataprogrammet Gerica som skal påvirke avdelingen, og det er ingen formulerte forventninger om at avdelingen vil påvirke bruken av dataprogrammet. Det er utarbeidet en prosjektrapport for perioden 1999 – 2001 som konkluderer med at til tross for at prosjektet har vært preget av tekniske problemer, så er flere av målene som ble satt ved innføringen av programmet nådd. Informasjonsbehandlingen er blitt sikrere, saksbehandlingsrutinene er gjennomgått og forbedret, og tverrfaglig samarbeid i forhold til dokumentasjon er bedre. Dessuten nevner rapporten at det er foretatt god gjennomgang av rutiner, men at det gjenstår mye arbeid på det området. Rapporten tar opp helt til slutt at lederne på de forskjellige arbeidsplassene bør bli bedre og tryggere brukere av programmet. Samlinger for ledere avdekket et stort opplæringsbehov hos denne gruppen. Rapporten er en generell vurdering av innføring av computerprogram i omsorgstjenesten, og tar ikke for seg innholdet i dokumentasjonen.

I sjukehjemmet var det våren 2001 et prosjekt om bruk av tiltaksplaner der målet var å prøve ut et sett av områder og tiltakskoder som var utarbeidet av en arbeidsgruppe. I evalueringen av dette prosjektet høsten 2001, kom det fram at brukerne hadde hatt liten tid til å trene, og at det var flere av pleierne som ønsket at de kunne ”endre situasjon”. Det er bare høyskoleutdannede personer som kan ”endre situasjon”, alle kan ”endre tiltak”. Dessuten kommer det fram i evalueringen at noen synes det er tungvint å lese og skrive. Systemansvarlig skriver i evalueringen, at en må forvente å bruke to timer i begynnelsen på å skrive tiltaksplan, men at en etter hvert kommer langt med en halv time. Dette skriver systemansvarlig at ” krever en annen tankegang og det er behov for opplæring i prosessen med å tenke struktur og system”. Evalueringen tar ikke for seg innholdet i tiltaksplanene, og den tar heller ikke opp hvem som skal skrive og ajourføre tiltaksplaner.

Etter ny telefonsamtale med systemansvarlig desember 2003, kommer det fram at noen av personalet i denne avdelingen, både de som har hatt computerkurs tidligere og de som ikke har hatt kurs, har hatt nytt kurs i bruk av tiltaksplaner denne høsten, fordi personalet, i følge systemansvarlig, sliter med å dokumentere i forhold til tiltaksplaner. Systemansvarlig understreket i dette kurset, viktigheten av å bruke programmet, ellers glemmes ferdigheten og en blir utrygg. Systemansvarlig stiller ikke spørsmål ved hvorfor personalet strever så med å dokumentere i tiltaksplanen.

Selve skrive – og lesesituasjonen på vaktrommet

Arbeidet ved computeren er en individuell aktivitet, som krever tid og ro til å samle seg. Pleierne har verken tid eller ro til å skrive eller lese inne på vaktrommet. Folk flyr inn og ut av dette ”samlingsrommet” og de har alltid hengende over seg noe ugjort. Dette rommet kan forstås som et ”grenseløst” rom der både assosiasjoner til hjem - og institusjonsforpliktelser henger over pleierne. Selv om pleierne ikke vanligvis står i kø ved computeren, virker det som denne skrive- og lese aktiviteten er en av alle de andre aktivitetene som de gjør ”innimellom andre gjøremål”, for det er travelt i avdelingen og en pleier sier at ”det er ikke akkurat et hvilehjem her heller”. Og det er annerledes å skrive på computer enn å skrive med penn og papir. For det først må en lære seg en ny motorisk ferdighet ved å skrive på tastaturet, for det andre har en en annen kroppsstilling enn ved en tradisjonell skriveaktivitet; en sitter vanligvis mer oppreist og ser mer rett fram i stedet for ned. To av assistentene som har tidligere arbeidserfaring fra administrativt arbeid kan touchmetoden, men det er det ingen av pleierne som trekker fram som en ressurs. En av hjelpepleierne sier at håndskrifta er mer personlig enn computerskrifta og at hun opplever computerskrifta som mer formell og ”alvorlig”.

Dokumentasjonen i Gerica kan oppleves frustrerende og skape uorden fordi det ikke er avsatt faste tidspunkt for pleierne til å skrive. I tillegg til at pleierne har mulighet til å sitte ved skjermen og skrive og lese, finnes det utskrifter av rapporter og tiltaksplaner i permer som står i ei hylle på vaktrommet. Journalutskriften ser ut som ”en stripe pyjamas” av grå og hvite striper, der de grå ”stripene” inneholder informasjon om bruker, dato for dokumentasjon og pleierens funksjon i avdelingen. I de hvite ”stripene” skrives det om pasienten. Noen pleiere gir uttrykk for at det er lettere å lese i utskriftene enn det er å lese på skjermen, for en kan bla i

utskriftene og får dermed oversikten akkurat slik som en bok kan gi. I tiltaksplanutskriftene er bildet annerledes. Her er de fire hovedområdene psykisk, fysisk, sosialt og identitet/verdier i grå overskrifter på venstre side mens situasjon og mål er i hvitt. Dessuten er tiltaksområdet også i grått. Flere av hjelpepleierne sier at tiltaksplanene er oversiktlige og at de gir rask tilgang til informasjonen de er ute etter.

Tiltaksplanene

Avdelingen har tiltaksplaner for hver pasient, og noen av disse tar for seg i detalj hvordan pasientene skal stelles etc. Tiltaksplanene er delt opp i de fire allerede nevnte områdene fysisk, psykisk, sosialt og identitet/verdier, og under disse områdene igjen er det opprettet underpunkter (s.112). I denne avdelingen forsøker avdelingsleder å legge til rette for, i perioder, at assisterende avdelingsleder sammen med primærpleiere for de aktuelle pasientene, får satt av tid til evaluering og ajourføring. I tillegg forsøker assisterende avdelingsleder kontinuerlig å ajourføre tiltaksplanene. Dersom en ser isolert på skriftspråket kan en si at det ligger en fare i at assisterende avdelingsleder gjør for mye på egenhånd; har for mye ”ansvar som myndighet” og at de andre pleierne får ansvar bare direkte knyttet opp til utførelsen av arbeidet, og dermed mindre makt til å forme omsorgen i en dialog med mottaker (Christensen 2003:29). Dette kan medvirke til at den direkte kontakten mellom pleier og den gamle, sjuke blir kjedelig og rutinemessig.

Wærness er i artikkelen *Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgen?* opptatt av å se på fenomenene utbrenthet og skyldfølelse i relasjon til begrepet ”sosial responsivitet”. Sosial responsivitet viser til ”at mennesker i samhandling både gir gjensvar på andres handlinger og dessuten er i stand til å foregripe andres gjensvar på egne handlinger” (Wærness 1999:152). Som tidligere nevnt, kan utbrenthet ses på som et resultat av at vi ikke makter å oppleve andre som ”noe annet eller noe mer enn et abstrakt samfunnsvesen”. Tiltaksplanene i avdelingen kan isolert sett ses på som et arbeidsverktøy som kan være med på å fjerne den spontane dialogen mellom omsorgsmottager og omsorgsyter. Asplund sier at utbrenthetsproblemet er økende også innafor omsorgsyrene som preges av konkret sosialitet og dermed skulle være beskyttet mot utbrenthet, og han sier

Det berettas ganska samstemmig att sjukvården i alt högre grad inrettas på ett sådant sett att den inte befremjar och berikar den konkreta socialiteten utan snarare installerar en abstract socialitet. Det

betyder doch inte att man av sjukvårdspersonalen skulle ha upphört att förventa sig omtanke, innlevelse, in i dem eller över hovud behandla dem på ett personlig sett, i synnerhet inte om man själv tvingas uppträda som abstrakt samhällsvarelse. Sålunda får vi som konsekvens inte bara utbrenning utan utbrenning plus skuldkjenslor (Wærness 1999:153).

Dokumentasjonsplikten i avdelingen er ment som en kvalitetssikring av omsorgstjenesten. Det å måtte skrive på computeren hver dag, er et merarbeid for pleierne. Pleierne har det travelt, og noen sier at de heller vil være med pasientene enn å skrive på dataen. Computeren og tiltaksplaner kan medvirke til at det utvikles en ”abstrakt socialitet” blant pleierne i avdelingen, som skaper dilemma og skyldfølelse hos personer som er i direkte pasientkontakt. Opplevelsen av at det er et sprik mellom tiltaksplanen og den konkrete pasientsituasjonen pleieren er i, kan hos noen pleiere i første omgang skape utrygghet og skyldfølelse. På sikt kan slike dilemmaer løses ved at pleierne forholder seg enten distansert og mekanisk til pasientene, eller de er ”ulydige” og tar pasientens dagsform på alvor. Hovedtendensen i dette intervjumaterialet er at pleierne ikke virker utbrente eller oppgitte. Årsaker til dette kan være at de ikke tar Gericas så alvorlig, og også fordi de pasientnære relasjonene ivaretas i de muntlige situasjonene.

Christensen påpeker i sin artikkel om *Computerbruk og omsorgsarbeid – lar det seg forene?* at muligheten for å styrke den erfaringsbaserte og konkrete kunnskapen om hver enkelt ”tjenestemottager reduseres i takt med økningen av forhåndsplanleggingen. Den erfaringsbaserte og konkrete kunnskapen om hver enkelt omsorgsmottager kan bare utvikles i omsorgsmøtet” (Christensen1999:142). Det er viktig å merke seg at Christensen tar for seg hjemmebaserte tjenester som ikke uten videre kan overføres til sjukehjemsavdelingen som er konteksten i denne oppgava. Kanskje er forhåndsplanleggingen mer styrende for hjelpere i hjemmebaserte tjenester ved at de er mer alene i arbeidssituasjonen enn det pleierne i sjukehjemsavdelingen er. Slik jeg forstår Christensen, så poengterer hun at innføringen av computere bidrar til økt fokus på det synlige og observerbare og tilsvarende til at ”vitale omsorgskomponenter blir oversett”. Men i det som tidligere er tatt opp i denne oppgava, mener jeg at bildet i denne sjukehjemsavdelingen er litt annerledes. Computeren og Gericas gir også mulighet for alle pleierne til å synliggjøre erfaringsbasert og kroppsnær kunnskap. Ved å ta skriftmaterialet på alvor og ta inn over seg de manglene som er der, kan pleierne ”tvinges” til å måtte skrive noe de ikke tidligere har brydd seg med å skriftliggjøre.

Pleiernes opplevelser av og bruk av computer og Gerica

Ut fra pleiernes tekster kommer det fram et mangfold av oppfattelser og meninger om computeren og Gerica. Det som noen av pleierne tar opp, er at skjermen har et begrenset omfang i forhold til en bok der du kan ha oversikt over hele omfanget på en gang. Selv om avdelingen har hatt datateknologi i fire år, er det flere av de middelaldrende og eldre pleierne i denne undersøkelsen som sier at de føler seg usikre og vet ikke helt hvor de klikker seg hen når de skal gå til et materiale som ligger ”bakenfor” skjermbildet. Men til tross for denne usikkerheten så er den eldre sjukepleieren imponert over hvor lett det er å bare klikke på noen knapper og sende informasjon med pasienter som for eksempel skal overføres til sjukehus. Tidligere måtte sjukepleier, som kanskje ikke en gang kjente pasienten godt, arbeide lenge med å skrive ned for hånd et pleiedokument som pasienten skulle ha med seg ved overflyttinger. Slik sett er moderne informasjonsteknologi et nyttig og effektivt hjelpemiddel som raskt kan overføre opplysninger om pasientene mellom institusjoner.

Et annet gjennomgående trekk i det pleierne snakker om, er at de ikke var/er opptatt av designet på computerprogrammet. Da dette programmet ble innført i avdelingen, var alle pleierne opptatt av å mestre teknikken og å være flinke nok. Det var helt tydelig at spørsmål om formen og utseende/designet på programmet i intervju situasjonen var uventa for pleierne å få, og flere understreket at de ”ikke la merke til noe spesielt”. Dette kan ses i sammenheng med McLuhan som sier at ”Det er bare så altfor typisk at ”innholdet” i et medium gjør oss blinde for mediets egenart” (McLuhan 1996:10). I *Understanding Media* påstår han at teknikken er utvidelse/forlengelse av menneskets sanseapparat, og han framhever at mediet i seg selv og de forandringer i hastighet og mønstre som dette mediet skaper, er budskapet.

Derimot opplevde flestparten av pleierne det skremmende og utrygt å skulle begynne å bruke computeren og Gerica. En hjelpepleier forteller om sitt ”første møte” med en computer og sier at det var et sjokk for henne å skulle bruke computer for første gang

Ja, for jeg hadde jo knapt, he, he, tatt i en datamaskin og og skal jeg klare dette lissom, men det gikk jo egentlig veldig greit når en først, jeg hadde et kurs på det, først hadde jeg et internkurs med en sykepleier som viste meg da, men så fikk vi et todagers kurs seinere.

Dette utsagnet kan representere flestpartens av pleierne i denne avdelinga. Pleierne har veldig respekt for computeren og Gerica, og da denne teknologien ble innført, følte mange av

dem at de ikke ville klare å mestre denne teknologien. Etter fire år er det større forskjeller mellom pleierne; denne hjelpepleieren synes nå at teknologien i seg selv er grei, men at det noen ganger er vanskelig å skrive godt nok.

Ikke alle pleierne var vant til å bruke computer da den ble innført i avdelingen. Det gir prestisje å beherske dette mediet blant pleierne, og assisterende avdelingsleder har stor autoritet her. I det som følger konstrueres noen kategorier på grunnlag av noen fellestrekk som kommer fram i de forskjellige pleiegruppens utsagn.

Sjukepleierne - de lojale og illojale idealistene.....

Det er flere pleiere som forteller at de ikke lærte nok på innføringskurset, og at de fortsatt føler seg litt usikre i bruken av Gericap. På spørsmål om hva den eldre sjukepleieren la merke til av formen på Gericaprogrammet da det ble introdusert, svarer hun at ” Ja, eg hakje så veldig mye eg må jo si at det eg harkje så mye kunnskap i det, så eg kankje uttale meg så veldig. Eg fekk jo ikkje **inn** på dei to dagane eg assø”. Dette er tankevekkende, styres vår persepsjon av at vi må ha kunnskap på forhånd om det vi kan legge merke til? Eller er det andre mekanismer som virker inn her? Lie (1998:11) sier at menneskers holdninger til computere er skapt på bakgrunn av tidligere erfaringer. Ingen av pleierne la merke til formen på Gericaprogrammet da det ble introdusert. Kanskje dette har noe med at computerteknologi er en naturligjort del av samfunnet og derfor ”skjult”? Men på den andre siden assosieres kanskje denne teknologien med andre sammenhenger enn en sjukehjemsavdeling, der computer assosieres som noe maskulint, fremmed, vanskelig, uunngåelig og unødvendig.

