

# Kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgstjenestene i nordiske land

HÅKON HØST

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNIVERSITETSFORSKNING BERGEN

JUNI 2006

**Notat 4 - 2006**

# Innhold

FORORD.....	4
SAMMENDRAG.....	5
SUMMARY.....	7
<b>1 BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLINGER.....</b>	<b>9</b>
Rekruttering og yrkesdeltakelse.....	9
Yrkesutdanningenes kopling til utdanningssystemet, kvinnebiografiene og arbeidet.....	9
Yrkenes «rom» i arbeidsdelingen, karrieremuligheter.....	10
<b>2 SVERIGE.....</b>	<b>13</b>
Kildetilfang.....	13
Utdanningshistorikk.....	13
1960-tallet: Eksemplet Kalmar Län.....	16
Inn i gymnasieskolen.....	17
1980-tallet: Trenden snur for vårdlinjen.....	19
Den nye gymnasieskolen og omvårdnadsprogrammet.....	19
Arbeidsfeltet og arbeidsdelingen.....	21
Eldreomsorgen.....	23
Dagens situasjon.....	24
Mange underskøterskor og få sjukskøterskor i eldreomsorgen.....	25
Mange midlertidige – deltid normalen.....	26
Rekrutteringsnedgang og rekrutteringsmønstre.....	26
De unge og de voksne elevene.....	28
Rekrutteringsutfordringer og kompetansebehov.....	29
Arbeidet.....	30
Oppsummering Sverige.....	32
<b>3 FINLAND.....</b>	<b>35</b>
Datagrunnlag.....	35
Pleieutdanningenes historikk.....	35
1995-reformen.....	37
Ungdom og voksne velger ulikt.....	38
Livslang læring i et sammenhengende og fleksibelt system.....	39
Arbeidsdelingen sett ut fra yrkesgruppens fordeling på ulike delfelt.....	41
Etter 1990: Närvårdarna forsvinner ut av sykehus.....	43
Eldreomsorgen som det nye hovedarbeidsområdet.....	45
Aldersfordelte rekrutteringsmønstre.....	46
Fagforbund.....	48
Utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene – eksemplet Helsinki.....	48
Arbeidstid, arbeidskarrierer og omsorgsarbeid.....	49
Oppsummering Finland.....	50

<b>4 DANMARK</b> .....	<b>52</b>
Kildetilfang.....	52
Utdanningshistorikk.....	52
1991-reformen .....	56
Sygeplejerskenes kompromiss-linje.....	58
Et arbeidslivsstyrt system .....	59
Nye endringer .....	61
Rekruttering.....	62
Stabilitet og geografiske ulikheter.....	63
Arbeidsdelingen.....	66
Oppsummering Danmark.....	67
<b>5 OPPSUMMERING OG DISKUSJON</b> .....	<b>69</b>
Avsluttende kommentarer.....	72
<b>LITTERATUR</b> .....	<b>74</b>

## Forord

Rapporten er en utredning av kunnskapsstatus i de nordiske land når det gjelder rekruttering og utdanning av pleie- og omsorgspersonell i Sverige, Finland og Danmark, med hovedfokus på utdanningene under sykepleiernivå. Bakgrunnen var et ønske om å belyse forhold ved rekruttering og utdanning i de andre land for derigjennom å øke innsikten i egne problemer. Framskrivninger av arbeidskraftbehovet i pleie- og omsorgssektoren antyder nemlig at det, basert på dagens utdanningstakt, kan bli et stort underskudd på fagpersonell med utdanning på videregående skoles nivå. Et sentralt spørsmål i den sammenheng er om dagens utdannings- og yrkesstruktur er tilstrekkelig attraktiv til å sikre en økt rekruttering.

Prosjektet er gjennomført av forsker Håkon Høst, med Ole Johnny Olsen som prosjektleder og diskusjonspartner underveis. Oppdragsgiver har vært Sosial- og helsedirektoratet, representert ved avdelingsdirektør Harald Hauge, som dessverre ikke fikk oppleve at prosjektet ble slutført.

Vi takker alle som har stilt opp og delt sin kunnskap med oss. Det gjelder forskere, samt representanter for myndigheter og interesseorganisasjoner i de øvrige nordiske land. En spesiell takk til Stina Johansson (Universitetet i Umeå), Lea Henriksson (Universitetet i Tampere), Sirpa Wrede (Universitetet i Helsinki) og Betina Dybbroe (Roskilde Universitetscenter) som har bidratt med nyttig kunnskap og referanser i egne land, samt gitt kommentarer på utkast.

Bergen/Oslo 2. mai 2006

*Håkon Høst*

*Ole Johnny Olsen*

## Sammendrag

Utgangspunktet for å gjøre opp en kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning av pleie- og omsorgspersonell i de nordiske land er problemene med å stabilisere og helst øke utdanningen og rekrutteringen til dette viktige arbeidet i Norge. Framskrivninger av arbeidskraftbehovet i pleie- og omsorgssektoren antyder at det kan bli et stort underskudd på fagpersonell med utdanning på videregående skoles nivå, dvs. hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Et sentralt spørsmål er om dagens utdannings- og yrkesstruktur er tilstrekkelig attraktiv til å sikre en økt rekruttering.

En sammenligning med utviklingen i andre land, i dette tilfellet Sverige, Finland og Danmark, er i dette prosjektet brukt som en metode for å øke innsikten i de norske problemene. Det er ikke en komparasjon i streng forstand, eller gjennomført med tanke på å finne raske løsninger som kan importeres. Et hvert lands yrkesutdannessystem vil være innvevd i særegne nasjonale mønstre i forhold til arbeidsmarked og sosiale strukturer som gjør at enkeltelementer ikke uten videre kan plukkes inn eller ut.

Det er et fellestrekk for alle landene at det på 1950- og 60-tallet ble etablert utdanninger for assistentgruppene innenfor pleiearbeidet. Utdanningene var fra starten knyttet nært til sykehus eller andre pleieinstitusjoner, og det ser også ut til å ha vært et fellestrekk at disse utdanningene var populære blant kvinner over et bredt aldersspekter. Disse pleieutdanningene har gradvis blitt tettere integrert med det øvrige utdanningssystem på gymnasialt nivå i alle landene. Lengst har man gått i Sverige hvor yrkesutdanningen er erstattet med et bredt såkalt yrkesfaglig gymnasprogram som ikke gir noen yrkestittel. I den andre enden finner vi Danmark hvor de såkalte social- og sundhedsuddannelserne er beholdt som et eget, selvstyrt system på siden av landets øvrige yrkesutdanningssystem. Likevel er det den danske utdanningen som er tettest knyttet opp mot høyskolenivået gjennom at social- og sundhedsassistentene kan utdanne seg videre til sykepleiere gjennom en toårig påbygning. I Norge gir til sammenligning hjelpepleierutdanning ikke engang adgang til sykepleierutdanning.

Selv om dette er vanskelig å måle, kan det synes å være et felles for landene at de underordnede pleiergruppene sliter med synkende status i samfunnet. Det som er langt mer målbart, er at alle landene har problemer med å rekruttere ungdom, og at ingen har klart å øke andelen menn i utdanningene. I alle land er det rekrutteringen av voksne som er viktigst, og gjennomsnittsalderen på de utdannede har økt, paradoksalt nok i en periode hvor politikken har vært å øke rekrutteringen av ungdom. Norge skiller seg imidlertid fra de andre landene ved at man her ikke lengre har noen permanent voksenutdanning innenfor dette tradisjonelt og fremdeles voksendominerte området.

I Norge og Sverige er deltid den dominerende måten å organisere arbeidstiden på innenfor pleie- og omsorgssektoren. I Finland og Danmark er heltid normalen, selv om det i Danmark også er et betydelig innslag av deltid. Dette bidrar imidlertid ikke til at det er større rekruttering av menn eller ungdom i Finland og Danmark enn i Norge og Sverige. Samtidig er det også et fellestrekk at menn – når de først arbeider i denne sektoren – arbeider heltid.

Det er også felles for landene at de underordnede pleiegruppene ingen steder entydig har klart å erobre noe eget arbeidsfelt, hvor de har en eksklusiv kompetanse. Alle oppgaver de utfører ligger primært under sykepleiernes jurisdiksjon. Samtidig er grensene mot de ufaglærte mer eller mindre uklare. Med unntak for Danmark er assistentstatusen til disse fagutdannede gruppene heller forsterket enn svekket. Det har, også her med et visst unntak for Danmark, foregått en sterk dreining i arbeidsmulighetene. Mens sykehusene var den viktigste arbeidsplassene på 1960- og 70-tallet, får disse pleiegruppene i dag hovedsakelig jobb i eldreomsorgen. Disse forhold kan bidra til å forklare at utdanningene ikke er attraktive for ungdom i noen av landene. Men utviklingen kan også være knyttet til en nedgang i pleie- og omsorgsarbeidets attraksjon blant kvinner generelt, utviklingstrekk knyttet til ungdomsfasen, eller andre samfunnsmessige forhold.

## Summary

The background for making a knowledge status concerning recruitment and education of care and nursing personnel in the Nordic countries is the problems of stabilizing and increasing the number of educated in this field in Norway. Analyses of the need for labour in the care and nursing sector conclude that without an increase in the number there will be a shortage of personnel with education as auxiliary nurses and care workers. A key question is: are the educational and vocational structure in this field attractive enough to secure a sufficient number of new recruits?

Comparing with the development in other countries, in this case Sweden, Finland and Denmark, has in this project been used as a method to increase the understanding of the Norwegian situation. It is not a comparative method in a systematic version or applied in order to find quick solutions that can be imported. Any educational system is embedded in specific national patterns in its relation to the labour market and other social structures, which makes it problematic to import one single element from another system.

Initiating vocational educations also for the assistant groups in the nursing is a common feature for all the countries during the 1950's and 1960's. They started out as educations closely connected to hospitals or nursing homes, and it seems a common characteristic as well that these educations were attractive among women of all ages. These auxiliary nursing and care worker educations have gradually become integrated into the different countries' educational system at the secondary level. In Sweden the vocational education as an auxiliary nurse has been replaced by a broad educational program that does not anymore lead to a title. At the other end you find Denmark where the so called SOSU-educations have kept its position as an autonomous system apart from the common vocational education system. In spite of this it is the Danish education which is connected to the higher education system in the way that the educated assistants can enter the nurse education and fulfil it within two instead of the ordinary three years. In comparison to this the educated auxiliary nurses in Norway don't even have access to the nurse education.

Even if this is hard to measure, it seems a common feature that the social status of the assistant or auxiliary nurses has been decreasing. What is possible to state is that all the Nordic countries have difficulties recruiting adolescents, and that none of the countries has succeeded in increasing recruitment of men. In all the countries the recruitment of adults is still the most important, and the average age of the students has been increasing over the past 20 years. It is a paradox that this has happened during a period where the policy has been to recruit adolescents. Norway is the only country where all adult educations in this previously adult dominated field have been closed down.

In Norway and Sweden part-time work is the most common way of organising working time in the care and nursing sector. In Finland and Denmark full time work is the most common, although in the latter you find quite a lot of part time work as well. This does not, however, mean recruiting men is an easier task in Denmark and Finland.

At the same time it is a common characteristic that men – to the extent that they enter this kind of work – do it on fulltime.

With Denmark as an exception the assistant character of these groups has rather become more dominant over the years. It is common for the assistant and auxiliary nurse groups in all the countries that they have not succeeded in establishing an exclusive position in the division of work. In all the tasks they perform they are subordinated to the jurisdiction of the nurses' profession. At the same time the boundaries towards the unskilled are vague. The field of work has, again with an exception for Denmark, also changed totally for the assistant and auxiliary nurses. While the hospitals were the primary field of work during the 1960's and 1970's, to day most of the assistant and auxiliary nurses work in the elderly care. These conditions may explain why the educations are not very attractive to adolescents in any of the countries. But the development may as well be explained by a general decrease in the attraction of care and nursing work, cultural changes, changes in the period of adolescence, or other societal conditions.



# 1 Bakgrunn og problemstillinger

Prosjektet «Kunnskapsstatus pleie- og omsorgsykker i Norden; rekruttering, utdanning og yrkeskarrierer» fokuserer spesielt på frontpersonalet, her definert som de underordnede gruppene innen pleie- og omsorgstjenestene. Hensikten med prosjektet er å forsøke å oppsummere eksisterende forskning, utredninger og statistikk som belyser disse gruppenes stilling i de ulike nordiske land; deres utdanning, posisjon i arbeidsfeltet og rekruttering. Kunnskapsstatusen er utarbeidet gjennom bruk av følgende metoder og data:

1. Litteraturstudie. En sammenfatning og systematisering av empiri om og analyser av utdanningene, arbeidsfeltet og yrkene som er opparbeidet gjennom forskning og utredninger i de fire nordiske land, Danmark, Finland, Sverige og Norge.
2. Statistikk. En gjennomgang og presentasjon av tilgjengelige kvantitative data fra offentlig statistikk og andre kilder.
3. Intervjuer/seminarer. Materiale er supplert med og opplyst av intervjuer med nøkkelinformanter fra både utdanningsområdet og pleie- og omsorgsfeltet i de ulike landene. I tillegg har det vært gjennomført et seminar med forskere fra Norge, Finland, Danmark og Sverige hvor prosjektets problemstillinger sto sentralt.

## Rekruttering og yrkesdeltakelse

Felles for de nordiske landene er at de i etterkrigstiden har valgt å bygge ut et omfattende system av pleie- og omsorgstjenester i offentlig regi. Dette har bidratt til at dette har blitt blant de mest arbeidskraftkrevende sektorene i disse landene. Disse tjenestenes kraftige ekspansjon er i hovedsak muliggjort gjennom en parallell vekst i kvinnes yrkesdeltakelse, men til tross for et felles utgangspunkt, har de ulike landene endt opp med ulike mønstre når det gjelder forholdet mellom yrkesdeltakelse og heltid/deltid. Som den største kvinnesektoren vil helse- og sosialsektoren i stor grad speile de ulike «nasjonale» mønstre for kvinners yrkesdeltakelse, og ikke minst endringstrekk i disse. Når det gjelder pleie- og omsorgsarbeidets arbeidstidsorganisering, er det ikke gitt hvilken rolle denne spiller for rekrutteringen. Et interessant spørsmål er i hvilken grad høy yrkesdeltakelse blant kvinner har sammenheng med en utstrakt mulighet for å arbeide deltid. Et annet er hvilken betydning arbeidstidsorganiseringen har for rekrutteringen av ungdom og menn. Ut fra de mønstrene vi ser i Norge, vil det også være interessant å se generelt på variabler som alder, kjønn, og bostedstype (by/land) i de øvrige lands rekruttering.

## Yrkesutdanningenes kopling til utdannings-systemet, kvinnebiografiene og arbeidet

Til tross for mange fellestrekk som kvinnedominerte yrker, har det hele tiden eksistert klare sosiale skiller mellom de ulike pleie- og omsorgsyrkene. Dette har å gjøre med

hvilke sosiale lag de tradisjonelt har rekruttert fra, men også med utdanningsnivå, sosial verdsetting og plassering i pleiehierarkiet. Mens sykepleieryrket i alle de nordiske landene relativt tidlig fikk en lovregulert utdanning og ble anerkjent og regulert gjennom offentlig autorisasjon, ble stadig en stor del av pleie- og omsorgsarbeidet utført av arbeidstakere uten slik formell utdanning. Ønsket om å etablere utdanninger også for det «underordnede» pleie- og omsorgspersonalet var imidlertid sterkt og fikk etter hvert oppslutning ikke bare fra arbeidstakerne selv, men også fra myndigheter og arbeidsgivere i alle de nordiske landene. Hvordan man har valgt å organisere utdanningene, og hvordan disse igjen er forbundet med det øvrige utdanningssystem, og med for eksempel sykepleierutdanning varierer imidlertid landene i mellom. Det samme gjelder forholdet mellom ungdomsutdanning og voksenopplæring, hvordan utdanningene er koplet til kvinnebiografiene, og ikke minst til arbeidsfeltets rekruttering.

I tillegg til å kartlegge etablerte ordninger og mønstre, vil det også være interessant å studere politiske initiativer for endring av eksisterende mønstre og rekruttering av nye grupper.

## Yrkenes «rom» i arbeidsdelingen, karriere- muligheter

Utgangspunktet for yrkesutdanningene på det vi i Norge kaller det videregående nivået var særlig at behovet for kvalifisert arbeidskraft var stort og voksende, og neppe kunne løses på en hensiktsmessig måte ved bare å satse på utdanning av sykepleiere. Det gjaldt først i sykehussektoren, og deretter i økende grad innenfor de pleie- og omsorgstjenestene som gradvis ble samlet på kommunalt nivå i alle de nordiske land; sykehjem og annen institusjonsbasert pleie, men også hjemmebasert både sosial og sykepleiefaglig omsorg og pleie.

Ikke minst fordi sykepleierprofesjonen over en årrekke har hatt en internasjonal orientering, så har den historisk sett også hatt et visst felles preg over landegrensene, også i de nordiske land. Dette har hatt som implikasjon at kvalifikasjonsrommet for det faglærte nivået under sykepleierne på samme måte har fått en del fellestrekk. Likevel har det utviklet seg ulike mønstre i arbeidsdeling og karrieremuligheter landene i mellom beroende på ulike faktorer innflytelse. Å få belyst slike aspekter i de ulike land vil være av betydning for å forstå den norske situasjonen, og for å se mulige veivalg framover. Ikke minst vil ambisjoner om å endre/modernisere rekrutteringsmønstrene måtte ses i forhold til hva slags kompetanse- og karrieremuligheter det å være faglært på dette nivået kan tilby, og hvilke yrkesroller som er mulige.

### Den norske situasjonen som utgangspunkt

Utgangspunktet for å utrede rekruttering og utdanning av pleie- og omsorgspersonell i de nordiske land er problemene man har hatt og har med å stabilisere og helst øke utdanningen og rekrutteringen til denne viktige sektoren i Norge. En studie av utviklingen i andre land er her tenkt som en metode for å øke innsikten i de norske problemene. Den er imidlertid ikke gjennomført med tanke på å finne raske løsninger som kan importeres. Et hvert lands yrkesutdannelsessystem vil være innvevd i særegne

nasjonale mønstre når det gjelder arbeidsmarked og sosiale strukturer som gjør at enkeltelementer ikke uten videre kan plukkes inn eller ut.

Som et utgangspunkt for gjennomgangen av situasjonen i de enkelte land vil vi her gi en kort beskrivelse av den norske situasjonen på dette feltet, samt eksplisere det vi kan betegne som arbeidshypoteser vi har hatt når det gjelder hva som er de betydningsfulle forhold for å forklare denne. Det er nettopp belysningen av disse forhold som står sentralt i opparbeidelsen av kunnskapsstatusen i de andre landene.

Den norske hjelpepleierutdanningen ble etablert på begynnelsen av 1960-tallet. Bakgrunnen var at sykepleierutdanningen ikke klarte å dekke det økende behovet for pleiepersonell i sykehusene.<sup>1</sup> Når det måtte ansettes hjelpepersonell, mente helsemyndighetene disse måtte gis en grunnleggende pleieutdanning, både for å sikre arbeidets kvalitet og for å gi hjelpepersonellet utviklingsmuligheter. Hjelpepleierutdanningen ble straks svært populær. Blant kvinner født på 1950-tallet har så mye som hver femte gjennomført denne utdanningen.

Gjennom de store utdanningsreformene Reform 74 og Reform 94 ble hjelpepleierutdanningen søkt modernisert, ikke minst ved en integrering i det videregående utdanningssystemet. En rådende oppfatning har vært at en modernisering vil forutsette at utdanningens tradisjonelle rekrutteringsgrunnlag blant voksne kvinner blir erstattet med ungdom, helst av begge kjønn, som rekrutteres til utdanningen direkte fra ungdomsskolen. Dette har ikke lyktes. I forhold til behovet er det svært få ungdommer som søker seg til dette feltet. Til tross for at pleie- og omsorgsutdanning har blitt integrert i den videregående skolen innrettet mot ungdom, og utdanningsmulighetene for voksne gradvis har blitt vanskeliggjort, har gjennomsnittsalderen for de som gjennomfører utdanningen økt og ligger i dag på midten av 30-tallet. I dag sikres rekrutteringen av sertifiserte voksne gjennom ad hoc-pregede kurs for voksne med lang ufaglært praksis i arbeidsfeltet.

På samme måte har det vært et likestillingspolitisk mål å heve andelen heltidsarbeidende og andelen menn innenfor sektoren. Også her har utviklingen gått motsatt vei av de politiske ønsker. Blant nyutdannede i 2002 gikk så mye som 83 prosent inn i deltidsstillinger, og 95 prosent er kvinner. Pleie- og omsorgssektoren er i dag gjennomsyret av et deltidssystem tilpasset gifte eller samboende kvinner i en tradisjonell familiesetting. Et slikt system er i mindre grad tilpasset ungdom, menn og enslige kvinner.

Daværende helsedirektør Karl Evang sto sentralt ved opprettelsen av hjelpepleierutdanningen på 1960-tallet. Hans tanke var å kople denne på som et første trinn i en fullverdig sykepleierutdanning. Slik gikk det ikke. Sykepleierne i Norge klarte å blokkere for hjelpepleiernes vertikale mobilitet i utdanningssystemet, og dette er i 2006 fremdeles situasjonen. I dag heter den opprinnelige hjelpepleierutdanningen helsefagarbeiderutdanning<sup>2</sup> og er plassert som en fagopplæring under videregående opplæring. Den gir verken avkorting eller adgang til sykepleierutdanning eller annen høyere utdanning. I stedet må man gå via allmennutdanning for å få adgang.

---

<sup>1</sup> Framstillingen her er basert på Høst (2004).

<sup>2</sup> Erstatte både den tidligere hjelpepleierutdanningen og den tidlige omsorgsarbeiderutdanningen

Også i arbeidsfeltet har det utdannede hjelpepersonellets videre utvikling blitt hindret av sykepleiernes profesjonsinteresser. Hjelpepleierne og den parallelle gruppen omsorgsarbeiderne har svært liten autonomi i yrkesutøvelsen. Selv om utdanningen(e) i Norge nå er plassert under fagopplæringsystemet, og i prinsippet skal gi de ferdigutdannede status som selvstendige fagarbeidere, har disse fagutdannede intet selvstendig arbeidsfelt, men er henvist til å utføre hjelpeoppgaver for sykepleierne, eller oppgaver denne gruppen tillater dem å utføre. De er blitt marginalisert som gruppe i den viktige sykehussektoren, og har nå sitt arbeidsfelt i all hovedsak i den kommunale eldreomsorgen.

Framskrivninger av arbeidskraftbehovet i pleie- og omsorgssektoren antyder at det kan bli et stort underskudd på fagpersonell med utdanning på videregående skoles nivå, basert på dagens utdanningstakt. Spørsmål som kan stilles i den sammenheng er om dagens utdannings- og yrkesstruktur er tilstrekkelig attraktiv til å sikre en økt rekruttering.

Rapporten har tre hovedkapitler hvor hhv Sverige, Finland og Danmark beskrives og diskuteres med utgangspunkt i en utdanningshistorikk og et fokus på de problemområder innledningen har tatt for seg. Kapitlene er noe ulike i oppbygning og omfang, noe som i stor grad skyldes variasjonene i kildetilfang, som også er nærmere omtalt. Felles er imidlertid et forholdsvis omfangsrikt materiale rundt utdanningsreformene på 1990-tallet, som i alle landene preger nåværende situasjon og diskursen rundt denne.

## 2 Sverige

### Kildetilfang

Når det gjelder kunnskapstilfanget, ble vi positivt overrasket over hvor mye som finnes både av forskning og utredninger som tar for seg de underordnede pleieryrkene og -utdanningenes utvikling i Sverige. Det finnes mye, nyttig materiale i Sveriges offentlige utredninger, SOU'ene, helt fra SOU 1916 *Angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning*, som er den første som behandler yrkene og deres utdanning. Det finnes en omfattende omsorgsforskning i Sverige, som også berører yrkene og deres plass i feltet. Det samme gjelder arbeidslivsforskningen. I tillegg er det gjort relevante profesjonsorienterte studier. Det er blant annet gjort mange små og større studier ved vårdpedagogikkutdanningen ved Universitetet i Göteborg. Det spesielle for denne institusjonen er at den utdanner lærere både til sjuksköterska og undersköterska-utdanning (nå omvårdnadsprogrammet), noe som trolig har bidratt til en særegen forskningsprofil. På samme måte har en egen sosialfaglig høyskoleutdanning rettet mot hjemmetjenesten åpnet et rom for å se ting på en annen måte enn den medisinskfaglige.

### Utdanninger, yrkes- og arbeidskraftkategorier i svensk pleie og omsorg

For at stoffet skal bli mer tilgjengelig for leseren, vil vi innledningsvis kort redegjøre for de utdanninger og arbeidskraftkategorier som vil bli omtalt i materialet om Sverige. Det mest stabile i dette feltet er sjuksköterska-utdanningen og sjuksköterskorna som yrkesgruppe. Selv om både utdanning og yrke har gjennomgått omfattende endringer fra slutten av 1800-tallet til i dag, er betegnelsen beholdt.

Annerledes er det med gruppene under, som er vårt hovedfokus. På utdanningssiden startet det med en kort utdanning som sjukvårdsbiträde og en litt lengre som undersköterska på 1950- og 1960-tallet. Disse ble erstattet av en to-årig vårdutdanning i gymnasiet på begynnelsen av 1960-tallet. Innenfor denne ble det på slutten av 1970-tallet også opprettet en social service-linje. Fra 1991 ble disse utdanningene erstattet av det tre-årige omvårdnadsprogrammet.

Når det gjelder arbeidskraftkategoriene, så har betegnelsene vårdbiträde (eldreomsorg), hembitråde (hjemmehjelp) og sjukvårdsbiträde (sykehus) i hovedsak vært brukt om de uten utdanning, selv om det i perioder har eksistert kortere utdanning, i hovedsak innrettet mot voksne, for disse gruppene. Undersköterska har vært benyttet om de med yrkesutdanning, etter hvert på gymnasnivå. Omvårdnadsprogrammet gir ingen yrkestittel, men de gamle yrkesbetegnelsene brukes i stor grad enda.

### Utdanningshistorikk

For å forstå dagens situasjon for pleierutdanningene i Sverige og rekrutteringen til disse, vil det være nødvendig med et historisk tilbakeblikk. Vi har valgt å ta utgangspunkt i de første sykepleierskolene, som ble etablert av frivillige organisasjoner på siste del av 1800-tallet (Evertsson 2002). Det sykepleiervesenet og etter hvert yrket som vokste fram basert på disse skolene hadde ingen organisatorisk eller sosial tilknytning til de

kvinnelige pleieryrkene, «bitræderne» eller «sjukhuspigarna», som allerede eksisterte innenfor lasarettene (Gustafsson 1987). Mens de sistnevnte rekrutterte hovedsakelig fra arbeiderklassen, rekrutterte de nye sykepleierskolene fra de høyere sosiale lag. Sykepleieryrket tilbød et sosialt og kulturelt passende yrke for ugifte kvinner fra borgerskapet, og nettopp dette kom til å danne basisen for den framvoksende profesjonen (ibid.).

I tillegg til den sosiale seleksjonen skulle etter hvert utdanning bli det sentrale virkemidlet for å avgrense sykepleieryrket nedad. I dette yrkesdannings- eller profesjonaliseringsprosjektet oppnådde etter hvert Svensk Sjukskoterskaförening (SSF) statens hjelp, samtidig som de selv i stor grad beholdt kontrollen over utdanning og rekruttering (Evertsson 2002). Gjennom et omfattende statlig utredningsarbeid rundt arbeidsmiljøet i sykepleien, ble både utdannings- og jurisdiksjonsspørsmålet innenfor dette feltet satt på dagsorden første gang allerede like over århundreskiftet. I en betenkning til Riksdagen i 1916 «angående *den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning og arbetsförhållandem*»,<sup>3</sup> fikk SSF gjennomslag for at minstekravet til sykepleierutdanning skulle være to år.<sup>4</sup> Samtidig ble sykepleiernes overordnede posisjon i forhold til det øvrige pleiepersonalet slått fast. Dette omfattet sjukvårdsbiträden, men også de såkalte B-sjukskoterskor, eller underskoterskor, som bestod av erfarne sjukvårdsbiträden som hadde fått en viss utdanning på arbeidsplassen. Til sammen utgjorde disse gruppene av underordnede pleiere » i følge den samme betenkning en gruppe som i antall ikke sto tilbake for sykepleierne. Men selv om også sykepleierne på denne tiden var preget av en sterk underordning – under legene – så bidro sykepleiernes sosiale plassering til at det primært var denne gruppen som vant gehør for problemer og behov hos myndighetene i datidens sterkt klassesdelte svenske samfunn<sup>5</sup> (Gustafsson 1987). Det var lettere for myndighetene å holde en distanse til de mer underordnede pleiergruppene, som både rekrutterte fra de lavere sosiale sjikt og dessuten var langt svakere organisert. Et forslag om et trinnvist utdanningssystem med sykepleiere på ulike nivå, og som også inkluderte underskoterskorna og vårdbiträden, ble således ikke vedtatt.<sup>6</sup> Dermed ble utdanningsspørsmålet for de underordnede gruppene liggende helt til 1946. I denne perioden vokste det imidlertid fram enkelte kortvarige utdanninger, ikke minst av hensyn til krigsberedskapen.<sup>7</sup>

For å vinne fram med sine krav, ikke minst om regulert arbeidstid, begynte sjukvårdsbiträdena å organisere seg, og da innenfor en tradisjonell fagforening; Svenska Kommunalarbetarförbundet. Dette medførte at de i enda sterkere grad kom på kollisjonskurs med SSF og sykepleierne som mente en ut fra sykepleiens ideelle natur ikke skulle fremme sine krav faglig (Emanuelsson Blanck 2000).

I 1946 startet Svenska Landstingförbundet, i samarbeid med Socialstyrelsen og SSF, i begrenset omfang en 8 uker lang underskoterskautdanning for sjukvårdsbiträden med

---

<sup>3</sup> Se Gustafsson (1987), Evertsson (2002) og også SOU 1962:4.

<sup>4</sup> Dette ble vedtatt av Riksdagen i 1919 (Evertsson 2002).

<sup>5</sup> Sykepleierne fikk allerede i 1920-årene en egen sjukskoterskeinspektis i Medicinalstyrelsen, og dermed en direkte kanal inn i statens mest betydningsfulle organ for helsespørsmål (Evertsson 2002).

<sup>6</sup> Skolöverstyrelsen 1978.

<sup>7</sup> Skolöverstyrelsen 1978.

minimum 2 års fartstid. Med ulike modifiseringer<sup>8</sup> ble denne utdanningen praktisert mer eller mindre fram til begynnelsen av 1960-tallet. I mellomtiden hadde flere utredninger lansert endringer, men uten at de lyktes å få gjennomslag som landsomfattende utdanningsordninger.

I 1962 kom utredningen «Arbetsutgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal».<sup>9</sup> Bakgrunnen var at utdanningen av sykepleiere ikke kunne holde tritt med den økte etterspørselen etter pleiere som ble skapt av den kraftige utbyggingen av sykehus. Teoretiseringen av sykepleierutdanningen medførte også at sykehusene mistet mye av den gratis arbeidshjelpen de hittil hadde hatt av sykepleieelevne. For å løse «vårdskrisen», hadde både statlige myndigheter og Landstingsförbundet et ønske om å myke opp de rigiditetene sykepleierne dominerende stilling medførte for organiseringen av arbeidet (Evertsson 2002). Utredningen gjennomgikk systematisk oppgavene innenfor pleien ved sykehusene, og foreslo mulige overføring av oppgaver fra sjukskoterskor til underskoterskor, mens sjukvårdsbitrådene helt skulle avgrensnes fra de medisinsk-orienterte pleieoppgavene. Gustafsson (1987) tolker forslagene dit hen at de avspeiler hvordan også helsemyndighetene er påvirket av datidens sterke rasjonaliseringsbevegelse innenfor industrien. Man ser på hvordan man kan skille ut oppgaver fra det mer kvalifiserte personalet, stykke dem opp og overlate dem til ulike grupper av personale som hadde fått utdanning til å gjøre helt bestemte funksjoner. Dette Tayloristisk-inspirerte systemet skulle både virke effektiviserende på arbeidet og bidra til å senke lønnskostnadene. Samtidig tenker man seg sjukskoterskorna, som bare få år før hadde oppnådd såkalt legitimation, eller offentlig godkjenning, skulle få flere oppgaver knyttet til medisin og ledelse. Ikke minst det siste spilte åpenbart opp til sykepleiergruppens profesjonaliseringsambisjoner, og gjorde at sykepleierne slett ikke var negative til etableringen av en underskoterskeutdanning og en viss overføring av mer rutinemessige arbeidsoppgaver til denne gruppen (Gustafsson 1987, Evertsson 2002).

Selv om utredningen aldri førte til noen proposisjon, ble utdanningene (og arbeidsdelingen) gradvis lagt om i den foreslåtte retning (Evertsson 2002). Det ble fra 1965 etablert to utdanningsnivåer, ett som sjukvårdsbitråde og ett som underskoterska, den første på 23 uker og den andre på ytterligere 32 uker (Modig 1999). For å begynne på den siste, måtte man i mellom ha vært minst to år i praksis. I følge læreplanen for underskoterskautdanningen, så skulle denne «ge eleverna de grundläggande färdigheter och kunskaper inom sjukvårdsarbetet som är erforderliga för underskoterskan på vård-, operations- och mottagningsavdelning». Det var med andre ord en svært sykehusinnrettet utdanning.

Utdanningen var hovedsaklig praktisk, bare 8 uker var yrkest teori (ibid.). Læreplanen beskrev imidlertid i detalj hvilke moment elevene skulle øve på mens de var ute i praksis. Dette sammenfalt med de oppgaver som nå var blitt overført fra sjukskoterskor til underskoterskor. For at utdanningene skulle gis en nasjonal spredning, ble de lagt til de kommunale yrkesskolene og under tilsyn av Överstyrelsen för yrkesutbildningen (Evertsson 2002). Etter gjennomført utdanning ble underskoterskorna registrert som medisinsk personell under Medicinalstyrelsen, noe som ga gruppen et klart statusløft.

---

<sup>8</sup> SOU 1948: 17.

<sup>9</sup> SOU 1962:4.

Også på andre områder innenfor sykehusområdet ble det etablert utdanninger for underordnet personell. Det gjaldt medisinsk-tekniske assistenter; operasjons-, radium-, røntgen-, og terapiassistenter. På samme måte som for underskøterskorna, fikk også disse gruppene overført konkrete oppgaver som tidligere hadde ligget under sykepleierne.

## 1960-tallet: Eksemplet Kalmar Län

Strömblad (1998) gir en levende beskrivelse av hvordan pleierutdanning for gruppene under sykepleiernivået vokste fram fra begynnelsen av 1960-tallet i Kalmar Län, og hvilken betydning dette hadde. Fram til dette tidspunktet hadde all opplæring foregått i forbindelse med arbeidet. Man begynte som sjukvårdsbiträden, og kunne etter hvert bli forfremmet til underskøterska, men uten at dette var forbundet med noen utdanning.

Om utdanning for vårdbiträden og underskøterskor ble sett på som rasjonelt for landets sykehus, hadde det også klare aspekter av demokratisering i form av at nye grupper arbeidstakere fikk adgang til utdanning, noe følgende sitat fra talen til Landstingsmann Folke Pettersson ved åpningen av Hultsfreds Sjukvårdsskola vitner om; «det (har) tidligere inte förekommit utbildningskurser för sjukvårdsbiträden. Detta vil nu vårt landsting reparera med denna skola, som med all säkerhet följes av en ytterligare» (Strömblad 1998:6).

Etter hvert ble det også etablert en underskøterskautdanning, og i 1966 ble det første kullet uteksaminert i den nye skolen i Västervik. De ble hyllet med taler og musikk i Församlingshemmet. Daværende rektor K.G. Kallerud forteller: «vi var oerhört entusiastiska allihop och vi hade väldigt trevlig. Dessutom kände vi ett starkt stöd från sjukhuset och sjukhusledningen.» (ibid.: 9).

Han forteller videre at enkelte lærere underviste hele 36 timer i uken, og elevene stilte opp, også på lørdagene.

«Alla var besjälade av utbildning...det fanns en stor intelligensreserv, klipska elever som inte tidigare fått chansen ettersom deras föräldrar inte haft råd med deras studier», uttrykte en annen rektor, Bengt Lennander (ibid.: 13).

I avisen *Barometern* het det 8. desember 1966:

«Stora deler av näringslivet har länge friat til hemmefruarna. Statlige och kommunala myndigheter har hjälpt til så gott de har kunnat. Nu har också sjukvården ställt sig ordentlig i køn. Det är arbetskraften man er ute efter: den behövs och det inte minst inno den med ordet brist så ofte sammankopplade sjukvården» (ibid.: 14).

Fra 1963 til 1970 ble budsjettet for pleierutdanning tidoblet i Kalmar Län. Det var stor søkning og entusiasme for utdanningene. Det betydde imidlertid ikke det at det de klare hierarkier innenfor pleierutdanningene med dette var borte: «Först kom sjuksköterskaeleverna, sen kom ingenting och ingenting och ingenting, sen kom, möjligtvis undersköterskaeleverna», som rektor Lennander uttrykte det for å beskrive at denne utdanningen tross alt lå langt under sykepleierutdanningen i status (ibid.: 26).



## Inn i gymnasieskolen

De nye pleierutdanningene traff åpenbart et behov blant unge kvinner, men også i sykehusene. Elevtallet ekspanderte raskt gjennom 1960-tallet, fra snaut 1000 elever i året i 1960 til over 5000 elever i 1970 (Walldal 1986). Elevenes gjennomsnittsalder var i 1965 i overkant av 20 år (ibid.).

Ganske raskt ble imidlertid også pleieområdet fanget inn av datidens arbeid med å bygge ut det mer helhetlige utdanningssystemet i Sverige

I 1963 ble den såkalte *Yrkesutbildningsberedningen* nedsatt, og den hadde sin innstilling om de ulike yrkesutdanningenes struktur og lengde klar i 1967.<sup>10</sup> Her blir det lansert et system med toårige yrkesutdanninger, blant annet en pleieutdanning og en barne- og ungdomsarbeidsutdanning. Til å begynne med var imidlertid vårdutdanningen innrettet mot både sykepleie, psykiatri og eldreomsorg – selv om det særlig var de to første områdene elevene siktet seg inn mot. Senere skulle det også bli etablert en sosial servicelinje, rettet mot bl.a. eldreomsorgen. Integreringen av vårdutdanningen i den nye, felles gymnasieskolen skjedde fra 1971. Det ble fastslått i læreplanen at denne skolen var innrettet mot å drive undervisning av ungdom, men denne gruppen fikk fra starten av ikke noe fortrinn ved opptaket. Det het videre at skolen skulle fremme elevenes utvikling til harmoniske, dugelige og ansvarsbevisste mennesker, og at den enkelte elev skulle stå i sentrum for skolens virksomhet.<sup>11</sup> Allmenne fag ble en del av alle yrkesutdanningenes innhold. Man la vekt på at utdanningene skulle være brede i bunnen og at spesialiseringen mot yrke skulle komme gradvis. For eksempel ble vårdutdanningen og det som ble hetende konsumtionsutdanningen<sup>12</sup> strukturert likt og hadde felles førstetermin. Innenfor vårdutdanningen kunne man velge mellom somatikk og eldreomsorg på den ene siden og psykiatri på den andre. Man kunne også hoppe av etter ett år og bli sjukvårdsbitræde. Gjennomførte man den toårige utdanningen måtte man arbeide 6 måneder før man fikk titulere seg underskötterska.

Statusen til underskötterskautdanningen ble ansett å øke etter integreringen i gymnaset, og søkningen holdt seg høy gjennom 1970-tallet, noe som gjorde at inntakskravene generelt sett var harde (Strömblad 1998). En lærer mente dette i stor grad skyldtes tidsånden: «Man skulle arbeta med människor, det låg i tiden, och det fanns gott om jobb inom såväl vården, som barnomsorgen och omsorgen om utvecklingsstörda» (ibid.: 28). At underskötterskorna samtidig var blitt sluppet et lite stykke inn på sykepleiernes område bidro trolig også til utdanningens status.

Minst like viktig var det imidlertid at vårdlinjen som den eneste utdanningen på gymnaset ga kompetanse for fortsatte studier på sykepleierutdanningen, som i Sverige fremdeles var toårig. Den ga også kompetanse for visse andre linjer på høyskolen.<sup>13</sup> I praksis fungerte dermed vårdlinjen som første år av sykepleierutdanningen. Dette markerer trolig høydepunktet i det Evertsson karakteriserer som en utbygging av en

---

<sup>10</sup> SOU 1967: 48.

<sup>11</sup> LGgy 70, etter Modig (1999).

<sup>12</sup> Konsumtionsutdanningen var en modernisert utgave av husmorskolene. I følge Wärness (1995) erstattet begrepet konsument husmor mens konsumtion erstattet arbeid i hjemmet. Dette i et forsøk på å få «kvinnearbeid» til å framstå mest mulig likt «mannsarbeid».

<sup>13</sup> SOU 1986:3, s. 39.

gradvis mer sammenhengende pleieutdanning fra 1946 og utover (2002:93). En undersøkelse fra Stockholm i skoleåret 1973/74 viser at den trinnvise utdanningsmodellen fungerte; hele seks av ti elever fra vårdlinjen utdannet seg videre etter eksamen, først og fremst som sykepleiere (Törnquist 2004).

Samtidig betydde innretningen mot ungdom store forandringer i elevklientellet i vårdutdanningen. 16-åringene som kom inn hadde i motsetning til elevene i den tidligere utdanningen ingen erfaring fra pleiearbeid. På praksisstedene reagerte man på at elevene «ikke kunne noen ting». Skolen svarte med at de ikke skulle være billig arbeidskraft, men være i praksis bare som elever (ibid.: 21).

De fleste elevene på vårdlinjen var ungdommer i 17–18-årsalderen, men det fantes også et innslag av eldre elever med arbeidserfaring (Johansson 1983, Walldal 1986). Resultater fra enkelte studier peker i retning av at elevenes sosiale bakgrunn lignet mer på den elevene på de teoretiske gymnaslinjene hadde enn den yrkes elevene hadde (Walldal 1986). Fra skoleåret 1985 ble vårdlinjen en ren ungdomsutdanning gjennom at de som kom rett fra ungdomsskolen fikk fortrinn til skoleplassene. Dermed mistet man noe mange anså som verdifullt ved den gamle ordningene, nemlig de eldre elevenes gode innflytelse i kraft av alder og erfaring fra pleiearbeid (ibid.).

Samtidig som vårdlinjen ble en gymnasutdanning rettet mot ungdom, fortsatte man med en parallell voksenutdanning, med 20 ukers sjukvårdbitrådesutdanning og 40 ukers underskoterskeutdanning (SÖ 1978: 9–10). Den første fantes bare som voksenutdanning, og må ses som en ren arbeidsmarkedsutdanning. Det har foreløpig ikke vært mulig å skaffe fram tall for utviklingen av voksenutdanningen sammenlignet med ungdomsutdanningen, men alt tyder på at denne fortsatte å være en svært vanlig vei inn i yrket (Johansson og Larsson 1987).<sup>14</sup> Fra 1977 var denne voksenutdanningen rettet både mot sykepleie og det som kalles sosial service, som omfatter eldreomsorg til de som ikke er definert som syke.

Forholdet mellom en pleierettet utdanning og en mer sosialfaglig utdanning var ikke uproblematisk. Spesielt innenfor ungdomsutdanningen hadde «sosial service» og eldreomsorg problemer med hevde seg i konkurransen med akutsjukvård, også etter helt fra sosial service ble en egen linje på slutten av 1970-tallet. Det ble av eldreomsorgens talspersoner forklart med at sykepleierne dominerte blant faglærerne, slik at elevene ble utstyrt med «sjukvårdsøyne» (Törnquist 2004). Dette bidro også til at de som kom ut med denne utdanningen, i følge Kommunförbundet, bidro til en passifisering og sykeliggjøring av de eldre.

Også konsumtionslinjen hadde vanskelig med å rekruttere elever, noe som ble forklart med at den var for lite yrkesinnrettet (ibid.). Utdanningen hadde sitt utspring i husmorarbeide.

På begynnelsen av 1980-tallet ble konsumtionslinjen nedlagt og erstattet med en felles sosial servicelinje. Målet med utdanningen var etter ett år å utdanne vårdbitrådene og etter to år gruppeledere i kommunenes eldre- og handikappomsorg (ibid.). Utdanningen hadde imidlertid fra starten av store rekrutteringsproblemer. I 1985/86 var antall søkere bare 65 prosent av antallet utdanningsplasser (ibid.). Elevklientellet var lite studiemotiverte, og det var vanskelig å skaffe kvalifiserte lærere. En undersøkelse fra

---

<sup>14</sup> Se også *Investera nu*, en instilling fra et bredt interdepartementalt utvalg i 2003.

1988 viser at bare 18 prosent av de utdannede arbeidet i sosial service fire år etter fullført utdanning.

## 1980-tallet: Trenden snur for vårdlinjen

På ett tidspunkt på begynnelsen av 1980-tallet skjedde det noe også med vårdlinjens omdømme. En lærer uttrykker det slik:

«På den tiden (70-tallet, min anm.) låg det mycket status i att vara undersköterska. Det var före alla neddragningar inom vården. Innan sjukvårdsbiträdena försvann ansvarade undersköterskorna mest för provtagning och liknande. Sedan kom ju en period när alla skulle vara undersköterskor och skulla gjöa samma saker – tvätta, bada, mata patienterna. Plötsligt sågs det inte som något särskilt att ha undersköterskautbildning.» (Strömblad 1998: 22).

Søkningen til vårdlinjen sank utover 1980-tallet, og inntakspoengene som krevdes ble stadig lavere. Nedgangen i søkningen knyttes i ulike framstillinger til flere forskjellige utviklingstrekk i Sverige på 1980-tallet; det ble atskillig vanskeligere for undersköterskor for å få jobb i sykehus, forbindelseslinjen til sjuksköterskautdanningen ble brutt, det var en økt konkurranse med andre utdanninger, jenters utdanningsambisjoner var økende, nedskjæringer innenfor pleie- og omsorgssektoren ga færre jobber, noe som særlig rammet de med lavest utdanning. Vi skal komme tilbake til noen av disse forholdene senere.

I 1986 ble det foreslått å gjøre de toårige yrkesutdanningene, deriblant vårdlinjen, treårige.<sup>15</sup> Dessuten skulle alle de gymnasiale utdanningen få mer allmennfag. Begrunnelsen var først og fremst generelle; forandringene var så store og kravene på kompetanse økt. Forsøksdrift med en ny linje, omvårdnadslinjen, ble satt i gang fra 1988. I denne inngikk både den gamle vårdlinjen og linjen for sosial service. Samtidig opprettholdt man ulike spesialiseringer innad i utdanningen (Törnquist 2005). Linjen ble likevel kritisert fordi den ble oppfattet å gi smalere kompetanse enn den gamle vårdlinjen, spesielt fordi psykiatrien som arbeidsfelt var unntatt.<sup>16</sup> I Värmland var det til og med streik blant misfornøyde elever. I kommunesektoren var imidlertid bekymringen med utviklingen en helt annen. Et felles utdanningsprogram gjorde at ungdommene som søkte seg til omvårdnadslinjen i liten grad viste interesse for arbeid i sosial hemtjänst (Bertilsson m.fl. 1989).

## Den nye gymnasieskolen og omvårdnadsprogrammet

Da den endelige strukturen i den nye gymnasieskolen kom på plass fra 1991/92 var det i alt 16 programmer, to allmennfaglige og resten såkalt yrkesfaglige. Også de yrkesfaglige er imidlertid skolebaserte, da lærlingeordningen i Sverige aldri fikk noen sterk eller lovfestet posisjon, men tvert om har forblitt et nærmest uformelt opplæringsystem bedrifter i enkelte bransjer benytter seg av (Lauglo 1992). Yrkesutdanningene i skolen,

---

<sup>15</sup> SOU 1986: 3, del 2, s. 39.

<sup>16</sup> SOU 1990: 75, s. 40.

også omvårdnadsprogrammet, skal imidlertid ha en viss mengde såkalt arbeids-plassforlagt opplæring.

Omvårdnadsprogrammet skulle omfatte alt helse- og sosialarbeid på nivået under høyskoleyrkene. Det retter seg ikke lengre spesielt mot sykehus, men mot helse- og sosialsektoren generelt. Det medisinske perspektivet skal ikke være dominerende. I stedet skulle de utdannede ha både medisinsk og sosial kompetanse (Törnquist 2004). I programmet er 30 prosent av timene allmennfag. Innenfor denne bredden kan elevene etter hvert spesialisere seg ved å velge spesielle moduler, som rehabilitering, omsorg for psykisk utviklingshemmede, akuttstuskepleie, spedbarnsstell, psykiatri, eller de kan ta mer allmenne fag for å skaffe seg spesiell studiekompetanse. Programmet anses ikke som en yrkesutdanning, men som yrkesforberedende (ibid.). Det gir således ingen yrkestittel. Dette er det nå opp til arbeidsgiver å fastsette ut fra en vurdering av egne behov og søkerens kompetanse og spesialisering, og eventuelle opplæring på arbeidsplassen.

Den nye gymnasieskolen skulle være en «utdanning for alle», og ikke en snever utvalgsskole som tidligere.<sup>17</sup> Omvårdnadsprogrammet ga allmenn studiekompetanse for høyskolestudier, men det skulle vise seg at selv vårdhøgskoler stilte krav om særskilt studiekompetanse. Det innebar at man måtte ha ta ekstra allmennfag for å komme inn. Det trinnvise utdanningssystemet var dermed avskaffet, og den tidligere gods-skrivningen av vårdutdanning på gymnasnivå var snudd til en ulempe i den nye ordningen.

Allerede i forsøksperioden hadde den nye omvårdnadsutdanningen opplevd bekymringsfullt lave søkertall.<sup>18</sup> I en undersøkelse Skolverket gjennomførte i 1995 kommer det fram at det også har skjedd en endring i elevutvalget.<sup>19</sup> Den gamle vårdlinjen hadde på 1970-tallet vært en yrkesutdanning for motiverte og dyktige jenter. Elevgruppen hadde etter reformen endret seg som følge av at så og si alle som søkte kom inn. Dette medførte igjen at også mindre motiverte, mindre studievante, mindre yrkesbestemte elever og også mange med behov for støtteundervisning nå valgte Omvårdnadsprogrammet. Fremdeles var det imidlertid i all hovedsak jenter som søkte.

Utviklingen med større sprik i elevgruppen var ikke enestående for Omvårdnadsprogrammet. Faktisk virket det på utrederne som om store deler av reformen hadde hatt lettere for å komme i gjenge her enn på andre linjer på grunn av den særskilte omsorgskulturen som rådde innenfor omvårdnadsutdanningen (Aleksandersson 1995). Det ble likevel foretatt en viss skjerpelse av opptakskriteriene fra slutten av 1990-tallet. Ikke alle med grunnskole kunne komme inn; man måtte som et minimum ha bestått i matte, svensk og engelsk.

Det noe paradoksale i situasjonen var imidlertid at mens utdanningen nå var forlenget fra to til tre år, og hadde fått et betydelig innslag av allmennfag, og ga allmenn studiekompetanse, så var forholdet til sykepleierutdanningen snudd totalt opp ned. Fra 1993 ble sykepleierutdanningen i Sverige gjort til en 3-årig høyskoleutdanning (120

---

<sup>17</sup> «Växa med kunskaper» (Propositionen 1990/91: 85).

<sup>18</sup> SOU 1990: 75.

<sup>19</sup> Skolverket (1995).

poeng) (Törnquist 2004). Den tidligere koplingen hvor vårdlinjen i gymnasiet tilsvarte det første året av en sykepleierutdanning på totalt tre år, ble med det brutt.

Omvårdnadsprogrammet ga ikke en gang kompetanse for å starte på sykepleiens første år. Uten ekstra allmennfag kom man rett og slett ikke inn. Dette i motsetning til de som for eksempel gikk den naturvitenskaplige allmennutdanningen. Signalet var altså at sykepleien ikke lengre anså den mer praksisinnrettede pleierutdanningen som verdifull, men i stedet verdsatte matematikk-kunnskaper og allmennutdanning.

Mens det treårige omvårdnadsprogrammet ble forbeholdt de under 20 år, ble de over 20 nå henvist til et eget omvårdnadsprogram gjennom Komvux, som var halvparten så langt, eller 60 uker. De gamle voksenutdanningene ble samtidig laget ned.

## Arbeidsfeltet og arbeidsdelingen

Som det delvis framgår av utdanningshistorikken, kan man si at dagens omvårdnadsprogram grovt sett har to røtter i det man kan kalle det moderne arbeidsfeltet; en i medisinsorientert pleie knyttet til somatiske og psykiatriske sykehus og hjemmesykepleie, og en annen i mer sosialt orienterte hjemmehjelpstjenester i regi av kommunene. Det medisinske domenet har i Sverige tradisjonelt omfattet både sykehus og sykehjem (Daatland, Platz og Sundström 1997). Pleien ved sykehusene ble den første perioden drevet av ansatte som enten hadde en kortere, sykehusintern utdanning eller var ufaglærte. Gjennom sykepleiernes gradvise «maktøvertakelse», ble de tradisjonelle pleiergruppene fortrengt til en posisjon som fotfolket i sykehusene (Evertsson 1995). Denne gruppen har nok variert som andel av de totale pleierstillingene. I forbindelse med utredningen av 1916 framkom det at de utgjorde om lag halvparten av pleierne i sykehus (Gustafsson 1987), og Evertsson (1995) viser at midt på 1950-tallet, under høykonjunkturen for det som er kalt det «industrielle sykehuset», var det ved Uppsala Akademiske Sjukhus 40 prosent sjukskøterskor og -elever, 10 prosent underskøterskor og hele 50 prosent sjukvårdsbitråden (ibid.: 105). Mens underskøterskorna ekspanderte, ble vårdbitråden gradvis desimert i sykehusene, først gjennom utskilling av oppgaver som vask og matlaging, dernest gjennom at de øvrige gruppene tok over deres oppgaver (ibid.). Samtidig som underskøterskorna fikk definert en medisinskfaglig status, ble det slått fast at sjukvårdsbitråden ikke hadde noen plass innenfor pleien. På 1980-tallet ble underskøterskeutdanning satt som et minimum for å arbeide i sykehus.<sup>20</sup> Dette betydde imidlertid ikke at vårdbitråden som gruppe forsvant fra sykehusene nærmest over natten, men de hadde altså ikke lengre noen posisjon i sektoren forankret i lovverk eller offentlig politikk. De ble således benyttet inntil de ble erstattet av mer kvalifisert personale.

Underskøterskorna fikk på 1960-tallet fikk en mer distinkt posisjon innenfor pleien gjennom at de overtok en del av sykepleiernes oppgaver. Fra 1980-tallet og utover kan det se ut til at de gradvis ble drevet tilbake av sykepleierne, og fratatt de mer medisinsorienterte oppgavene og overlatt resten av oppgavene de tidligere sjukvårdsbitråden hadde utøvd (Strömblad 1998). Neste bevegelse innenfor denne delen av sektoren ser ut

---

<sup>20</sup> SOU 1979:26. Her etter Evertsson (1995).

til å ha vært en storstilt omgjøring av underskøterskastillinger til sykepleierstillinger i forbindelse med rasjonalisering av sykehusene.

I forbindelse med at det i 1998 kom en ny lov om yrkesvirksomhet på helsefeltet, ble krav om legitimasjon og beskyttet yrke for underskøterskor avvist. I SOU 1996:138 sies det således om yrkesgruppen:

«Yrkeskategorin underskøterskor har varit föremål för diskussioner inom kommiteen. Et stort antal underskøterskor har framfört önskemål om legitimation.

Kommiteen anser at underskøterskorna svarar för värdefulla innsatser i vårdarbetet. Utbildningens längd och verksamhetens art svarar emellertid inte mot de kriterier som utredningen ställt upp för at yrket skall komma i fråga för legitimation eller skyddad yrkestitel. Kommiteen har derfor inte funnit anledning att föreslå någon reglering för underskøterskorna» (s. 352).

Kravet var altså ikke stilt av fagforbundet Kommunal, men av enkeltunderskøterskor. Om dette skyldes at Kommunal ikke støttet kravet er uklart.

Lovens siktemål er å slå fast hvilken type personale som har anledning til å utføre medisinske oppgaver og dermed også har ansvar i forhold til pasientsikkerhet og kvalitetssikring av arbeidet. Personale som ikke har dette, har i alminnelighet ikke anledning til å utføre medisinske oppgaver. De kan imidlertid i enkelttilfeller gis såkalt delegasjon til å utføre dette. Denne skal imidlertid bare gis unntaksvis, ikke benyttes fordi man ikke har tilstrekkelig utdannet personale, og den skal være skriftlig (Frøberg 2000). Grensen mellom hva som er medisinske oppgaver og andre pleieoppgaver er ikke helt klar. Men det man strides om gjelder blant annet oppgaver som legemiddel-håndtering, innlegging og mating gjennom sonde, innlegging av kateter, blodprøvetaking og påsetting av identitetsbånd (ibid.). Siden omvårdnadsprogrammet ikke gir noen yrkeskompetanse, er det i prinsippet nå opp til arbeidsgiver både å avgjøre hvem som kan ansettes i en stilling som underskøterska samt hvilke oppgaver disse skal kunne utføre uten såkalt delegasjon. Yrkesgrupper med legitimasjon, derimot, kan utføre medisinske oppgaver som ligger under deres område uten noen form for vurdering fra arbeidsgiver. Det dreier seg altså om tradisjonelle skillelinjer mellom en profesjons- og yrkesorientering på den ene siden og en rent arbeidsgiverstyrt arbeidsdeling på den andre, og hvor underskøterskorna etter hvert mister de karakteristika som kjennetegner en yrkesgruppe. Underskøterskorna måtte fra 1997, ved innføringen av de nye delegasjonsreglene, individuelt søke om å få delegert oppgaver de tidligere hadde som en del av sitt daglige arbeid.<sup>21</sup> Ved å kontrastere underskøterskorna opp mot grupper med legitimasjon, kommer det klart fra at de gradvis ribbes for en hver profesjonell status.

Det er liten tvil om at disse endringene har hatt praktisk betydning for underskøterskorna. En undersøkelse fra 1998 av rundt 600 ansatte under Landstinget i Värmland viser at 92 % av underskøterskorna svarer ja på spørsmål om noe av det som har vært deres arbeidsoppgaver er blitt overført til en annen arbeidsgruppe (Ahlen m.fl. 2000). Bare 10 prosent av sykepleierne mente det samme. Litt interessant er det også å se at 44 prosent av legene mente andre tok over enkelte av deres arbeidsoppgaver, noe som antyder at sykepleierne spiser i begge ender. 64 prosent av underskøterskorna i samme undersøkelse opplevde at risikoen for å bli oppsagt var stor, noe som bare gjaldt

---

<sup>21</sup> Kommunals nettsider 16.06.05.

22 prosent av sykepleierne. I boka *Vi är viktiga i vården* forteller 16 underskoterskor og vårdbitråden sine livshistorier med vekt på opplevelsen av utdanning og arbeid, i forbindelse med at disse yrkesgruppene fra slutten av 1980-tallet plutselig ble fratatt arbeidsoppgaver de hadde utført i årevis, mange ganger for at disse skulle overlates nyutdannede sykepleiere, praktisk svært uerfarne, men teoretisk bedre skolerte (Lindelöw 1994).