Gerica er innført i sjukehjemmet bl.a. for å standardisere språkbruken og dokumentasjonen. Dette programmets oppbygging speiler viktige ideer og holdninger i samfunnet, og gjennom bruk er Gerica et redskap som er med på å skape virkeligheten i avdelingen. Den eldre sjukepleieren som er sitert ovenfor, virker redd for å bruke Gericaprogrammet. En kan spekulere i om kanskje computeren er et ubevisst symbol for ”noe grenseløst” som hun ikke orker å forholde seg til i tillegg til alle de andre grenseløse kravene hun har hengende over seg både i jobbsammenheng og hjemme. I tillegg til eller sammen med dette føler hun seg kanskje fremmedgjort i forhold til de fragmenterte/oppdelte føringene i programmet, som ikke passer hennes måte å tenke på. Under intervjuet virker det som hun har stor respekt for

datateknologi, men hele intervjuet bærer preg av at denne sjukepleieren ikke tenker og snakker lineært og rett fram. En måte å forstå hennes reaksjoner på, er at hun tar seg selv og pasientene på alvor og tilpasser seg ikke uten videre til innføring av denne teknologien som ikke passer inn i hennes språkbruk og tankevirksomhet. Dessuten sier hun at hun snart skal bli pensjonist, og det virker nesten som det legitimerer at hun er illojal i forhold til å bruke Gericas slik som ”det skal brukes”. Ett to dagers kurs var ikke nok for henne til å lære å bruke programmet. Nå er opplæringa blitt redusert til tre timers bolker. Hvordan tar arbeidsplassen vare på eldre arbeidstakere, viss dette har noe med alder å gjøre? Det har i alle fall noe med motivasjon å gjøre. Denne sjukepleieren er ikke motivert til å bruke computer. Ut fra pleiernes tekster virker det som opplæringa i Gericas har fokusert på teknikken og det at pleierne skal klikke seg inn på de rette områdene. Det er ingen av pleierne som forteller om at de under opplæringa har trent på å formulere seg. I denne forbindelse er det relevant å trekke inn at dataansvarlig i kommunen stiller spørsmål ved om pleierne er bevisst hvilket språk de bruker i dokumentasjonen. Dette utsagnet kan bety at det ikke er godt nok samarbeid mellom ledelsen i sjukehjemmet/avdelingsleder og systemansvarlig, og at systemansvarlig bare tar for seg opplæringa innenfor tekniske ferdigheter, og at hun har avgrenset seg i opplærings - situasjonene til ikke å ta for seg språkbruken i dokumentasjonen.

Etter å ha blitt litt presset til å si noe om formen kommer plutselig disse observasjonene:

...det var Bloms (et tidligere dataprogram som ble brukt i noen år, men vraket til fordel for Gericas i 1999) eg hadde når eg var der nede så da såg du lissom når du tok på skjermen så såg du heile rapporten, veit du”. ”Det gjer du ikkje nå lenger?” ”Nei der æ sjølsagt å klikke seg over menne, men helheten, det så må du klikke deg lissom kanskje (latter) vet ikkje hvor.

Det er interessant at denne sjukepleieren sier hun mister kontroll og klikker seg ”vet ikke hvor”, og ikke vet hvor det blir av ”helheten” i det hun skriver. På et djupere plan, og i forlengelse av Solheims og Skårderuds betraktninger, kan en ane at computeren er et ubevisst symbol som ”forlenger” kvinners allerede grenseløse og åpne kropp, og derfor ubevisst oppleves som truende og noe en må sette grenser for. Men det paradoksale her er at Gericadesignet i seg selv er ”begrenset” og nettopp bidrar til å sette klare grenser. Avdelingsleder synes at Gericaprogrammet er ”ryddig og grei altså”. Slik sett er Gericas med på å skape orden i avdelingen.

Den eldre sjukepleieren forteller videre at hun ikke er så flink til å gå inn i de fire områdene i Gerica, og viss det er flere ting på en pasient, så syns hun det er ”grusomt” tungvint. Hun går inn i sjukepleievurdering og det virker som hun der kan skrive mer helhetlig. Som tidligere nevnt så ”deler” tiltaksplanen mennesket opp i fire deler: fysisk, psykisk, sosial og identitet/verdier. Denne tenkemåten er veldig vanlig innenfor sjukepleieteori, men her heter det i tillegg at helheten er mer enn summen av delene. Dette aspektet blir borte i layouten på Gerica. Når pleierne går inn i programmet kan de bare skrive om det fysiske i det fysiske området. Dersom de vil skrive noe om andre forhold må de klikke seg ut og så klikke seg inn igjen i en annen kategori. Dersom en har noe å skrive i alle fire områdene, vil det ta tid og oversikten over pasienten kan bli borte. Avdelingsleder synes det er tungvint med rapportskriving, og hun sier

vil jeg ha fram at pasienten har spist veldig dårlig i dag, ikke sant, og da må jeg inn på akkurat det punktet ernæring, skrive en setning eller to om det, og så må jeg lagre det, gå ut og så må jeg inn igjen på neste område; så selve rapportskrivningen blir det lite kontinuitet i på en måte....men det er tungvint å gå ut og inn så tankegangen din blir litt oppstykket, så akkurat det syns jeg er – litt, det er flere som sier, men ellers så synes jeg den er ryddig og grei altså.

Hun ser negative tendenser i dataprogrammet, og mener det stykker opp tankerekken når en skriver om en pasient, for en kan bare skrive om en ting om gangen på hvert område. Det gjør det vanskelig å tenke helhetlig. Dette utsagnet kan ses i forbindelse med Polanyi der han hevder at vi kan vite mer enn vi kan si, og han ser på kunnskap som både praktisk og teoretisk. Han deler taus kunnskap i to ledd, det proksimale, som innbefatter delene, og det distale, som er deres samlende mening. Og han peker på faren ved å bare se på delene for da kan vi miste av syne den helheten som vi hadde oppmerksomheten rettet mot (Polanyi 2000:16, 41). Polanyis utsagn kan i denne sammenhengen tolkes som at kategoriinndelingen i dataprogrammet ødelegger for helhetstenkningen om pasientene, og at noe kunnskap om pasienten dermed kan bli borte.

Imidlertid melder spørsmålet seg om metaforen ”taus kunnskap” innenfor sjukepleiefaget har blitt en sovepute for sjukepleieteoretikere, lærere og sjukepleieledere og sjukepleiere i praksisfeltet? Og at ikke all erfaringsbasert kunnskap som kroppsnær kunnskap trenger å være taus, men at den blir gjort taus fordi den er tabubelagt og ikke har verdi i dagens språkbruk? Det er på en måte ikke nødvendig å arbeide med å skriftliggjøre det som er taust, for Polanyis teori om ”taus kunnskap” legitimerer at noe er taust og skal forbli taust.

En annen fare er at computerprogrammet kan gi en illusjon om at alt kan begrepsfestes, siden det bruker kjente sjukepleiebegreper som vanligvis blir brukt i andre kontekster der helheten er mer enn summen av delene. Det er et tankekors at det er hjelpepleierne som tydeligst artikulerer skriftspråkets tilkorkommenhet i arbeid med mennesker. Sjukepleierne, unntatt assisterende avdelingsleder, tar ikke dette opp, kanskje er det så selvfølgelig at skriftspråket ikke får med "alt" for dem? Men ved at de ikke artikulerer denne selvfølgeligheten, kan en lett stå i fare for å godta strukturer som gjør språket fattigere. Dataansvarlig i kommunen synes det har blitt dårligere rapporter etter at Gericia ble innført, og med dårligere mener hun at det skrives lite eller mindre enn før.

Avdelingsleder fikk fire timers opplæring i Gericia da hun begynte som leder for avdelingen for et halvt år siden. Deretter forventes det at hun selv tar ansvar for å lære seg mer og oppdatere seg. Det er det vanskelig å få tid til i en travel hverdag i en sjukehjemsavdeling. Dermed er det lett at teknologien og eventuelle mennesker som behersker den, tar over styringa.

Assisterende avdelingsleder synes det kan være vanskelig å vite hva en skal skrive om pasientene når det ikke har skjedd noe spesielt:

for det er mange som føler seg liksom for hva skal jeg skrive, det har ikke skjedd noe spesielt, ikke sant, til og med jeg opplever det, en form for bevisstgjøring på hva er det som er vesentlig for dagen. Hva har skjedd, for ingen ting har faktisk skjedd, så det å bevisstgjøre at det har skjedd noe.....ja, det har skjedd noe men det er noen ting vi tar som selvfølge, ikke sant?..... Rapporten har vært diskutert blant personalet, men når du sitter der liksom skal fundere og ikke har så god tid, ikke sant, fordi du må lete litt dypere, for i bunn og grunn er alt ok, hva skal vi liksom trekke fram av, av

Assisterende avdelingsleder uttrykker her klart at noe kunnskap selvfølgeliggjøres, og derfor er det vanskelig å få den fram i lyset og skrive ned. Ho trekker også fram at personalet har diskutert de skriftlige rapportene, og at dårlig tid hindrer dem i å "gå i dybden".

Denne sjukepleieren sier også at det er viktig med gode og nøyaktige rapporter for sjukepleierne, for de arbeider som bakvakter noen ganger "på hele huset". For eksempel er det viktig for sjukepleierne å avklare hva som skal gjøres dersom en pasient blir sjuk. Skal han/hun behandles, sendes til sjukehus eller ikke? Dette er avgjørelser som taes sammen med

pasienten, pårørende og legen, og det er viktig at det blir skrevet ned slik at de som ikke er så kjente, vet hva de skal gjøre i en akutt situasjon. Dessuten er assisterende avdelingsleder begeistra for layouten til Gerica og muligheten dette programmet gir for tverrfaglig presentasjon av ulike tiltak. Dette gjør det lettere å få overblikket over det som pasientene er involvert i.

Under intervjuene kommer det fram at flesteparten av pleierne bare skriver i det fysiske området om pasientene. Bruk av Gerica samsvarer med avdelingsleders observasjoner at pleierne er gjøremålsretta og flinke til å ivareta fysisk pleie. Synliggjør Gerica en ubalanse i pleien som har vært der lenge, eller er designet med på å skape skeivheter i pleien, eventuelt forsterke disse?

Den eldre sjukepleieren er klar over at hun blander litt i rapporten og tar det ikke så alvorlig at hun skriver det meste på det fysiske området. Denne sjukepleieren har autoritet og makt i kraft av å være sjukepleier i avdelingen, derfor kan hun tillate seg å ”blande” litt i rapportene sine, men samtidig virker hun sårbar og angripelig fordi hun er eldre. Det er ikke bare hun som er ”ulydig”, og det kan virke som det er en tett konstellasjon mellom de eldre pleierne som går på tvers av utdanning og eventuelt klasse; de virker mer uavhengige og gjør mer som de vil, og de er i større eller mindre grad illojale til bl.a. bruk av Gerica i avdelingen. Men for den eldre assistenten som er i denne ”sammensvergelsen” koster det mer enn for de faglærte pleierne. Hun har liksom ingen autoritet fordi hun ikke er fagutdannet. Et fellestrekk ved de eldre pleiernes tekster er at de er opptatt av den enkelte pasients ve og vel.

Flere pleiere peker på at det er tungvint viss en glømmer å skrive ting når en er inne i Gerica og skriver rapport. Da må en gå inn og skrive på nytt, en kan ikke rette opp den rapporten som en skreiv feil i. Alt må skrives på nytt (s.122).

Legevisitten

Legen går ”visitt” i avdelingen to dager i uka. Haukelien retter fokus mot denne ordbruken om legens arbeid i sjukehus i sin hovedoppgave *Kall og byråkrati*. ”Aktiviteten ”legevisitt” har fått sitt navn ut fra den ene profesjonen, selv om både sykepleiere og leger går ”legevisitten” (Haukelien 2000:89). I denne sjukehjemsavdelingen er det sjukepleierne, i

større grad enn i sjukehuset som Haukelien beskriver, som styrer og bestemmer. Ordet ”visitt” kan assosieres som et uforpliktende besøk, og det kan virke som at legen i stor grad bare er ”innom” i denne avdelingen.

Assisterende avdelingsleder sier at siden avdelingens lege ikke har sagt seg villig til å skrive i Gerica, så må sjukepleier bruke gammelt kardexsystem for å dokumentere det som skjer under visitten¹⁶. Etterpå er det, i følge assisterende avdelingsleder, ”sjukepleiers ansvar å føre inn i Gerica i og med at han ikke gjør det selv”. Derfor har sjukepleierne opprettet eget område i tiltaksplanen for at det som legen forordner, blir dokumentert. Dette kommer opp som sjukepleiejournal i Gerica, og ikke som legejournal. Hva skjer dersom en pasient blir dårlig, for eksempel i helgen, og en lege utenfra har vakt? Vil han finne den informasjonen han trenger i Gerica? Kanskje vil han lete i legejournalområdet som ikke er i bruk? Antakelig er det sjukepleier som må vise til rette i Gerica da. Vike og andre finner i sine undersøkelser det samme fenomenet, at sjukepleiere tar ansvar for at andre yrkesgrupper gjør jobben sin (Vike 2002:121)¹⁷. Legene tar ikke del i denne undersøkelsen; de er på en måte bakteppe slik som pasientene er det. I denne forbindelse er det interessant at så få av pleierne snakker om legen og legevisitten. Er det fordi legen er så selvfølgeliggjort at han blir usynlig? Og/eller er det fordi avdelingen kan forstås i forlengelse av Solheims resonnement, som et ”hjem” der pleierne er ”hustruer” som *er* familien. Og der legens ”ikke plass” på et djupere symbolsk nivå faktisk oppfattes som ”hans rettmessige plass”? (Solheim 1998:40). Er det derfor sjukepleierne tar ansvaret også fordi de er ”husmoren” i hjemmet der mannen ikke får slippe helt til.

¹⁶ Dette har endret seg, og legen dokumenterer selv i Gerica nå.