Fra 1991 til 1996 gikk antallet underskoterskor ansatt i landstingen ned fra 69 000 til 38 000, og Landstingsförbundet mente det trolig skulle fortsette nedover.<sup>22</sup> Samtidig økte antallet underskoterskor i kommunene fra 7 000 til 52 000. Dette var uttrykk for to prosesser; utstøtingen av underskoterskor fra sykehusene, og overføringen av hjemmesykepleien fra landstingene til kommunene som følge av Ädel-reformen. Selv om det netto er en viss økning i antallet underskoterskor, var det i samme periode mange vårdbitråden som tok underskoterskeutdanning for å sikre jobbene sine. Tallene kan derfor ikke leses som at alle underskoterskor fikk nye jobber i disse nedskjæringsårene. Tvert om kjennetegnes 1990-tallet av en betydelig arbeidsledighet både blant underskoterskor og vårdbitråden.<sup>23</sup>

## Eldreomsorgen

Ser man eldreomsorgen for seg kan den sies å ha vært gjennom både en differensierings- og en dedifferensieringsprosess. På 1800-tallet ble eldreomsorgen ivaretatt av på den ene siden familiene, og på den andre, for de som ikke hadde noen som kunne ta seg av dem, av fattigvården (Johansson 2002). Synet på eldre var fremdeles preget av at man ikke skilte ut de som var syke, men så på dette som en del av den naturlige og upåvirkelige aldringen (ibid.). På 1900-tallet ble den medisinske pleien av eldre gradvis skilt ut og knyttet til det medisinske feltet, som var underlagt landstingsnivået, enten det gjaldt sykehus, sykehjem eller hjemmesykepleie (Daatland, Platz og Sundström 1997).

Innenfor det sosiale feltet, som hele veien var kommunenes forvaltningsansvar, fikk man utbygging av aldershjem og gradvis også hjemmetjenester. Et særsvensk fenomen var det tidlige forsøket på å profesjonalisere hjemmetjenesten ved en statlig intervensjon gjennom etableringen av den såkalte hemvårdargruppen (Evertsson 2002). Til å begynne med var denne tjenesten knyttet til det å bistå familier som trengte hjelp på grunn av sykdom eller andre ting. De skulle imidlertid ikke drive sykepleie, men ta seg av alle andre udekkede behov i familien. Ordningen var i stor grad statsfinansiert. Myndighetene ville at dette skulle bli et heltidsyrke med krav om formell utdanning på ca. halvannet år, men det viste seg ikke så enkelt å rekruttere kvinner til denne utdanningen. Profesjonaliseringsprosjektet mislyktes imidlertid, trolig ikke minst fordi yrkesgruppen aldri ble sterk nok til å bli en sentral aktør i prosessen med å utvikle sitt eget yrkesfelt.

Kommunene ønsket på sin side en hjemmetjeneste som også omfattet det økende behovet for eldreomsorg, og som samtidig baserte seg på rekruttering av voksne husmødre til deltidsarbeid (ibid.). Det var dette mønsteret som til slutt vant gjennom, og

---

<sup>22</sup> Kilde: Landstingsförbundet (1998).

<sup>23</sup> Ds 1999: 44: s. 101.

man fikk en gradvis utbygging av hemsamarittjenesten fra 1950-tallet og utover. Dette arbeidet ble etter hvert utviklet fra en tjeneste bestående av enkeltsamaritter som forholdt seg til enkeltklienter, til en mer rasjonalisert tjeneste. Hemsamarittene, og senere vårdbiträden, som utgjorde fotfolket i hjemmetjenesten, hadde hatt ingen eller en beskjeden utdanning I følge en enkät gjort av Sosialstyrelsen i 1985, var nesten halvparten av vårdbiträden i kommunene ufaglærte, eller uten adekvat utdanning (Bertilsson m.fl. 1989). Dette til tross for at det allerede på 1970-tallet fantes en egen linje for sosialt arbeid, i stor grad rettet mot eldreomsorg, innenfor gymnasieskolen.

Om man ikke lyktes med å heve utdanningsnivået blant fotfolket, ble det satset mye på å utdanne og profesjonalisere ledelsen av dette arbeidet (Johansson 2002). Dette skjedde gjennom etablering av en egn utdanning i sosialt arbeid på høyskolenivå. Yrkesgruppen fikk betegnelsen hemtjänstassistenter, men skulle i liten grad komme til å arbeide i den direkte omsorgen for klientene. I stedet fikk de oppgaver som å lede og organisere hjemmetjenesten i kommunene.

I 1992 kom den såkalte Ädelreformen, som overførte hjemmesykepleien til kommunene.

Innenfor ledelsen av den nye og samlede hjemmetjenesten oppstod det nå en strid om den faglige innretningen, hvor de med sosialfaglig høyskoleutdanning ganske snart ble presset på defensiven av sykepleierne (Johansson 2002). Dette skulle, som vi skal komme tilbake til, få konsekvenser også for yrkesgruppene under.

Reformen ble gjennomført under en kraftig økonomisk nedgangskonjunktur. Fra å være det land med trolig høyest standard på eldreomsorgen, førte nedskjæringene til at Sverige havnet på bunnen blant de nordiske land (Daatland og Szebehely 1997). Når midlene blir knappe, er det gjerne de definerte medisinske behovene som blir prioritert. Men også i synet på hva som er påkrevd av kompetanse, viser dette hierarkiet seg. Mens sykepleiere som ville ha dobbelkompetanse, dvs. sosialfaglig i tillegg til sin helsefaglige utdanning, måtte ta et 20-vekttalsskurs i jus, økonomi og kommunal forvaltning, måtte de tidligere bistandsbedømmere med sosialfaglig høyskoleutdanning ta hele sykepleierutdanningen for å få slik dobbelkompetanse (Johansson 2002: 122).

Eldreomsorgen ble nå det viktigste arbeidsmarkedet for både undersköterskor og sjukvårdsbiträden. På grunn av konjunktorene sto det imidlertid ikke mange ledige jobber i kommunene for de undersköterskorna og sjukvårdsbiträden som tidligere hadde arbeidet ved sykehusene. Tall fra Statistiska Centralbyrå (SCB) illustrerer denne utviklingen. Innen helsesektoren, i det vesentlige sykehus, var det fra 1985 til 1988 en nedgang på 2900 sjukvårdsbiträden,<sup>24</sup> mens det i samme periode var en økning av antallet med denne utdanningen på 1400 i eldreomsorgen.

## Dagens situasjon

Etter dette historiske risset når det gjelder utdanningenes og yrkenes utvikling, vil vi ta for oss det vi ser som de sentrale problemområder for de underordnede pleie- og omsorgsyrkene i dagens situasjon og gjennomgå en del av den opparbeidede kunnskap på disse. Det gjelder for det områder som rekrutteringssvikten i ungdomsutdanningene,

---

<sup>24</sup> Information om arbetsmarknaden (1992: 3).



voksenopplæringen, og utviklingen i arbeidsdelingen. Først skal vi imidlertid se nærmere på fordelingen av ansatte i eldreomsorgen på ulike yrkesgrupper og på disses arbeidstilknytning.

## Mange underskøterskor og få sjukskøterskor i eldreomsorgen

I følge den svenske Socialstyrelsen utgjøres hele 82 prosent av de ansatte i eldreomsorgen såkalt baspersonal,<sup>25</sup> dvs. underskøterskor, vårdbiträdare, vårdare, skötare eller personlige assistenter. Det som her kategoriseres som baspersonal, i andre sammenhenger som omvårdnadspersonal, omfatter etter hvert alt personale som ikke har høyere utdanning. Blant disse igjen opererer man noen ganger med en distinksjon mellom de med utdanning og ufaglærte. De med utdanning har etter dagens ordning gjennomgått omvårdnadsprogrammet, enten for ungdom eller voksne. Men det omfatter også gamle utdanninger som underskøterskor, skötare i psykiatriske institusjoner og personlige assistenter for funksjonshemmede. De ufaglærte omfatter vårdbiträden som historisk sett var knyttet til aldershjem, sjukvårdsbiträden som var hjelpere i sykepleien og hembiträden som var hjemmehjelpere. De ufaglærte gruppene går i dag stort sett under fellesbetegnelsen vårdbiträden. I en undersøkelse av nær 10 000 ansatte i eldreomsorgen i 8 kommuner, som avspeiler de nasjonale størrelsene på de områdene en har sammenlignet, viser det seg at underskøterskor er den aller største yrkesgruppen i eldreomsorgen og utgjør 46 prosent, mens vårdbiträden utgjør 34 prosent (Gustafsson og Szebehely 2005).

Bare 5 prosent innenfor den kommunale pleie og omsorg er sykepleiere, mens 4 prosent er arbeidsledere og 1,5 prosent er arbeidsterapeuter eller fysioterapeuter.<sup>26</sup>

I oktober 2003 avla en komité bestående av ni ulike myndigheter en rapport til den svenske regjeringen om eldreomsorgens rekrutterings- og utdanningsbehov, *Investera nu*.

I rapporten finnes det en del nøkkeltall om sektorens personale. Her framkommer det blant annet at bare 56 prosent av personalet har formell yrkesutdanning. Det betyr i så fall at de fleste vårdbiträden regnes som ufaglærte, dvs. at de ikke har noen godkjent utdanning. Dette til tross for at en del av dem har gjennomgått den tidligere utdanningen for denne gruppen, dvs. første året av den gamle vårdlinjen.

Når det gjelder kjønn er 96 prosent av underskøterskorna kvinner, mens det samme gjelder 93 prosent av sykepleierne.

Om lag to av tre arbeider i det som defineres som særskilt boende, noe som innbefatter både tradisjonelle gamlehjem, og sykehjem, men også omsorgsboliger. Den siste tredelen arbeider i hjemmetjenesten (ibid.). Dette korresponderer godt med tall fra Svenska Kommunförbundet, kommunenes interesseorganisasjon, som viser at to tredeler av kostnadene i eldreomsorgen er knyttet til særskilt boende. Om lag ti prosent av eldreomsorgen utføres i privat regi (ibid.).

---

<sup>25</sup> Socialstyrelsen (2003).

<sup>26</sup> Socialstyrelsen (2003).

## Mange midlertidige – deltid normalen

Om lag 70 prosent av baspersonalen er fast ansatte, mens de øvrige fordeler seg med 10 prosent på midlertidige kontrakter og 20 prosent «timeansatte»<sup>27</sup> (Gustafsson og Szebehely 2005). Blant det som kalles omsorgstjenestemenn, i stor grad sykepleiere, er det hele 90 prosent som er fast ansatt. I rapporten *Investera nu* oppgis det at 100 000 av de totalt 360 000 i sektoren er midlertidig ansatt, noe som bekrefter tallene over.

Deltidsarbeidet er også utbredt blant underskøterskorna og vårdbitråden, med over 72 prosent på deltid. Blant omsorgstjenestemennene er det 42 prosent som arbeider deltid (ibid.).

Om lag hver fjerde deltidsarbeidende blant underskøterskorna og vårdbitråden ønsker lengre arbeidstid.

Den vanlige arbeidstidsformen blant underskøterskorna og vårdbitråden er skift, bare 6 prosent arbeider dagtid og er ikke belastet med helgearbeid. Det samme gjelder litt over 50 prosent av tjenestemennene/sykepleierne (ibid.).

Den samme undersøkelsen viser gjennom å sammenligne med en tilsvarende undersøkelse fra slutten av 1980-tallet at baspersonalen i eldreomsorgen opplever arbeidsmiljøet og belastningene som forverret gjennom 1990-tallet. De siste årene har det imidlertid stabilisert seg. Belastningene knyttes til dårlig tid og følelse av utilstrekkelighet overfor brukerne. Det viser seg også at det er de heltidsansatte som opplever det tyngst. Deltid blir derved en måte å beskytte seg på. Imidlertid ønsker mer enn hver fjerde deltidsansatte lengre arbeidstid.

Blant de midlertidig ansatte er det et særlig utbredt ønske (80 prosent) om fast ansettelse. Blant de timeansatte er det rundt 40 prosent som ønsker fast ansettelse. Blant de sistnevnte er det altså en mer utbredt tendens til å ville beholde den frie tilknytningen (ibid.).

## Rekrutteringsnedgang og rekrutteringsmønstre

Den klart største rekrutteringen til sektoren kommer fremdeles fra voksne kvinner. I Sverige ble utdanningen til underskøterska gjort til en ungdomsutdanning allerede ved innlemmelsen av den toårige vårdlinjen i gymnasiet tidlig på 1970-tallet. Det var imidlertid ikke vanskelig å rekruttere elever. Søkingen var såpass stor at man fra 1984 valgte å gi ungdom førsteretten på utdanningsplassene. Denne bestemmelsen ble imidlertid raskt avvirket fordi søkingen begynte å falle. Nedgangen på 1980-tallet knyttes til underskøterskornas problemer med å få jobb i sykehus, men også til de generelle nedskjæringene i helse- og sosialsektoren som følge av de vanskelige offentlige finansene. Når det nye omvårdnadsprogrammet (OP) ble etablert på begynnelsen av 1990-tallet kom de som søkte stort sett inn, og mange av elevene var faglig svake. Søkingen i 1993 var på 5900, mens den i 1996 var redusert til 4300.<sup>28</sup> Etter dette har søkingen fortsatt å synke, og har de siste årene ligget på rundt 3000. Ved siden av dette har man voksenutdanningen gjennom Komvux.

---

<sup>27</sup> Timeansatte tilsvarer ekstrahjelp.

<sup>28</sup> Kilde: Landstingsförbundet (1998).

I følge Skolverket (2002) arbeider 15 prosent av samtlige gymnaselever, uavhengig av hvilken utdanning de har gjennomført, innenfor pleie og omsorg tre år etter fullført utdanning. Antall ungdommer som tar omvårdnadsutdanning er så lav at man får jobb her nærmest uavhengig av hvilken utdanning man har. OP er altså ingen nødvendighet for arbeid i pleie og omsorgssektoren.

Flere studier peker i retning av at de fleste som har utdannet seg innen omvårdnad trolig hele tiden har vært voksne som har erfaring fra arbeidsfeltet fra før (Eriksson 2001, Eriksson og Gadegaard 1999). Gjennomsnittsalderen på de utdannede i disse studiene av voksne som hadde tatt utdanning, lå på mellom 35 og 40 år. Dette er høyt med tanke på at 69 prosent av alle elever i kommunal voksenopplæring på 1990-tallet var under 35 år.<sup>29</sup> Over 90 prosent av de omvårdnadsutdannede er kvinner.

Svenska Kommunförbundet har laget en svært illustrerende oversikt over utdanningsbakgrunnen til de nyansatte i kommunenes pleie- og omsorgstjenester i 2003:

Tabell 2.1. Utdanningsbakgrunn nyansatte 2003

Utdanning	Andel
Omvårdnadsprogrammet	18 %
Komvux	25 %
Annen pleierutdanning	8 %
Annen gymnasial utdanning	37 %
Førgymnasial utdanning	12 %

Av de nyansatte har altså færre enn hver femte gjennomgått OP. Den største gruppen nyansatte utgjøres av personer med annen gymnasial utdanning. Den nest største har pleierutdanning, fortrinnsvis OP fra Komvux, som er programmet for de voksne elevene. Bare 12 prosent har førgymnasial utdanning.

Oversikten forteller oss ulike ting. Den viser at ungdomsrekrutteringen gjennom OP, som skulle bli hovedveien inn i omvårdnadsyrkene, er av relativt beskjeden betydning, mindre enn mange ville trodd. Voksenrekrutteringen gjennom Komvux er større. Nå forteller ikke undersøkelsen om de nyansatte tidligere har vært i sektoren. Vi kan derfor ikke uten forbehold slutte fra at de har denne utdanningsbakgrunnen til at de rekrutteres gjennom disse utdanningsordningene. Særlig for Komvux sin del, kan man anta at en del har lang praksis fra sektoren før de tok utdanning.

Oversikten viser ellers at omtrent halvparten av de nyrekrutterte er såkalt ufaglærte, men som følge av det generelt høye utdanningsnivået i Sverige, har minst tre fjerdedeler av disse gjennomgått en annen gymnasial utdanning enn den rettet mot pleie- og omsorg. Det er særlig disse som er kandidater til ulike voksenopplæringstiltak.

Det finnes ulike måter å forstå disse tallene på. For det første kan man slå fast at koplingene mellom utdanning og arbeid i dette feltet i Sverige er svært så løse. Man kan også ved å sammenligne andelen med pleie- og omsorgsutdanning blant de nyutdannede

<sup>29</sup> SOU 1998: 51.

med de som allerede er ansatt, være fristet til å konkludere med at andelen med utdanning synker. Da forutsetter man imidlertid at normalveien går via utdanning til arbeid. Forutsetter man det motsatte, nemlig at normalveien i denne sektoren alltid har vært at man starter som ufaglært og tar utdanning etter noen år, behøver ikke tallene indikere noe fall i utdanningsnivået.

## De unge og de voksne elevene

Det viktigste arbeidsmarkedet for de som tar dette programmet er eldreomsorgen. Eriksson og Gunnarsson (1997) viser imidlertid i sin avhandling at bare 11 prosent av de daværende avgangselevne i OP oppga at de ønsket å arbeide med eldre mennesker. Interessen hadde minsket, ikke økt i løpet av utdanningen. Når de startet utdanningen hadde en tredjedel oppgitt at interessen for eldreomsorg. De fleste av elevene oppgir at de ikke har noe i mot eldre, men at de bare ikke ønsker å arbeide med dem. Forfatterne mener en forklaring kan være en kulturkollisjon; den raske pulsen og avhengigheten av kamerater i ungdomskulturen er lite forenlig med det å arbeide med eldre. Det vises også til Ziehe (1986) som peker på den vanvittig forsterkede redselen for å eldes blant dagens ungdom. Herlitz og Lundgren (2005) har gjennomført en undersøkelse blant OP-elever ved gymnasskoler i Dalarna. De finner at få av de intervjuede tenkte på eldreomsorgen som et interessant yrkesområde når de søkte på OP. Ingen av dem har særlig kontakt med eldre på fritiden. Bare 7 prosent av elevene trodde de kom til å arbeide i eldreomsorgen i brorparten av sin yrkeskarriere. Det som lokket dem var arbeid innenfor sykehus, ambulanse og omsorg for barn og unge. Begrunnelsen var at dette var arbeid som hadde gode forutsetninger for å lede til framgang hos pleiemottakerne, og det var dessuten langt mer varierende enn eldreomsorgen.

Eriksson og Gunnarsson (1997) reiser også spørsmålet om det trengs en form for «omsorgsmodenhet» for å arbeide innenfor omsorgsfeltet, en modenhet de færreste ungdommer har.

Enkelte skoler betoner sterkt bredden i mulighetene innenfor OP.<sup>30</sup> Mulighetene for jobb ligger ikke bare i eldreomsorgen, men også i mer «fartsfylte» områder, som blålysykker i ambulanse og redningstjeneste. Noen har lykket å øke rekrutteringen gjennom slike tiltak, men møter med en slik strategi etter hvert problemer, enten ved at det ikke er nok praksisplasser innen disse områdene, eller at det ikke fins arbeidsplasser. Rekrutteringsproblemen ligger først og fremst i eldreomsorgen.

Flere undersøkelser viser at elevene i omvårdnadsprogrammet opplever sine studier som meningsfulle. De opplever gjennom praksistiden at de blir satt pris på av brukerne, og at de gjennomgår en modningsprosess og utvikler en evne til empati de mener andre elever ikke gjør (Eriksson og Gunnarsson 1997, Herrmann 1998). Det er dermed mye som tyder på at det ikke er selve utdanningen det i første rekke er svakheter ved.

I Erikssons undersøkelse fra 2001 blant 100 relativt nyutdannede var hovedbegrunnelsen for å søke utdanningen kompetanseøkning. Den nest viktigste årsaken var

---

<sup>30</sup> Kilde: Skolverket (2002).

arbeidsløshet. De fleste fikk ulike former for offentlig utdanningsbidrag<sup>31</sup> mens de var elever. Dette er en del av det såkalte Kunnskapslyftet, en femårig satsing på voksenopplæring som foregikk fra 1997–2002. Denne var både motivert av ønsket om å få ned arbeidsløsheten og om å øke veksten gjennom heving av utdanningsnivået blant voksne.<sup>32</sup>

I motsetning til studier av ungdom, som viser at akuttpleien er det mest attraktive, så hadde de fleste voksne elevene søkt seg til den kommunale eldreomsorgen etter endt utdanning. Bare om lag 20 prosent søkte seg til sykehus. Mens de fleste som søkte i kommunene fikk fast ansettelse, fikk ingen av de som søkte sykehus dette. De fikk enten avslag eller tilbud om et vikariat (Eriksson 2001).

Arbeidet med et system med såkalt validering av uformell kompetanse hos voksne er i sin spede begynnelse i Sverige, men vi har foreløpig ikke funnet noen studier som har sett nærmere på dette.

## Rekrutteringsutfordringer og kompetansebehov

Rekrutteringen av ungdom til det såkalte omvårdnadsprogrammet er ikke på mer enn rundt 3000 pr. år, noe som ikke er i nærheten av behovet i arbeidsfeltet. Etter at 30 prosent har falt fra gjennom utdanningen, går rundt 80 prosent av de som har gjennomført utdanningen til jobb i sektoren. Antallet blir dermed så lavt at det er vanskelig å slutte at man her har å gjøre med en spesielt tett forbindelse mellom en utdanningsordning og et yrke.

Rapporten *Investera nu* viser at man med nåværende utdanningsdimensjonering vil mangle om lag 200 000 personer med omvårdnadsutdanning i 2015. Dette inkluderer vårdbitråden, underskoterskor, skötare, boendestödjare, personliga assistenter, vårdare m.fl. Rapporten anbefaler at omvårdnadsprogrammet, som altså er et treårig gymnasprogram for helse og sosialsektoren, blir en minimumsplattform for de som skal arbeide i sektoren. Ut fra dette er rekrutteringsutfordringene formidable. De anbefaler en rekke tiltak både på rekrutteringssiden og når det gjelder organiseringen av arbeidet som skal bidra til å bedre forholdene. De satser på å øke rekrutteringen av ungdom, men legger også stor vekt på å øke rekrutteringen av voksne, som de ser er den klart viktigste.

Erkjennelsen av at man er avhengige av å rekrutterer voksne, ofte uten yrkesutdanning, har sammen med kritikken av den ujevne kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene, gjort at man nå satser stort på kompetanseheving gjennom det regjeringsinitierte prosjektet Kompetensstegen.<sup>33</sup> Fra 2005 til 2007 stilles det om lag 1 milliard svenske kroner til rådighet for svenske kommuner slik at de kan sette i verk tiltak for å heve pleie- og omsorgspersonalets kompetanse. Selv om tiltakene kan omfatte ulike former for oppskolering og kurs, rettes mye av oppmerksomheten inn mot å gi ufaglærte muligheter for yrkesutdanning. Et eget prosjekt med betalte vikarer skal sikre disse permisjon for utdanning. Vikarene forutsettes rekruttert blant arbeids-

---

<sup>31</sup> Särskilt utbildningsbidrag (UBS) omfatter Särskilt vuxenstudiestöd (SVUX) og Särskilt vuxenstudiestöd för arbetslösa (SVUX-A).

<sup>32</sup> SOU 1998: 51.

<sup>33</sup> Komitedirektiv 2004: 162.

løse. Slik sikter man mot at dette tiltaket kan finansieres delvis gjennom en reduksjon av arbeidsledighetsbudsjettene og også bringe ledige i arbeid.

## Arbeidet

Flere relativt ferske studier retter oppmerksomhet mot problematiske sider ved underskøterskornas og vårdbiträdenas posisjoner innenfor pleie og omsorgsarbeid i dag, både i sykehussektoren og innen eldreomsorgen. Mange underskøterskor opplever at yrket deres har blitt deprofesjonalisert gjennom 1990-tallet, mye gjennom at oppgaver de tidligere ble ansett kvalifisert til å gjøre er overtatt av sykepleierne (Wreder 2005, Ahlen et al. 2000). Selv om utviklingen åpenbart startet tidligere, knyttes mye av frustrasjonen til bestemmelsen om delegering som Sosialstyrelsen gjennomførte i 1997. Etter dette må underskøterskorna gjennom en individuell vurdering og få et skriftlig samtykke før de kan utføre mer medisinskorienterte oppgaver de tidlige kunne gjøre i kraft av sin utdanning. Men det kan være slitsomt hele tiden havne i situasjoner hvor de både må hevde og dokumentere hva en har fått delegasjon til å utføre. Derfor har Kommunal, det forbundet som organiserer denne gruppen, tatt initiativ til et såkalt kompetansekort.<sup>34</sup> De stedene dette benyttes, bæres det i form av et skilt på brystet som viser hvilke oppgaver den enkelte underskøterska har delegasjon til å utføre. Det understrekes at en slik delegasjon gjelder overalt på det sykehuset eller den institusjonen hvor man er ansatt, men altså ikke på tvers av institusjoner eller arbeidsplasser. Mens noen opplever dette som et framskritt i forhold til situasjonen slik den hadde utviklet seg etter at delegasjonssystemet ble innført, påpeker andre at dette dreier seg om å sette hele gruppen mange år tilbake i forhold til hvor de var før delegasjonssystemet.

En annen følge av den deprofesjonaliseringen denne gruppen ser ut til å ha gjennomgått, dreier seg om at grensene i forhold til gruppen under, vårdbiträden, har blitt ganske utydelige (ibid.). Enkelte reiser således spørsmålet ved meningen i å ta en utdanning på dette nivået (Wreder 2005).

Underskøterskorna og sköterna har aldri hatt egen yrkesorganisering.<sup>35</sup> De har i stedet vært organisert i Kommunalarbetarförbundet, som på mange områder er en parallell til det norske Kommuneforbundet, senere Fagforbundet. Enkelte beskrivelser peker i retning av at dette forbundet har hatt en noe ambivalent holdning til yrkesprinsippet, ikke minst underskøterskornas krav om såkalt legitimation for å beskytte eget yrkesfelt. Dette er ikke unaturlig så lenge de organiserer på tvers av yrkene. Den andre store gruppen de organiserer på feltet, vårdbiträden, representerer gruppen nederst i pleiehierarkiet. De som kommer fra de mer sosialfaglig orienterte områdene, har opplevd at eldreomsorgen er blitt stadig mer medisinerorientert etter at hjemmehjelp og hjemmesykepleie er blitt koplet sammen. Kontakten med klientene, som for de fleste var den mest verdifulle delen av hjemmehjelpsjobben, blir stadig nedprioritert til fordel for pleieoppgaver, som utføres av andre. Det som blir igjen til vårdbiträden, er de minst statuspregede oppgaver som husvask (ibid.).

---

<sup>34</sup> Kilde: Kommunals nettsider 16.06.05.

<sup>35</sup> Et unntak var de psykiatriske pleierne som hadde et eget fagforbund før 2. verdenskrig (Emanuelsson 1990).

I en studie av unge, nyutdannede pleiere fra omvårdnadsprogrammet, felles det en ganske knusende dom over hvordan de opplever det å arbeide innen eldreomsorgen (Herlitz og Lundgren 2005). Ungdommene føler seg ikke spesielt godt ivaretatt, de opplever manglende faglig og personlig støtte, få videreutviklingsmuligheter og lite tilfredsstillende med arbeidet. I tillegg oppleves ansettelsesforholdene som utrygge. Man kan saktens reise spørsmål ved om ikke disse karakteristikkene reflekterer spekter ved lavere utdannet ungdoms arbeidssituasjon mer generelt. Herlitz og Lundgren (2005) har gjort et forsøk på å sammenligne eldreomsorgen med andre bransjer og konkluderer med at den skiller seg negativt ut når det gjelder jobbtilfredsstillende, ikke minst når det gjelder selvstendighet i arbeidet og muligheter for å ta initiativ. For øvrig pekes det i denne rapporten på konflikten mellom ungdoms behov for at variasjon, raske endringer osv i forhold til eldreomsorgens modus. Man reiser også spørsmål ved om eldreomsorgen preges av en homososial kultur, hvor ungdom i liten grad føler seg akseptert. I studien konkluderes med at en rekke tiltak må settes i verk om en skal ha muligheter til å rekruttere tilstrekkelig med kompetent personale i eldreomsorgen i framtiden.

### Skape et helt yrkesfelt

På slutten av 1990-tallet ble det utarbeidet et opplegg for en egen høyskoleutdanning spesielt for de som hadde gjennomgått omvårdnadsprogrammet og hadde yrkeserfaring som underskøterskor, mentalskötare eller barnsköterskor (Johansson 1997). Hensikten skulle være å heve dette arbeidsfeltet gjennom en akademisering. Man ville oppnå en

«økad teoretisk/praktisk tyngd och tydlighet över de tjänster/arbetsfunktioner som förutsätter genomgången gymnasieutbildning inom vård och omsorg och som ger möjligheter til kunskapsutveckling och ny tjänsteutveckling från de nuvarande arbetsfunktionarna» (ibid.).

Dette kan ses som en måte å komme rundt sykepleiens dominerende posisjon på, og som en reaksjon på at det er lagt lokk på de underordnedes utviklingsmuligheter, både i utdanningssystemet og gjennom systemet med legitimation i arbeidslivet. Det legges likevel vekt på at utdanningen skal være komplementær – ikke en erstatter i forhold til – de eksisterende høyskoleutdanninger.

I beskrivelsen av den akademiske pleie- og omsorgsutdanningen heter det at den skal bygge på dagens yrkespraksis og erfaring innenfor underskøterskafeltet, den pasientnære pleien og omsorgen med vekt på en allsidig psykisk, fysisk, sosialt og kulturell ivaretagelse av mennesket. Det snakkes om et samfunn i utvikling med mer krevende og individuelle krav fra brukerne. Det formuleres samtidig behov for å utvikle kreativitet og entrepenørskap for å kunne utvikle nye tjenesteformer. Samtidig legges det også opp til at medisinsk utdanning skal inngå. Dette kan tolkes som et svar på de nye reglene om legitimasjon og delegasjon, som har fortrent underskøterskorna fra sine tidligere arbeidsoppgaver.

Det vises til at til tross for de store strukturelle omveltningene som har skjedd innenfor samfunnet og dets pleie og omsorg, så er ikke de underordnede pleiergruppene oppgaver borte. De mangler imidlertid verktøy for å skaffe seg innflytelse over sin egen yrkesutvikling og sitt eget arbeidsmarked. Dette mener man kan gjøres gjennom oppbyggingen av en slik utdanning hvor den kollektive kunnskapen

systematiseres, dokumenteres og føres videre. Utdanningen skal også ha som formål å utdanne lærere og administratorer.