¹⁷ Overlege Stein Husebø ved Bergen Røde Kors Sykehjem påpekte i en artikkel i avisen Vårt Land 1. oktober 2002 at legene ikke slipper til i sjukehjemmene bl.a. fordi sjukepleierne tar på seg mer ansvar enn det de er kompetente til. Han trakk fram at det i gjennomsnitt er 170 pasienter på en lege i sjukehjemmene, mens det er 2 pasienter pr. lege i sjukehusene.

Det er i de muntlige tekstene at legen ikke har stort rom; den medisinske modell i forståelsen av mennesket kommer tydelig fram i det skriftlige materialet. Hvem pasienten er og pasientens perspektiver, samt pleierelasjonen er nesten ikke språkliggjort.

Manglende oppmerksomhet for ytre rammer og kontekster

Det er fravær av kontekster utenfor sjukehjemmet i pleiernes språkbruk, noe som faller sammen med Haukeliens (Haukelien 2000:114,115) observasjoner av sjukepleiere i sjukehus der de har ”manglende interesse for slike ytre påvirkningsfaktorer”. Det er bare en av assistentene og en av hjelpepleierne som snakker om det uholdbare med små stillinger, resten av pleierne snakker ikke om rammebetingelser, innskrenkninger, politisk ideologi eller byråkratiet. Det som kanskje er mest iøynefallende, er at det er få eller ingen som setter computeren og Gerica inn i en større kontekst siden det er mange av dem som ikke er begeistret for computeren. Det er ironisk nok ingen av sjukepleierne som tar ansvar og ser computerteknologien i et metaperspektiv. Haukelien kobler denne interesseløsheten for ytre kontekster sammen med bl.a. sjukepleieteoriene som ser ut til å være ”for individorientert, normativt og for lite kontekstualiserende”. I tillegg trekker hun inn historien rundt sjukepleiens utvikling der hun påpeker at det er laget myter omkring Florence Nightingale, grunnleggeren av den moderne sjukepleie. Florence Nightingale var politiske engasjert og synlig i engelsk offentligheten, men er senere i Norge blitt ”omskrevet og ufarliggjort” til en mild og oppofrende kvinne som i hovedsak arbeidet i det skjulte som ”lady with the lamp”. Haukelien henviser her til Mary Douglas, som er opptatt av at ”den opprinnelige mening” kan manipuleres til å bli en helt annen dersom den sosiale konteksten for historien er ukjent. Florence Nightingale, som virket i siste halvdel av 1800 tallet, passet dårlig inn i datidens kvinnebilde; til det var hun for tøff og egenrådig. Dessuten var hun en godt utdannet, bemidlet overklassekvinne som ikke passet inn i det borgerlige middelklasseidealet verken da eller seinere. Og det var i hovedsak fra middelklassen og bondesamfunnet at sjukepleierne ble rekrutterte. En kan spekulere i om det er denne klasseforskjellen som i stor grad har medvirket til at borgerskapet har omskrevet Florence Nightingales historie. Borgerskapet, særlig kvinnene, ble selv oppdratt og disiplinerte til bedre hygiene og livsførsel, og overførte denne *kommandoen* (min forståelse og utheving) på egne barn og mennesker fra andre

samfunnsklasser (Schrumpf 2003, Bakken 2001). Sjukepleien oppsto som en assistent - funksjon til de mannlige legene i en tid der kvinnene i hovedsak var henvist til den private sfære og hjemmet. Haukelien henviser til Simone Beauvoir i boken *Det annet kjønn* som kommer med mange eksempler på det hun mener er myter om kvinner skapt av menn for å legitimere deres undertrykkelse. Senere kan en anta at dette har blitt internaliserte skjulte kroppsmønstre, som medvirker til at kvinnelige pleiere rammes inn, både utenfra og innenfra, av skjulte kjønnede forventninger og mønstre (Solheim 1998). Poenget å trekke inn dette korte historiske tilbakeblikket er å synliggjøre at sjukepleierne i dag har få tradisjoner for strategisk handling innenfor politiske kontekster. Og kanskje er det de som i kraft av å være moralske og faglige ledere bremser de andre pleiernes forsiktige protester og ulydighet. Det er påfallende her at avdelingsleders håndtering av assistenten Annes unnasluntring i forhold til å skrive i Gerica, er å bruke mye tid og energi på å få hun til å bli ”føyelig”, til å ”overgi seg” og nettopp skrive i Gerica.

Hjelpepleierne - de tvisynte, allsidige, lojale og illojale pleierne.....

Hjelpepleier Frøydis sier om datamaskinene som står på vaktrommet:

Nei du, det er ikke noe elskelig vesen.....jeg må bare si det som det er atte det er ikke noe jeg har interesse av. Nei, det ligger ikke for meg, for å si det sånn.

Hun sier her at maskinen ikke passer inn som ”vesen” i avdelingen, og det skinner klart igjennom at hun ikke liker computere. Det er flere pleiere som sier at bruk av computer ”ikke ligger for meg”. Hvorfor har hun og andre i avdelingen et slikt deterministisk og statisk syn på sitt eget forhold til bruk av computere? Gerica har tross alt blitt brukt i denne avdelingen i fire år. Det er interessant at alle de ”eldste” i avdelingen sier det samme. Det virker som disse pleierne ikke finner mening i å bruke Gerica. Lie hevder, på bakgrunn av Berger og Luckman at for å få ny teknologi til å fungere, må folk ikke bare lære å bruke den, den må også gi dem mening innenfor rammene av deres liv (Lie 1998:22) Og hvilken nytte har egentlig pleierne av Gerica i avdelingen? Det virker som det er sjukepleierne som har best nytte av computerprogrammet fordi informasjon lett kan sendes videre i systemet ved for eksempel overflytting av pasient til sjukehus. Men også noen av hjelpepleierne synes det er nyttig å lese i tiltaksplanen. For det første fordi de gir rask oversikt over pasientene, og også fordi de får tilgang til andre faggruppers vurderinger som de som gruppe ikke tidligere hadde tilgang til;

tidligere stoppet gjerne slik informasjon hos sjukepleier. Til tross for uviljen mot computere, så skriver Frøydis rapport i Gerica fordi det er noe hun er pålagt,

men jeg er ikke så veldig flink, men jeg gjør det for å få ned det mest nødvendige.

Men hun sier tydelig at er det noe ”en” ikke er så veldig for, så skyr ”en” unna og gjør minst mulig. På spørsmål om hvorfor hun ikke liker computeren, så kan hun ikke svare på det. Og på spørsmål om hva hun synes om Gerica sier hun at

Dataprogrammet er bra det, det er det, det har ingen ting med det å gjøre”. ”Men hva er det som er bra med det da?” ”Ja, viss jeg skal tenke etter – du får inn, du får skrevet en del. Er det sånn du tenker?” ”Ja, asså eg tenker det du tenker eg, eg vil bare høre hått du meiner”. ”Det er jo det, men jeg syns kanskje det er litt mye en må forholde seg til hver dag for de forskjellige, og jeg er kanskje det med data, jeg tenker på alt hva vi kan skrive inn – ja, at vi er veldig forsiktig med det vi skriver inn, for jeg tenker på at de er mennesker og hvordan det kan bli brukt, det tenker jeg på.

Frøydis er opptatt av at ikke alt kan skrives om pasientene; hun trekker fram at det som skrives om pasientene, kan bli brukt mot pasientene. Hun er opptatt av etiske aspekter ved skriftlig dokumentasjon, og at pleierne ikke skal skrive ned alt som skjer i møtet mellom pleier og pasient. Slik sett kan en forstå at Gerica hjelper pleierne med å sette grenser for hva de skriver om pasientene. I tillegg skinner det igjennom at hun synes at det er travelt for pleierne å måtte skrive om pasientene også i tillegg til alle de andre oppgavene de har. Dessuten synes hun, som de fleste andre pleierne, at det er vanskelig å finne de rette ordene i den skriftlige rapportsituasjonen. Frøydis skriver mest på det fysiske området om pasientene, og sier at hun trenger mer opplæring for å skrive på de andre områdene. Dette er det flere som snakker om.

Under intervjuet gir Elisabeth et eksempel på hvordan en rapport kan skrives

Ja du skal jo ikke skrive en hel del utredning, men jeg kan jo skrive det at fru Hansen har vært grei under stellet i da, vært rolig, ser antydning til et trykksår på setet eller sånne ting kan du skrive lissom, og har det ikke skjedd noe spesielt så skriver vi det at stelt etter tiltaksplanen ingen avvik.

Selv om utsagnet til Elisabeth ovenfor bare er et eksempel, har jeg lest lignende utsagn i tiltaksplanene, og derfor behandler jeg dette sitatet som om det er skrevet i Gerica. Det er flere pleiere som sier at de skriver ”stelt etter tiltaksplanen, ingen avvik”. En måte å forstå dette utsagnet på, løsrevet fra konteksten i avdelingen, er at tiltaksplanen blir viktigere enn

pasientene, og dersom pasienten ikke følger planen sin en dag, så blir hun eller han kategorisert som avvikere. Viss en tar utgangspunkt i at tekst skaper kontekst, og kontekst skaper tekst, så må en anta at slike skriftlige utsagn kan få konsekvenser for konteksten; at i praktisk handling så blir tiltaksplanen viktigere å følge enn pasientens dagsform. En av hjelpepleierne sier at hun gjerne leser tiltaksplanen før hun hilser på en ny pasient. Dette kan være uheldig og skape en før forståelse hos pleierne som kan begrense pasientens muligheter. Dessuten, hva slags assosiasjoner gir det å lese at fru Hansen ”har vært grei under stellet i dag?” I konteksten i avdelingen kan kanskje dette være greit å snakke om; det er en sjanger pleierne bruker der de kjenner til tidligere tekster og sammenhenger som ikke vanligvis kommer fram i skriftlig materiale. Løsrevet fra kontekst kan slike utsagn virke uheldig i skriftlig dokumentasjon, og en kan få assosiasjoner til maktbruk, disiplinering og innordning.

Elisabeth sier at hun skriver mest på det fysiske om pasientene, og på spørsmål om hva som er sammenhengen mellom rapport og tiltaksplan, sier hun

Asså tiltaksplanen da er det jo mer detaljert om den derre pasienten, og der kommer de derre underpunkta inn, så da kan du asså gå inn og skrive på under viss en da har spist dårlig så kan du gå inn på matsituasjonen og skrive at fru Hansen har spist dårlig i dag istedenfor bare å skrive det på fysisk, så de har sammenheng der, hm, og hvordan du skal gjøre for å få hun til å spise står gjerne i tiltaksplanen.

Her trekker Elisabeth inn hvordan tiltaksplanen for en pasient kan gi pleierne konkret kunnskap om hva som kan gjøres for å få pasienten til å spise. Og hun viser også sammenhengen mellom den daglige rapporten og tiltaksplanen. Tiltaksplanen er ment å være en veileder for pleierne, som de kan gå og se i når de trenger det. Det hender at Elisabeth ser i tiltaksplanen, særlig når det kommer nye pasienter, men ellers sier hun at ”vi har det lissom i hue det har vi i hue for å si det sånn”.

Hjelpepleierne og sjukepleierne sitte noen ganger sammen og ajourfører tiltaksplanene, men Elisabeth synes det

føles litt vanskelig lissom åssen du skal ordlegge deg åssen du skal sette det opp, men viss du har en mal så er det greit, men viss du skal helt ny så kan det være litt vrient syns jeg, men det går som regel greit.

Det er tydelig at hjelpepleierne synes det er greit med en oppskrift på hvordan tiltaksplaner skal skrives, og at det er vanskelig å skrive om en ny pasient.

Gunhild sier at hun synes den skriftlige rapporten er viktigere enn den muntlige ”for den muntlige kan bli borte”. Når det gjelder den skriftlige rapporten, sier hun en kan gå tilbake og lete opp konkret informasjon og sammenhenger fra tidligere tiltak fordi man kanskje trenger denne rapporten ” pga. at man ska gå vidare med nån ting..”. Gunhild er den eneste som snakker om og er opptatt av at den skriftlige rapporten dokumenterer ”det vi gjør og ikke gjør”, og slik sett kan gi pleierne mulighet til å beskytte seg mot beskyldninger om dårlig praksis. Og hun påpeker at pårørende kan lese og få greie på hva som har skjedd med faren eller moren deres f.eks. i de ukene de har vært på ferie.

På spørsmål om Dagry forventer å finne alt hun trenger i Gericia, svarer hun

Ja – viss der er sånn med sykdom og sånn skal det stå, men alt mulig ellers hadde en vel ikke finne der”. ”Nei, og hått kan alt mulig ellers vere?” ”Ja, det kan jo være hva de liker å spise for eksempel, og når de vil stå opp og om de liker og, ja alt mulig sånt.

Dagrys kommunikasjon er interessant. På den ene siden synes hun at tiltaksplanene er veldig fine, for der kan en lese om sjukdommer. På den andre siden sier hun i sitatet ovenfor at en ikke kan forvente å finne konkret kunnskap om hva pasienten liker å spise, når han/ hun ønsker å stå opp osv. Dette samsvarer ikke med sitatet fra Elisabeth ovenfor (s.119). Det er interessant at pleierne har ulike oppfatninger om hva som skrives ned og ikke skrives ned i tiltaksplanene. Er Dagrys erfaringskunnskap så selvsagt at hun ikke ”ser” den i den skriftlige dokumentasjonen, eller er det andre forhold som gjør at pleierne oppfatter den skriftlige dokumentasjonen i tiltaksplanene så ulikt? Kanskje ”ser” Elisabeth mer enn det som står i tiltaksplanen; at hun snakker om idealene? Eller kanskje er det slik at tiltaksplanene er forskjellige fordi de er skrevet av forskjellige pleiere, og at disse to hjelpepleierne har overblikket på ulike tiltaksplaner om pasienter som er i ulike grupper. Uansett kan en tolke at disse to pleiernes utsagn kan representere en slags forvirring over språkbruken i tiltaksplanene.

Dagry mener at tiltaksplanene må være en forbedring, særlig i forhold til nye pasienter som kommer inn. For da vet en fort mye om pasientene, og ulike pleiere trenger ikke bruke mye energi på å finne ut det som andre alt har funnet ut. Dette kan også oppleves godt for pasienten, for da trenger de ikke, de som er i stand til det, å gjenta informasjon til forskjellige pleiere i det uendelige.