Det er omvårdnadspedagogikkutdanningen ved Universitetet i Göteborg<sup>36</sup> som har tatt initiativet til utdanningen. Det som har særpreget omvårdnadspedagogikkutdanningen i Göteborg er at den har utdannet lærere til både sykepleierutdanning og omvårdnadsprogrammet. Dette, sammen med de to utdanningenes historiske fellesskap, har trolig hatt en betydning også for forskerblikket på disse utdanningene.

## Oppsummering Sverige

Det første som slår en som spesielt for Sverige er den tilsynelatende nære koplingen mellom sykepleieryrket og spesielt de såkalte underskötterskorna i etterkrigstiden. Det ble gradvis etablert et sammenhengende utdanningssystem, og underskötterskorna fikk overført helt konkrete arbeidsoppgaver fra sykepleierne. Dette bidro til å bygge ned avstanden mellom sykepleiere og underskötterskor. Dette medførte en hevet status for underskötterskorna, men kan på samme tid ses som en hindring for sykepleiernes akademisering. Slik sett representerte det kanskje et slags høydepunkt for «jämlikhets-Sverige» på dette feltet. Det interessante spørsmålet er hvorfor den utdanningsmessige koplingen ble brutt. Vi har foreløpig ikke funnet begrunnelser som tar utgangspunkt i at dette ikke fungerte produktivt i arbeidsfeltet eller for rekrutteringen. Forklaringene er i stedet knyttet opp mot enten sykepleiernes egne profesjonaliserings- og akademiseringsbestrebelse, eller harmonisering i forhold til EUs politikk for gjensidig godkjenning av utdanning mellom medlemsland. Det siste må vel anses som et ytre argument. Muligens vil en måte å karakterisere det på være at sykepleierprofesjonen sto relativt svakt under den sosialdemokratiske høykonjunkturen, noe som tjente gruppene under, som dermed fikk en relativt god status tatt i betraktning av at de ble opprettet som assistentgrupper. Dette har nå endret seg fundamentalt gjennom at sykepleierne gjennom akademisering har hevet seg, i stor grad på bekostning av gruppene under.

Et annet interessant utviklingstrekk gjelder forholdet mellom ungdoms- og voksenrekruttering, som også henger sammen med hele systemet for yrkesutdanning, og selvsagt også med den forannevnte problematikk. Det tradisjonelle rekrutteringsmønsteret til de underordnede posisjonene i pleie og omsorg var å rekruttere voksne uten noen form for yrkesutdanning. Disse fikk opplæring på arbeidsplassen, og etter krigen gradvis også det en kan definere som utdanning. På 1960-tallet ble det etablert en underskötterskautdanning, som allerede på begynnelsen av 1970-tallet ble integrert som en egen vårdlinje i det allmenne gymnassystemet og i den anledning dreid mot ungdom. Man klarte tilsynelatende å beholde den gode søkningen til utdanningen til et stykke ut på 1980-tallet. Nedgangen i søkningen til ungdomsutdanningen en da fikk ser ut til å være knyttet til endringer i arbeidsfeltet, både marginaliseringen i sykehussektoren og overgangen til eldreomsorgen på den ene siden, og på den andre den samtidige innstramningen i offentlige finanser, som bidro til arbeidsledighet i pleie- og omsorgssektoren. På utdanningssiden hadde trolig det at man ikke lengre var koplet til

---

<sup>36</sup> Nå pensjonert professor Britt Johansson har ført forslaget i pennen.



sykepleierutdanningen en negativ effekt. Mens sykepleierne fikk et statusløft, opplevde underskøterskorna det motsatte.

Det såkalte omvårdnadsprogrammet ble lansert på begynnelsen av 1990-tallet. Det kan stå som en markør for mange skifter;

- fra yrkesutdanning til såkalt yrkesforberedende utdanning
- fra utdanning for sykehus og institusjoner til utdanning for eldreomsorg
- fra utdanning for spesialiserte funksjoner til utdanning for helhet, forståelse og refleksjon
- fra utdanning av spesielt interesserte til utdanning av de minst skolemotiverte

Totalt sett gir den litteraturen som finnes om dette ganske entydige beskrivelser av at omvårdnadsprogrammet forbindes med lav status i utdanningssystemet. Overgangen til en yrkesforberedende utdanning og den lave rekrutteringen til denne har som konsekvens en frakopling av utdanningen fra det bestemte arbeidsfeltet. Søkningen er halvert det siste tiåret, og nå, når arbeidsledigheten er på et langt lavere nivå i Sverige enn den var en periode, blir det tydeligere at eldreomsorgen lider av statusproblemer blant ungdom.

Parallelt med ungdomsutdanningen har imidlertid svenske myndigheter hele veien satset på voksenopplæring innen pleie og omsorg, ikke minst gjennom en særegen organisering og egne læreplaner. Disse ordningene har bidratt til å opprettholde rekrutteringen av utdannet personell på dette området. Satsingen på voksne var særlig stor under det såkalte Kunnskapslyftet fra 1997–2002, men i nyere utredninger kommer det fram at myndighetene generelt ser rekruttering av voksne som avgjørende for pleie- og omsorgsfeltet. Derfor har de nå satt i gang et nytt prosjekt for å utdanne voksne i sektoren, den såkalte Kompetensstegen.

Det som karakteriserer forholdet mellom utdanningssystemet og dette arbeidsfeltet er det man kan kalle svært løse koplinger. Ungdomsutdanningen, som skulle bli hovedveien inn i pleie- og omsorgsjobbene, rekrutterer færre enn hver femte. Mange har voksenopplæring i omvårdnadsprogrammet, mens de fleste har ulike andre gymnasiale utdanninger når de starter sin arbeidskarriere her. I tillegg har mange mye arbeids- erfaring og omsorgserfaring.

Ser en på sammensetningen av personalet i det som i dag er hovedarbeidsområdet for de underordnede pleiergruppene, nemlig eldreomsorgen og handikapomsorgen, så er sykepleierandelen ekstremt lav sammenlignet med de øvrige nordiske land, bare fem prosent. Til tross for at Sverige har en tradisjon for utdanning av sosialfaglige ledere i eldreomsorgen, kan det se ut som om sykepleierne har en økende innflytelse når det gjelder hva slags behandlingsparadigme som skal styre. Prioriteringen av medisinsk-faglige oppgaver på bekostning av mer sosialfaglige sammenfaller svært ofte med kommunenes prioriteringer innenfor trange budsjetter.

Det siste vi vil trekke fram gjelder interesseorganiseringen. De underordnede pleiergruppene var tidlig ute med å organisere seg. De valgte LO, og markerte dermed en sterkt avvikende profil sammenlignet med sykepleierne, som prioriterte yrke, samtidig

som de markerte avstand til fagforeningslinjen. På den ene siden ga LO-organiseringen gitt dem en tilknytning til en dominerende fagorganisasjon og til det sosialdemokratiske partiet som har hatt regjeringsmakten i mesteparten av perioden vi har sett på. Denne organisasjonstilknytningen har på den andre siden betydd en nedtoning av yrkesprinsippet til fordel for en tariffpolitisk profil. Man kan reise spørsmålet om fordelene kontra ulempene ved en slik strategi i forhold til å sikre de underordnede pleiergruppens posisjon.

## 3 Finland

### Datagrunnlag

Språkbarrierene gjør det til en atskillig mer komplisert oppgave å gi en god oversikt over kunnskapsstatus for rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgssektoren i Finland sammenlignet med Danmark og Sverige. Selv om landet offisielt er tospråklig, oppdager man raskt at det er begrenset hva som er oversatt til svensk, og det er ikke alltid lett å finne fram til dette. Selv om finske forskere er flinke til å publisere på engelsk, representerer dette prosjektet tross alt et felt som lite opparbeidet rent forskningsmessig. At det likevel har latt seg forsvare å lage en slik kunnskapsstatus, skyldes i stor grad hjelp og tilretteleggelse fra to gode finske kolleger, Sirpa Wrede, som er akademiforskare ved Finlands Akademi og Lea Henriksson, forsker ved Sosiologisk Institutt ved Universitetet i Tampere. I tillegg til å øse av sin egen opparbeidede kunnskap om sektoren, utdanningene og yrkene,<sup>37</sup> har de bidratt med tips om det likevel relativt smale tilfanget av relevant litteratur på svensk og engelsk. Utover dette har vi hatt særlig god nytte av statistikkene til Stakes, forsknings- og utviklingsenheten til det finske sosial- og helseministeriet. Vi har også møtt stor velvilje når det gjelder å framskaffe data, både hos Aira Rajamäki i den finske utdanningsstyrelsen og hos fagorganisasjonen Super.

### Betegnelser på utdanning og yrker

Som i Sverige er sykepleier og sykepleierutdanning entydige betegnelser i Finland for hele perioden vi behandler. Når det gjelder utdanningene under, het den første hjålp-sköterskeutdanningen. Den ble etter hvert omdøpt til primärvårdarutdanningen, forlenget og tilpasset de gymnasiale utdanningene. Gjennom den siste reformen, i 1995, ble utdanningen omdøpt til närvårdarutdanningen. Samtidig tok den opp i seg en rekke andre, tidligere helse- og sosialutdanninger på samme nivå. Av disse var hemvårdarutdanningen den eldste, fra før andre verdenskrig. Den var rettet mot sosialt arbeid i familien. Hjemmehjelpsutdanningen kom senere og var langt kortere. Yrkestitlene følger stort sett utdanningsbetegnelsene.

### Pleieutdanningenes historikk

Allerede i 1867 ble den første sykepleierutdanningen etablert i Finland, da som diakonisseutdanning, og to tiår senere fulgte den sekulære sykepleierutdanningen. I 1929 fikk de finske sykepleierne innfridd sitt krav om en treårig utdanning, tross sterk motstand fra dem som mente dette var en alt for omfattende utdanning. Ikke minst legestanden hadde ønsket seg en kortere sykepleierutdanning og i stedet flere sykepleiere (Henriksson 1999).

Det finnes lite tilgjengelig materiale på engelsk eller svensk om oppstarten av utdanning for de underordnede pleiergruppene i Finland. I en artikkel om sykepleien under krigen, tar imidlertid Lea Henriksson (1999) for seg det som kan sies å ha dannet

---

<sup>37</sup> Deler av dette ble presentert i et seminar ved Rokkansenteret, Universitetet i Bergen, 11. november 2005.

bakgrunnen for opprettelsen av de første hjelpskøterskeutdanningene i 1946. Det var krigens realiteter med stort behov for pleie parallelt med knapphet på ressurser som presset fram nye løsninger på sykepleieproblemet. Spørsmålet var ikke lengre *om* man skulle åpne opp for pleiere med langt kortere opplæring, men *hvilke oppgaver* som skulle overlates til det nye personellet, og hvilken *posisjon* de skulle ha. Ville det å overlate pleieoppgaver til det nye personellet på sikt true sykepleiens grunnlag?

Allerede i 1939 hadde det blitt opprettet en hjemmehjelpsutdanning som sykepleierne var meget skeptiske til, fordi de mente den la for mye vekt på sykepleie framfor mer husarbeidspregede oppgaver. Utdanningen av denne gruppen, hemvårdare, tok sikte på å etablere en gruppe som skulle bistå familier som trengte hjelp på grunn av sykdom eller andre forhold som satte dem helt eller delvis ut av funksjon. Det innebar at en hemvårdare måtte ha brede kvalifikasjoner, ikke bare elementær sykepleie og husholdsoppgaver; i det agrare samfunnet måtte de også kunne trå til i fjøsstellet og andre oppgaver som hørte gårdsdriften til (Simonen 1991). Hemvårdarutdanningen, som gradvis utviklet seg til å bli 2½ år lang, var ikke rettet mot eldreomsorg, men mot familienes behov. I 1950- og 60-årene, i takt med at det offentlige overtok en større del av ansvaret for eldreomsorgen, ble imidlertid gruppens arbeidsoppgaver endret til nettopp å dreie seg om eldre. I tillegg ble en ny gruppe uten særlig omfattende utdanningskrav etablert på 1960-tallet, nemlig hjemmehjelpene (ibid.). Denne gruppen var fra starten av ment spesielt for den voksende, offentlige eldreomsorgen.

På tross av sykepleiernes bekymringer for nye utdanninger som spiste seg inn på deres jurisdiksjon, ble det etablert en hjelpskøterskeutdanning i 1946 som nettopp var innrettet på å avlaste sykepleien innen dens kjerneområde, pleien, og til å begynne med, spesielt i sykehus. Til tross for oppstarten av denne utdanningen, skulle det likevel ta lang tid før hjelpskøterskorna ble en etablert kategori, og først i 1962 ble det et offisielt yrke (Paasivaara m.fl. 2000). Rekrutteringen til utdanningen skjedde til å begynne med gjennom arbeidet. Før man kunne søke på hjelperutdanningen på 9 måneder, måtte man ha minst tre måneders praksis i pleiarbeid bak seg (Grönholm 2003). Utdanningen kan slik sett sies å ha startet som en opplæring av det ufaglærte pleiepersonalet i sykehusene. Simonen (1995) framhever betydningen av arbeidstidsreformer for den raske veksten i hjelpepersonell i sykehus på 1950- og 1960-tallet. Sykepleierne var dyre og ansette, og mange sykehus løste arbeidskraftbehovet ved å ansette personale med kortere utdanning.

Hjelpskøterskeutdanningen fikk gradvis et sterkere skolepreg, og i løpet av 1960-tallet ble den forlenget til ett år inklusive praksisutplasseringsperioder, mens kravet til forpraksis ble fjernet. I løpet av 1970-tallet ble utdanningen forlenget igjen, nå til 1½ år. Fra denne perioden har vi ikke klart å oppdrive historiske data som kan vise rekruttering eller rekrutteringsmønstre i den finske hjelpskøterskeutdanningen, men det finnes klare holdepunkter for at den rekrutterte relativt bredt. Ikke minst vises dette gjennom at det i 1987 i forbindelse med en generell reform av det videregående utdanningssystemet i Finland, ble gjennomført en ny endring hvor utdanningen, nå kalt primærvårdarutdanningen, ble forlenget til 2½ år for ungdom som bare hadde niårig skole, mens det ble beholdt et utdanningsløp på 1½ år for de som hadde studenteksamen, dvs. gjennomført allmennfaglig videregående utdanning (ibid.). Dette brede rekrutteringsmønsteret finnes, som vi skal komme tilbake til, fremdeles.

I løpet av 1960- og 1970-tallet fikk, i tillegg til primærsköterskorna og hemvårdarna, en rekke andre grupper på omtrent samme nivå innen ulike felt av helse og sosial sine yrkesutdanninger. Det gjaldt blant annet mentalvårdare, vårdare för utvecklingsstörda og barnvårdare.

Å utdanne seg som hjälpsköterska på 1970-tallet innebar å gå inn i en livslang heltidskarriere i yrket (Simonen 1995). Av de som utdannet seg i 1971 var hele 82 prosent fortsatt i yrket i 1988. Utdanning og arbeid ga ikke grunnlag for å søke sykepleierutdanning i denne perioden, og kun gjennom at det ble gitt noen dispensasjoner forkom det noen slike overganger (ibid.).

## 1995-reformen

I 1995 ble alle disse, til sammen 11 ulike helse- og sosialutdanninger på videregående skoles nivå, samlet under en ny generalistutdanning, under betegnelsen närvårdare. Reformens retorikk handlet om å gi gruppene lavest i yrkeshierarkiet et bredere yrkesfelt (Wrede og Henriksson 2005). Hensikten var også å etablere en fleksibel gruppe som kunne arbeide innenfor en rekke funksjoner på tvers av det gamle skillet mellom helse- og sosialsektorene (Paasivaara m.fl. 2000). Utdanningen var på 2½ år, inklusive praksisperioder. Selv om det lå innebygd at elevene kunne velge ulike fordypninger på 20 uker, var tanken at arbeidslivet – etter at elevene hadde fullført skoleutdanningen – skulle ha ansvaret for den spesialiseringen som gjorde de utdannede generalistene anvendelige i ulike deler av arbeidsfeltet.

Yrkesrollen til den nye närvårdaren forble imidlertid uklar, og etter mange mening svært begrenset (ibid.). Etter bare få år fant man imidlertid ut at dette ikke fungerte tilfredsstillende. Med utdanningsmyndighetene og det finske kommuneforbundet som de sentrale drivkrefter endret man modellen nok en gang (Wrede og Henriksson 2005). Utdanningen som närvårdare ble forlenget til tre år. Elevene måtte nå etter to års mer generell helse- og sosialutdanning velge mellom ni ulike utdanningsprogram det tredje året;

- akuttvård
- rehabilitering
- vård och fostran av barn och unga
- mentalhälsoarbete och missbrukarvård
- sjukvård och omsorg
- mun- och tannvård
- handikappomsorg
- Äldreomsorg
- Kundbetjäning och informationshantering

På mange måter kan det se ut som om man er tilbake til den oppdelingen i ulike utdanninger man hadde før 1995. Det er etablert klare innholdsmessige skiller mellom programmene.<sup>38</sup> Mens programmet for vård og fostran av barn- og unga legger hovedvekten på at elevene skal forstå barns fysiske, kognitive og sosioemosjonelle utvikling, samt familieinnrettet sosial- og nettverksarbeid, har programmet for sjukvård og omsorg en klar innretning mot somatisk sykepleie. Eldreomsorgsprogrammet legger på sin side særlig vekt på den sosiale delen av eldreomsorgen, selv om det også her er krav til pleiekunnskap. Dette programmet ble etablert i et forøk på å høyne kompetansen og statusen i dette arbeidet (Wrede og Henriksson 2005). Til tross for spesialiseringen er imidlertid fortsatt intensjonen at det skal ligge en generalistkompetanse som nærvårdare i bunnen, slik at man lettere skal kunne søke seg på tvers innenfor helse- og sosialsektoren.

### Ungdom og voksne velger ulikt

Når elevene siste år velger det utdanningsprogrammet de vil spesialisere seg innen, velger de fleste ungdommene barn- og ungdomsprogrammet, som i hovedsak åpner for jobbmuligheter i barnehager, eller de velger sykepleie- og omsorgsprogrammet som de i hvert fall håper kan gi jobb i somatiske helseinstitusjoner, som sykehus. Også mentalhølsøarbeid og misbrukarvård er et populært program blant de unge, men jobbmulighetene på området er usikre. Av de absolutt minst populære blant ungdom er det programmet som er rettet mot feltet med det desidert største arbeidskraftbehovet, nemlig eldreomsorgsprogrammet. Dette utdannet i 2004 bare 248 elever fra den ordinære ungdomsutdanningen (se tabell 1).

De voksne velger derimot først og fremst eldreomsorg, deretter sykepleie og omsorg. De velger derimot i svært liten grad barne- og ungdomsprogrammet, og heller ikke programmet for akutvård. Når vi konsekvent snakker om *valg* i denne sammenhengen, er det viktig å legge til at dette selvsagt et svært relativt begrep. Valgene er i stor grad begrenset av hvilke av disse studietilbudene som finnes på elevenes hjemsplass, dernest av konkurransen om de plassene som finnes på de aktuelle kursene, og til slutt også av forventningene til de ulike grupper elever. Likevel gir disse fordelingene klare indikasjoner på ulikheter i de unge og de voksnes orienteringer.

---

<sup>38</sup> Jf. Föreskrift 7/011/2001.

Tabell 3.1. Axlagte eksamener 2004 fordelt på ordinær ungdomsutdanning og voksenkurs i videregående skole

Utdanning basert på	Ungdom	voksne
	Ordinært kurs	Avkortet kurs
Up for kundbetjening og informationshantering	66	34
Up for mun- og tandvård	126	35
Up for handikappomsorg	168	133
Up for rehabilitering	184	112
Up for akuttvård	245	45
Up for eldreomsorg	248	649
Up for mentalhølsøarbete og missbrukarvård	453	221
Up for sjukvård og omsorg	831	552
Up for vård og fostran av barn og unga	887	168

Kilde: Utbildningsstyrelsen

## Livslang læring i et sammenhengende og fleksibelt system

En evaluering gjort i 1997 konkluderte med at det var få av de unge, nyutdannede nårvårdare som valgte å praktisere yrket (Rintala og Elovainio 1997). Svært mange gikk direkte videre til høyskolesystemet, for eksempel til sykepleierutdanning, slik det var åpnet for gjennom reformen.

Selv om noen vil fortolke dette som dysfunksjonelt, er det i stor grad også i tråd med tenkningen og prinsippene bak utbyggingen av det finske utdanningssystemet. Hovedprinsippet bak de siste tiårs utvidelser og systematisering av utdanningsordningene har vært livslang læring, i en finsk tapning (Pohjonen 2002). Med 9 (10) års grunnskole i bunn, velger 16-åringene mellom gymnas og yrkesutdanning. Via begge disse utdanningsveiene kan elevene gå direkte videre til høyere utdanning. Yrkesutdanning markedsføres kraftig i Finland. Landet har også i perioden bygget ut et omfattende yrkeshøyskolesystem, parallelt med universitetssystemet, som representerer en alternativ utdanningsbane for de med såkalt grunnleggende yrkesutdanning (ibid.). At yrkesutdanningen ses som en likeverdig vei også til videre utdanning er et prinsipp som fikk gjennomslag i Finland allerede på begynnelsen av 1970-tallet, og kan trolig også ses i sammenheng med at staten, representert ved utdanningsmyndighetene, allerede da hadde innlemmet denne delen av utdanningsfeltet helt under sin styring (Klemelä 1999).

Det ses også som en naturlig karrierevei å gå fra gymnas over til yrkesutdanning, og da ikke bare på høyere nivå, men også «horisontalt» til de grunnleggende yrkesutdanningskursene. Man legger også til rette for dette gjennom å forbeholde 15–20

prosent av utdanningsplassene i yrkesutdanningene på sekundærnivået til elever som har gymnasutdanning.<sup>39</sup>

Selv om man forsøker å gjøre ungdomsutdanning til en hovedvei inn i de ulike fag og yrker på videregående skoles nivå, så er man altså samtidig veldig opptatt av å legge til rette for en bred rekruttering til yrkesutdanningene. Sammen med de elevene som har gymnasbakgrunn følger de voksne som søker grunnleggende yrkesutdanning et komprimert kurs, som i utgangspunktet er toårig. Kurset kan avkortes ytterligere dersom en kan dokumentere tidligere relevant praksis og utdanning, men ett år er minsteutdanning.<sup>40</sup> Mange av de voksne elevene benytter også muligheten de er gitt til å velge bort allmennfagene. De får da full yrkeskompetanse, men ikke studiekompetanse som de øvrige elevene.

Sosial- og helseutdanningen har så mye som 30–40 prosent elever som følger slik avkortet utdanning i videregående skole. Noen voksne følger også den ordinære 3-årige ungdomsutdanningen. I tillegg til videregående skole finnes det etter hvert en rekke andre veier inn i nårvårdaryrket. Noen arbeidsgivere, som oftest kommuner, kjøper kurs til sine ufaglærte ansatte. Man har også introdusert et system med vurdering av kompetansebaserte kvalifikasjoner, et slags realkompetansesystem (Pohjonen 2002). I tillegg til dette har man et system med lærekontrakter, som også omfatter pleie- og omsorgssektoren. Omfanget er foreløpig ikke stort, til tross for at dette er noe myndighetene ønsker å satse på. Blant annet hevdes det at arbeidsgiverne er skeptiske til å inngå lærekontrakter med ungdom, og det er svært vanskelig å få læreplass for eksempel på sykehus.<sup>41</sup> Det ble referert til at arbeidsgiverne synes det var dyrt med lærlinger, og den manglende tradisjonen for å ta et eget opplæringsansvar kommer også til syne ved at skolene må betale rundt 1000 kroner måneden for en praksisplass.

Finland har de siste 15–20 årene vært preget av en relativt høy arbeidsledighet. Dette slår også inn i utdanningspolitikken. Blant annet arrangeres det et betydelig antall kompetansegivende kurs for arbeidsledige. Nårvårdarutdanning er en av de store utdanningene innenfor dette feltet. De fleste av disse kursene er i regi av Arbeidsdepartementet, og kursenes varighet kan være opp til to år. I tillegg kjøres det nårvårdarutdanning for voksne, finansiert av EU-midler, rettet mot arbeidsledige, menn og kvinner som ønsker seg en fastere tilknytning til arbeidsmarkedet.<sup>42</sup> Mange av elevene er deltidsledige og har midlertidige arbeidsforhold, eller tilfeldige vakter i pleie- og omsorgssektoren. Det er ofte kvinner som har vært hjemme med små barn, eller kvinner og menn som har blitt arbeidsløse på grunn av omstillinger og rasjonalisering i industri og landbruk.

I alle de ulike utdanningstilbudene for voksne ligger det forskjellige former for finansiell støtte til livsopphold.

---

<sup>39</sup> Nettsidene til den finske utdanningsstyrelsen.

<sup>40</sup> Oppgitt i møte med Super 7. mars 2006, samt i informasjon fra Utdanningsstyrelsen.

<sup>41</sup> Kilde: Super.

<sup>42</sup> Intervju med Marita Pitkänen i Tampere 8. mars 2006.



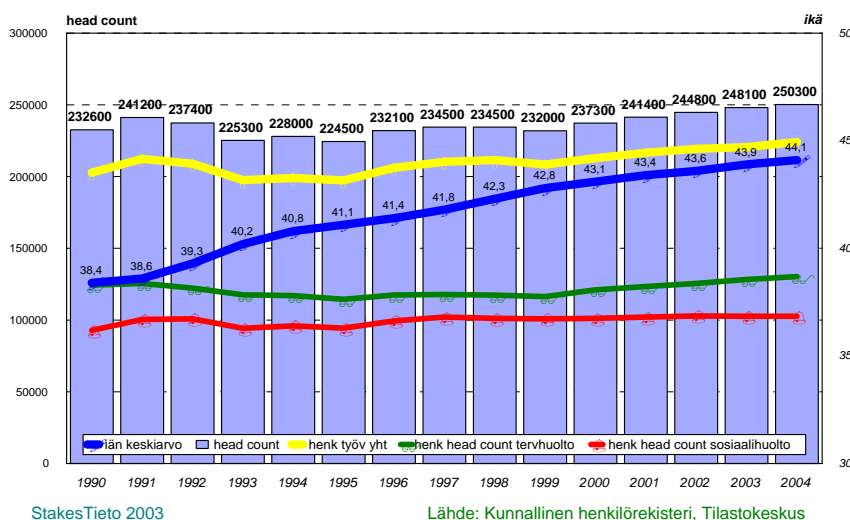
## Arbeidsdelingen sett ut fra yrkesgruppenes fordeling på ulike delfelt

Nårvårdarnas forløpere hadde hatt sine klart oppdelte arbeidsfelt; hjelpskøterskorna arbeidet i sykehus og i den institusjonsbaserte eldreomsorgen, både den medikaliserte og den innrettet mot langtidspleie av eldre som ikke klarte seg selv. Hjemmehjelpene drev eldrepleie med utgangspunkt i de som ikke klarte å stelle seg selv, og i tillegg arbeidet hjelpskøterskorna, senere primærskøterskorna, i hjemmesykepleien under sykepleierne. På 1980- og 90-tallet fikk man først en bølge med avistitusjonalisering av eldreomsorgen, som så ble fulgt opp av en gradvis integrering av de ulike pleie- og omsorgstjenestene (Wrede og Henriksson 2005). Utviklingen ble oppmuntret av staten, men i stadig større grad overlatt kommunene selv å bestemme innenfor sine økonomiske rammer. Dette skal vi komme tilbake til.

Det finnes ulike måter å studere utviklingen i arbeidsdelingen mellom ulike yrkesgrupper på. En er å gå inn og studere hva de ulike yrkesgruppene faktisk gjør, og endringer i dette over tid. Bortsett fra enkeltutsagn og vurderinger av mer impresjonistisk karakter, har vi ikke funnet noen slike kvalitative studier fra arbeidsfeltet. Med det eksisterende datatilfang er det derfor hovedsakelig mulig å se på endringer på en noe grovere måte, nemlig ved hjelp av personellstatistikk.

I Finland utgis det en personellstatistikk for helse- og sosialsektoren samlet. Ansvarlig for denne er Stakes, som er sosial- og helsemyndighetenes forsknings- og utviklingsenhet. Statistikken vi har tilgang på omfatter årene 1990–2004, og dekker således den viktige perioden hvor den nye nårvårdareutdanningen ble etablert. Samtidig dekker den både årene med nedgang og økonomisk krise og de siste års oppgang.

Social welfare and health care personel in municipalities - Finland  
v. 1990-2004: Head count, age and man-years



Figur 3.1. Sosial- og helsepersonell i kommunesektoren i Finland 1990–2004

Ordforklaringer:

*iån keskiarvo: gjennomsnittsalder*

*henk työv: antall ansatte*

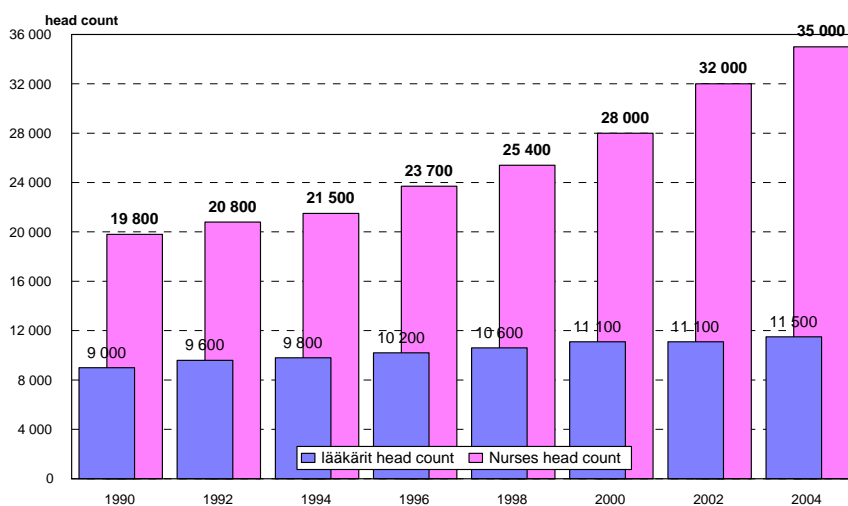
*henk terhuolto: helse*

*henk sosiaalihuolto: sosial*

Det generelle bildet for sosial- og helsesektoren preges mye av nettopp de store konjunktursvingningene i perioden, med først en nedgang i det totale personellet og dernest en økning som gjør at man i dag ligger klart over nivået i 1990.