Elisabeth synes den skriftlige rapporten egentlig er ganske utfyllende, men at det kanskje kunne skrives litt mer på både det sosiale og det psykiske, for det blir det skrevet lite om. På spørsmål om det blir snakka mer om det sosiale enn det blir skrevet, antyder hun at selv om det blir snakket om ”det sosiale” så blir det ikke alltid gjort noe med det i praksis. Et kjennetegn ved muntlig kultur er at den er flyktig og ikke så forpliktende som det som blir skrevet. Et spørsmål som melder seg da er om pleierne tar seg tid til å skrive ned verdifulle innsikter som kommer fram på de muntlige rapportene, og som da i neste omgang kan skrives ned i Gerica. Det var ingen pleiere som noterte under de få formiddagsrapportene jeg deltok i, men det betyr ikke at de ikke noterer under andre formiddagsrapporter. Flere pleiere ønsker å skrive på Gerica umiddelbart etter denne rapporten for da har de noe å skrive om og har ferskt i minne det som er tatt opp på rapporten. Men ikke alle får mulighet til det, og da kan en anta at verdifull kunnskap kan bli borte. Notering under formiddagsrapporten kan være et godt hjelpemiddel til å skape refleksjon og avstand til fenomener slik at det kan være lettere å skrive i Gerica senere.

Gunhild ser mange fordeler med Gerica, samtidig som hun er den pleieren som snakker tydeligst og sterkest om verdien av ikke-verbal kommunikasjon under intervjuet. Hun sammenligner Gerica med et annet computerprogram som hun har brukt tidligere. Det virker som hun mener at det er lagringssvakhet med Gerica. I det tidligere programmet kunne en skrive noe og ”la det synke” for så å komme tilbake senere, da kanskje endringer med pasienten hadde skjedd i mellomtiden, og eventuelt endre teksten eller deler av teksten. Og deretter lagre endelig. Gerica tillater ikke dette. Her må en skrive alt ”riktig” ved første forsøk for alt lagres endelig nesten med en gang. Dersom en pleier kommer tilbake senere i løpet av vakta og pasientens tilstand har endret seg, og hun ser at hun har skrevet feil eller uklart og ikke ønsker å ha det slik, så må hun skrive alt på nytt. Det er et behov hos Gunhild at det skriftlige en leverer fra seg, skal være skikkelig, og ”den umiddelbare lagringstvangen” i Gerica motarbeider dette behovet hos denne pleieren.

På skjermbildet og i utskriften kommer både den ”uriktige” og den ”korrekte” versjonen av pleiernes tekster opp. Dette kan, i tillegg til Gericadesignet i seg selv, kanskje medvirke til en enda større fragmentering og forstyrrelse av ”bildet” og forståelsen omkring pasientene?

Frøydis assosierer tiltaksplanen med pleieplanen hun lærte på skolen, og snakker slik om nytten hun har av tiltaksplanene i avdelingen:

... åsså må jeg tenke over hva jeg har lært (på skolen) for tenke pleieplan i forhold til hva det er med de forskjellige”. ”Du brukar sikkert tiltaksplanen og leser i den?” ”Ja, jeg vet nok mye å det går ut på for viss du har en diagnose så har du ganske mye å forholde deg til viss du holder deg til det du har lært asså, men naturligvis kan de komme med tiltak som gjør, gjør at en må følle hm

Det virker som Frøydis, som har tatt hjelpepleierutdanning i voksen alder, stoler mer på skolekunnskapen og bruker den som rettesnor i større grad enn det som står i tiltaksplanene. Det virker også som hun mener at diagnosene i en viss grad ”bestemmer” hvilken pleie som skal gis. Kanskje er det underforståtte her at de enkelte pleieres erfaringer med pasientene ikke nødvendigvis finnes nedskrevet i tiltaksplanene? Det er interessant at hun sier ”kan de komme med tiltak...”. Hun distanserer seg fra dem som skriver tiltaksplanen og de tiltakene som de noen ganger kommer med, og antyder vel at hun synes at de tiltakene ikke alltid er de beste. Men egentlig skal jo Frøydis være med og skrive tiltaksplaner om ”sine” pasienter, men det kan hun ikke hittil ha vært med på? Frøydis leser ikke ofte i tiltaksplanene for

...jeg er nok litt kjent.....jeg kan jo bli kjent med de, vi kan bli kjent, kanskje bli kjent med de på forskjellig måte.

Frøydis, som har arbeidet i mange år i denne avdelingen, fornemmer at pleierne blir kjent med pasientene på forskjellige måter, og at det er det som bør være guide for handling. På den ene siden får Frøydis fram et mangfold, og en åpenhet og lydhørhet i forhold til pasientene, som få av de andre pleierne er innom. Hun er kritisk til måten tiltaksplanene standardiserer pasient – pleier forholdet på. Ved å standardisere måter å gi omsorg på, kan pasienten lett bli til et objekt. På den andre siden kan denne ”ulydigheten” og/eller selvstendigheten tolkes som illojalitet og unnasluntring.

Det virker som flesteparten av pleierne er opptatt av den personlige, nære relasjonen mellom pleier og pasient. Det er spesielt Frøydis og Laila, begge i sekstiårene, som uttrykker ”det litt håpløse” i at tiltaksplanene skal styre relasjonen og pleien mellom pasient og pleier. Kanskje står disse sammen i en motmaktsdiskurs til tiltaksplandiskursen? Men hvor artikuleres i så fall denne motmakten? Har disse to pleierne mot, makt og myndighet til å ta opp dilemmaer som

kan oppstå i forbindelse med tiltaksplaner på avdelingsnivå og i de formelle rapportsituasjonene? Det er nærliggende å anta at Frøydis og Laila er representanter for en subkultur som mer eller mindre utfolder seg i det skjulte. En kan lure på hvor stor innflytelse Frøydis og Lailas syn på praksiskunnskap har blant pleierne i avdelingen. Offisielt og utad har tiltaksplandiskursen stor autoritet i avdelingen, men det er de muntlige rapportsituasjonene som har hegemoni; nesten alle pleierne mener at de muntlige rapportene er viktigst.

Ingen av pleierne snakker om mulighetene som kanskje ligger i at skriftspråket i tiltaksplanene kan være med på å skape mangfold og variasjon ved at *noe* av mangfoldet i rapportsituasjonene kan overføres til tiltaksplanene. Og at tiltaksplanene på sin side kan bidra med ”hukommelse” i de muntlige rapportsituasjonene. Gerica har jo allerede synliggjort at det skrives mest på ”det fysiske” og det er i seg selv et godt utgangspunkt til å endre skrivepraksis (og kanskje praksis i seg selv) og rette oppmerksomheten mot andre områder av pasientenes ”helhet”. Men på den andre siden styrer nok kategoriene og designet i Gerica pleiernes språkbruk, og medvirker til å stenge for mangfoldet og ”helheten”. I tillegg er kanskje symbolet/metaforen computer så negativ for mange av pleierne at de ikke er i stand til å se mulighetene? Solheim trekker fram det umiddelbare ”knefallet” som metaforer kan skape, og at det nettopp da er distansen til fenomenet som gir mulighet for refleksjon. Men en skal heller ikke se bort fra at språket som allerede brukes i Gerica og tiltaksplanene, stenger for å se muligheter og å være kreative når en skriver. Dessuten er det et tankekors at ingen av pleierne, heller ikke assisterende avdelingsleder selv, problematiserer at assisterende avdelingsleder ikke har norsk som morsmål. Hun er suveren på alle andre områder, men står kanskje i fare for, ved bl.a. å ikke kjenne til alle kodene i den norske kulturen, å bruke et språk som ikke alle pleiere kjenner seg igjen i og kan identifisere seg med. Men for alt jeg vet, kanskje er det andre sjukepleiere som har skapt skrivestandardene i Gerica og laget maler for bruk? Men det er assisterende avdelingsleder som i hovedsak skriver tiltaksplanene i denne avdelingen. I denne forbindelse er det viktig å understreke at flesteparten av informantene synes at tiltaksplanene er nyttige, og tror det blir bedre pleie overfor hver enkelt pasient. For, som en hjelpepleier sier:

...der står det detaljert hva som er gjort og bør gjøres, og som er skrive av en sjukepleier eller lege har hatt et ord med der, for eksempel, med støttestrømper viss de trenger det, eh sånne ting.

Denne hjelpepleieren hevder at tiltaksplanene ivaretar detaljer angående pasientene, og at det både er medisinsk kunnskap og pleiekunnskap i tiltaksplanene. Dersom det er en pasient pleierne ikke kjenner så godt, kan de gå inn i tiltaksplanen og få konkret og nyttig informasjon i forhold til stellet der. Tiltaksplanene finnes i harddisken, men også disse er lagret i egne pasientmapper på avdelinga som pleierne når som helst har anledning til å se i. Et fåtall av pleierne reagerer på at det i tiltaksplanen er skissert opp bare en metode som kan benyttes i stell av pasienten.

Gunhild liker ”oppdelingen” av mennesket i fire områder i Gerica:

Ja det syns jeg i grunnen ikke er så dumt faktisk even om mye kan gå inn i hverandre, det syns jeg ikke er så dumt nei, men i blant kan det vara vanskelig å formulera kanskje da, menne, menne det er jo vi har jo en del som det er psykiska problemer og det blir liksom tiltak på det psykiska. Da syns jeg det er greit at det finst en sånn som er mera spesifikk psykisk så det ikke ligger under noe alment” ” Ok, men er du ikkje redd at noko blir borte i tekstane fordi at det er delt opp sånn?” ” Nei, - det - ikke måten jeg tenker på.

Denne hjelpepleieren sier noe om at det er viktig å sile ut informasjon slik at det blir lettere å se det som en er ute etter. Hun er opptatt av at det bør være så synlig i teksten at det går raskt å finne. Det som er spennende her, er at hun viser gjennom hele intervjuet, at hun er opptatt av mangfoldet rundt menneskene hun hjelper og at de skal ha det best mulig. Det virker som hun har et avklart forhold til rapporter og tiltaksplaner; at de ikke skal beskrive ”helheten” rundt pasienten, men være hjelpemidler slik at pleieren raskt kan trekke ut viktige aspekter rundt pleien av pasienten. Men hvordan greier hun å tenke så ”helhetlig” eller ”åpent” da? Denne hjelpepleieren har arbeidet i tre år i full stilling i avdelingen. Hun er utdannet psykiatrisk hjelpepleier, og tidligere arbeidet hun i psykiatrien i x land. I psykiatrien har pleierne mer tid til hver enkelt pasient, og har anledning til å reflektere og sette seg godt inn pasientenes situasjon. Det virker som hun har opparbeidet seg en erfarings- og assosiasjonskunnskap som gjør at hun har fleksibilitet til tross for de strukturelle begrensningene som er i denne avdelingen. Hun er veltalende, har oversikt over det meste og har mange interessante tanker om mye. Det er også en annen hjelpepleier som har noe av det samme synet på rapporter og tiltaksplaner. Hun liker også kategoriene i Gerica:

Jo jeg syns den er grei, jeg, du får en oversikt, hm for det er jo om å gjøre å bli mest kjent med menneskene” ”Men det er ikkje noko som blir borte med å ha den oppdelinga?” ”Eh ja, det går lissom

ikke an, jeg synes det blir vanskelig å skrive om et menneske. Resten må du liksom bli kjent med, for å si det sånn.

Denne unge hjelpepleieren er veldig klar over at ikke alt lar seg begrepsfeste, hun virker pragmatisk og realistisk i forhold til egen arbeidssituasjon. Et annet sted i intervjuet snakker hun om fordelene med å ha tiltaksplaner og rapporter om pasientene når det kommer nye pleiere inn i avdelingen.

Ja, vi har en sånn mappe på hver pasient så vi slipper å gå inn i dataen hver gang, for det kan de jo ikke med en gang liksom. Når de ser det så synes alle at det er veldig greit, og så ser de blir kjent med pasientene på den måten først.

Det er kanskje en uheldig måte å bli kjent med et gammelt menneske på å lese en tiltaksplan før du har møtt personen. Det kan skape fordommer og innskrenket persepsjon hos pleieren. Men dersom en ser på konteksten rundt det som denne hjelpepleieren formidler om pasientene, så virker hun åpen og nysgjerrig på pasientene.

Assistentene – de som ”melder seg litt ut”.....

Mye er allerede tatt opp omkring assistentenes opplevelser og forhold til computeren og Gerica i avdelingen. Derfor blir det i det følgende tatt opp noen tråder som ikke tidligere er beskrevet og drøftet.

Noen av assistentene opplevde at de ikke hadde direkte tilgang til computer i opplæringssituasjonen i Gerica. Dette skapte frustrasjon og opplevelse av tilsidesettelse for dem. Dessuten er konteksten rundt det å skrive en belastning for dem, og denne utilstrekkelighetsfølelsen og opplevelsen av å være forskjellige fra de andre pleierne har medvirket og medvirker til at assistentene er mer eller mindre tause i de muntlige rapport situasjonene. Assistent Cecilie synes ikke det er lett å skrive rapport:

det ække alltid like enkelt når du skal skrive, så en sitter litt og stussar da, men det går som regel greit. Det blir jo ikke sånn voldsom lang, det blir bare noen få linjer men en, så det får ned det en skal si .

Det er interessant at hun sier at hun får ned ”det en skal si”. Hun skiller ikke mellom talespråk og skriftspråk, og flesteparten av pleierne gjør ikke det. Cecilie bruker ti til femten minutter på å skrive, og viss datamaskinene er opptatt, finner hun på noe annet å gjøre imens.

Assistentene er redde for å skrive feil og at de ”blander” og skriver noe psykisk i det fysiske

området. Dette er tidligere blitt beskrevet og problematisert. Ett av poengene i denne undersøkelsen er at det faktisk er Gericca som gjør synlig assistentenes situasjon og posisjon i avdelingen. Assistentene kan ved først øyekast virke sårbare og ikke gode nok i forhold til de andre pleierne. Et grundigere blikk viser at de bl.a. kjemper for å være lik de andre, og denne ”likhetskampen” er med på å opprettholde konserverende praksiser i avdelingen som kanskje ikke lenger er fruktbare å ivareta. Computeren er det verktøyet som ”avslører” assistentenes språkbruk. Kanskje er det assistentenes arbeidssituasjon som gjør at så lite endringer er skjedd i somatiske sjukehjemsavdelinger de siste tiårene. Og arbeidssituasjonen deres er i stor grad strukturelt bestemt.

Daggry svarer slik på spørsmålet om hvem hun søker råd hos i avdelingen, at det kommer helt an på hva det er. Viss det har med medisiner og sår å gjøre, spør hun sjukepleier. Når det gjelder

alt mulig som jeg lurar på så går jeg til de som jeg, ja, det kan like gjerne være assistenter som sjukepleiere da, kanskje lettare å spørre de noen ganger, egentlig kjenner de kanskje bedre mange av de.