Samtidig foregår det gjennom hele perioden store forskyvninger de største yrkesgruppene i mellom. Antallet leger har økt med 25 prosent, men størst økning, både relativt og absolutt har sykepleierne med en økning på 75 prosent og 16–17 000 yrkesutøvere i perioden.

Terveysdenhuollon lääkärit ja Nurses kunnissa ja kuntayhtymissä, head count  
v. 1990-2004



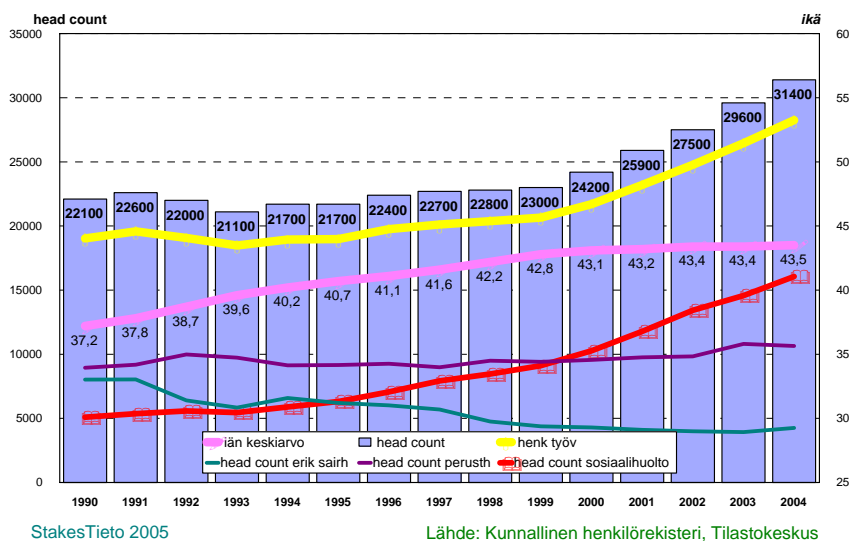
StakesTieto 2005

Lähde: Kunnallinen henkilörekisteri, Tilastokeskus

Figur 3.2. Utviklingen i antall leger (blå) og sykepleiere (rosa) i perioden 1990–2004

Antallet nærvårdere har økt med 40 prosent, men bildet kompliseres noe av at dette er en ny kategori som nå også omfatter felt som tidligere var dekket av utgående yrker, som både var og fremdeles er egne kategorier i statistikken. For eksempel har antallet mentalvårdere blitt nesten halvert i perioden. Dette er en gruppe som det er intensjonen skal erstattes av nærvårdarne, noe som gjør at økningen i sistnevnte gruppe må modifiseres. En annen gruppe, hemvårdarna, dvs. hjemmehjelper med lengre utdanning, er også gradvis på vei ned etter at denne utdanningen også er erstattet av nærvårdarutdanningen.

Head count, age and man-years v. 1990-2004  
Practical Nurses - "51321"



Figur 3.3. Utviklingen i antall nærvårdare 1990–2004

Ordforklaringer:

*iän keskiarvo*: gjennomsnittsalder

*henk työv*: antall ansatte

*erik sairh*: Spesialisthelsetjenesten

*perusth*: Primærhelsetjeneste

*sosiaalihuolto*: sosialektoren

Det er ellers de gruppene som i dag vil kategoriseres som ufaglærte som har størst netto nedgang. Ufaglærte pleiere er redusert med 30 prosent, mens hjemmehjelpergruppen er halvert. I en såkalt kvalitetsrekommendation<sup>43</sup> fra 2001 heter det at minstekravet til utdanning av personalet i eldreomsorgen på sikt skal være nærvårdarutdanning, noe som betyr at grupper som hjemmehjelpene skal forsvinne.

### Etter 1990: Nærvårdarna forsvinner ut av sykehus

Det er når man går inn på de enkelte delarbeidsområdene at man ser de store forskyvningene i arbeidsdelingen. Simonen (1995) har laget en tidsserie for personellutviklingen i et stort finsk sykehus fra 1958–1992.<sup>44</sup> Vi har plukket ut tre grupper for å beskrive utviklingen; leger, sykepleiere og hjelpsköterskor.

<sup>43</sup> Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund (2001).

<sup>44</sup> Sykehuset det gjelder er universitetssykehuset i Åbo/Turku, TYKS.

Tabell 3.2. Personal ved et finsk sykehus 1959–1952. Personalgrupper som andel av totalen

	1958	1968	1985	1992
Leger	1 %	10 %	11 %	11 %
Sykepleiere*	37 %	33 %	32 %	34 %
Hjälpsköterskor**	11 %	16 %	15 %	15 %

Kilde: Simonen 1995

\*Inkluderer også grupper som jordmødre, fysioterapeuter, røntgen- og laboratoriesköterskor.

\*\*Inkluderer også grupper som barnskötare og mentalskötera.

Det interessante er at om vi ser bort fra oppstartsåret 1958, så er det nesten ingen forskyvninger mellom hovedpersonalgruppene fra 1968–1992. I samme periode foregår det totalt sett en fordobling av antallet ansatte. Hva har skjedd etter 1992? Her har vi ikke tall for dette sykehuset spesielt, men for helse- og sosialsektoren samlet.<sup>45</sup>

Innenfor sykehussektoren har antallet nærvårdare (tidligere hjälpsköterskor med mer) blitt mer enn halvert, mens antallet sykepleiere har blitt nesten fordoblet. Mens det i 1992 var om lag to sykepleiere (inklusive fysioterapeuter med mer) pr. nærvårdarårsverk, er situasjonen i 2004 at det er hele seks sykepleierårsverk pr. nærvårdarårsverk innenfor dette arbeidsområde. Mens det tidligere var to store pleiergrupper ved sykehusene, kan man si at det i dag er sykepleiere som er den yrkesgruppen man normalt bemanner med..

Den nesten totale sykepleierdominansen har fått nærvårdargruppens fagforbund, Super, til å uttrykke sterk misnøye. De mener dette er en feilaktig bemanningspolitikk som ikke tar utgangspunkt i pasientens behov.<sup>46</sup> Samtidig hevder de med styrke at de nærvårdarna som er igjen i sykehus blir dårlig behandlet av sine ledere, og ikke får benytte de kvalifikasjonene de har opparbeidet:

«Practical nurses complain of being treated unfairly in the most hospitals. Their first line managers do not act rightfully and they do not give any support. Not to mention any caring about them. The work of practical nurses is not appreciated. Work tasks are taken from their hands. Practical nurses are forced to work on the level of minimal competence.»<sup>47</sup>

En mulig tolkning er at sykehusene rett og slett ikke anerkjenner den nye transsektorielle nærvårdaren som en adekvat yrkesgruppe for sykehuspleie (Simonen 1995, Wrede og Henriksson 2005). I en situasjon hvor deres forløper, primærvårdarna, allerede var på defensiven innen sykehussektoren, bidro introduksjonen av den nye kategorien ikke til å snu denne defensiven, snarere til å forsterke den. Det ansettes knapt nye nærvårdare, og utviklingen avspeiler en naturlig avgang.

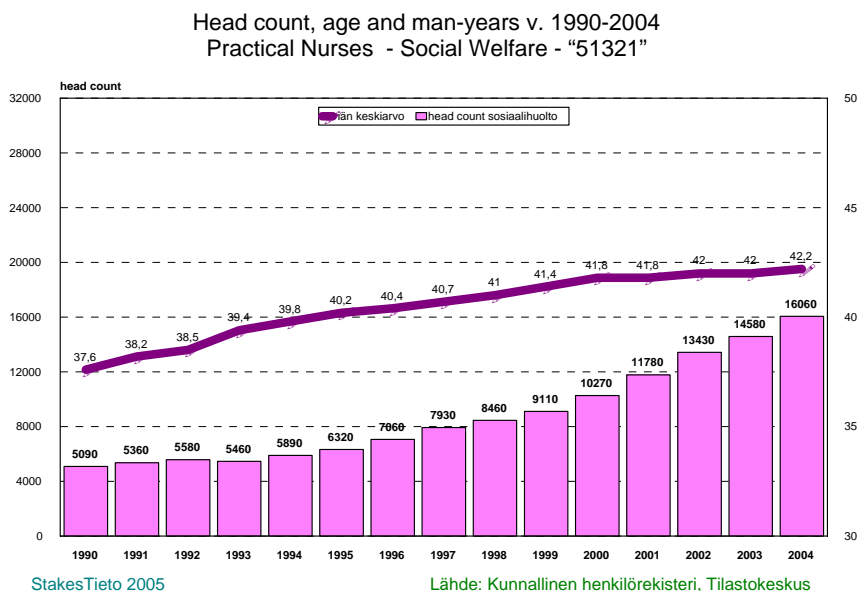
<sup>45</sup> Kilde: Stakes.

<sup>46</sup> Intervju med representanter i Super i Helsinki 7. mars 2006.

<sup>47</sup> Editorial: Issues on management, Palomäki 2002/2 (etter Henriksson/Wrede 11.11.2005).

## Eldreomsorgen som det nye hovedarbeidsområdet

Det eneste området hvor nærvårdarna vokser i antall er eldreomsorgen. Her har de økt fra rundt 5000 i 1990 til 16 000 i dag.



Figur 3.4. Utviklingen i antall nærvårdare i sosialsektoren, dvs. eldreomsorg i og utenfor institusjon perioden 1990–2004

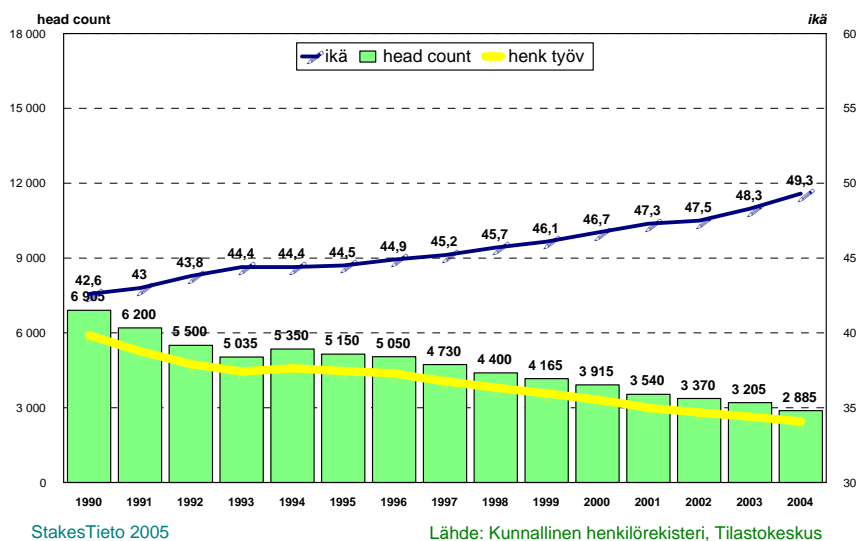
I stor grad har denne økningen kommet gjennom at andelen ufaglærte og hjemmehjelper har gått ned. Totalt sett har ikke antall ansatte endret seg så mye.

Reduksjonen i antallet hemvårdare og hjemmehjelper (se figur) kan se ut til å gå parallelt med en konsentrasjon av ressursene mot medisinske behov, mens de tidligere hjemmehjelpsoppgavene blir rasjonalisert bort. Det klages over at de ansatte ikke får anvendt de sosialfaglige kunnskapene sine i eldreomsorgen.<sup>48</sup> Mye tyder på at dette også slår inn i utdanningene. Enten de er spesialisert mot sykepleie og omsorg, eller mot eldreomsorg, er det særlig det helsefaglige som blir vektlagt av lærerne og etterspurt av elevene.<sup>49</sup> Når elevene samtidig velger bort eldreomsorgsprogrammet i nærvårdarutdanningen med sin vinkling mot det sosiale, til fordel for sykepleie og omsorg, forsterkes denne utviklingen ytterligere.

<sup>48</sup> Henriksson/Wrede 11.11.2005.

<sup>49</sup> Intervju med Marita Pikänen 8. mars 2006.

Head count, age and man-years v. 1990-2004  
Kotivustajat - "51331a"



Figur 3.5: Utviklingen i antallet hjemmehjelper i perioden 1990–2004

Ordforklaringer:

*Ikä*: gjennomsnittsalder

*Henk työv*: antall ansatte

## Aldersfordelte rekrutteringsmønstre

Vi har ikke klart å finne noen oversikt over det totale antallet som utdannes som nærvårdere hvert år, inklusive de ulike voksenløpene i arbeidslivet. Men holder vi oss bare til skoletallene ser vi noen klare utviklingstrekk:

Tabell 3.3. Antall elever i sosial og helse 1999–2004 fordelt på ungdom og voksne

ELEVANTALET I GRUNDEXAMEN I SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRD ÅREN 1999–2004

	Ungdom i ordinære løp	Voksne i særlop	Sammanlagt
1999	15 078	815	15 893
2000	13 719	2 196	15 915
2001	12 917	2 994	15 911
2002	12 902	3 565	16 467
2003	12 264	5 080	17 344
2004	12 625	6 573	19 198

Kilde: Utbildningsstyrelsen

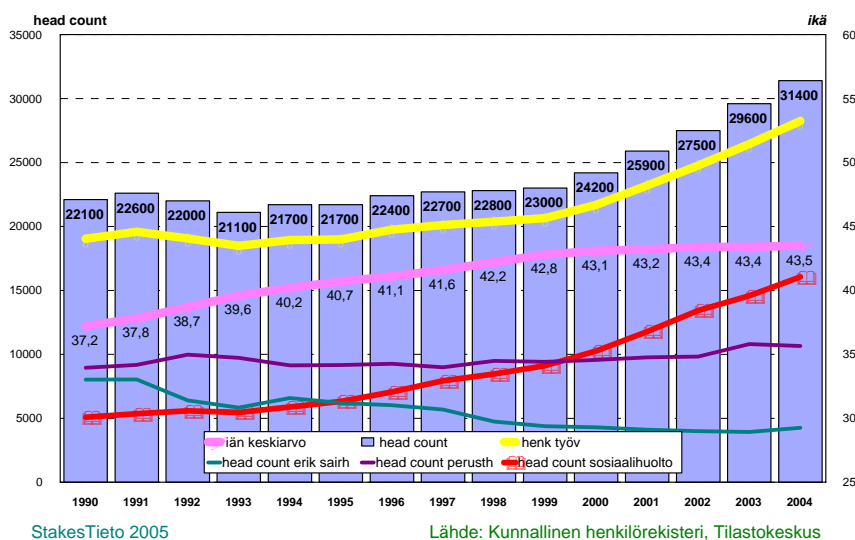
Mens antall ungdommer går klart ned, er det en kraftig økning i antallet voksne. Forklaringene fra utdanningsmyndighetene går på at konkurransen om unge elevene de ulike studieretningene i mellom i den videregående skolen er hard, og dessuten at

ungdomskullene i Finland er på vei ned. Når det gjelder den økte voksentilstrømningen forklares den ved at mange voksne med bakgrunn fra helse og sosial har behov for kompetanseheving, at noen omskoleres fra annet arbeid, og at noen ønsker å komplettere tidligere utdanning slik at de får nåværdarutdanning med studiekompetanse.

Utdanningsoversikten fra 2004 viste at fordelingen av elevene i nåværdarutdanningen lå på 60–40 i forholdet mellom de som fullførte den ordinære utdanningen og de som fullførte et voksenløp. Den viste også en fordeling på ulike spesialiseringer hvor de unge i stor grad valgte bort eldreomsorgen, som er det arbeidsfeltet som først og fremst tilbyr arbeidsmuligheter. Vi har også referert funn som viser at ungdom fra nåværdarutdanningen har en tendens til å velge å utdanne seg videre framfor å gå ut i yrket. Når vi også tar hensyn til at voksne rekruttert gjennom tiltak utenom videregående skole ikke er med i utdanningsstatistikken, er det mye som taler for at nettopp voksne utgjør en majoritet av de nyutdannede nåværdare som kommer ut i arbeidsfeltet.

Dersom vi studerer utviklingen av antallet nåværdare ansatt i sosial- og helsesektoren, samt endringen i gjennomsnittsalderen, kan vi også gjøre noen kvalifiserte vurderinger av aldersprofilen på de nye nåværdarna.

Head count, age and man-years v. 1990-2004  
Practical Nurses - "51321"



Figur 3.6. Antall nåværdare fordelt på alder og sektor 1990–2004

Personellstatistikken viser at gjennomsnittsalderen på de ansatte har økt med over seks år i perioden fra 1990 til 2004 og nå ligger på 43 år. Nåværdarna blir altså stadig eldre, noe som i hvert fall viser at man i denne perioden sett under ett ikke har klart å rekruttere og beholde noen stor andel unge. Når dette har skjedd i en periode hvor antall nåværdare har økt med 50 prosent, kan det ikke dreie seg om «forgubbing» i den forstand at en yrkesgruppe blir stadig eldre fordi det ikke rekrutteres nye. Tvert i mot er

det rekruttert så mange at store deler av arbeidsstokken er skiftet ut etter 1990. Det vi derfor kan lese ut av tallene er at de nyansatte i hovedsak ikke er ungdom, men tvert om i moden alder. For å dra resonnementet litt videre, så kan vi også slutte at det neppe bare er alderspensjonister som forsvinner ut av yrket, men også mange yngre, fordi disse ellers ville bidratt til å holde gjennomsnittsalderen nede.

## Fagforbund

Den store rasjonaliseringen av utdanningene og yrkesstrukturen har ikke blitt fulgt opp med noen tilsvarende samling på interesseorganisasjonssiden. Situasjonen er også preget av at man i Finland ikke praktiserer noe prinsipp om teigdeling, men i stedet har skarp konkurranse om medlemmer på mange områder. Super er historisk et forbund for hjelpskøterskor, den største av de gruppene som dagens nårvårdarkategori har tatt over for. Gradvis har forbundet også åpnet for andre grupper med helse- og sosialutdanning på sekundærnivået, dvs. nårvårdere i for eksempel barnehager og i psykiatrien. En kan si at gruppen som ligger nærmest de gamle hjelpskøterskorna, fremdeles er den dominerende gruppen. De aller fleste av de yrkesaktive medlemmene i Super, rundt 35 000, arbeider i eldreomsorgen. Bare 5–6000 arbeider i sykehus. Super har valgt å slutte seg til tjenestemannssentralorganisasjonen, FTFC, noe som antyder en funksjonærorientering framfor en arbeiderorientering. Innenfor den samme sammenlutningen finner man også Tehy, som er et forbund for helse- og sosialansatte. De dominerende her er høyskolegrupper som sykepleiere, men også dette forbundet rekrutterer blant den nye nårvårdare-kategorien. De organiserer i tillegg mentalvårdere og barnskötare utdannet etter den gamle ordningen. Den andre store organisasjonen på feltet er JHL som er forbundet for offentlig ansatte og velferdsområdene. Forbundet er en sammenslåing av det tidligere Kommuneforbundet og ulike forbund for statsansatte. Innenfor pleie- og omsorg er det særlig på hjemmehjelpsområdet at JHL har mange medlemmer.

## Utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene – eksemplet Helsinki

Med utviklingen i eldreomsorgen i Helsinki som eksempel, tegner forskerne Lea Henriksson og Sirpa Wrede et grovt bilde av utviklingen.<sup>50</sup> Hovedmålet for politikken i Helsinki er at mest mulig av pleien skal foregå i hjemmet. I denne åpne omsorgen fokuserer man på det som defineres som medium tunge behov. De med de tyngste behovene henvises til institusjon. Det er pleien av individet som skal prioriteres av kommunen. Stell av hus og matlaging skal i størst mulig grad overlates til private virksomheter. I tråd med dette oppmuntres private entreprenører, ikke minst gjennom skattereglene. Andelen av årsverkene som gjøres i private virksomheter i denne sektoren har således økt fra 13 prosent i 1990 til 22 prosent i 2002.<sup>51</sup> Således har det meste av veksten innenfor eldreomsorgen kommet i privat sektor.

---

<sup>50</sup> Basert på presentasjon på nordisk seminar Rokkansenteret, Bergen 11.11.2005.

<sup>51</sup> Stakes Tieto/Statistics Finland (2004).



Fokuseringen på medisinske behov på bekostning av sosiale har også fått et organisatorisk uttrykk gjennom at eldreomsorgen nå er plassert innenfor såkalte hjemmepleiesentre, som er en del av helsesektoren. Dette vurderes å styrke helseprofesjonene, som leger og sykepleiere, mens det svekker en gruppe som nårvårdaren som skulle ha sin styrke i at den også hadde et bein i det sosialfaglige. Nårvårdarens assistentstatus blir kraftig forsterket, noe som står i klar motstrid til markedsføringen av denne utdanningen og til læreplanene.

Oppsplittingen i et offentlig og et privat arbeidsmarked, samt en økende bruk av midlertidige kontrakter,<sup>52</sup> bidrar i følge Henriksson og Wrede til å svekke nårvårdarens posisjon i arbeidsmarkedet ytterligere. De mener dessuten at fragmenteringen på utdanningssiden, hvor man i stadig mindre grad har en homogen rekrutteringsbasis, men i stedet baserer seg på en slags «drivved»-modell, og hvor de rekrutterte går gjennom ulike former for kurs og opplæringstiltak, undergraver potensialet for profesjonaliseringsprosjekter blant nårvårdarna.

Wrede og Henriksson (2005) hevder også at mens den universalistiske velferdsstaten bidro til å modifisere historiske, kulturelle og sosiale ulikheter og slik sett lette blant annet yrkesdanning og profesjonalisering blant underordnede grupper, så bidrar det de kaller dagens nedskjæringspolitikk til å revitalisere tradisjonelle ulikheter. Dette rammer ikke minst nårvårdarna.

Avgrensningen i forhold til mer ufaglærte grupper er heller ikke uproblematisk. Helsepersonell i Finland er regulert etter lov og forskrifter om helseprofesjoner,<sup>53</sup> men på ulike nivåer. På det øverste nivået har man autoriserte profesjonelle, som omfatter blant annet leger og sykepleiere. Bare autoriserte profesjonelle har rett til å praktisere disse yrkene.

På nivået under har man det som kalles profesjonelle med en beskyttet yrkestittel. Av de gruppene som omfattes av denne bestemmelsen er nårvårdare. De har en såkalt beskyttet tittel, noe som innebærer at bare de som har en godkjent utdanning som nårvårdare har rett til å benytte denne yrkestittelen. Bestemmelsen gir imidlertid ingen yrkesbeskyttelse. En hver som anses kvalifisert kan arbeide i en stilling som nårvårdare. Det vises også i den finske litteraturen om dette til en økende tendens til konkurranse om jobbene mellom ulike grupper, og til at ufaglærte ansettes i jobber som tidligere ble besatt av personer med fagutdanning (ibid.).

## Arbeidstid, arbeidskarrierer og omsorgsarbeid

Et særegent trekk ved det finske arbeidsmarkedet er kvinnes sterke posisjon. Som i de andre nordiske landene er kvinnes yrkesdeltakelse svært høy, nesten på linje med mennenes.<sup>54</sup> Det spesielle i Finland ligger i den sterke normen om heltid, også for kvinner (Anttonen 2001). Andelen kvinner som arbeider heltid oppgis av ulike kilder til

---

<sup>52</sup> I følge Super arbeider 26 prosent av deres nårvårdare på midlertidige kontrakter.

<sup>53</sup> Jf. Act (559/1994) and Decree (564/1994).

<sup>54</sup> Se blant annet Eurostat news release 29/2006. Eurostats tall viser at Sverige ligger på 76.8 prosent yrkesdeltakelse blant kvinner, Finland på 76.2 og Danmark på 75.8. Norge er ikke omfattet av denne statistikken.

å ligge på mellom 82 og 90 prosent.<sup>55</sup> Det ser heller ikke ut til at den høye deltidsprosenten gir en lavere yrkesdeltakelse blant kvinner i Finland, sammenlignet med de øvrige skandinaviske land. Ofte blir harde livsvilkår kombinert med at Finland var et jordbrukssamfunn langt inn på 1900-tallet vektlagt som forklaringer. Myten om «den sterke finske kvinnen» har stått sterkt (ibid.). Samtidig er det klart at de finske kvinnenes historiske forhold til arbeid og familieomsorg også har mange likhetstrekk med den vi finner i andre land. Også her eksisterte det på midten av forrige århundre en sterk bevegelse for husmoren, i stor grad båret fram av borgerskapets kvinner (ibid.). I enda mindre grad enn i andre land var imidlertid dette en opsjon for finske arbeider- og bondekvininner. Familiene var avhengige også av deres inntekter. Dette er en av grunnene til at Finland tidlig fikk en offentlig utbygging av barnehager. Sosiale ulikheter med hensyn til avhengighet av yrkesaktivitet kan muligens også belyses gjennom å se på ulikhetene i sykepleiere og hjelpskötterskors karrierer på 1970 og 80-tallet. Mens hele 82 prosent av hjelpskötterskorna utdannet i 1971 fortsatt var i yrket i 1988, gjaldt dette bare 32 prosent av sykepleierne (Simonen 1995). En av forklaringene som gis er nettopp at sykepleierne sluttet for å føde og ta seg av egne barn (ibid.).

Allerede på 1980-tallet kom det en motbevegelse som skulle sikre de hjemmeværende like økonomiske vilkår som de som valgte å ha barn i barnehager. Et kompromiss ble at man innførte en kontantstøtte til de som ikke valgte offentlig barnehage for barn under tre år, mot at man samtidig innførte en lovfestet rett til barnehageplass (ibid.). Resultatet har blitt at et klart flertall av familiene velger å ikke benytte seg av offentlige barnehager i barnets tre første leveår. Kvinner med liten utdanning, arbeidsledige og studenter er overrepresentert blant gruppen som velger å være hjemme disse årene og ta i mot kontantstøtte.

Selv om en tredjedel velger å ikke benytte offentlig barnehage (ibid.), også etter at barnet har fylt tre år, er hovedmønsteret likevel slik at kvinnene da går ut i arbeidslivet igjen, som regel på heltid. Slike karrierer passer godt inn i det rekrutteringsmønsteret vi ser konturene av i nærvårdarutdanningen.<sup>56</sup>

## Oppsummering Finland

Når man, bevisst eller ubevisst, er på jakt etter særegne trekk ved det finske pleie- og omsorgsfeltet, er det første man legger merke til at man ikke har det omfattende deltidssystemet innenfor helse- og sosialsektoren som man særlig har i Norge og Sverige, til dels også i Danmark. Både økonomisk nødvendighet, men også en sterk norm om heltid blant finske kvinner, er blant forklaringene som gis. Gir så dette pleie- og omsorgsyrkene en tydelig høyere status i Finland, enn det vi ser i de andre nordiske landene? Nei, det er lite i vårt materiale som tyder på det. Derimot kan det se ut til at arbeidsgiverne og sektoren på den ene siden, og en del av kvinnene og familiene på den andre, har skaffet seg noe av den «tapte» fleksibiliteten gjennom å åpne for en større midlertidighet i arbeidsforholdene. Gjennom stor bruk av tidsavgrensede kontrakter har arbeidsgiverne sikret seg en numerisk fleksibilitet de ikke har gjennom bruk av

---

<sup>55</sup> Eurostat oppgir det laveste tallet for heltid i Finland med 81.5 prosent.

<sup>56</sup> At slike karrierer er vanlige fikk vi blant annet fikk bekreftet i intervju med M. Pitkänen 8. mars 2006.

deltidskontrakter, mens relativt vide permisjonsregler for kvinnene i forbindelse med småbarnsperioden har åpnet en fleksibilitetsrom for de kvinnene og familiene som har anledning til å benytte seg av det. Mye tyder på at graden av arbeidsgiver- og arbeidstakerstyring på denne fleksibiliteten er sosialt ulikt fordelt.

Den finske nærvårdarutdanningen og dens forløpere har alltid rekruttert bredt rent aldersmessig, uten at det er mulig å oppdrive tall som dokumenterer fordelingen mellom ungdom og voksne rent tallmessig. Når man gradvis har integrert utdanningen i det øvrige videregående utdanningssystemet, har man hele veien beholdt et eget voksenutdanningsløp. Dette vitner om at de voksne alltid har vært ansett som viktige for denne utdanningen, og utdanningen for de voksne. Man oppfatter det for eksempel som en naturlig karrierevei i Finland å gå fra fullført gymnasutdanning til yrkesopplæring på sekundærnivået.

Utdanningsreformen i 1995 som tok sikte på å etablere nærvårdaren som en sektoroverskridende generalistkategori innen sosial og helse, ser ikke ut til å ha vært udelt vellykket. Det rapporteres om problemer for de nyutdannede med å få jobb, spesielt i sykehus, samtidig som rekrutteringen av ungdom til eldreomsorgen heller ikke var enkel. Hvorvidt tilbakevendingen til mer spesialiserte utdanninger har bedret på denne situasjonen er uklart. I forhold til å rekruttere ungdom til eldreomsorgen har opprettelsen av et eget program til nå ikke vært noen suksess. Avhengigheten av å rekruttere voksne er i stedet blitt stadig større. De voksne har da også systematisk økt sin andel av elevtallet i utdanningen fra år til år. I tillegg er det åpnet en rekke andre veier inn i yrket for voksne.

Ettersom sykehussektoren i stadig større grad ser ut til å være lukket for nærvårdarna, er det eldreomsorgen som trer fram som det store arbeidsområdet. Både arbeidsfeltet og rommet for yrkesutøvelse ser imidlertid ut til å være i endring. Innenfor stramme økonomiske prioriteringer ser det til at det medisinsk orienterte arbeidet prioriteres, mens det mer sosialt orienterte blir skåret bort. Dette bidrar til at noe av det som skulle være nærvårdarnas sterke side blir mindre verdsatt. I tillegg foregår det en privatisering og fragmentering av arbeidsforhold som skaper større konkurranse om jobbene og større ustabilitet for de ansatte. Dette framholdes også som en forklaring på nærvårdarutdanningens synkende attraksjon blant ungdom.

## 4 Danmark

### Kildetilfang

I motsetning til i Sverige, er det i Danmark vanskelig å finne historiske og syntetiserende framstillinger av pleierutdanningenes og -yrkenes utvikling. Forskningsfokus er i stor grad på dagsaktuelle problemer, ofte med det en kanskje kan beskrive som et aksjonsforskningspreg. Forskningen tar for seg temaer som manglende gjennomføring og frafall i utdanningene (Larsen 2006), ungdoms kjønnede utdanningsvalg (Nielsen og Sørensen 2004), og menns forhold til disse utdanningene (Nielsen og Weber 1997). Det er også satt i verk betydelig forskning for å kartlegge belastende arbeidsmiljø innenfor pleie og omsorg med det siktemål å bedre rekruttering og fastholdelse.<sup>57</sup>

Dagens brede social- og sundhedsuddannelser (SOSU), som for pleie- og omsorgsfeltets del innbefatter Sosu-hjælper og Sosu-assistent, har sitt utspring i 1991-reformen og det såkalte Perspektivutvalgets innstilling av 1989.<sup>58</sup> Denne reformen, og ikke minst den omfattende utvalgsinnstillingen, kan således være et nyttig utkikkspunkt både for å nøste bakover og for å forsøke å forstå den situasjonen utdanningene og yrkene i dag står i. Det er etter dette foretatt tre større evalueringer av 1991-reformen og denne reformens senere revideringer. Fra tiden før 1991-reformen og Perspektivutvalget er kildene foreningsberetninger og - historikker, offentlige sirkulærer om utdanningene, samt intervjuer med nøkkelpersoner innenfor utdannings- og interesseorganisasjons-systemet.

### Betegnelser på utdanninger og yrker

Sygeplejerske og sygeplejerskeutdanning er betegnelser som ikke trenger nærmere forklaring og som er stabile, om utdanningslengde og yrkesfelt er i endring gjennom perioden vi omtaler.

For de mer underordnede gruppene er det nå etablert en fellesutdanning under betegnelsene social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent, hvor forstavelen ofte forkortes til SOSU. Denne utdanningen tok i 1991 opp i seg utdanningene som sygehjælper, plejer, plejhjemsassistent, hjemmehjælper og beskeftigelsesveileder. Yrkestitlene følger utdanningsbetegnelsene.

### Utdanningshistorikk

Sosu-utdanningenes etablering i 1991 representerte en storstilt rasjonalisering av utdanningsfeltet i denne sektoren. Den nye, trinnvise generalistutdanningen erstattet fem tidligere utdanninger med utspring i hvert sitt arbeidsfelt. Vi skal starte med å se kort på de fem tidligere utdanningenes historie og innplassering i dette feltet før reformen i 1991.

---

<sup>57</sup> Det pågående prosjektet FOR-SOSU i regi av Arbeidsmiljøinstituttet.

<sup>58</sup> Betenkning nr. 1180, august 1989, Undervisningsministeriet (også referert til som Perspektivutvalget).

## Sygehjælper

Utdanning av sygehjælper startet opp ved flere sykehus allerede rundt 1950, men ble først i 1960 gjort landsomfattende.<sup>59</sup> Dette skjedde gjennom at Sundhedsstyrelsen etter forhandlinger med Sygehusforeningen i Danmark, Københavns Kommune og Dansk Sygeplejeråd hadde utarbeidet nasjonale retningslinjer for en slik utdanning.<sup>60</sup>

Det var ikke snakk om noen omfattende utdanning; 92 timers teori og 8 måneder med praksis. Det teoretiske hovedfaget var elementær sykepleie, som for en stor del besto av «demonstrasjoner og praktiske øvelser» i «rette arbeidsstillinger og rengjørings-teknikk». De to andre områdene var anatomi med sykdomslære og sundhetslære. Den teoretiske utdanningens innhold var spesifisert time for time i sirkulæret fra Sundhedsstyrelsen.

Opptakskrav til utdanningen var fylte 18 år, egnethet og fortrinnsvis ett års forpraksis. Utdanningen fant sted ved ulike sykehus.

Det ble understreket, ikke minst i definisjonen av sygehjælperbegrepet, at dette dreier seg om en gruppe som skal bistå sygeplejerskene, og utføre arbeid anvist av og under ledelse og tilsyn av disse. Til å begynne med hadde gruppen således svært liten autonomi, og oppgavene besto i å betjene sykepleierne, ikke pleie pasientene<sup>61</sup>. Sygehjælperuddannelsen ble gradvis utvidet til å bli ettårig, hvorav 12 uker med teori. Sygehjælperne utgjorde på slutten av 1980-tallet 48 500 ansatte, i hovedsak ved sykehus og andre somatiske institusjoner.<sup>62</sup>

Sygehjælperne var først organisert i Kvinneligt Arbejderforbund (KAD), et forbund for ufaglærte eller «spesialarbeidere» innenfor kvinnedominerte arbeidsområder. Det utviklet seg raskt en misnøye med det lave lønnsnivået dette forbundets tarifferte tilsa, et nivå som blant annet lå langt under Dansk Kommunalarbejderforbunds (DKAs) avtaler, og sygehjælperne aksjonerte for å komme seg ut av KAD (Poulsen 2004). Etter å ha fått avslag på medlemskap i Dansk Sygeplejeråd, ble sygehjælperne på midten av 1960-tallet overført internt i LO fra KAD til DKA (ibid.).

## Plekehjemsassistent

På grunn av store problemer med å rekruttere sykepleiersker til alders- og pleiehjem, startet København Kommune på 1960-tallet en forsøksordning med utdanning av såkalte plejeassistenter, etter hvert kalt plekehjemsassistenter.<sup>63</sup> Utdanningen var langt mer omfattende enn sygehjælperutdannelsen, og lå i omfang mellom denne og sykeplejerskeutdanningen.

Utdanningen var av 2¼ års varighet, hvorav 50 uker med teori og 54 uker med praksisutdanning.

---

<sup>59</sup> Basert på intervju med Jens Folkersen, nesleder i Social- og sundhedsseksjonen i Fag og Arbejde (FOA).

<sup>60</sup> Jf. Cirkulære om retningslinier for uddannelse m.v. af sygehjælper av 4. mars 1960.

<sup>61</sup> Se blant annet *Kommunalarbejderen* (1987).

<sup>62</sup> Jf. Perspektivutvalget.

<sup>63</sup> Jf. Betænkning om uddannelse af plekehjemsassistenter (1970) og Sundhedsstyrelsens cirkulære (1980) om plekehjemsassistenter.

Plejhjemsassistentene skulle utdannes for å ivareta den daglige sykepleie av eldre ved sykehjemmene. De skulle kunne planlegge, lede, eventuelt også forestå det daglige pleiarbeidet i disse institusjonene, noe som også inkluderte å gi de vanligste former for medisiner, samt sette injeksjoner. Planene for utdanningen gikk ut på at denne gruppen skulle dekke om lag 40 prosent av personalbehovet ved sykehjem, og at de skulle kunne utføre lederoppgaver. Det er liten tvil om at plejhjemsassistentene raskt ble oppfattet som en trussel av sykeplejerskene. I 1982 ble Sundhetsstyrelsen nødt til å sende ut et presiserende sirkulære hvor det ble utvetydig slått fast at sykepleierskene var overordnet plejhjemsassistentene, og at de sistnevnte ikke kunne ha ansvar for sykepleien annet enn ved «ordinær langtidspleie». I tilfelle noe akutt måtte sykepleierske konsulteres.

Det er liten tvil om at plejhjemsassistentene bar i seg kimen til en mer markert profesjonalisering enn det sygehjælpergruppen hadde gjort. Dette avspeiler seg både i den type stillinger gruppen besatte, men også i deres holdninger. Gruppen var organisert i Dansk Kommunalarbejderforbund (KA), men hadde i København en egen klubb med over 700 medlemmer. En undersøkelse blant et representativt utvalg av disse viser at 75 prosent av plejhjemsassistentene arbeidet i plejhjem, resten på beskyttede boliger og daghjem (Sørensen 1989). Hele 53 prosent av dem hadde lederstillinger, mens 46 prosent var i ordinære pleierstillinger (ibid.). Om sykeplejersken representerte den borgerlige pleierutdannelsen, og sygehjælperen assistentutdannelsen rettet mot de lavere sosiale sjikt, så bærer plejhjemsassistentene preg av å representere de som arbeider seg opp; 40 prosent kommer fra arbeiderhjem og hele 21 prosent er eneforsørgere. Nesten 60 prosent av dem er i alderen 30–39 år på siste halvdel av 1980-tallet, da yrket er sin høykonjunktur. Det at de lønnes under utdanningen holdes fram som forklaring på at rekrutteringsbasisen blant enslige mødre kan etableres (Sørensen 1989).

Til tross for at plejhjemsassistentene er med i KA, så uttrykker den største gruppen i den ovenfor omtalte Københavnsundersøkelsen at de helst hadde sett at de hadde en egen yrkesorganisasjon og sto som medlem av funksjonærhovedorganisasjonen, FTF, hvor også sykepleierskene er organisert. Ønsket om en videre profesjonalisering er i stor grad til stede.

På slutten av 1980-tallet utgjorde gruppen om lag 2000 ansatte.

## Plejer

Plejerne har også sin særegne historie og representerer den eldste av utdanningene på sosial- og helsefeltet, da med unntak av sygepleierskeutdanningen. Pleiergruppen har sitt utspring i sinnssykeasylene. Behandlingsmetodene på 1800-tallet medførte mange fysiske intervensjoner, noe som dannet grunnlag for at plejerstaben på de mannlige institusjonene ble bestående av menn. På de noe færre institusjonene for kvinner var det likeledes kvinnelige plejersker. Som en følge av lov av 1911 om pleieforholdene ved sinnssykehusene, ble det allerede fra 1915 etablert en egen utdanning for dette personalet.<sup>64</sup> På dette tidspunkt hadde allerede en del hospitaler etablert egne utdanninger. Med loven ble utdanningen standardisert til 3 måneder, med to års forpraksis. I 1938 ble utdanningen ettårig. I mellomkrigstiden begynte sinnssykehusene å

---

<sup>64</sup> Framstillingen her bygger i stor grad på historikken Dansk Hospitals Forbund 1913–1963, samt intervju med Jens Folkersen, nestleder i social- og sundhedsseksjonen i Fag og Arbejde (FOA).

ansette sykepleiersker i tillegg til plejerne. Selv om de var beskjedne i antall, ble de ofte plassert i en posisjon mellom legene og pleierne. Det som imidlertid ble oppfattet som mest problematisk av de mannlige plejerne var at det fra 1931 ble innført likelønn mellom plejere og plejersker, og at sygeplejerskene, som på dette tidspunkt var forbeholdt kvinner, ble lønnet bedre enn de mannlige plejerne. Dette gjorde at «skapningens herre» måtte reagere på forskjellig vis... som det heter i det sterkt mannsdominerte Hospitalsforbundets beretning. Problemet ble antatt å ligge i utdanningens lengde. Kravet som Hospitalsforbundet stilte var en treårig fagskole for plejerne, slik at de kunne komme lønsmessig og arbeidsmessig på linje med sykeplejerskene. Til tross for allmenn politisk velvilje var det imidlertid liten framdrift i fagskolesaken. I denne situasjonen ble problemet fra de mannlige plejernes side i stadig sterkere grad konstruert som et spørsmål om kjønnspolitikk. Kvinnene hadde alle fordeler, slik man så det. Var de plejersker, ble de lønnet likt med plejerne. Samtidig hadde de, i hvert fall formelt, anledning til å utdanne seg til sykeplejersker, noe plejerne ikke hadde. Kravet som etter hvert ble formulert var at mannlige plejere skulle ha lik rett som kvinner til 3-årig fagutdanning på området. Man så for seg en ordning hvor plejerutdanningen ble treårig og likestilt med sykeplejerskeutdanningen, så kunne plejerskene gå over i den sistnevnte. For å samle styrke bak kravet, etablerte man en paraplyorganisasjon som het «Sammenslutningen af mandlige sykeplejere i Danmark». Foruten Hospitalsforbundet, ble også blant annet ulike diakongrupper, og åndssvakevæsenets funksjonærer med i sammenslutningen.

I 1956 vedtok så den daværende danske rigsdagen å åpne for menn i sykeplejerskeutdanningen. Dermed var kravet til mannsammenslutningen formelt sett innfridd. Samtidig synliggjorde dette at spørsmålet egentlig ikke hadde dreid seg så mye om kjønnspolitikk som profesjonskamp. Den mannsdominerte plejerguppen forble en stor og dominerende gruppe innen det som etter hvert ble hetende psykiatrien, men stadig underordnet sygeplejerskene, som de enda heter i Danmark. At enkeltindivider blant plejerne nå kunne konkurrere om en plass i den borgerlige sykeplejerskeutdanningen, endret ikke på denne relasjonen.

I 1977 ble plejerutdannelsen endret slik at den bygde på den ettårige sygehjelperutdannelsen. Med 8 måneder psykiatri på toppen ble man psykiatrisk plejer. Den utdanningsmessige sammenføyningen medførte i sin tur at plejernes forbund gikk inn i Dansk Kommunalarbejderforbund, noe som også illustrerer deres samfunnsmessige og yrkesmessige identitet.

Gruppen beholdt tross de utdanningsstrukturelle endringer en jurisdiksjon innenfor psykiatrien som blant annet innebar retten til å håndtere og gi medisiner, en rett de hadde blitt gitt da psykofarmika gjorde sitt inntog i psykiatrien.

Det var på slutten av 1980-tallet omlag 3700 plejere ansatt innenfor psykiatrien.<sup>65</sup>

### Hjemmehjælper

Dagens hjemmehjælper i Danmark har sitt utspring i husmoravløserordningen som ble etablert under krigen.<sup>66</sup> I 1949 ble det vedtatt en egen lov om husmoravløsning som

---

<sup>65</sup> Kilde: Perspektivutvalget.

blant annet stilte krav om minimum 5 år, helst 10 års praksis i «huslig arbeid», samt 5 måneders kurs. Utdanningen rettet seg dermed klart mot husmødre som ville ut i arbeid. Mens husmoravløserne ut fra denne bestemmelsen var statstjenestemenn, ble de etter en lovrevisjon i 1952 timelønne, kommunalt ansatte. Utdanningskravene ble senket, og man aksepterte etter hvert to års praksis som likeverdig med utdanning. På 1960-tallet kom hjemmehjelpen, som ble tilbudt samme utdanning som husmoravløseren.

Hjemmehjelp var arbeid man i følge den rådende oppfatning kun trengte husmorbakgrunn for – det var også dette som var den dominerende rekrutteringsbasen – og den formelle utdanningen ble stadig kuttet ned. I 1978 var utdanningen nede på 4 uker. Deretter ble den gradvis økt igjen – til 7 uker på 1980-tallet. Utdanningen var plassert under Socialministeriet. Hjemmehjelpene er en betydelig gruppe, og utgjorde på slutten av 1980-tallet ca. 37 500.<sup>67</sup> De var organisert i Husligt Arbejderforbund.

### Beskæftigelsesvejleder

Utdanningen ble etablert rundt på 1970-tallet<sup>68</sup> under Undervisningsministeriet og hadde en varighet på 10 måneder, hvorav 8½ måned med teori.<sup>69</sup> Funksjonsområdet var utførelse av forebyggende og aktiverende fysiske, psykiske og sosiale oppgaver for eldre og funksjonshemmede. Beskæftigelsesvejlederne arbeider enten selvstendig eller under ledelse av ergoterapeut. Utdanningen var svært populær og hadde i 1987 over 3000 søkere til 250 skoleplasser.<sup>70</sup> På slutten av 1980-tallet utgjorde beskæftigelsesveilederne en gruppe på ca. 3800.

### 1991-reformen<sup>71</sup>

I motsetning til de andre nordiske land, har enhetsskolelinjen hatt store problemer med å vinne fram på det sekundære utdanningsnivå i Danmark. Forklaringer som har vært gitt på dette er på den ene siden gymnasielærernes posisjon og på den andre lærlingeordningens sterke tradisjon og forankring (Lindbeek 1992). Allmennutdanning og yrkesutdanning er derfor fortsatt i svært liten grad integrert, og eksisterer side om side. Det har imidlertid blitt etablert et felles grunnutdanningssystem for yrkesutdanningene, selv om lærlingeordningen fortsatt er det sentrale elementet i disse utdanningene.

Fra slutten av 1970-tallet og framover ble det gjort flere framstøt for å integrere de ulike helse- og sosialutdanningene med det øvrige yrkesutdanningssystemet for ungdom

---

<sup>66</sup> Kilde: Birgith Bloch, Undervisningsministeriet.

<sup>67</sup> Kilde: Perspektivutvalget.

<sup>68</sup> Se Indenrigsministeriet (1976).

<sup>69</sup> Kilde: Perspektivutvalget.

<sup>70</sup> Kilde: Perspektivutvalget.

<sup>71</sup> Kapitlet er utover perspektivutvalgets innstilling, blant annet basert på intervju med Birgit Gotenborg, som leder det ene av de to kontorene for yrkesutdanning i Undervisningsministeriet og Jens Folkersen i FOA.



på videregående nivå.<sup>72</sup> Utdanningene omfattet et stort og viktig felt innenfor yrkesutdanning, men hadde beholdt en posisjon på utsiden av det fellessystem man forsøkte å bygge opp. Det som blant annet særpreget helse- og sosialutdanningene var at de var dominert av voksne elever. Også dansk LO ønsket en integrering av dette feltet med de øvrige yrkesutdanningene, men verken arbeidstaker- eller arbeidsgiversiden innenfor helse og sosial var særlig interessert i dette. Arbeidstakerne var mot, blant annet ut fra innbyrdes uenighet om hvordan en slik integrering kunne gjøres ut fra deres ulike yrkesinteresser. Arbeidsgiverne var også skeptiske. De fryktet at de ble underlagt et system hvor de hadde liten innflytelse, og hvor de kunne bli pålagt å stille en mengde læreplasser til disposisjon for å bidra til å løse ungdomsarbeidsløshetsproblemet.

Mangelen på framgang i arbeidet med ny struktur for og integrering av sosial- og helseutdanningene i det felles utdanningssystemet, åpnet for at arbeidsgiverne representert ved Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening etter hvert fikk initiativet i utdanningssaken. De utarbeidet et fellesnotat<sup>73</sup> hvor de to organisasjonene tok til orde for at det skulle etableres en helt ny utdanningsordning for helse- og sosialpersonellet. De ønsket seg få og brede utdannelse som kunne dekke det integrerte og etter hvert i stor grad avinstitusjonaliserte helse- og sosialvesenet. De ønsket seg også en løsning med et trinnvist utdanningssystem med tre nivåer hvor sykepleierutdanningen skulle representere det høyeste. Samtidig anbefalte de at dette systemet ble etablert på utsiden av de yrkesrettede ungdomsutdannelse som på samme tid også var inne i en reformprosess med rasjonalisering og enhetliggjøring. Deres hovedbegrunnelse for dette var at helse- og sosialutdanningene tradisjonelt har tiltrukket et stort antall «modne» kvinner. Dette trekket mente de det var viktig å bevare, og at det best ville la seg gjøre om man sto utenfor de ordinære ungdomsutdannelsene. Trolig så de også med en slik løsning muligheter for større innflytelse over en egen utdanningsordning enn de kunne forvente seg i forhold til det integrerte utdanningssystemet. Samtidig skulle sosial- og sundhetsutdanningene være parallelle med og tilpasset de øvrige ungdomsutdannelse, slik at de også kunne tiltrekke seg ungdom.

Notatet førte til at utdanningsminister Bertil Haarder nedsatte det såkalte Perspektivutvalget som skulle se på strukturen i helse- og sosialutdanningene. I løpet av under ett år klarte dette utvalget å forene svært ulike interesser rundt et omfattende forslag til strukturendring, som ville måtte få følger ikke bare i utdanningssystemet, men også i arbeidsfeltet. Et «lykkelig øyeblikk»,<sup>74</sup> eller et kompromiss hvor alle parter følte at de fikk noe bedre enn de hadde fra før. Forslaget, som også i all hovedsak skulle bli akseptert av og iverskatt av de politiske myndigheter, fulgte hovedprinsippene i notatet fra amtene og kommunene. Det innebar at de fem tidligere utdanningene, sygehjælper, plejehjemsassistent, plejer, beskæftigelsesveileder og hjemmehjælper, ble nedlagt. I stedet ble det opprettet en ettårig generalistutdanning som social- og sundhetshjælper og en overbygningsutdanning som social- og sundhetsassistent på halvannet år. Begge utdanningene skulle være skolebaserte vekselutdanninger, hvor forholdet mellom skole

---

<sup>72</sup> Her benyttes videregående opplæring i norsk betydning, dvs. det sekundære utdanningsnivået. I Danmark kalles høyskolesystemet for videregående utdanning.

<sup>73</sup> «Fremtidens social- og sundhedsuddannelser» av 16. september 1988.

<sup>74</sup> Karakteristikken ble benyttet av Birgit Gotenborg fra Undervisningsministeriet, som var sekretær for utvalget.

og praktikk var 1:2. De som hadde gjennomført assistentutdanningen kunne via en adgangsprøve komme direkte inn på sygeplejerskeutdannelsen, hvor de også fikk en viss avkortning. Ungdomsopptaket til utdannelsene skulle sikres ved at det ble etablert et 20 uker langt inngangsførløp før hjelperutdannelsen, beregnet på dem som kom direkte fra grunnskolen.

Når Perspektivutvalget klarte å forene de ulike interesser, er det vesentlig å forstå hvordan det bidro til å tilfredsstille de ulike, eksisterende utdanningsgruppene. Sosu-hjælpernivået skulle gradvis erstatte hjemmehjelperne, sygehjelperne og beskæftigelsesveilederne, mens sosu-assistentutdanningen skulle erstatte plehjemsassistentene og plejerne. Minst fornøyde var trolig mange av sygehjelperne. De følte fra før sin plass i sykehus truet av sykepleierne, og nå så de også de nyutdannede sosu-assistentene som en trussel. Sygeplejerskene fikk gjennom reformen sin akademisering og plassering innenfor høyere utdanning. Samtidig måtte de akseptere at de nye sosu-assistentene kunne bli en langt større konkurrent enn sygehjelperen hadde vært, også innenfor sykehussektoren. I Københavnsområdet førte forslaget til spontane aksjoner hvor sygehjelperne og sykepleierskene slo seg sammen i sin motstand mot reformen.<sup>75</sup> Men totalt sett fikk reformen bred støtte. Sygehjelperne ble også tilbudt oppskoleringsmuligheter for å bli assistenter. Det samme ble de øvrige grupper. Alle de tidligere utdanningene ble imidlertid bredere og oppnådde samtidig en nivåheving innenfor sitt tidligere arbeidsfelt.

Fra de sentrale utdanningsmyndigheters side var det vesentlig at den nye utdanningen ble kostnadsnøytral i forhold til de gamle, men også at den la opp til en rasjonalisering av det de så som et fragmentert utdanningsfelt. I forhold til sosial- og helsepolitikken ble utdanningen sett som et sentralt virkemiddel i arbeidet med å bryte ned gamle skiller mellom sosial- og helsefeltet. Gjennom at det nye yrket ble en nøkkelfaktor i dette reformarbeidet, og ikke minst gjennom at SOSU-assistentene fikk en sektoroverskridende kompetanse i forhold til sykepleierens mer rene helseorientering, ble det skapt et grunnlag for en autonomi i arbeidsfeltet som var langt sterkere enn for eksempel sygehjelperne noen gang hadde hatt.

## Sygeplejerskenes kompromiss-linje

I Dansk Sygepleieråds historie (Wingender 1999), vises det til at DSR mente det egentlig var sykepleiermangel som var årsaken til de mange nye utdannelser som var blitt opprettet under sygeplejerskenivået på 1960- og 70-tallet. De ønsket en sanering av disse utdannelsene, og krevde at utdanningskapasiteten for sykepleiere i stedet ble økt. Da plehjemsassistentutdannelsen ble etablert på 1970-tallet, oppfattet forbundet denne som en alvorlig trussel mot sygeplejerskenes jurisdiksjon. De gikk derfor så langt som til å vedta boikott av undervisningen som var blitt tillagt sygeplejersker (ibid.). De av DSRs medlemmer som likevel tok jobb som lærere i denne utdanningen ble truet med eksklusjon.

I 1983 oppnådde DSR gjennomslag for at utdanningskapasiteten for sykepleiere skulle økes med 350. Betingelsen var imidlertid at DSR aksepterte en tilsvarende økning

---

<sup>75</sup> Kilde: Jens Folkersen, FOA.

i utdanningskapasiteten for plekehjemsassistenter og sygehjelpere. Når DSR deretter inngikk i en slik avtale med myndighetene, aksepterte de i realiteten også plekehjemsassistenterne som gruppe. Blant deler av medlemsmassen skapte denne politikken irritasjon; først ble man truet med eksklusjon om man tok jobb som lærer, deretter ble man pålagt å ta jobben likevel for å sikre en avtale med regjeringen (ibid.: 153–154).

Tradisjonen med å forhandle med regjeringen hvor muligheten til å oppnå egne fordeler ble veid opp mot konsesjoner i forhold til andre grupper, ble fulgt opp i forbindelse med SOSU-reformen i 1991. Man skulle i utgangspunktet forvente at sykepleierne var den gruppen som hadde størst grunn til å være mot hele reformen. Det ble nemlig slått utvetydig fast at sosu-assistentene skulle arbeide selvstendig, og ikke som sygehjelperne, som en gruppe generelt underordnet sykepleierne. Da reformarbeidet ble initiert ble det imidlertid inngått en underhåndsavtale mellom DSR og utdanningsminister Bertel Haarder om at dersom forbundet gikk positivt med i utvalgsarbeidet når det gjaldt de grunnleggende sosial- og sunnhetsutdannelse, så skulle de få noe i gjengjeld, nemlig akademisk anerkjennelse (ibid.). Dette hadde gjennom mange år vært et av DSRs sentrale krav.

Støtten til SOSU-reformen av 1991 skapte sterke reaksjoner blant medlemmene i DSR.

Det var en utbredt frykt for at det de kalte «nivå 2-folkene», SOSU-assistentene, skulle overta jobbene deres i sykehus. Sygeplejerskelevener eller -studentene, som de nå het, protesterte mot at de mistet ordningen med lønn under utdanningen. Om utdanningsordningen nå var endret fra mesterlære til akademisk studium, så var de fortsatt i stor grad arbeidskraft, men nå gratis, i praktikkperiodene av studietiden.

I 1994 ble sygeplejerskene på ny presset av myndighetene til å gi innrømmelser i forhold til gruppene under. Det var en gjengs oppfatning at sygeplejerskene motarbeidet de nye SOSU-assistentene. Mot å få en økt utdanningskapasitet på 350 studenter i året, aksepterte de nå å medvirke aktivt til at SOSU-assistentene fikk bruke sin kompetanse selvstendig i sykehus.<sup>76</sup> Utspillet fra myndighetene kom på bakgrunn av meldinger fra institusjonene om at SOSU-assistentene ikke slapp til med sin nye yrkesprofil.

Man kan si det over årene ser ut til å ha blitt utviklet et mønster hvor de sentrale myndigheter har presset sygeplejerskenes organisasjon til å medvirke til anerkjennelse og utdanning av pleierne under gjennom å knytte dette til en innfrielse av DSR sine sentrale krav.

## Et arbeidslivsstyrt system

Det helt særegne ved sosu-utdannelsene var at det etablerte et system hvor elevene under utdanningen ble ansatt av kommunene og amtene, samtidig som de hadde elevstatus og ikke lærlingstatus. De fikk lønn under utdanningen, tilsvarende om lag 50 prosent av hva en ferdigutdannet har.<sup>77</sup> Samtidig som systemet er særegent, har det likevel klare trekk fra den danske yrkesutdanningen, med en sterk vektlegging av praktikk og hvor vekselutdanningsprinsippet står sentralt (Jørgensen 2005).

---

<sup>76</sup> Jf. Socialministeriet og Sundhedsministeriet (1994).

<sup>77</sup> Voksne elever kan få støtte utover dette.

Amtene skulle eie skolen, mens kommunene og amtene, sammen med arbeidstakerorganisasjonene i en «Fællesbestyrelse», skulle dimensjonere antallet skoleplasser ut fra det antatte behov for utdannede framover i dette, på den tiden, heloffentlige arbeidsfeltet. I motsetning til i industri- og håndverksfagene, kunne arbeidsgiverne i helse- og sosial, kommunene og amtene også styre skoleopptaket som dermed ble del av den kommunale personalpolitikken. Departementet hadde imidlertid en unntaksklausul som ga dem rett til å gripe inn dersom de mente man dimensjonerte for lavt.

Om utdanningsmyndighetene ikke fikk integrert helse- og sosialutdanningene i et felles system med de øvrige yrkesutdanningene, fikk de gjennom 1991-reformen likevel et system som forpliktet arbeidsgiverne med hensyn til praktikk-plasser, og det i en helt annen grad enn hva som er tilfellet i privat sektor. Om de kommunale arbeidsgiverne ikke ansetter et tilstrekkelig antall elever, kan de statlige utdanningsmyndighetene gripe inn og pålegge dem å øke inntaket. Slike intervensjoner vill være utenkelige i forhold til private bedrifter.

Som en direkte følge av reformen valgte Dansk Kommunalarbejderforbund og Husligt Arbejderforbund å slå seg sammen i Forbundet af offentligt ansatte, FOA.<sup>78</sup> Det nye forbundet beholdt en yrkesorganisering, hvor yrkesgruppene blant annet har egne landsmøter. Disse gruppene er ikke bare basert på de nye utdanningene, men også de gamle. Det har fått som konsekvens at yrkesgruppene fra før reformen i 1991 fremdeles har sin egen særorganisering innad i FOA, 15 år etter. Faggruppeidentifikasjonen blir ansett å være sterk, og større enn fagforbundsidentiteten, noe man har valgt å ta hensyn til på denne måten. Av forbundets medlemmer befinner de fleste, ca. 100 000 seg innenfor SOSU-feltet, 50 000 innenfor pedagogisk sektor, mens de resterende 25 000 er fordelt på kjøkken/renhold og teknikk/service. 90 prosent av medlemmene er kvinner.