Selv om også sjukepleierne utfører kroppsnært arbeid i denne avdelingen, har de mange andre oppgaver, slik at det er assistentene og hjelpepleierne som i hovedsak utfører og har fokus på det kroppsnære arbeidet. Det kan virke som Daggry automatisk kobler denne nærheten til det å ”kjenne” pasienten best. De fleste gamle i avdelingen trenger varierende hjelp til kroppsnært arbeid, og det er naturlig for Daggry å søke råd hos en assistent som sitter inne med direkte ervervet kunnskap på dette området. En kan se på kroppsnær kunnskap som en del av den tause kunnskapen i avdelingen. Men i tillegg så er noe av denne kunnskapen tabubelagt, og det kan gjøre det enda vanskeligere å få den fram i lyset. Dette forsterkes ytterligere av at det er de med minst formell makt som hovedsakelig har anledning til å arbeide i kroppsnære relasjoner.

Gir computerprogrammet rom for kroppsnær kunnskap? Verken det skriftlige materialet eller hva pleierne snakker om når de snakker om språkbruk i avdelingen, inneholder mye kroppsnært vokabular. Dersom en ser på de fire kategoriene i Gericca, er det teoretisk mulig å plote inn kroppsnær kunnskap. Men det gjøres i liten grad, og kan være en av grunnene til at noen av pleierne ikke bruker Gericca så mye i forbindelse med å innhente informasjon.

Flere pleiere sier ”at de har det i hodet” , og at de snakker med kollegaer heller enn å lese i dokumentasjon. Hvorfor bruker de ”hodet” som metafor om pasientarbeid, hvorfor sier de ikke ”hendene”, eller ”kroppen”? Er dette et tegn på at pleiere ikke verdsetter sin egenart, og at ”hodet” har større prestisje enn ”kroppen/hendene”? Er det den rasjonelle tankegang, kombinert med pleiernes habitus og det at de er kroppsløse arbeidere i organisasjonen, som gir mer aksept for at en kan ha ting i hodet? Dette er litt paradoksalt, for pleierne arbeider med kroppene sine hele tiden.

Anne skriver ikke rapport, og hun hevder at viss det er viktige beskjeder hun gir så blir det stort sett fulgt opp. På nok ett spørsmål om ikke det er synd at viktig kunnskap hun sitter inne med blir borte siden hun ikke skriver rapport, svarer hun

Jeg syns ikke det (latter) er synd, nei, jeg vet ikke jeg. Det er ja det er akkurat det at – du har det da der nede på papiret, men tenk pytt det er vel ikke så mange som, viss akkurat du trenger det så er det klart da går du inn og ser på det, ellers så er det ingen som ser hva jeg har skrevet.

Det gir ikke mening for Anne å skrive for hun føler at hun skriver ”ut i lufta”, og hun er ikke klar over at pårørende, pasientene selv og byråkrater kan lese det hun har skrevet. En kan lure på om Anne er kommet inn i en vond sirkel der tausheten i de muntlige, formelle situasjonene overføres til den skriftlige dokumentasjonen. Eller at det var omvendt; kanskje starta det hele med at assistentene ikke beherska skriftspråket i Gericca, og at dette har blitt overført til de muntlige rapportsituasjonene. Anne overlater til Hanne, som er ung, å skrive ned det som er viktig, for Hanne har større stilling enn hun selv og hun ”er sikkert inne hele tiden på dataen”. Det kommer fram under intervjuet at Anne nå skjønner at hun må lære seg å bruke dataen og at hun skal få hjelp til det i avdelingen, og hun henviser til at ”avdelingsleder har sagt ” flere ganger under intervjuet (s.116,117).

Assistenten Dagry sier om ulempene med å skrive i Gericca:

Ulempene er at jeg ofte ikke har tid, tid til å gjøre mer. Jeg vil heller være ute der å stelle med pasientene enn å sitte bak den dataen.

Dagry synes også at det er mer meningsfylt å være med pasientene enn å skrive i Gerica. Det tar tid og energi å skrive om pasientene hver dag. Ved å si ”sitte bak dataen” antyder Dagry at det er en mulighet for pleierne å sluntre unna ved å ”gjemme” seg bak computeren.

Under intervjuene kommer det fram at assistentene har trodd at de ikke har kunnet skrive i de samme områdene av Gerica som de faglærte fordi de ikke har fått oppfølgingskurs, noe hjelpepleierne har fått. Derfor sier Berit at ”Jeg har alltid trodd jeg må bare skrive på det fysiske”. På spørsmål om hvorfor det, svarer hun at

så lenge jeg var assistent for atte for et par år siden så var det noen som ble hjelpepleiere og da måtte de inn på noe aent, for atte de var hjelpepleiere, lissom.

Denne assistenten tror at hjelpepleierne har rettigheter og plikter som assistentene ikke har, og godtar det og sier ”...hakke tenkt noe over det lissom, for jeg bare hørte at det ække for assistenter”. Senere i intervjuet sier Berit at kurs er mest for hjelpepleiere. På spørsmål om hva hun synes om at ikke assistentene får være med, sier hun at ”reglane er jo sånn, så da får det bare være sånn da”. Men samtidig viser hun, og sier like etterpå, at hun synes assistentene også kunne være med på slikt selv om de ikke har utdannelse. På spørsmål om det er forskjell på faglært og ufaglært, sier hun at det var det tidligere, men ikke nå lenger. Hun var irritert over denne forskjellen, for i noen situasjoner var hun god nok

Jeg blir litt irritert, her går jeg og jobbar og sliter, åsså er jeg lissom ikke verd noe, føler lissom sånn at fordi du er assistent, så du ække, men det er greit nok det, jeg kan ta vakter viss det er krise og sånn....så det er mange sånne tanker.

Dette har endret seg nå, og hun mener det har noe med lederne å gjøre. ”Ja hu stoler på alle”. Her kobler assistenten verdi til det å bli stolt på. Det er nødvendig å bli verdsatt som menneske, og å vise at en duger.

Forestillinger om likhet

Ifølge Gullestad blir ”hjem” ofte koblet til ”likhet” (Gullestad 2003:83). I denne avdelingen går alle pleierne likt kledd, det forventes at alle skriver på computeren, og flesteparten av pleierne stiller pasientene. Alle disse tingene kan være med på å konstruere en likhetsdiskurs,

der ideen om likeverd lett fører til ideen om likhet. Denne assistenten opplevde at hun ikke var like mye verd som noen av de andre pleierne, fordi hun ikke ble stolt på og derfor opplevde seg som ulik en del av de andre pleierne som hadde mer ansvar og ble stolt på. Men som hun sier, i andre situasjoner måtte hun tre inn da det ikke var andre å ta av; da var hun god nok. Dette må skape forvirring og frustrasjon. Gullestad (Gullestad 1996:223ff) kom fram til, på bakgrunn av empirisk materiale der 630 personer har skrevet sitt liv, noen betraktninger som er aktuelle å trekke inn i denne undersøkelsen. På grunnlag av tekstene drøfter hun spenningsforholdet mellom verdiene å være ”til nytte” og å være ”til seg selv”, og hun viser at graden av spenningene varierer med kultur, tidsepoke og sosiale grupper. Fra 1950 tallet har det vært en økende tendens fra disiplin og plikt til ekspressivitet, til å finne seg selv. Denne tendensen er antagelig felles for mange mennesker

samtidig som den er ulikt fordelt i forhold til utdanningsnivå, plassering i klassestrukturen, kjønn, etnisk tilhørighet og lokal tilhørighet i bygd eller by. For eksempel var (og er til en viss grad fremdeles) lydighet mer fremhevet i oppdragelsen av jenter enn i oppdragelsen av gutter (Gullestad 1996:224).

I følge Gullestad, skiller Bernstein mellom ”den personorienterte familie” og ”den posisjonelle familie”. I den sistnevnte familietype er rollene og maktstrukturene rigide, og lydighet knyttes derfor til denne familietyper, mens i ”den personorienterte familie” behandles menneskene som enkeltindivider og rollene er gjenstand for forhandlinger. Det er, som tidligere nevnt, særlig assistentenes språkbruk som gir konnotasjoner til hjem, familie og livsverdenssfæren. Selve hierarkiet og rutineene i avdelingen kan på en måte kobles sammen med ”den posisjonelle familie” der rollene er faste, og der medlemmene er lydige og disiplinerte. Assistentene i denne undersøkelsen er fra førti år og eldre, og de lever i spenningsforholdet med å ”være til nytte” og ”være seg selv”. Tre av assistentene har barn hjemme, og mange omsorgsoppgaver. Den fjerde assistenten har voksne barn og barnebarn. Alle de fire assistentene uttrykker, under intervjuene, stor grad av å ville ”være til nytte” i avdelingen.

AVSLUTNING

Relasjonene og spillene mellom pleierne i sjukehjemsavdelingen er komplekse, motsetningsfylte og sammenvevde. Det ligger paradokser på lur i enhver sammenheng, noe som faller sammen med Solheims betraktninger i *Den Åpne Kroppen*. Dette kan tolkes både positivt og negativt. På den ene siden kan hennes teori har vært for styrende for mine

utforskninger, men på den andre siden kan en også tolke at Solheim med sine tekster omkring kvinnekroppens grenseløshet har tatt noe på kornet. Fokus på symbolspråket har gitt meg mulighet til å ”se” noen av de kulturelt konstruerte identitetene som spilles ut i og blant pleierne.

I arbeidet med å få tak i de skjulte symbolene og de mer eller mindre skjulte sosiale mekanismene, åpner det seg ubehagelige ”rom” der pleierne krenker hverandre. Dette kan kobles sammen med det forskerne i *Maktens Samvittighet* konkluderer med i sine undersøkelser, at det ikke er samsvar mellom det språket aktørene selv bruker for å forstå sin egen virkelighet og til å håndtere den, og den virkeligheten som kommer fram i en beskrivelse og analyse som denne (Vike 2002:227). Antakelig ønsker ikke pleierne å såre hverandre og/eller skape uverdige arbeidsforhold for hverandre, og en må lure på hvorfor pleierne i så stor grad gjør det. Kanskje er en del av bildet at det er pleiernes habitus og språkbruk - eller mangel på språk - som er med på å opprettholde ”maktens spredningsmekanisme” (Mortensen 1999:184) i organisasjonen? På den ene siden har vi sett at markedes logikk sniker se inn i språket. På den andre siden har vi tatt for oss mulige mekanismer som utspiller seg blant de forskjellige pleierne der likhet og nærhet har vært skulte premisser for samhandlingen. I begge tilfeller kan pleierne mangle språk for å forstå hva som foregår.

Alle pleierne er avmektige på forskjellige nivå innenfor organisasjonen, og dette kan ses i sammenheng med metaforen ”kommandokjeden” som medvirker til å reproducere selvfølgelige kommandolinjer internt mellom pleierne, og eksternt mellom pleierne og organisasjonen, der pleierne bl.a. mister blikket for større kontekster. I tillegg har pleierne det travelt og det tar tid å være ”aktiv demokrat”, dessuten virker det ikke som det er tradisjon for handlingsfellesskap i avdelingen.

I pleiernes tekster åpnes det opp for sammenhenger der en ”ser” både det determinerte individet innenfor organisasjonen og den aktive aktøren. Flere forhold indikerer at pleierne er selvstendige personer som handler etter sine verdier og overbevisninger. For det første kan en se på mangfoldet i pleiernes tekster som en indikasjon på at aktøren lever i beste velgående. For det andre viser pleiernes håndtering av computeren og Gericca at de ikke uten videre tilpasser seg denne endringa, tvert i mot virker det som mange av pleierne, på tross av

strukturelle begrensninger, i like stor grad tilpasser Gerica til sin arbeidssituasjon. Imidlertid virker det som virkefeltet til den aktive aktøren er begrenset.

Denne oppgava har forsøkt å ta tak i tre språklige nivåer som utfolder seg blant pleierne i avdelingen - ett symbolsk og mer eller mindre skjult nivå, ett eksplisitt, hovedsakelig verbalspråklig nivå og et nivå for større kontekster. Selv om sistnevnte kan forstås som del av hver enkelt pleiers habitus, ble det etter hvert viktig for meg å trekke ”organisasjonen”, ”hierarkiet” og ”kommandokjeden” ut som egne metaforer nettopp fordi disse er skjulte, ”tause aktører” som i stor grad påvirker pleiernes språkbruk og handlinger. I det som følger forsøker jeg å summere opp noen hovedtendenser fra hvert av disse nivåene.

Taus kunnskap og språkspill

Den tause kunnskapen i sjukepleiefaget har gjerne blitt oppfattet som synonymt med den faglige, tause kunnskapen. Imidlertid stiller Bakken spørsmål ved om den tause kunnskapen, som kvinnelige sjukepleiere har tillegnet seg ved å vokse opp i en kultur, medvirker til å tåkelegge hva som foregår innenfor faget (Bakken 2001:98). Og denne undersøkelsen viser at det kan oppstå uheldige praksiser fordi pleierne ikke har utforsket sine egne habitus.

Metaforene ”språkspill” og ”kommandokjeden” har gitt mulighet til å avdekke noen av de mer eller mindre skjulte ”spillene” som foregår blant pleierne i ulike kontekster der de bl.a. kjemper seg imellom om å ha autoritet og innflytelse over hverandres virkelighetsoppfattelser og språkbruk i avdelingen. I dette bildet hører det også med at noen av pleierne spiller på lag og samarbeider og støtter hverandre, selv om det noen ganger har vært vanskelig å avdekke hvem som spiller på lag og hvem som ikke spiller på lag.

Det er forskjeller på pleierne, men også likheter ved at de alle er kvinner som har vokst opp i og lever i ulike sosiale og kulturelle kontekster. Blant alle pleierne ser vi en kobling mellom det kvinnelige og det å gi omsorg. Siden sjukepleierne er lederne og har formell autoritet i avdelingen, får deres omsorgshabitus stor innvirkning på de andre pleiernes arbeidssituasjon og oppfattelser av seg selv. Det virker ikke som sjukepleierne har blick for større kontekster og at dette hemmer de andre pleierne og også dem selv, og bidrar til å ”holde pleierne fast” i tradisjonelle mønster dem imellom. En kan spekulere i om den selvfølgelige koblingen mellom ”taus kunnskap” og ”faglig kunnskap” har stengt for andre oppfattelser av ”taus

kunnskap” innenfor sjukepleiefaglige utdanningsinstitusjoner. Dernest kan en undre seg over om disse institusjonene er avhengig av at kvinnene har med seg denne omsorgshabitus inn i utdanningen, og at sjukepleiefaglige utdanninger på ulike nivå bygger videre på denne skjulte kunnskapen som langt på vei bidrar til å holde kvinner fast i ”tradisjonelle” praksiser.