Utover 1990-tallet økte fokuset på utdanningseffektivitet. Ikke minst er den såkalte «restgruppeproblematikken» sentral i Danmark (Hansen 2003). Man er opptatt av å få ned andelen av ungdomskullene som verken får en yrkesutdanning eller tar en allmennutdanning med sikte på studiekompetanse. I forhold til SOSU-utdanningene var det særlig misnøye med den svake ungdomsrekrutteringen. Man hadde ved Reformen i 1991 lagt opp til at det skulle tas inn 3500 ungdommer som kom rett fra 9.klasse, men bare 500 søkte første året (Løvgren og Andersen 1993). Det gikk også svært langsomt med å øke ungdomstilstrømningen. Det var ellers misnøye med at det ble tatt opp/ansatt færre elever enn dimensjoneringen skulle tilsi, til tross for at det var et overskudd av søkere. Utdanningsmyndighetene mente amtene og kommunene tok inn for få elever i forhold til det framtidige arbeidskraftbehovet i sektoren. På den annen side ble kommunen beskyldt for, ut fra egne behov, å prioritere sine egne ufaglærte ansatte, arbeidsledige og innvandrere til utdanningene. Kommunene og amtene på sin side hevdet at de ikke hadde flere kvalifiserte søkere enn elevopptaket skulle tilsi.

Konflikten kan, selvsagt svært forenklet, synes å gå mellom på den ene siden utdanningenes fortsatte forankring i og styring fra arbeidslivet med den følge at arbeidslivshensyn og verdier blir prioritert, og på den annen side et ønske om å gjøre

---

<sup>78</sup> FOA ble i 2005 utvidet med pedagogmedarbejderne, og står i dag for «Fag og Arbejde».

utdanningene til en integrert del av utdanningssystemet, med dette systemets verdier, opptaksregler og innretning mot ungdom.<sup>79</sup>

## Nye endringer<sup>80</sup>

Bekymring for utdanningenes framtid og status førte til en ny reform i 2001. Det mest dramatiske i denne var at kommunene ble fratatt retten til å ta opp elever. De statlige myndigheter bestemte at skolene skulle overta opptaket, samtidig som kommunene og amtene fremdeles var forpliktet til å ansette elevene.<sup>81</sup> Reformen innebar også en forlengelse av SOSU-hjelperutdanningen til 14 måneder og sosu-assistentutdanningen til 20 måneder. Det var teoridelen som ble økt i begge utdanningene. Hensikten var oppkvalifisering samt å likestille SOSU-tdanningene med de øvrige yrkesutdanningene. Generelle endringer i det danske utdanningssystemet, som en økt individualisering med utarbeidelse av personlige utdannelsesplaner, ble også søkt implementert.

Samtidig ble adgangsprøven til sygeplejerskeutdanningen fjernet for de med assistentutdanning, og SOSU-assistentene som tok sykepleien ble gitt ett års avkortning i studietiden. Dansk Sygeplejeråd protesterte heftig på at adgangsprøven ble fjernet og krevde at SOSU-assistentene måtte søke sygeplejerskeuddannelsen «på likefot» med andre gjennom det som heter Koordineret Tilmelding.<sup>82</sup> Det betyr at de ikke aksepterte at SOSU-assistentutdannelsen i seg selv skulle gi adgang til sygeplejerskeutdannelsen. DSR sine protester ble imidlertid nok en gang neglisjert da en avgjørelse om Sosu-utdanningene skulle fattes.

For ytterligere å øke attraksjonen blant ungdom innførte også myndighetene forsøk med integrerte utdanningsløp, hvor opptak på inngangsførløpet samtidig garanterte videre opptak på hjelperutdanningen og dernest assistentutdanningen.

En evaluering<sup>83</sup> av 2001-reformen viser at oppfatningene av de endringene som ble satt i verk er svært delte de sentrale aktørene i mellom. Mest fornøyde var skolene som nå hadde fått hånd om opptaket, men også amtene og fellesbestyrelsene var i hovedsak fornøyd. Disse mente skoleopptaket hadde ført til klarere opptakskriterier, samt bedre logistikk og planlegging. Kommunene, derimot, var av stikk motsatt oppfatning. De mente det ble lagt for mye vekt på formelle studiekompetanser, mens vekten på personvurdering og holdning til arbeidet i pleie og omsorg var falt bort. De var dessuten misfornøyd med at kommunene hadde mistet muligheten til å bruke opptaket i sin egen utdannings- og sysselsettingspolitikk.

Kommunenes holdning til utdanningen er avgjørende for å få systemet med ansettelser og praktikk-plasser til å fungere, og kritikken fra kommunene bidro til at

---

<sup>79</sup> Se blant annet evalueringen av utdanningene i Ahrenkiel m.fl. (1996).

<sup>80</sup> Framstillingen er særlig basert på notat fra Amtrådsforeningen (2000), samt intervju med Birgit Gotenborg i Undervisningsministeriet, Jens Folkersen i FOA og Birthe Bak Andersen i Kommunernes Landsforening.

<sup>81</sup> Det enkelte amt og den enkelte kommune kunne likevel i helt spesielle tilfeller nekte å ansette en elev de ikke ville ha.

<sup>82</sup> Brev fra DSR til Amtrådsforeningen av 12. september 2000.

<sup>83</sup> Teknologisk Institut og Danmarks Erhvervspædagogiske Læreruddannelse (2005).

myndighetene gikk inn for, i hvert fall delvis å reversere 2001-reformens endring i opptaksreglene slik at kommunene igjen fikk kontroll med opptaket.<sup>84</sup>

## Rekruttering

De fem utdanningene som i sin tid dannet grunnlaget for de nye SOSU-utdanningene hadde vært utpreget voksenutdanninger. De var svært populære og hadde søkertall som var fire–fem ganger høyere enn antall skoleplasser. Samlet sett hadde disse utdanningene i 1987 hele 19 500 søkere, og de var i en privilegert posisjon sammenlignet med for eksempel sygeplejerskeutdannelsen som over mange år har slitt med dårlig søkning.<sup>85</sup>

Vi har ikke klart å oppdrive søkertall fra de første år etter 1991-reformen, bortsett fra det såkalte inngangsåret, som var beregnet på ungdom fra 9. klasse og hadde svært dårlig søkning. Det er likevel mye som tyder på at man opprettholdt en relativt god søkning til hjelper- og assistentutdannelsen utover 1990-tallet, selv om den nok var lavere enn den samlede søkningen til de gamle utdanningene på 1980-tallet. Fra 2002 finnes det søkertall,<sup>86</sup> og det ligger på rundt 18 000 i 2004 for SOSU-hjelper og -assistentutdannelsen til sammen, en sterk økning fra årene før.

Danmarks Evalueringsinstitutt gjennomførte i 2001 en undersøkelse av social- og sundhedshjelperutdannelsen<sup>87</sup> hvor de blant annet så på rekruttering og avbrudd på grunnlag av registerdata fra Danmarks Statistikk. Profilen de tegner av de nyrekruttede til utdannelsen kan kort oppsummeres slik:

- 93 % er kvinner
- 95 % har en etnisk «dansk» opprinnelse
- Gjennomsnittsalderen blant elevene har vært jevnt stigende og ligger i midten av 30-årene
- De fleste har mye arbeidserfaring og kommer til utdanningen fra en jobb
- Kun en mindre del har vært arbeidsledige
- To av tre har arbeidserfaring fra pleie og omsorg før de starter på utdanningen, men under halvparten av disse kommer direkte fra en jobb i sektoren
- Lengden på arbeidserfaringen i pleie og omsorg er for de fleste på mellom et halvt og to år, men 14 prosent har opptil fem års erfaring
- Nesten halvparten har en annen yrkesfaglig utdanning fra før

---

<sup>84</sup> Opplysningene er basert på intervjuer med sentrale aktører. Den endelige utformingen av reglene skal behandles av Folketinget i vårsesjonen 2006.

<sup>85</sup> Kilde: Perspektivutvalgets betenkning 1989.

<sup>86</sup> Kilde: Undervisningsministeriet. Tallene omfatter søknader og ikke søkere. Det kan derfor forekomme noen grad av dobbeltsøkning.

<sup>87</sup> Dansk Evalueringsinstitutt (2001).

- En stor andel er gift og har hjemmeboende barn

Når det gjelder andelen drop-outs, så økte denne i løpet av siste halvdel av 1990-tallet fra 13,7 til 17,3 prosent. Den var høyest blant de yngste elevene, blant de (få ) menn i utdanningen og blant de med annen etnisk bakgrunn enn dansk. Drop-out-andelen er imidlertid ikke høyere enn i andre danske yrkesutdanninger, heller litt lavere<sup>88</sup>

Til tross for at det ble satset stort på at de nye SOSU-utdanningene skulle rekruttere ungdom, viste det seg raskt at utdanningen først og fremst appellerer til voksne kvinner over et bredt aldersspekter. Allerede under den første evalueringen av SOSU-utdanningene, ble det uttrykt bekymring for at utdanningen gjorde seg avhengig av en rekrutteringsbasis som var utdøende, nemlig de med husmørerfaring (Ahrenkiel m.fl. 1996). Forskergruppen som sto bak evalueringen mente politikerne måtte «yderligere intensivere arbeidet med at profilere ungdomsperspektivet», for å sikre den framtidige rekruttering. Den gangen lå gjennomsnittsalderen på 32,9 år for social- og sundhedsassistenter. Men den har bare fortsatt å stige og ligger i 2004 på 37,7 år. Ved reformen i 2001 var det uttalt mål å øke rekrutteringen av de under 20 år. Selv med skoleopptak klarte man imidlertid ikke å senke aldersnittet. Selv om gjennomsnittsalderen på elevene i de danske yrkesutdanninger generelt har steget, så skiller SOSU-utdanningene seg markant ut. Fra 1993 til 2004 har gjennomsnittsalderen økt med hele 8 år<sup>89</sup> Husmorepoken ligger nå enda lengre tilbake i tid, og basert på de ovennevnte data om elevenes bakgrunn, er det grunn til å slå fast at det nåværende rekrutteringsmønsteret ikke er basert på husmødre, men på voksne kvinner med ulik arbeids-, utdannings og omsorgsbakgrunn. Vi har ikke klart å oppdrive data om elevenes yrkesbakgrunn, men ut fra alder, og den høye yrkesdeltakelsen blant kvinner i Danmark, vil de fleste ha mange år i arbeidslivet bak seg. Blant dem som begynte på hjelperutdannelsen i 2002, hadde over halvparten en videregående utdanning<sup>90</sup> fra før. I tillegg var det også fem prosent som hadde høyere utdanning.<sup>91</sup>

## Stabilitet og geografiske ulikheter

En omfattende undersøkelse av sammensetningen og stabiliteten i arbeidsstokken innenfor sosial- og helsesektoren gir et svært interessant bilde av den danske situasjonen med hensyn til både rekruttering og stabilitet (Hjalager, Sørensen og Møberg 2004).<sup>92</sup> For det første avlives mytene om at det er større gjennomtrekk innenfor denne sektoren enn andre, sammenlignbare sektorer. Dernest ser man på ulike deler av sektoren og på hva som påvirker stabiliteten i positiv eller negativ retning. Funnene er interessante, men ikke overraskende. Minst stabilitet er det innenfor den kommunale pleie og omsorg, dominert av eldreomsorgen. Man finner at mye av gjennomtrekken er knyttet til de uten utdanning for å arbeide i sektoren, og at utdanning slik sett utgjør en dramatisk forskjell

---

<sup>88</sup> Kilde: Undervisningsministeriet (2004).

<sup>89</sup> Statistikk for erhvervsfaglige uddannelser.

<sup>90</sup> Gymnas eller yrkesutdanning på sekundærnivå.

<sup>91</sup> Teknologisk Institut og Danmarks Erhvervspædagogiske Læreruddannelse (2005).

<sup>92</sup> Undersøkelsen er basert på registerdata og omfatter områdene Nord-Jylland og Fredriksborg.

når det gjelder stabilitet. SOSU-utdanningene har en klart stabiliserende virkning, og stabiliteten har økt etter hvert som utdanningene har «satt seg» i arbeidsmarkedet. Men også andre faktorer er viktige, og da først og fremst alder. Det er særlig de utdannede i 40–60 års alderen som representerer stabiliteten. Av de som ble utdannet innenfor denne aldersgruppen i årene 1993–2001 var mellom 80 og 90 prosent yrkesaktive etter to år i sektoren. Tilsvarende tall for gruppen utdannede i 20–24 års alderen var bare 30–40 prosent. Det er videre et stort skille mellom enslige og gifte/samboende. Enslige kvinner med og uten barn har en sterk tendens til å forsvinne fra sektoren, mens de gifte/samboende blir. Det er rimelig å se dette i sammenheng med sektorens utpregede muligheter for omsorgspermisjoner og deltid, ordninger som i stor grad forutsetter at den som benytter disse er (delvis) forsørget av ektefelle/samboer.

Undersøkelsen ser også på hvordan familie, geografi og både det regionale og de nasjonale arbeidsmarked spiller sammen og lager noen begrensninger på hva slags rekrutteringspolitikk det er mulig å praktisere. På Nordjylland har arbeidsledigheten over mange år vært relativt høy. Det begrensede jobbtilbudet bidrar til å gjøre jobbene i pleie- og omsorgssektoren mer attraktive. Stabiliteten i arbeidsstokken er god, og andelen SOSU-utdannede er økt fra 30 til 50 prosent fra begynnelsen av 1990-tallet. Det er voksne, gifte kvinner som dominerer blant de sosu-utdannede. I Frederiksborg-regionen med sin nærhet til hovedstaden, er situasjonen annerledes; her er ledigheten lav og jobbtilbudene for kvinner mange. Resultatet er en høy andel ufaglærte. Samtidig har denne regionen en særegen ressurs; de mange unge studerende, både kvinner og menn, som kan tenke seg en midlertidig jobb i pleie- og omsorgssektoren. Hva slags fleksibilitet de ulike arbeidsmarkedene legger grunnlag for anskueliggjøres i et kapittel gjennom bruk av Atkinsons (1985) teori om fleksibilisering gjennom oppdeling i kjerne- og randsarbeidskraft (Houmann Sørensen 2005). Mens man på Nordjylland kan satse på en stor, utdannet kjernearbeidsstokk, og en liten randsarbeidsstokk av mindre permanente ansatte, må man i Fredriksborgregionen i større grad satse på en liten spesialisert kjerne, med en stor randsarbeidsstokk av mindre permanente og mindre utdannede. På Nordjylland kan man som en følge av dette i større grad dra nytte av de SOSU-utdannede generalistene i et system med utstrakt funksjonell fleksibilitet og således bygge opp en egalitær kvalifikasjonsstruktur. I Fredriksborgregionen er dette langt vanskeligere på grunn av det store antallet ufaglærte og større gjennomtrekk. Her blir man således mer avhengig av spesialister som kan ta seg av nøkkeloppgaver, samtidig som de også må veilede de ufaglærte.

Rapporten diskuterer også forholdet mellom utdanning, rekruttering og jobbinnhold. Det påpekes at en god utdanning vil gi en høy grad av yrkesidentitet, noe som er nødvendig for å sikre en god rekruttering. Men det er ikke nok; dersom ikke jobbutformingen er i samsvar med utdanningen, vil man likevel ikke sikre verken rekruttering eller stabilitet. Endringer i utdanningene må derfor koordineres med endringer i arbeidsorganiseringen, samtidig som begge deler må ta utgangspunkt i hvilke grupper det vil være mulig å rekruttere (Houmann Sørensen 2005).

Rapporten blir, ut fra et rekrutteringsperspektiv, mer interessant enn dusinet av rapporter som ut fra et smalt utdanningsperspektiv fokuserer på hvordan en kan øke ungdomsrekrutteringen til utdanningene, fordi den fokuserer på hvordan arbeidslivet løser rekrutteringen ut fra den faktiske situasjonen, og deretter diskuterer hvorfor det



blir slik og grunnlaget for endringer. En av rapportens sentrale påpekninger er da også at pleie- og omsorgssektoren ikke bør se på den dominerende voksenrekrutteringen som et problem, men som en ressurs. Det er nettopp voksne på søken etter en andre eller tredje karriere som i dag lar seg rekruttere til stabile karrierer i sektoren. De unge derimot, i den grad de overhodet er interessert, viser at dette for dem dreier seg om gjennomgangsjobber. Om det i dag stort sett er voksne kvinner som velger disse utdanningene og dette arbeidet, viser også tallene at man har et lignende mønster blant voksne menn, om enn foreløpig i en langt svakere målestokk.

En fordel som trekkes fram ved de voksne er deres modenhet og livserfaring. Ulempen man peker på er at dette i stor grad nedfeller seg i såkalt tause kunnskaper, som godt lar seg utnytte i arbeidet, men som kan stå veien for en videre profesjonalisering. Det understrekes at det derfor er nødvendig med en utdanning som er tilpasset nettopp denne gruppen.

At voksne kvinner velger sosial og helse som arbeidsfelt er ikke noe som kan reduseres til et spørsmål om jobbmuligheter. I en generasjonsstudie av de som gikk ut folkeskolen i Danmark i 1968 vises det at om lag en tredjedel av kvinnene i begynnelsen av 20-årene oppga sosial og helse som sitt ønskearbeidsfelt (Hansen 1995). 16 år senere hadde 63 prosent av disse arbeid nettopp i denne sektoren. Helse- og sosialfeltets tiltrekning kan ut fra dette knyttes til grunnleggende trekk ved kvinnesosialiseringen. Ut fra nyere forskning, vel og merke blant danske sykepleiere, kan det likevel reises spørsmål om det er endringer på gang gjennom en økende konflikt mellom kvinners forventninger til arbeidet på den ene siden, og det rom for yrkesutøvelse og den lave samfunnsmessige statusen pleieryrkene tilbyr på den andre (Andersen, Dybbroe og Bering 2004).

Deltid har hele tiden vært et trekk ved denne sektoren. På slutten av 1960-tallet arbeidet om lag en av fire sygehjelpere deltid.<sup>93</sup> Vi har ikke klart å oppdrive nye tall for deltid blant de SOSU-utdannede, men det oppgis at spesielt ungdom har problemer med å få fulle stillinger, mens mange voksne i større grad ønsker deltid.<sup>94</sup> Det generelle bildet blant danske kvinner er for øvrig at deltidsandelen går ned. I 2004 arbeidet 23 prosent av kvinnene deltid.<sup>95</sup> I offentlig sektor har heltidsandelen økt med hele fem prosent fra 1997 til 2004. Til en viss grad ser deltidsandelen ut til å følge konjunktorene i arbeidsmarkedet.

FOA har gjennomført en tilfredshetsundersøkelse blant SOSU-hjelpere og assistenter.<sup>96</sup> Den viser stor grad av tilfredshet langs de fleste parametre, og særlig med utdannelsen og arbeidets innhold. Når det gjelder det siste er det aspekter som selvstendighet i arbeidet, ansvaret, variasjonene og utfordringene som understrekes. Det som framholdes som problematisk er belastningene i arbeidet og ikke minst fagets dårlige omdømme. Dette er viktige årsaker til at bare 60 prosent av SOSU-assistentene og -hjelperne tror de vil være i dette yrket om fem år.

---

<sup>93</sup> Betænkning om uddannelse av sygehjælpere (1973).

<sup>94</sup> Kilde: Jens Folkersen, FOA.

<sup>95</sup> Kilde: Nyt fra Danmarks Statistikk (2006).

<sup>96</sup> FOA (2002).

## Arbeidsdelingen

SOSU-reformen i 1991 introduserte en sektoroverskridende generalistutdanning, og det vil være naturlig å tenke seg at dette ville bli en kategori som i første rekke var egnet for den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Det er også her utdanningsmyndighetene framholder at SOSU-assistenten er bedre kvalifisert enn sygeplejersken; innenfor enkeltfelt som aktivering og rehabilitering.<sup>97</sup> Hva så med det som tradisjonelt har blitt ansett som det mest attraktive arbeidsfeltet innenfor pleien, nemlig de somatiske sykehusene? Ville den nye, generalistutdannede SOSU-assistenten finne noen plass her? Spørsmålet er betimelig, ikke minst siden utdanningsreformen fant sted samtidig med at det ble tatt initiativer til en ny organisering av sykehuspleien, med bare sygeplejersker, og hvor sygehjælperen skulle bli overflødig (Andersen, Dybbroe og Bering 2004). Ut fra det tilgjengelige materialet, er det mye som peker i retning av visse problemer for SOSU-assistentene i sykehus de første par årene etter reformen. Det avstedkom som tidligere referert en intervensjon fra de sentrale myndigheter hvor Dansk Sygeplejeråd ble presset til, ikke bare å aksepterte de nye utdanningene, men også å forplikte seg til å medvirke aktivt til at SOSU-assistentene slapp til i arbeidsfeltet. Sosial- og helsemyndighetene utformet en egen veiledning om hvordan SOSU-assistentenes kompetanse kunne anvendes, og det ble igangsatt prosjekter for å få dette til i praksis. Hensikten var ikke bare å sikre SOSU-assistentene jobb i sykehus på linje med de gamle sygehjælperne, men at de også fikk utvidete oppgaver som korresponderte med den nye utdanningens mer omfattende læreplaner og mål. I en rapport fra Randers Sykehus skriver opplæringsansvarlig sygeplejerske om hvordan SOSU-assistentene systematisk læres opp til å overta mer kvalifiserte oppgaver innen sykepleien.<sup>98</sup> Det betyr med nødvendighet at de går inn på områder som tidligere var forbeholdt sygeplejersker. Den svake tilgangen på sygeplejersker var en av grunnene, samtidig som dette også må ses i lys av ønske om gjøre SOSU-utdanningene attraktive.

Nyere forskning på feltet styrker bildet av at det foregår faktiske endringer i arbeidsdelingen mellom sygeplejersker og SOSU-assistenten. Ikke minst har sykepleiermangelen gjort det nødvendig å delegerer mange oppgaver til assistentene. I de unge sygeplejerskenes bilde av det framtidige sykehuset vil SOSU-assistentene i stigende grad ivareta den daglige pasientpleie, mens sygeplejerskene tar seg av de administrative og utviklingsorienterte funksjoner (ibid.). Forventningene om framtiden forteller noe vesentlig om tendensen mange opplever i dag.

Når det gjelder de gamle sygehjælperne, har en stor del av disse gjennomført den såkalte oppskolningsutdanning til SOSU-assistent. I motsetning til mange av de med gammel utdanning innenfor andre SOSU-områder, viser undersøkelser også at sygehjælperne ansatt i sykehus har vært mer motiverte for å oppgradere sin utdanning. Dette henger trolig nært sammen med at de i motsatt fall risikerer å miste jobbene sine i sykehus.<sup>99</sup> På mange måter kan en si at sygeplejerskene og sygehjælpernes felles frykt for

---

<sup>97</sup> Jf. Blant annet intervju med Birgit Gotenborg i ministeriet 2. mars 2006.

<sup>98</sup> Kilde: *Sygeplejersken*, nr. 3/2000.

<sup>99</sup> Kilde: FOAs medlemsblad nr.

sine arbeidsplasser da SOSU-assistenten ble introdusert på begynnelsen av 1990-tallet hadde noe for seg.

Blant de 90 000 faglærte innenfor SOSU-området i dag har om lag 60 000 de nye SOSU-utdanningene, hvorav 37 000 er hjelpere, mens 27 000 er assistenter.<sup>100</sup> Blant de 30 000 som fremdeles bare har «gammel» utdanning er det liten interesse for å ta den nye utdanningen. Dette tyder på at disse utdanningene i høyeste grad fortsatt er gangbare innenfor arbeidsmarkedet, da med noen unntak som nevnt over.

## Oppsummering Danmark

De danske utdanningene for pleie og omsorg er de eneste av de nordiske landenes utdanninger som har overlevd som et selvstendig system gjennom rasjonaliseringen av utdanningssystemene de siste 20–30 årene. Dette har trolig flere årsaker, selv om det er nærliggende å knytte det til at man i Danmark heller ikke har integrert yrkesutdanningen med allmennutdanningssystemet, slik man i større eller mindre grad har gjort i de øvrige land, men latt det utvikle seg videre ut fra egne styrker og særegenheter.

De danske SOSU-utdanningenes manglende integrering i det felles yrkesutdannings-system gir seg ulike utslag. Man har et system for opptak og ansettelse av elever, som i det meste av perioden har vært styrt av arbeidslivet – ikke skolene – noe som er gjenstand for kritikk fra skole- og forskerhold, men som har vært en forutsetning for oppslutningen fra kommunene. Dette har også gitt rom for å videreføre mønsteret med å rekruttere voksne elever. Selv om det har vært en uttalt målsetning å øke rekrutteringen av ungdom, har gjennomsnittsalderen på elevene bare fortsatt å øke.

Man kan, som rapporten «Farvel til Florence Nightingale» gjør, spørre hva som er problemet med å rekruttere voksne, når søkningen er svært god og deres stabilitet i arbeidslivet er overlegen det en finner blant andre grupper. Svaret, dvs. «problemet», blir selvsagt å finne i utdanningssystemet. Også i Danmark ønsker man å bedre gjennomstrømningen og utdanningseffektiviteten. Til dette anser man at det er behov for et enhetlig utdanningssystem med et bredt tilbud av utdannings- og praktikkplasser som gjør at man kan løse det man kaller rest-problematikken, dvs. få ned andelen som ikke tar enten gymnas eller yrkesutdanning.

Det som ellers karakteriserer det «autonome» danske SOSU-utdanningssystemet er den trinnvise modellen, fra hjelper, via assistent til sykepleier. Det er et uttalt mål å rekruttere både til arbeid og til videre utdanning. 1991-reformen, som laget en ny, bred generalistutdanning av fem gamle, ser også ut til å ha lyktes med sin ambisjon om at alle de tidligere utdanningene ble hevet. Det betyr at SOSU-assistentene har en kompetanse som klart overstiger de tidligere yrkenes. For å få dette gjennom, ikke bare i utdanningssystemet, men også gjennom en faktisk endring i arbeidsdelingen, har utdanningsmyndighetene forhandlet med Dansk Sygeplejeråd. Motytelsene har vært større utdanningskapasitet og akademisering av sykepleien. Denne formen for ansvarliggjøring av sykepleierprofesjonen i spørsmål som gjelder underordnede pleier-gruppers økte kompetanse ser ut til å være helt spesiell for Danmark.

---

<sup>100</sup> Undersøkelse foretatt av utviklingsenheten i FOA november 2004.

Selv om rekrutteringen hele tiden vært god, og bedre enn i for eksempel sykepleien, er man også i Danmark opptatt av problemer med manglende status for SOSU-utdanningene, spesielt blant ungdom. Rekrutteringen varierer ut fra arbeidsfelt og geografi. Vanskeligst for å rekruttere og å etablere stabilitet blant de yrkesutøvende har man innenfor hjemmepleien og i hovedstadsregionen med tiliggende områder. Av de anbefalinger som gis for å bedre på dette er styrking av yrkesidentitet gjennom heving av utdanning samtidig med at dette gjenspeiles i en arbeidsorganisering tuftet på godt kvalifiserte pleiere og en funksjonell fleksibilitet.

De danske SOSU-hjelperne og -assistenter er organisert i LO-forbundet FOA, bestående i all hovedsak offentlige ansatte. Helse- og sosialfeltet representerer 60 prosent av medlemmene, og det er et mål at alle her skal være faglærte, dvs. enten SOSU-hjelpere eller -assistenter. Selv om forbundet er et sektorforbund, bidrar trolig medlems sammensetning og synet på fag/yrke som grunnleggende kategori til å bygge opp under yrkesidentiteten.

## 5 Oppsummering og diskusjon

Komparasjon i forskning er nyttig og nødvendig, men også risikabelt.<sup>101</sup> Når man som norsk forsker studerer materiale fra andre land på et felt man ellers kjenner godt i Norge, vil det sammenlignende blikket nesten uunngåelig styres, først mot de mest åpenbare likhetstrekk. Etter hvert som man trenger dypere inn i stoffet, vil trekk som i utgangspunktet virket identiske, som for eksempel de underordnede pleieutdanningene og rekrutteringsutviklingen, framvise klare trekk av ulikheter. Hvilke ulikheter man fester seg ved, vil styres av hva man i utgangspunktet oppfatter som vesentlige faktorer for å forklare utviklingen innenfor feltet. Fokuset på ulikhetene vil igjen lett lede til en form for «forklaringstvang», hvor man forsøker å angi årsakene til disse. Dette vil gjerne utløse en trang til å etablere en modell som inneholder alle strukturtrekk man mener er relevante for utviklingen. Denne skal kunne forklare ulikhet i utfall ut fra ulikheter i kombinasjoner av strukturtrekk.

En slik form for komparasjon er av forskjellige grunner svært problematisk. For det første forutsetter det at det er mulig å bryte opp helheten og isolere strukturtrekk man mener er like fra land til land. For det andre forutsetter det at man kjenner deres innbyrdes relasjoner. For å etablere slike modeller er man avhengig av å gjøre så mange forenklinger at det hele raskt blir både overflatisk og intetsigende.

I denne studien ønsker vi i stedet å benytte komparasjonen som et middel til å øke forståelsen av pleie- og omsorgsutdanningene og -rekrutteringen i Norge. Særlig ulikhetene i utviklingstrekk på dette feltet mellom de enkelte av de andre nordiske landene og Norge, gjør at blikket vårt for hvordan og hvorfor ting er som de er i Norge skjerpes.

### Utdanningenes strukturelle plassering og rekruttering

Som vi skrev innledningsvis er det et fellestrekk for alle landene at det på 1950- og 60-tallet ble etablert utdanninger for assistentgruppene innenfor sykehuspleien. Disse var fra starten knyttet nært til sykehus eller andre pleieinstitusjoner, og det ser også ut til å ha vært et fellestrekk at de rekrutterte svært godt.