Gjennom denne oppgava har vi fått innblikk i noen av samhandlingsmønstrene som foregår blant pleierne, og i de fleste sammenhengene dukker et gjentakende mønster fram; at pleierne i bunn og grunn er sammen i ”hjemmet”. Assistentenes arbeidssituasjon har blitt veldig synlig i denne problematikken, og siden de opplever seg så på sidelinjen, kjemper de hardt for å være med i spillene. Imidlertid bidrar assistentenes spilleteknikker til å hemme språkbruken og fagmiljøet (s.133,141,144). Assistentenes arbeidssituasjon, som er uhensiktsmessig både for dem selv og avdelingen, problematiseres ikke av sjukepleierne. Det er på sin plass å understreke at bruk av assistenter er et overordnet politisk anliggende, og at poenget med å trekke spesielt inn sjukepleierne her, er at de er lederne på dette nivået i organisasjonen og derfor krumtapper i å påpeke nettopp assistentenes uheldige situasjon. Imidlertid ”oversvømmes” sjukepleierne av oppgaver, og slik sett er de i en like uholdbar situasjon som assistentene.

Muntlige rapporter – et samlende symbol

De muntlige rapportersituasjonene er et samlende symbol. I disse situasjonene skapes mening og verdier i samspillet mellom pleierne, og kanskje ”limer” disse ritualene pleierne fast i den muntlige tradisjonen. Det kan virke som det foregår en fetisjering - en dyrking av samværet i seg selv blant noen av pleierne i disse fellesskapene der ”faste” identiteter reproduseres (Sørhaug 2002:154). Skjulte og åpne assosiasjoner rundt hjem, omsorg og kvinnekjønn ser ut til å være så sterkt vevd sammen og forankret blant pleierne i denne avdelingen at de er rammet inn i og rammer seg selv inn i denne private sfære.

Pleierne har likevel ulike oppfatninger om de muntlige språkspillene, og særlig hjelpepleierne kommer med kritiske synspunkter til gjennomføringen av dem. Imidlertid virker det ikke som noen hittil har tatt dette opp på avdelingsplan. Selv om årsakene til mangel på handlingsfellesskap kan være mange, kan en spekulere i om det er samvær fellesskapene, som utspiller seg både under rapportene og i de uformelle situasjonene, som rett og slett medvirker

til å hindre et handlingsfellesskap i å organisere seg. Tidligere har jeg tatt for meg assistentene som ”de andre”, nå er det på sin plass å diskutere om ikke sjukepleierne også er ”de andre”. Egentlig er også de utenfor fellesskapet ved at de har så mange fragmenterte oppgaver, i motsetning til hjelpepleierne og assistentene som hovedsakelig er i direkte pasientkontakt. En skjult mekanisme hos sjukepleierne kan da være at for å være lik de andre og for å holde fast på egen autoritet, så tar de del i og innordner seg i de uformelle sosiale relasjonene som utspiller seg i samværfellesskapene. Dette kan medvirke til å forsterke sjukepleiernes allerede manglende blikk for ytre kontekster, og kan være en avgjørende brems for pleierne i å danne handlingsfellesskap. Dessuten kan denne likhetsbestrebelsen fra sjukepleiernes side føre til at noen av dem blir litt for intime ledere i avdelingen (s.60). Men dette bildet har flere nyanser, og vi har tidligere nevnt at siden sjukepleierne er i mindretal og de kanskje opplever at de kommer til kort i forhold til det pasientnære arbeidet pga. alle de andre oppgavene de har, så ”tvinges” de på en måte til å kjempe i de situasjonene der de selv har formell makt, og dermed er de muntlige rapport situasjonene en viktig kamparena for dem. Imidlertid kjemper også de andre pleierne om å ha autoritet og makt i språkspillene, og tidligere er assistentenes taushet i de muntlige rapport situasjonene blitt diskutert (s.141).

Computeren og Gericia – et ikke samlende symbol

Computeren og Gericia har bidratt til å synliggjøre noen av spillereglene, og assistentene blir ”de andre” i denne sammenhengen. Denne teknologien var ett nytt språkspill i avdelingen for fire år siden, og ingen av pleierne hadde innsosialiserte regler for dette spillet. Assistentene opplever at computeren og Gericia har avslørt og tilsidesatt dem i forhold til de fagutdannede pleierne.

Computeren og Gericia er ikke et samlende symbol, og mange pleiere uttrykker sin misnøye med denne teknologien. Likevel skriver nesten alle og gjør så godt de kan, og det virker ikke som pleierne har dannet en felles front eller kommet med krav om bedre språkopplæring. I tillegg til samværfellesskapets skjulte premisser som å tilsløre uenighet og å bestrebe harmoni, kan en lure på om denne unnfalldenheten også har noe å gjøre med at pleierne behersker dette mediet forskjellig. Det virker som de fagutdannede, yngre pleierne behersker denne teknologien best, selv om også flesteparten av dem synes det er vanskelig å ordlegge seg. Disse språkforskjellene, som assistentene har prøvd å skjule, har kanskje bidratt til at

pleierne ikke har sett muligheten til å gå sammen om en felles sak. Dermed kan negative holdninger opprettholdes og forsterkes, og dette kan hindre mange av dem i å se mulighetene som ligger i denne teknologien.

Det er tidligere påpekt at computeren er et demokratiseringsverktøy, men Gericaprogrammet og tiltaksplanen er ikke like tilgjengelig for alle pleierne. Gericaprogrammet er laget innenfor en kunnskapstradisjon som de fagutdannede pleierne kjenner bedre til enn de ufaglærte. Selv om alle pleierne i teorien skal være med å skrive om sine faste pasienter, lar det seg vanskelig gjennomføre i en travel arbeidsdag. Derfor har assisterende avdelingsleder hovedsakelig på egen hånd skrevet tiltaksplanene på alle pasientene i avdelingen. Selv om assisterende avdelingsleder forsøker å skrive slik at ”alle forstår” skaper denne situasjonen stor avstand og synliggjør forskjeller mellom sjukepleier og de andre pleierne. Dessuten viser noen utskrifter fra dokumentasjonen at det er lite rom for hverdagslig, dagligdags språk. Dette kan skape rom for misnøye og skjulte avmaktmekanismer hos de ufaglærte pleierne som arbeider i en avdeling med en skjult premiss om at alle er like.

På bakgrunn av pleiernes habitus i samspill med strukturer og sosiale mekanismer oppsummeres nå noen tendenser som kommer fram i det som pleierne eksplisitt snakker og skriver om.

Både muntlig språk og Gericaskriftspråk

I begynnelsen av intervjuperioden fikk jeg et inntrykk av at det var spenninger og lite kontakt mellom talespråket og skriftspråket i Gericaprogrammet, og det har i stor grad vist seg å stemme. Det er ikke noe avklart syn rundt sammenhengen og samspillet mellom muntlig og skriftlig dokumentasjon i avdelingen (s.132).

Når det gjelder skriftspråket i Gericadesignet er det lett å miste noe på veien fra praksis til skrift. Slik som computeren og Gericaprogrammet fungerer i dag, gir den ikke mening for mange av pleierne å bruke. På den ene siden standardiserer Gericaprogrammet språkbruken og stenger for mangfoldet som pleierne opplever i praktiske og muntlige situasjoner, men på den andre siden kan disse standardene og kategoriene, kombinert med pleiernes muntlige kultur, rette søkelyset mot både gode og mindre gode praksiser. Og i dette ligger muligheten til å ta vare

på og utvikle gode praksiser og å endre dårlige praksiser. Dokumentasjonen skal, i tillegg til å gi helsepersonell relevante og nødvendige data for å sikre at pasienten får optimal pleie og å være juridisk bevismateriale, også bidra til forskning og fagutvikling (Molven 2002).

Forskere og ledere innenfor sjukepleie har lenge påpekt at det er nødvendig å synliggjøre – å sette ord på - noe av det pleiere gjør i praksis, for bedre å argumentere og ”sette foten ned” når kravene blir for store i forhold til ressursene. Goody (Goody 2000), som har forsket på samfunn i bl.a. Afrika, kommer med interessante betraktninger omkring skriftspråkets makt og innflytelse og hevder at marginaliserte grupper har opp gjennom historien fått større makt og innflytelse gjennom skriftspråket. Acker er også tydelig på det er nødvendig for kvinner å bruke de mulighetene som språket og teknologien gir. Og her trekker hun inn kvinners fagforeninger som spesielt viktige støttespillere (Acker 1992:259).

Skriftspråket kan åpne øyner for uheldige praksiser. Goody er opptatt av at skriftspråket gjør det implisitte eksplisitt og at dette språket medvirker til å skape en ”continuing tradition, not only of dominant ideologies but of critical ones as well” (Goody 2000:164). Når en sammenligner en av tiltaksplanene i avdelingen med den daglige rapportpraksisen rundt den pasienten det gjelder, kan en undres over om pleierne unnlater å skrive ned praksiser som kunne skrives ned. I en tiltaksplan står det at pasienten mangler verbalspråk og at et tiltak for pleierne er å observere non-verbal kommunikasjon. I de daglige rapportutskriftene fra den samme pasienten er det ikke skrevet noe om pasientens non-verbale kommunikasjon. I stedet kan en finne at ”pasienten er slapp”. Det er ikke samsvar mellom tiltaksplanen og de daglige rapportene. Tiltaksplanens intensjon er å legge føringer for den pleien som blir gitt. Negative sider ved denne intensjonen er tidligere drøftet i denne oppgava, og her er det viktig å understreke at tiltaksplanen også har positive sider ved at den retter søkelyset mot sentrale sider av pasientenes problemer og behov. Viss pleierne har fokus mot disse kjerneområdene, kan de daglige skriftlige rapportene medvirke til at det blir lettere å ajourføre og endre tiltaksplanen i takt med pasientens tilstand. Denne ulydigheten og ansvarsfraskrivelsen fra pleiernes side, kan i verste fall gå ut over pasienten ved at hun/han ikke får den aktuelle hjelpen de trenger fordi tiltaksplanen er ”fastfrosset” for et halvt år siden. Jeg antar at pleierne i muntlige situasjoner snakker om det non-verbale språk, men at de glemmer å skrive ned noe av den selvfølgelige kunnskapen de har på dette området. Denne kunnskapen står da i fare for å bli oversett, usynliggjort og glemt, og denne uteglemmelsen kan på sikt slå tilbake på

pleierne og pleien ved at varhet og nyanser blir borte i samhandlingen mellom pleiere og pasienter. Dersom pleierne ikke snakker om non-verbale tegn, kan skriften minne dem om dette. Dessuten kan nedskrivning av verdifull kunnskap lette samhandlingen mellom den pasienten det gjelder og en vikar, for eksempel, men det forutsetter at vikaren leser dokumentasjonen. Imidlertid er det verken mulig eller ønskelig å snakke om alt eller skrive ned alt om pasientene, og det er det en hjelpepleier som eksplisitt tar opp. For pasientene er det viktig at pleierne kan kunsten å tie om ting.

Dessuten har ikke pleierne tid til en ”djuptpløyende”, individuell skriveaktivitet. Den individuelle dokumentasjonen er en tilleggsoppgave til alle de andre oppgavene pleierne allerede har, og det er ikke utviklet faste rutiner for denne aktiviteten. Tidsnøden kan gjøre at den enkleste veien for pleierne er å ikke ta dokumentasjonen særlig alvorlig. Sjukepleieren og filosofen Elstad trekker fram den motsatte effekten økende styring og kontroll over pleie og helsetjenester kan ha ved at det som faktisk skjer på ”grasrota” blir mer usynlig og anonymt (Sykepleien 1996:62).

Den skriftlige dokumentasjonen er pleiernes hukommelse og er handlingsveiledende. Denne undersøkelsen viser at det er sjukepleie- og medisinskfaglige kunnskapsforskjeller mellom de ulike pleiegruppene, og i særdeleshet mellom sjukepleierne og assistentene. Disse forskjellene gjøres irrelevante i den skriftlige dokumentasjonen: Her er alle pleierne tilsynelatende ganske like og skal skrive og lese tilnærmet det samme. En konsekvens av disse ”usynlige” forskjellene kan være at den skriftlige dokumentasjonen blir knappere enn den behøver å være. Men motsatt kan en også stille spørsmål ved om forestillingen om ulik kunnskaps- og erfaringsbakgrunn og forskjellig språkbruk skaper noen ”minstemål” som også forenkler? Assisterende avdelingsleder er oppmerksom på forskjellene og prøver å bruke et skriftspråk i tiltaksplanene som alle pleierne og også pasientene og pårørende forstår¹⁸. I følge Thornquist (Thornquist 2003:220) bruker fysioterapeutene og psykologene i større grad enn legene et dagligspråk i sine journaler og rapporter. Sjukepleierne er legens assistent og stedfortreder i

¹⁸ Egne observasjoner og erfaringer fra noen skotske sjukehjem på midten og slutten av 1990 tallet var at fagutdannede og ufaglærte pleiere hadde adskilte dokumentasjonsmapper, der sjukepleierne kunne se på assistentenes mapper, men assistentene kunne ikke lese i sjukepleiernes mapper. Dessuten hadde de ingen fellesrapporter. Poenget med å trekke dette aspektet inn er at anerkjennelsen av pleiernes forskjeller kan utarte i merkelige fragmenterte praksiser. Og en må spekulere i hvordan pasientene kan ha det når det er liten kontakt mellom de ulike pleiegruppenes språkbruk.

sjukehjem, og språket i tiltaksplanene som jeg har hatt tilgang til, er påvirket av legens tradisjonelle biomedisinske forståelsesramme. Pasientenes problemer er avgrenset og lokaliserbare, og de behandles på spesielle måter. Som vi har vært inn på tidligere så ”passer” kanskje dagligspråket bedre inn i erfaringene og kunnskapene som erverves i pleiesituasjonene, men det virker ikke som det er godt nok å bruke i Gerica. Dessuten skaper og vedlikeholder fagspråkets avgrensning av pasientenes plager og problemer orden. På den ene siden kan denne avgrensningen gi pleierne følelsen av å mestre og å ha kontroll, men på den andre siden kan pleierne oppleve i ansikt- til ansikt- relasjonene med pasientene at denne avgrensningen er nytteløs og meningsløs, for pleiehverdagen er mer komplisert og mangfoldig.

En kan undres over om sjukepleierne er redde for å ikke være akademisk gode nok dersom de bruker dagligspråket? Sjukepleielederne er grenseløse og har for mange oppgaver, og det er betegnende at dataansvarlig som selv er sjukepleier, så selvfølgelig ytrer at det er sjukepleierne i avdelingen som må ta tak i og ta ansvar for språkbruken blant pleierne også. Sjukepleierne skal ha overblikket, men de er den pleiegruppa som er minst kritisk. En kan lure på om det er alle de fragmenterte oppgavene som tar oppmerksomheten, energien og blikket deres vekk fra ”helheten” rundt språkbruken i avdelingen, og at de rett og slett ikke maktet flere oppgaver, og ubevisst eller bevisst, har satt grenser for seg selv.

Det er spennende at noen av pleierne på tvers av faggrupper, sitter sammen to og to når de skriver på computeren. Dette er kanskje et signal som bør utforskes og utnyttes mer? For den individuelle skrivesituasjonen skaper ubehagligheter for noen av de kollektive pleierne som er vant til å samarbeide og ”oppdage seg selv” gjennom samværet med andre.

På ett nivå kan det virke som de verbalt sterke pleierne har mer autoritet og prestisje i avdelingen, og kanskje snakker de mer og ”dirigerer” de muntlige rapportsituasjonene. Men som vi allerede har rettet søkelyset mot, så kan de tause assistentene også ha mye makt og kontroll i disse situasjonene. Denne oppgava kan ikke si noe om hvilken innvirkning disse språkforskjellene har på pleiernes omgang med og pleie av pasientene. Derimot kan disse språkforskjellene, kombinert med de ulike kontekstene som er tatt opp underveis, bidra til å synliggjøre andre mekanismer som opererer blant pleierne.

Språkbruk og sosiale mekanismer

Vi vet egentlig ikke om computeren og Gericen har medvirket til endringer i pleiernes språkbruk, praksiser og samhandlingssituasjoner. Det vi vet er at det er et stort spenn fra noens redsel og frustrasjoner til andres tilfredshet og opplevelse av å ha nytte av computeren. Denne teknologien rokerer ved likhetstenkningen og det kollektive samværet. Antagelig har den medvirket til en tettere konstellasjon av de faglærte pleierne, og at assistentene opplever seg selv som ”de andre” (s.68). Og denne grensesettingen mellom assistentene og de andre pleierne kan settes fra begge sider (Sirnes1999:58). Men som vi ser er skillet mellom assistentene og de andre pleierne ikke vanntett. Det dannes subkulturer på tvers av faggrensener som kanskje gir assistentene følelse av samhørighet og samvær til tross for egen opplevelse av å være avslørt og ikke strekke til i dokumentasjonssituasjonene. Det er verd å merke seg at det er ingen av pleierne som føler at de skriver godt nok; alle pleiernes utsagn inneholder noen frustrasjoner omkring skriftlig dokumentasjon. Til tross for at personalet har diskutert språkbruken i den skriftlige rapporten (s.114), kan de ikke ha greidd å få løst opp i alle frustrasjonene. En måte å ”løse” dette dilemmaet på, kan være for pleierne å kommanderer disse frustrasjonene nedover i systemet. Og assistentene føler seg latterliggjort og ekskludert. Denne utilstrekkelighetsfølelsen kan ha ført til at assistentene inntar ”hørerollen” under de muntlige rapportsituasjonene, noe som er en uheldig utvikling som kan skape ureflekterte handlinger. Uansett skaper assistentene uorden ved å være ”de andre”. Det virker som denne hovedsakelig skjulte omrokeringen og uordenen er med på at strategier, bevisste eller ubevisste, utvikles blant flesteparten av pleierne til å styrke allerede samlende kollektive arenaer, og rapportsituasjonene er faste ritualer som er innarbeidd i pleiernes kropp. Og de intensiverte muntlige rapportsituasjonene og de uformelle situasjonene, kan fungere som et vern, en grensesetter mot det grenseløse som computeren og arbeidet i avdelingen kan symbolisere.

I flere sammenhenger ser vi at pleierne holdes fast i - eller holder seg selv fast i – tradisjonelle praksiser. Derfor følger nå en avsluttende betraktning over mulige konsekvenser disse praksisene kan få for både pleiere og storsamfunnet.

Tradisjon og samvær fellesskap

Tradisjonelle praksiser kan være konserverende og virke som en brems. Likheter er en forutsetning for å etablere nære sosiale relasjoner, noe som flere pleiere uttrykker som en verdi ved å arbeide i denne avdelingen. Samvær fellesskapene kan fremme kollektive, ubevisste normative tenke- og handlemåter, habitus, som ”slik gjør vi det her” eller ”slik har vi alltid gjort det”. Denne persepsjonen kan hindre pleierne i å se mulighetene i Gerica, og kan generelt være en brems i nytenkning og kreativitet i arbeidet med dokumentasjon og i pleien av pasientene.

Tradisjon og motstand

En annen måte å forstå tradisjonen på er at den er et uttrykk for motstand. Haukelien viser til småbøndernes praksis i selvforsyningsbruk i marginale områder som Afrika og Latin Amerika, og hvordan de gjør bruk av tradisjonelle verdier i ” sin motstand mot å bli definert inn i den dominerende kulturen som f.eks. ”arbeidere”. Dette kan føre til at de søker å bli ”verdsatt ved å etterstrebe de idealene som definerer personlig posisjon innenfor deres egen kulturelle og sosiale kontekst”. I den dominerende klassens øyne blir slik oppførsel sett på som et bevis på at de er tradisjonelle og ”underutviklede”. Haukelien poengterer at deres ”tradisjonelle” kultur, som for dem er et uttrykk for motstand, er en kilde til deres egen undertrykkelse (Haukelien 2000:94). Forfatterne i *Maktens samvittighet* advarer mot å skrive småbønder som en ”essensiell type”, og understreker at poenget må være at deres tilpasning i mange ulike markeder, og i mange ulike sosiale kontekster, realiserer en fleksibel form for verdi, samtidig som deres stadig sterkere aksentuering av tradisjonell, etnisk identitet bidrar til å reprodusere vilkårene for deres egen underordning (Vike 2002:222).

Slik jeg tolker disse sosiale mekanismene, kan de ”leses” på ulike nivå i og utenfor denne sjukehjemsavdelingen. Innad i avdelingshierarkiet yter assistentene motstand ved å dokumentere minst mulig, eller ikke noe i det hele tatt, i Gerica, noe som i neste omgang kan stigmatisere dem som ”underutviklede”. Kanskje kan også hørerollen i formelle muntlige rapport situasjoner, være et uttrykk for motstand som i neste omgang er med på å undertrykke dem i forhold til de andre pleierne.

Hierarkiet og faste gjentakelsesritualer i avdelingen er også strukturer som er med på å reproducere og opprettholde tradisjonen. En kan forstå de gjentakende muntlige rapportsituasjonene som en brems i forhold til å utvikle den skriftlige dokumentasjonen. Men som denne teksten tidligere har vist, er det kvaliteter ved de muntlige situasjonene som best ivaretar noe av pleiearbeidets egenart. Det er bare det at dette språket ikke passer inn i rådende markedsideologiers logikk og språkbruk. Og dermed kan da pleiernes språkbruk være et tegn som er med på å stemple dem som ”tradisjonelle og underutviklet”. Men innenfor pleiekonteksten er det denne språkbruken som gir mening og har prestisje. Dersom denne prestisjen faller bort, står samfunnet kanskje i fare for å undergrave sin egen ”lønnsomme” virksomhet innenfor pleie- og omsorgssektoren der den muntlige kulturen ivaretar fleksibilitet, spontanitet, mangfold og at ”en strekker seg”.¹⁹ I følge systemansvarlig var en intendert effekt av innføringen av computeren og Gericca å skape standarder og å korte ned på tidsbruken i de muntlige rapportsituasjonene. Pleierne bruker ikke mindre tid i rapportsituasjonene nå enn før.

Gericca – et demokratiseringsverktøy og en likhetsskaper

Som vi ser fungerer computeren og Gericca som et demokratiseringsverktøy for noen av hjelpepleierne, og vil nok på sikt medvirke i enda sterkere grad til å fremme likheten og ikke forskjellene mellom sjukepleiere og hjelpepleiere. Men kanskje er denne tettere likhetskonstellasjonen med på å styrke undertrykkelsen av pleierne i forhold til organisasjonen og storsamfunnet? Er det kan hende denne nylig konstruerte likheten mellom hjelpepleiere og sjukepleiere som gjør at hjelpepleierne ikke lengre artikulerer frustrasjon over å utnyttes og brukes ved ansvarsvakter. De hjelpepleierne som tar ansvarsvakter problematiserer ikke dette, men er fleksible og gjør det. De kompenserer for systemets mangler på samme måte som sjukepleierne gjør; og organisasjonen ”utnytter” dette i ressursknappe tider. En kan undres over om denne klasse- og fagutjevningen er en intendert effekt av innføringen av computer i pleie og omsorgssektoren?

¹⁹ Utsagn fra mange hjelpepleiere i ulike kontekster understreker at dersom de må jobbe overtid for å dokumentere, så registreres dette som overtid. Tidligere har mange av dem arbeidet utover ordinær arbeidstid uten at de har bydd seg om å registrere det.

Gerica's individsentrering og "avsløringer" av assistentenes dårlige skriftspråk gjør samværfellesskapet sårbart og utsatt for endring. Computeren og Gerica har medvirket, sammen med avdelingsleders visjoner og hjelpepleiernes selvstendige oppgaver, til å forstyrre faghierarkiet i avdelingen, selv om ikke alle pleierne er klar over det. Dette gjelder bare for noen; assistentene opplever kanskje enda sterkere enn før at de er nederst i hierarkiet. Derfor kjemper de om å etablere og holde ved like et sterkt symbol som likhet. Og siden de ikke har fagspråket og heller ikke har et godt utviklet dagligspråk, kjemper de på de muntlige uformelle arenaene. Slik sett kan de virke som en brems både i bruk og utviklingen av skriftlig og muntlig dokumentasjon i avdelingen. Dessuten kan assistentenes likhets- og likeverdighetstenkning med pasientene, kanskje ses som en "bivirkning" av likhetskampen: At de på en måte kompenserer ulikheten med de faglærte pleierne til likhet med pasientene – noe som kan tolkes som et effektivt kampmiddel. Flere forskere (Bakken 2001, Vike 2002) hevder at det er mange sjukepleiere som egentlig vil arbeide nærmere pasientene enn det de får anledning til i sjukehjem. Ved at assistentene kan ta seg av "helheten" i de nære relasjonene rundt pasientene, har de prestisje og autoritet blant pasientene, pårørende og de andre pleierne. Det paradoksale her er at utdanningsinstitusjonene innenfor sjukepleie nettopp legger vekt på "ekspertkunnskap" i nære relasjoner. I sjukehjem er det mange sjukepleiere som gir avkall på det de allerhelst vil gjøre, og dette kan skape frustrasjon og behov for å kontrollere og ta ansvar på det området "de kan best".

En tendens vedrørende hjelpepleiernes opplevelser av egen arbeidssituasjon er at de tilsynelatende har en opplevelse av å være "gode nok". Noe som verken sjukepleierne eller assistentene synes å oppleve. Hjelpepleierne er også "vidsynte" og selv om de synes det er vanskelig å skrive i Gerica, er de ikke defensive. De er våkne og kritiske til egen og andres språkbruk i både muntlige og skriftlige rapportsituasjoner. Undersøkelser forskerne i *Maktens Samvittighet* (2002) har gjort viser at hjelpepleierne har større mulighet til å sette grenser for eget arbeid enn det sjukepleierne har. Derfor kan en side av saken være at de har mer overskudd enn sjukepleierne til å være kritiske til språkbruken blant pleierne i avdelingen. Dessuten er de plassert midt i avdelingshierarkiet, der de har mulighet til å kommandere assistentene under seg, samtidig som de ikke har noen krav eller forventninger til seg selv om å ivareta "helheten".

Men det er forunderlig at assisterende avdelingssjuepleier, som er den personen som snakker mest om forskjeller mellom pleierne, putter assistenter og hjelpepleiere i ”samme sekk” når hun snakker om at hun skriver slik at ”alle” skal forstå. Kanskje er dette et tegn på at hjelpepleierne kommer for nære og truer sjukepleierens grenser, og at ubevisste eksklusjonsmekanismer trer inn? (Solheim 1999:3).

Dialektikken mellom pleiernes habitus og strukturer og sosiale mekanismer påvirker pleiernes språkbruk og språkspill i avdelingen. I den forbindelse er det på sin plass å dvele litt mer ved de skjulte identitetsforståelsene nærhet og likhet og oppsummere måter disse forståelsene synes å spilles ut mer eller mindre i det skjulte blant pleierne.

Likhet og nærhet

De to identitetsforståelsene likhet og nærhet opptrer samtidig eller i stadig vekslende spill mellom pleierne. Begge forståelsene har problemer med å anerkjenne ”den andre”. I denne oppgava har fokus vært rettet mot assistentene som ”de andre”, der de kommanderes (og kommanderer tilbake) både gjennom nærheten som åpner for utstøtelse, avvisning og grensemarkering, og gjennom likhet som åpner for utvisking av forskjeller. I forståelsen av nærhet settes tilhørighet til fellesskapet som grunnlag for menneskeverdet. Den kollektive kulturen står sterkt blant alle pleierne i avdelingen, men i den ligger det noen paradokser som det kanskje er assistentene som i størst grad opplever. De har små stillinger og er i perioder lite på jobb, derfor er det lett for de andre pleierne å distansere seg fra dem når de en sjelden gang arbeider. Dessuten har de ikke sine faste pasienter, noe som også kan skape en distanse til de pleierne som har det.

Selv om lederne antakelig er preget av begge identitetsforståelsene, virker det som avdelingsleder i størst grad er påvirket av likhetsideologi og forsøker å utviske forskjeller mellom pleierne. Men det ligger paradokser på lur i denne forståelsen, og selv om assistentene regnes med og får mer ansvar i noen situasjoner, usynliggjøres de i andre. Både i de muntlige rapportsituasjonene og da Gerica ble introdusert, ble ikke assistentene anerkjent og mer eller mindre usynliggjort. I tillegg har assistentene heller ikke blitt regnet med underveis i opplæringa i Gerica. Assisterende avdelingsleder derimot er tydelig på at pleierne er

forskjellige og hun setter klare grense mellom sjukepleierne og ”de andre”, samtidig som hun setter stor pris på de uformelle situasjonene med de andre pleierne. Imidlertid ligger det også her paradokser på lur, og hun sier eksplisitt at hun vil få vekk de pleierne som bare arbeider for penger i avdelingen. Det er nærliggende å anta at innføringen av denne nye teknologien har avslørt mønster i avdelingen som har vært der fra før.

Hierarkiet og hjemmet

På den ene siden kan en forstå institusjonen sjukehjem som et sted der likhet som ideologi er rådende, og der pleierne er kjønnsløse og utbyttable individer. Imidlertid har sjukehjemmet hittil i stor grad vært avhengig av hver enkelt kvinnelig pleier og at hun kan komme på jobb når det er behov for det. På den andre siden, derimot, arbeider pleierne i en hierarkisk struktur som tydelig markerer underordning og overordning. Solheim hevder, med referanse til Dumont, at i alle før-moderne samfunn med hierarkiske organisasjonsformer er menneskebildet holistisk og partikulært. Hierarkiet er ”definert nettopp som motsetningenes underordning, eller omslutning innen en helhet – ”the encompassing of the contrary” (Solheim 1998:84). I hierarkiet får pleierne tilskrevet identitet, og Solheim trekker fram det paradoksale at det kanskje er i hierarkiet at begrepet om ”det individuelle” i forståelsen som det hele og udelelige hører hjemme. Tidligere er det diskutert at sjukehjemmet representerer ”hjemmerstatning” for noen av pleierne, og det kan da tolkes som at de her finner sin plass og blir ”hele” i det kroppslige fellesskapet. Dette kan i seg selv slå positivt ut for pasientene ved at de også har sin plass og blir kommanderte som ”totale personer”. Hjemmet kan være preget av hierarkiske relasjoner mellom medlemmene, og i følge Canetti læres vi opp i å adlyde kommandoen når vi er barn (Canetti 1981). Det synes å være en nær forbindelse mellom hjemmet og kommandokjeden/hierarkiet i denne avdelingen, som i tillegg til alle de andre ”private” symbolene medvirker til å sementere pleierne i habitus innenfor den private sfære der det faller ”naturlig” for noen å adlyde eller å snike seg unna på fordekte måter.

Konklusjon

Pasientene i somatiske sjukehjemsavdelinger har komplekse sjukdomsbilder. Gjennom denne undersøkelsen ser vi at det kan skje en utarming av fagmiljøer i førstelinjetjenesten.

Sjukehjemsavdelingen og de kvinnelige pleierne kan ikke ses isolert fra resten av samfunnet, og vi får et innblikk i hvordan kommandoer transporteres på ulike nivå i organisasjonen. Vi ser også at det er mange områder som må gripes tak i for at fagmiljøene i sjukehjem – og kanskje spesielt i somatiske sjukehjemsavdelinger – kan utvikles og vernes. Det er likevel viktig å påpeke at denne undersøkelsen ikke kan generaliseres; andre pleiere på jobb ville antakelig gi andre ”bilder”, men jeg antar at noen av mekanismene som er avdekket her har overføringsverdi til andre somatiske sjukehjemsavdelinger. Imidlertid er det vel på sin plass å trekke fram at ikke alt er språk, og at noe av det som foregår og skaper mening blant mennesker forblir ”bokstavelig” talt taust.

Litteraturliste

Acker Joan (1990) *Hierarchies, Jobs, Bodies: A theory of gendered organizations*. Gender & Society, (4), 2: 139-158.

Acker Joan (1992) *Gendering organizational theory* in Mills A.J og P. Tancred eds: *Gendering Organizational analyses*. California: Sage Publications.

Augestad Pål (1999) *A view with a room. Fra ekserserplassen til gymnastikksalen*. I Sosiologisk årbok 2, 1999.

Bakken Runar (2001) *Modermordet – Om sykepleie, kjønn og kultur*. Universitetsforlaget AS, Oslo.

Berger L. Peter, Luckman Thomas (1966, 2000) *Den samfunnsskapte virkelighet*. Fagbokforlaget As, Bergen.

Bouveresse Jacques (2004) *Bourdieu, mediene og de intellektuelle*. Klassekampen, Le Monde diplomatique mars 2004.

Canetti Elias (1960, 1981) *Crowds and power*. Penguin Books, Great Britain.

Christensen Karen (2003) *De stille stemmer* i Widding Isaksen (red) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Christensen Karen (1999) *Computerbruk og omsorgsarbeid – lar det seg forene?* i Thorsen og Wærness (red) *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Dahle Rannveig (2001) *Kan skitten akademiseres?* I Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid – rapport fra workshop, nr. 34, desember 2001. Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003. Unipub forlag.

Douglas Mary (1966, 2002) *Purity and Danger*. An analysis of concept of pollution and taboo. Routledge Classics edition.

Douglas Mary (1987) *How Institutions Think*. Routledge & Kegan Paul, London.

Elstad Ingunn (1996) *IT i sykepleien – del 2. Den elektroniske kontrollen*. Tidsskriftet Sykepleien 1996.

Eriksen Trond Berg (2000) *Budbringerens overtak. Perspektiver på skriftkulturen*. Universitetsforlaget, Oslo.

Ersdal Ingeborg Aas (1999) *Omsorgsprosesser i et sykehjem*. Hovedoppgave i sosialantropologi, UiO.

- Fafner Jørgen (1988) *Retorikkens brændpunkt* i Kjell Lars Berge (red): *Vad er retorikk*, Stocholm.
- Fairclough Norman (1992) *Discourse and social change*, Polity Press, Oxford.
- Foucault Michel (1973, 1999) *Galskapens historie*. Fakkell, Gyldendal norsk forlag, Oslo.
- Focault Michel (1977, 1994) *Overvåkning og straff*. Gyldendal Norsk forlag. Oslo.
- Glomnes Eli (2001) *Alt jeg kan si. Språk virkelighet og subjektets stemme*. Landslaget for norskundervisning. Cappelen Akademiske Forlag
- Goffman Erwin (1967) *Anstalt og menneske: Den totale Institution socialt set*. København.
- Goody Jack (2000) *The power of the written tradition*, Smithsonian Institution Press. Washington and London.
- Gullestad Marianne (1989, 1995) *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Gullestad Marianne (1996) *Hverdagsfilosofer. Verdier, selvforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Gullestad Marianne (2002, 2003) *Det norske sett med nye øyne*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Habermas Jurgen (1997) *Teorien om den kommunikative handlen*. Ålborg Universitetsforlag.
- Hamran Torunn (1987) *Den Tause Kunnskapen*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hamran Torunn (1991) *Effektiviseringens grenser* i Album & Midre (red) *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Ad Notam.
- Hamran Torunn (1995) *Taus kunnskap som kritisk potensiale. Kritikk av begrepet taus kunnskap* i Elstad og Hamran Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring. Ad Notam. Gyldendal.
- Hamran Torunn (2003) *Den tause stemmen Sykepleien* 11.
- Haukelien Heidi (2000) *Kall og byråkrati*. Hovedoppgave i sosialantropologi, UiO.
- Helsepersonelloven. Lov 2 juli 1999 om helsepersonell. Sist endret ved lov 29 august 2003 nr. 87.
- Hillestad Adelaide Hummelvold (2000) *"Tiden går så alt for fort, men timene er så lange"*. Hovedoppgave i sosialantropologi, Uio.
- Hofseth Christina, Norvoll Reidun (2003) *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer*. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie, Sintef rapport.

Holter Harriet (red) (1982) *Kvinnevilkår og fellesskapsformer* i Kvinner i fellesskap, Kvinners levekår og livsløp, Universitetsforlaget.

Isaksen Lise Widding (1996) *Den tabubelagte kroppen. Kropp, kjønn og tabuer i dagens omsorgsarbeid*. Doktoravhandling fra sosiologisk institutt, UiB.

Isaksen Lise Widding (red) (2003) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten. Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Jensen (1990) *Omsorgsideologi i endring* i Jensen Karen (red) *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal.

Kress Gunther, Leeuwen Theo van (1996) *Reading Images. The grammar of visual design*. London/New York, Routledge.

Kvale Steinar (1994) *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag, Denmark.

Liden Hilde (2001) *Underforstått likhet. Skolens håndtering av forskjeller i et flerkulturelt samfunn*. I Lien, Liden, Vike (red) *Likhetens paradokser. Antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Universitetsforlaget, Oslo.

Lie Merete (1998) *Computer Dialogues. Technology, gender and change*. Skriftserie 2/98, Senter for kvinneforskning, NTNU

Lindhart Jan (1989) *Tale og skrift. To kulturer*.

Lundby Ingrid Hauge (2000) *Systemrevisjon. Noen etiske refleksjoner etter et av tilsynslegens besøk på sykehjem*. Oppgave ved Senter for helseadministrasjon, UiO.

Løvlie Lars (1990) *Omsorgsperspektiver* i Jensen Karen (red) *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal

Mandal Odd (1999) *Grunnboka i pleie og omsorg*, Kommuneforlaget.

Martinsen Kari (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanslighet i sykepleien*. Tano.

Martinsen Kari (2003) *Hospitalet, mennesket og verdigheten* i Benum, Haave, Ibsen, Schiøtz, Schrupf (red) *Den mangfoldige velferden*. Festskrift til Anne-Lise Seip. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Mortensen Ellen (1999) *Fra kjønnsidentitet til nomadisk subjekt* i Meyer Siri og Sirnes Thorvald (red.) *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Makt- og demokratiutredningen 1998 – 2003, Ad Notam Gyldendal.

McLuhan Marshall (1964, 2001) *Understanding Media. The Extensions of Man*. London Routledge.

- Meyer Siri (2003) *Imperiet kaller. Et essay om maktens anatomi*, Spartacus
- Molven Olav (2002) *Helse og jus*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Monsen Nina Karin (1990) *Det kjempende menneske – maktens etikk* – Cappelen Forlag.
- Muller Hanne (2000) *Indre erfaring som antropologisk blick og stemme*, Doktoravhandling ved UiB.
- Nodelman Perry (1997) *Barnelitteratur som sjanger* i Harald Bache-Wiig: *Nye veier til barnelitteraturen*. Oslo.
- Ong Walter J. (1982, 2002) *Orality and Literacy*. Routledge, London and New York.
- Pasientrettighetsloven, Lovdata LOV 1999 – 07 02 nr. 63
- Pettersen Ruth – Turid (1986) *Overgrep eller forsømmelse? Strukturell mishandling av gamle i institusjoner*, Gyldendals sykepleieserie 2.
- Polanyi Michael (1966, 2000) *Den tause dimensjonen. En innføring i taus kunnskap*. Spartacus forlag AS, Oslo.
- Rundskriv om Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. SHD mars 1997.
- Ryen Anne (2000) *Kvalitative Intervju. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*, Fagbokforlaget
- Shrumpf Ellen (2003) *Det hygieniske barnet, oppdragelsesideal ved overgangen til "barnets århundre"*, i Benum, Haave, Ibsen, Schiøtz, Schrumpf (red) *Den mangfoldige velferden*, festskrift til Anne-Lise Seip. Gyldendal akademiske, Oslo.
- Sennett, Richard (1980, 1993) *Authority*, W. W. Norton, New York, London.
- SHD Rapport om "Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie og omsorgstjenester", 1999.
- Sirnes Thorvald (1999) "Alt som er fast, fordamper" i Sirnes Thorvald (red), Meyer Siri (1999) *Normalitet og identitetsmakt i Norge*, Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Skårderud Finn (1999) *Uro. En reise i det moderne selvet*. Aschehoug, Oslo.
- Smith Mark J (1998, 2002) *Social Science In Question*, Sage, London.
- Solheim Jorun (1998) *Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Pax Forlag, Oslo.
- Solheim Jorun (1999) *Makt som grense*. Innledningsforedrag til konferansen "Usynlige grenser – kjønn og makt, november 1999.

Svennevig, Sandvik, Wagle (1999) *Tilnærminger til tekst. Modeller for språklig tekstanalyse*. Landslaget for norskundervisning, Cappelen Akademiske Forlag.

Svennevik Jan (2001) *Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Landslaget for norskundervisning. Cappelen akademiske Forlag.

Sørensen Knut H (1982) *Samværfellesskap eller handlingsfellesskap?* i Holter Harriet (red) *Kvinner i fellesskap. Kvinners levekår og livsløp*. Universitetsforlaget, Oslo.

Sørhaug Tian (2002) *Fetisjerte relasjoner – arbeid, autoritet og kjønn* i Ellingsæter og Solheim (red) *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv. Makt- og demokratiutredningen 1998 – 2003*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Thornquist Eline (1998, 2003) *Klinikk - kommunikasjon - informasjon*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Thorsen Kirsten (2003) *Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på brukerne*. I Isaksen (red) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Gyldendal Akademiske.

Trippestad Tom Are (1999) *Som man reder ligger man* i Meyer og Sirnes (red) *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003. Ad Notam Gyldendal.

Tronto Joan (1994) *Moral Boundaries, A political argument for an ethic of care*, Routledge, New York, London

Tønnessen Elise Seip (2002) *Kommunikasjon og læring ved skjermen*. Rapport om en resepsjonsstudie av multimediesystemet MigraNorsk. Skriftserien nr. 87. Høgskolen i Agder, Kristiansand 2002.

Ve Hildur (1982) *Kvinnefellesskap og relasjonslogikk. Om altruisme som samhandlingspremiss* i Holter Harriet (red) *Kvinner i fellesskap. Kvinners levekår og livsløp*. Universitetsforlaget, Oslo.

Vike Halvard (2001) *Likhetens kjønn* i Vike (red), Lien, Liden: *Likhetens paradokser. Antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Universitetsforlaget

Vike, Kroken, Hauklien, Brinchmann, Bakken (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Vike Halvard (2003) *Byråkratiske utopier Om etablering av orden i offentlig forvaltning i* Norsk antropologisk tidsskrift nr. 2 –3, 2003.

Watson Jean (1999) *Postmodern nursing and beyond*. Churchill Livingstone, Edinburgh London New York, Philadelphia, San Francisco, Sydney, Toronto.

Wærness Kari (1999) *Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten?* I Thorsen og Wærness *Blir omsorgen borte?* Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten. ad Notam, Gyldendal.

Wærness Kari (2001) *Omsorgens globalisering* i Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid – rapport fra workshop. Rapport nr. 34. Makt og demokratiutredningen 1998 – 2003. Unipub forlag.

Wittgenstein Ludvig (1997) *Filosofiske undersøkelser*. Pax Forlag A/S, Oslo.

Aanderaa Inger (1996) *Å arbeide i andres hjem. Hjelpere i møte med mennesker med psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforlaget.

Aaslestad Petter (1997) *Pasienten som tekst*, Tano Aschehoug.