Disse pleieutdanningene har etter dette gradvis blitt tettere integrert med det øvrige utdanningssystem i alle landene. Likevel er det store forskjeller i graden av integrering. Lengst har man gått i Sverige hvor yrkesutdanningen er avskaffet og erstattet med et bredt gymnasprogram som ikke gir noen yrkestittel. Innplassering i arbeidsorganisasjonen og eventuell spesialisering overlates til arbeidslivet og virksomhetene. I den andre enden finner vi Danmark hvor SOSU-utdanningene er beholdt som et eget, selvstyrt system på siden av landets øvrige yrkesutdanningssystem. Til tross for sin særorganisering, så er den danske utdanningen koplet opp mot sykepleierutdanningen gjennom at den både gir adgang og avkorting. I Sverige med sitt integrerte utdanningssystem er det motsatt. Her gis ingen automatisk adgang oppover i utdanningssystemet. I stedet er det opp til den enkelte høyskole å avgjøre spørsmålet om adgang for elever fra

---

<sup>101</sup> Resonnementet her er inspirert av Ågotnes (1989).

omvårdnadsprogrammet. Dette er en dramatisk endring siden den grunnleggende vårdutdanningen tradisjonelt har vært første del av den svenske sykepleierutdanningen.

Selv om dette er vanskelig å måle, kan det synes å være et fellestrekk at de underordnede gruppene sliter med synkende status i samfunnet. Det som er langt mer målbart, er at alle landene har problemer med å rekruttere ungdom, og at ingen har klart å øke andelen menn i utdanningene. Det vi kan kalle assistent- eller hjelpepleierutdanningene i alle de nordiske land hadde et betydelig innslag av voksne kvinner helt fra starten på 1950- og 60-tallet, men det var likevel en del yngre jenter som tok disse utdanningene. I alle land har imidlertid gjennomsnittsalderen på de utdannede økt. Dette har paradoksalt nok skjedd i en periode hvor politikken, om enn med ulik grad av konsekvens, har vært å øke rekrutteringen av ungdom.

I Danmark og Finland har man opprettholdt utdanninger som er åpne for både ungdom og voksne. Her er rekrutteringsproblemer foreløpig ikke så påtrengende som i Norge og Sverige hvor man har laget alderssegregerte utdanningsordninger. Dette kan ha sammenheng med at man ikke slipper voksne inn i de ordinære utdanningene. Det kan imidlertid også henge sammen med at det er i de rene ungdomsutdanningene rekrutteringsproblemer blir mest synlige, fordi disse på en helt annen måte enn voksenutdanningene preger den rådende utdanningsdiskursen. Både i Sverige og Norge rekrutterer man likevel svært mange voksne gjennom andre ordninger.

### Arbeidsfelt

Det er også felles for landene at de underordnede pleiergruppene ingen steder entydig har klart å erobre noe eget arbeidsfelt, hvor de har en eksklusiv kompetanse. Alle oppgaver de utfører ligger primært under sykepleiernes jurisdiksjon. Samtidig er grensene mot de ufaglærte mer eller mindre uklare i alle landene.

Det ser også ut til å være et fellestrekk at de underordnede pleiergruppene i alle land har beveget seg fra i starten å være sykehuspleiere til etter hvert å bli konsentrert særlig innenfor den kommunale eldreomsorgen. I både Finland, Sverige og Norge har de med pleierutdanning fra det videregående utdanningsnivå i praksis små muligheter for jobb i sykehus. Dette nevnes ofte som argument blant ungdom mot å ta slik utdanning. Danmark er det eneste landet hvor assistentene har beholdt en posisjon i sykehus og i psykiatrien. Her har de statlige myndigheter grepet direkte inn for å sikre at sykepleierprofesjonen medvirker til dette. Assistentgruppen har altså ikke bare hatt støtte i formell utdanning for feltet, men en direkte intervensjon fra staten sin side til fordel for dem selv. I de øvrige land har staten holdt en lavere profil, og profesjonskampen har bidratt til at de underordnede pleiergruppene i varierende grad har blitt marginalisert. Dette illustrerer likevel at arbeidsdelingen i sykehus på ingen måte er naturgitt, og til tross for mer avansert teknologi, kortere liggetid og mindre langtidspleie, så avgjøres andelen av ulike yrkesgrupper av politikk, ulike aktørers ressurser og strategier.

Det at assistentgruppen i Danmark på denne måten har fått et bredere kompetanse- og arbeidsfelt og et større arbeidsmarked er positivt for denne arbeidstakergruppen. I hvilken grad dette i seg selv bidrar til større rekruttering, er vanskelig å fastslå på bakgrunn av foreliggende data. Danskene ser ut til å ha den beste rekrutteringen i

Norden, men også her går ungdomsrekrutteringen ned. Det siste kan ha sammenheng med at tross muligheter for jobb i sykehus, så er det også i Danmark eldreomsorgen som er det største arbeidsmarkedet for disse SOSU-gruppene. Det at sykepleie rekrutterer dårlig i Danmark – langt dårligere enn i Norge – kan også være en indikasjon på helse- og sosialfeltets generelt manglende attraksjon i forhold til unge.

I alle landene etablerte man på 1990-tallet bredere utdanninger i et forsøk på å skape generalistkategorier som favnet både helsefeltet og det sosiale området. Dette var hovedsakelig begrunnet ut fra at tjenester som tidligere hadde ligget under ulike forvaltningsnivå og -sektorer nå ble integrert på kommunenivået. Det ble imidlertid også framhevet at pleie- og omsorgsgeneralistene på denne måten ble utstyrt med en sektoroverskridende kompetanse som ville gjøre dem spesielt verdifulle. Tendensen vi ser i dag, om enn med noe ulik styrke fra land til land, er at det er de helse- og medisinrelaterte tjenestene som prioriteres, mens det sosiale området innen for eksempel eldreomsorgen opplever i stadig mindre grad å bli tilgodesett. Dermed blir generalisten lite verdt, og den brede kompetansen blir i stedet en hemsko i konkurransen om mange av jobbene. Dette bidrar til at en legger mer vekt på det medisinske området også i utdanningene, og tradisjonelle hierarkier forsterkes også når det gjelder elevenes orientering mot ulike delfelt. Eldreomsorgen er, ikke minst blant de yngre, det desidert minst attraktive området.

#### Hva slags arbeidskraftkategorier?

Når man observerer den svake graden av autonomi, mangel på avgrenset yrkesfelt og de svært ulike veiene til å bli godkjent, kan man reise spørsmålet om hvorvidt assistentgruppene kan kalles yrker. I Sverige har man avskaffet yrkesutdanningen, erstattet den med et bredt utdanningsprogram, og latt det være opp til arbeidsgiver hvordan de vil organisere arbeidet. Fremdeles kalles de best utdannede på nivået under sjukskötterskor for underskötterskor, men heterogeniteten er stor, og det er vanskelig å se at dette i dag kan kalles et yrke.

I Finland har man gått den andre veien og reversert reformen som introduserte generalistutdanningen som nårvårdare og gjeninnført de gamle spesialiseringene. Dette skjedde etter at den nye utdanningen hadde skapt en diffus generalistkategori som hadde problemer med å vinne innpass, ikke minst i sykehus. Foreløpig ser det imidlertid ikke ut til at dette grepet er nok til å snu nårvårdarnas negative utvikling.

I alle land er kompetansetenkning, modularisering og «AMU-fisering» av yrkesutdanningene en av flere tendenser, men ingen steder har man gått så langt som i Norge. Her er voksenopplæringen, som den viktigste veien til å bli hjelpepleier, blitt nedlagt. I stedet har man innført kompetansevurderinger av ufaglærte med lang praksis, for så å fylle på med det aller nødvendigste av kurs for at de skal aksepteres som hjelpepleiere. At dette vil hemme mobilitet både vertikalt og horisontalt og dermed snevre inn karrierefeltet kraftig er en sannsynlig følge. Å få innpass i sykehus gjennom denne «utdanningsveien» er for eksempel svært vanskelig.

## Heltid/deltid

I Norge og Sverige er deltid den dominerende måten å organisere arbeidstiden på innenfor pleie- og omsorgssektoren. I Finland og Danmark er heltid normalen, selv om det i Danmark også er et betydelig innslag av deltid.

Dette bidrar imidlertid ikke til at det er større rekruttering av menn i Finland og Danmark enn i Norge og Sverige. Problemene med å rekruttere ungdom ser også ut til i stor grad å være felles på tvers av heltids-/deltidsskillet. Deltidsorganisering som en viktig barriere i seg selv for rekruttering til disse utdanningene ser dermed ut til å være svekket som forklaring. I alle landene er det også slik at menn – når de først arbeider i sektoren – arbeider heltid. En hypotese kan være at menn som velger å jobbe i pleie- og omsorgssektoren får seg heltidsarbeid hvis de ønsker, dvs. at arbeidstakernes egne preferanser må tillegges større vekt når en skal forklare deltidssystemet, mens arbeidsgiverens ønsker og systemtvangen må tillegges tilsvarende mindre vekt. Her må det understrekes at sammenligningsgrunnlaget er svært grovt, og vi må derfor ta mange forbehold. Undersøkelser både i Norge og Danmark viser at ikke bare menn og ungdom, men også enslige kvinner er lite stabile i pleie- og omsorgssektoren (Abrahamsen 2000, Hjalager m.fl. 2004). Dette har til dels vært tolket som uttrykk for at det er vanskelig å forsørge seg på en jobb i denne sektoren. En annen måte å se dette på kan være at deltidssystemet som et gode som bidrar til å holde på arbeidstakere, gjelder primært gifte/samboende kvinner, og ikke på samme måte de gruppene som ikke har noen til å delforsørge seg. De sistnevnte blir dermed mindre stabile, fordi dette incitamentet blir lite verdt. Når menn ikke finner det attraktivt å ta pleierutdanning og -jobb i Finland har dette åpenbart ikke noe å gjøre med deltidproblematikken å gjøre.

## Avsluttende kommentarer

Til tross for ulikheter langs en rekke parametere, gjenstår det et bilde av at utviklingen i rekruttering og utdanning av gruppene under sykepleiernivået i de nordiske land har mye felles. Yrkene har fått en svekket status, de sliter med å rekruttere ungdom og har ingen framgang i å rekruttere menn. Vi har gjennom oppsummering av de ulike lands ordninger og mønstre pekt på en rekke forhold som kan virke negativt på utdanningenes status og rekruttering, men hvor bare noen er felles for de ulike land. Det gjelder for det første at ingen av gruppene synes å ha klart å etablere et eget arbeidsfelt, eller en jurisdiksjon. Alt de gjør kan også sykepleierne gjøre, og det er den sistnevnte gruppen som definerer hva som er god faglighet på området. Assistentstatusen er, med unntak av Danmark, heller forsterket enn svekket. Det gjelder for det andre en sterk dreining i arbeidsmulighetene, fra å ligge i sykehus på 1960- og 70-tallet, til i dag hovedsakelig å ligge i eldreomsorgen. Disse forhold kan bidra til å forklare at utdanningene ikke er attraktive for ungdom i noen av landene. Men utviklingen kan også være knyttet til utviklingstrekk i samfunnet generelt, til pleie- og omsorgsarbeidets generelle anseelse og attraksjon. En dansk undersøkelse trekker fram konflikten mellom dagens kvinners forventninger til arbeidet, kontra hva helse- og sosialsektoren har å tilby av yrker med liten selvstendighet og/eller lav status.

Men det går an å vinkle dette annerledes. Ungdomstiden har blitt kraftig forlenget. Det å utdanne seg innenfor et pleieryrke betyr at man kommer raskt ut i den virkelige



pleieverden – noe mange vil vegre seg for i ung alder. Det er ikke bare i utdanningene under sykepleiernivået at elevene blir stadig eldre. I Norge er det slik at også sykepleierstudentene i gjennomsnitt er blitt betydelig eldre i løpet av de senere år (Abrahamsen og Høst 2005).

Det er imidlertid langt vanskeligere å si noe om søkerutviklingen blant voksne, fordi utdanningstilbudet har vært svært varierende. Mange voksne får i dag utdanning/opp-læring gjennom ulike former for tilrettelagte kurs uten ordinær prosedyre med søkning og opptak. For alle land kan en konkludere med at voksenrekrutteringen er den viktigste og avgjørende for at pleie- og omsorgssektoren får tilstrekkelig med utdannet personell. Norge skiller seg imidlertid fra de andre landene ved at man ikke lengre har noen permanent voksenutdanning innenfor dette tradisjonelt voksendominerte området.

I Danmark antydes det at en ser ansatser til et lignende rekrutteringsmønster blant voksne menn til pleie- og omsorgsarbeid som blant voksne kvinner, bare i en langt mindre målestokk. Samtidig påvises det at voksne kvinner i 40–60 års alderen er den mest stabile arbeidskraften. Et lignende mønster finnes i Norge. Kanskje ligger utfordringen i det å balansere en satsing på økt ungdomsrekruttering med det å ha forutsigbare og gode voksenutdanninger – framfor å ensidig satse på unge, noe som på kort og mellomlang sikt ikke er holdbart uansett.

Å øke rekrutteringen til utdanningene uten samtidig å øke attraksjonen til yrkene er vanskelig, som John Houman Sørensen påpeker (2005). Hva består denne attraksjonen i? Her nevnes allmenngyldige områder for lønnsarbeid som ansettelsestrygghet, rimelig lønn, muligheter for deltid (et minus for forsørgere) og permisjoner, videreutdannings- og karrieremuligheter, og arbeidsinnhold. Fagidentitet er Sørensens stikkord når det gjelder arbeidsinnhold og han viser til tre klassiske komponenter som gjerne trekkes inn i den forbindelse; interaksjonsmuligheter, disposisjonsmuligheter (autonomi) og kvalifikasjonsanvendelse/kvalifikasjonsutvikling. En slik fagidentitet vil styrke både stabilitet og tiltrekning i et yrke.

Den dimensjonen som muligens blir litt borte i det danske, noe industripregede perspektivet er helse- og sosialsektorens profesjonsdominans. Her er det ikke bare et spørsmål om å få både arbeidstaker- og arbeidsgiversiden med på en innsats for å heve yrkene, her ligger det barrierer som følge av ressurssterke profesjoner som ser andre yrkers utvikling som en potensiell trussel mot sin egen posisjon. Spørsmålet når det gjelder det underordnede pleie- og omsorgspersonalet er i hvilken grad det er mulig å heve kompetansen uten å komme i konflikt med den overordnede sykepleierprofesjonen – en konflikt de underordnede yrkene erfaringsmessig ofte vil tape. Men også her viser det danske eksemplet at man gjennom en statlig intervensjon kan påvirke den tradisjonelle maktbalansen og gjennom det bidra til et større rom for assistentene. Noen vil nok innvende at man i så fall gjør sykepleieryrket mindre attraktivt – også her med Danmark som eksempel.

## Litteratur

- Abrahamsen, Bente (2000): *Yrkesinnsats og karriereutvikling: En studie av et utdanningskull hjelpepleiere*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, Bente og Håkon Høst (2005): «Deltid rekrutterer til pleieyrkene». SPS-kronikk, Oslo: Senter for profesjonsforskning, Høyskolen i Oslo.
- Ahlen, M., K. Jonsson og B. Juhl (2000): *Undersköterskans yrkeskulturella förändring*. Karlstad: Utvecklingsenheten Centralsjukhuset i Karlstad, Stiftelsen Trygghetsfonden för kommuner och landsting.
- Ahrenkiel, Anne Grethe m.fl. (1996): *Evaluering af de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser*. København: Amtrådsforeningen, Kommunernes landsforening og Undervisningsministeriet.
- Aleksandersson, M. (1995): *Reformen i en vårdande kultur. Omvårdnadsprogrammet i Expertbedömningsprojekt*. Stockholm.
- Amtrådsforeningen (2000): «Videreførelse af statuseftersyn – Social- og sundhedsuddannelserne», notat av 14. september 2000, København.
- Andersen, Vibeke, Betina Dybbroe og Ida Bering (2004): *Fællesskab kræver fællesskab. Rapport fra projektet «Sygepleje i forandring: arbejdsliv, faglighed og fagforening»*. Roskilde: Roskilde Universitetscenter, Institutt for utdannelsesforskning.
- Anttonen, Anneli (2001): «The Female Working Citizen: Social Rights, Work and Motherhood in Finland», *Kvinder, Køn & Forskning*, nr. 2. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Bertilsson, C. m.fl. (1989): *Är omvårdnadslinjen svaret på kommunernas framtida behov av vårdbiträden?* Stockholm: Högskolan för lärarutbildning i Stockholm.
- Betænkning om uddannelse af plejehjemsassistenter, nr. 583, 1970. København: Sundhedsstyrelsen.
- Betænkning om uddannelse av sygehjelpere, nr. 680, januar 1973. København: Sundhedsstyrelsen.
- Betænkning om fremtidens social- og sundhedsuddannelser, nr. 1180, august 1989. København: Sundhedsstyrelsen.
- Cirkulære om retningslinjer for uddannelse m.v. av sygehjelpere av 4. mars 1960.
- Dansk Evalueringsinstitut (2001): *Evaluering av social og sundhedshjælperuddannelsen*. København.
- Den finske utbildningsstyrelsen ([www.utbildningsstyrelsen.fi](http://www.utbildningsstyrelsen.fi)).
- Ds 1999: 44: *Den ljusnande framtid er vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Daatland, S.O. og M. Szebehely (1997): «Tjenestene og utviklingen i sammenheng», i Daatland, Svein Olav (red.): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia*. Oslo: NOVA-rapport 22/1997.
- Daatland, S.O., M. Platz og G. Sundström (1997): «Status og utviklingslinjer», i Daatland, S.O. (red.): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia*. Oslo: NOVA-rapport 22/1997.
- Emanuelsson, Agneta (1990): *Pionjärer i vitt. FOU rapport 34*. Stockholm: SHSTF.
- Emmanuelsson Blanck, Agneta (2000): «Profession, genus och makt. Aktuella tendenser i svensk forskning om vårddyrkernas utvikling», i Qvarsell, Roger og Ulrika Torell (red.): *Humanistisk hälsoforskning: en forskningsöversikt*. Linköping: Universitetet i Linköping.
- Eriksson, H. og E. Gunnarsson (1997): *På tröskeln til omvårdandsvärlden*, Doctoral thesis. Umeå: Umeå Universitet, Department of Sociology.
- Eriksson, M. og K. Gadegaard (1999): *Kunnskapshytet. Et bytt for vem*. Boden: Vårdhögskolan i Boden.
- Eriksson, Marina (2001): *Omvårdnadsprogrammet – en arbetsmarknadsåtgärd eller vägen till ett yrke?* Stockholm: Lärarhögskolan i Stockholm.
- Evertsson, Lars (1995): «Vårdbiträden och undersköterskor – en ouppmärksam professionshistoria», i Johansson, Stina: *Sjukbus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*. Stockholm: Bonniers.

- Evertsson, Lars (2002): *Välståndspolitik och kvinnoyrken*. Umeå: Sociologiska Institutionen, Universitetet i Umeå.
- FOA (2002): *Uddannelse og arbejdsliv i ældreområdet- en undersøkelse af tilfredsheden blant social- og sundhetspersonale*. København.
- FOAs medlemsblad, 2002, København.
- Fröberg, Ulf (2000): *Undersköterskekompetenser och medicinska arbetsuppgifter*. Lidingö: Institutet för Medicinsk Rätt AB.
- Föreskrift 7/011/2001 *Utbildningsstyrelsen: Grundexamen inom social- och hälsovårdsbranschen 2001*. Stockholm.
- Grönholm, Malin (2003): *Smuts och yrkesidentitet i finskanärvårdarens livshistorier*. Avhandling Pro Gardu i sociologi. Åbo: Ekonomisk-statsvetenskapliga fakulteten, Åbo Akademi.
- Gustafsson, Rolf Å.. (1987): *Traditionernas ok. Den svenske hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologisk perspektiv*. Stockholm: Esselte Studium.
- Gustafsson, Rolf Å.. og Martha Szebehely (2005): *Arbetsforhold och styrning i äldreomsorgens hierarki – enenkätstudie bland personal och politiker*. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Hansen, Erik Jørgen (1995): *En generation blev voksen*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Hansen, Erik Jørgen (2003): *Uddannelsesystemerne i sociologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Henriksson, Lea (1999): «Sisterhodd's Ordeals: Shared Interests and Divided Loyalties in Finnish Wartime Nursing», *Dynamis; Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 19. Universidad de Granada.
- Henriksson, Lea og Sirpa Wrede (2005): «Practical nurses in social and health care in the context of Finnish elderly care reform». Paper presentert på nordisk seminar. Bergen: Rokkansenteret.
- Herlitz, Claes og Eva Lundgren (2005): *Det går väl an ett tag. Om unga människors syn på arbete inom äldreomsorgen*. Falun: Dalarnes Forskningsråd 2005:1.
- Herrman, M. (1998): *Forändring med forbinder. Omvårdnadselevens beskrivning av sin yrkesförberedande utbildning*. Göteborg: Etnologiska Föreningen i Västsverige.
- Hjalager, Anne-Mette, John Houmann Sørensen og Rasmus Juul Møberg (2004): *Florence Nightingale på tilbaketog? Myter og paradokser på arbeidsmarkedet inden for pleje og omsorg*. Aalborg: AMU Nordjylland.
- Høst, Håkon (2004): *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene. En studie av utviklingen innenfor utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider*. Rokkan-rapport 4-2004. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Indenrigsministeriet (1976): *Cirkulære om uddannelse av beskæftigelsesvejledere av 18. juni*. København.
- Iversen, Mette (1999): *Uddannelse og aktivering af ledige på social- og sundhedsområde*. København: AF-Storkøbenhavn.
- Johansson, Britt (1983): *Studieförhållandena i den sociala situationen vid gymnasieskolans vårdlinje*. Göteborg: Pedagogiska Institutionen, Göteborgs Universitet.
- Johansson, Britt (1997): *Ny högskoleutbildning vid Göteborgs universitet för undersköterskor, mentalskötare och barnsköterskor*. Göteborg: Institut för vårdlärarutbildning, Göteborgs Universitet.
- Johansson, Stina (1995): *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*. Stockholm: Bonniers.
- Johansson, Stina (2002) *Den sociala omsorgens akademisering*. Stockholm: Liber.
- Jørgensen, Christian Helms (2005): «Den danske model for erhvervsuddannelser – et komparativt blikk», i *Øje på uddannelse*, 2005/02. København: LO.
- Klemelä, Kirsi (1999): *Ammattikunnista ammatillisiin oppilaitoksiin* (engelsk sammendrag). Turku: Painosalama Oy.
- Knapp Gaaserud, Märtha (1991): *Den osynliga omvårdnaden. Sjukskötsel – sjukvård, dess utveckling under 1869–1910 och 1940-talen*. FOU rapport 35. Stockholm: ShSTF.

- Komitedirektiv 2004:162: *Stöd til kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre gjennom kompetensutveckling för personalen*. Stockholm.
- Kommunalarbejderen* (1987) «I dag kan vi med stolthet sige: 'Jeg er sygehjælper'», hæfte 10, Stockholm.
- Landstingsförbundet (1998): *Framtida personalbehov*. Stockholm.
- Larsen, Lene (2006). *Det bedste af det vi kan. 2. delrapport: Fastholdelse af elever i de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser*. RUC, Institut for Uddannelsesforskning.
- Lauglo, Jon (1992): «Yrkesutdanningens organisasjonsformer, med eksemplene Sverige, Tyskland og Japan», i Halvorsen, Tor og Ole Johnny Olsen: *Det kvalifiserte samfunn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lindbekk, Tore (1992): «Systemforskjeller i yrkesutdanning og utdanningspolitikk. Vesteuropiske kontraster», i Halvorsen, Tor og Ole Johnny Olsen: *Det kvalifiserte samfunn?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lindelöw, Tomas (red.) (1994): *Vi är viktiga i vården. 16 undersköterskor och sjukvårdsbiträden berättar*. Göteborg: Lindelöws Förlag og Svenska Kommunalarbetare Förbundet.
- Løvgren, Mette og Else Marie Andersen (1993): «Ungt blod i ældreplejen», i: *Danske Kommuner*. København: Kommunernes Landsforening.
- Modig, Asta (1999): *Från 10 timmar till 3 år. En historisk beskrivning av vårdutbildning under 1900-talet*. Örebro: Högskolan i Örebro.
- Nielsen, S.B. og A.R. Sørensen (2004): *Unge valg af uddannelse og job – udfordringer og veje til det konsopdelte arbejdsmarked: Rapporten er lavet på baggrund af en undersøgelse blandt unge kvinder og mænd (1982-årgang) i 2003*. Roskilde: Center for Ligestillingsforskning.
- Nielsen, S.B., og K.. Weber (1997): *Jagten på den mannlige omsorgskompetence. Arbejdsrapporter vedr. et indgangsforløb til social- og sundhedsassistentuddannelsen – for mænd*. Roskilde: Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen, RUC.
- Nyt fra Danmarks Statistik, nr. 88, 28. februar 2006. København.
- Paasivaara, Leena, Merja Nikkonen og Kaisa Beckman (2000): «Apuhoitajana vanhustyössä: elämäntutkimus», *Hoitete*, 5: 252–259.
- Pohjonen, Petri (2002): *On-the-job-training in Finland*. Helsinki: National Board of Education.
- Poulsen, Jonna (2004): *Sygehjælper – vær aktiv. Bornholm 1974–2004*. Bornholm: Sygehjælpernes faggruppe.
- Propositionen 1990/91: 85: *Växa med kunskaper – om gymnasieskolan och vuxenutbildningen*. Stockholm.
- Rintala, Taina og Marko Elovainio (1997): *Lähiboitäjien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Work and Professional Identity of Practical Nurses). Tutkimuksia 86. Helsinki: Stakes.
- Simonen, Leila (1991): *Feminist social policy in Finland. Contradictions of municipal homemaking*. Aldershot: Avebury.
- Simonen, Leila (1995): «Organisation, yrken och hierarkier 1958–1992», i Johansson, Stina: *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*. Stockholm: Bonniers.
- Skolverket (1995) *30 gymnasieskolor i et reformarbete*, Rapport nr. 89. Stockholm.
- Skolöverstyrelsen (1978): *Vårdutbildningens utveckling. Kort historik*. Stockholm.
- Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbundet (2001): *Kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre*. Helsingfors.
- Socialministeriet og Sundhedsministeriet (1994): «Vejledning til ansættelsesmyndigheder om muligheder for at anvende social- og sundhedsassistentens kvalifikasjoner». Fellesskriv fra av 28. februar 1994. København.
- Socialstyrelsen (2003): *Kompetensforsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Del II, Faktagrund och beräkningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1962:4: *Arbetsutgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal*.
- SOU 1948: 17: *Utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal*.

- SOU 1967: 48: *Yrkesutbildningen III*.
- SOU 1986: 3: *En treårig yrkesutbildning*.
- Stakes Tieto/Statistics Finland (2004): *Employment statistics*.
- Statistiska Centralbyrån (1992): *Information om arbetsmarknaden*, 1992: 3. Stockholm.
- Strömblad, Helena (1998): *Omvårdnadsutbildning i Kalmar Län 1959–2000*. Kalmar.
- Sundhedsstyrelsens cirkulære af 26. juni 1980 om plejehjemsassistenter. København.
- Sygeplejersken* (2000), nr. 3.
- Sørensen, Henning (1989): *Plejehjemsassistent – professionen og dens betydning for beboerne*. København: Institutionen for Sociologisk Forskning.
- Sørensen, John Houman (2004): «Dynamik i social- og sundhedssektoren - hønen og ægget?», i Hjalager, Anne-Mette, John Houmann Sørensen og Rasmus Juul Moberg: *Florence Nightingale på tilbageslag? Myter og paradokser på arbejdsmarkedet inden for pleje og omsorg*. Aalborg: AMU Nordjylland.
- Teknologisk Institut og Danmarks Erhvervspædagogiske Læreruddannelse (2005): *Evaluering af reformen af de grundlæggende social- og sundhedsuddannelser*. København.
- Törnquist, Agneta (2004): *Vad man ska kunna och hur man ska vara : en studie om enbetschefers och vårdbiträdens yrkeskompetens inom äldreomsorgens särskilda boendeformer*. Stockholm: HLS förlag.
- Törnquist, Agneta (2005): *Litteraturgjennomgang om kompetens och yrkeskunnande för omvårdandspersonal*. Stockholm: PM..
- Undervisningsministeriet (1989): *Rammer for fremtidens bistands-, pleje- og omsorgsuddannelser*. Betenkning nr. 1180, august 1989. København.
- Undervisningsministeriet (2004): *Statistik for erhvervsfaglige uddannelser*. København.
- Walldal, Elvi (1986): *Studerande vid gymnasieskolans vårdlinje. Förväntad yrkesposition, rollpåverkan, självuppfattning*. Göteborg: Universitetet i Göteborg.
- Wingender, Nete Balslev (1999): *Firkloveret og ildsjelene. Dansk Sygeplejeråds historie 1989–1999. Bind 1 og 2*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Wrede, Sirpa og Lea Henriksson (2005): «The Changing Terms of Welfare Service Work: Finnish Home Care in transition», i Dahl, Hanne Marlene og Tine Rask Eriksen (eds.): *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. Continuity and Change*. London: Ashgate.
- Wreder, Malin (2005): *I omsorgens navn. Tre diskurser om äldreomsorg*. Karlstad: Karlstad Universitet.
- Wærness, Kari (1995): «Den hjemmebaserte omsorgen i den skandinaviske velferdsstat. En offentlig tjeneste i spenningsfeltet mellom ulike kulturer», i Johansson, Stina: *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och/ Finland*. Stockholm: Bonniers.
- Ziehe, Thomas (1986): *Ny ungdom : om ovanliga läroprocesser*. Stockholm: Nordstedts.
- Ågotnes, Knut 1989: *Komparasjon eller oppdagelsesreise*, AHS- Serie B 1989-8. Bergen: Universitetet i Bergen.

**NOTATSERIE ROKKANSENTERET (ISSN 1503-0946)**

Notatene kan bestilles fra Rokkansenteret, tlf. 55 58 97 10,  
e-post: [post@rokkan.uib.no](mailto:post@rokkan.uib.no), <http://www.rokkansenteret.uib.no>

**2006**

- 1-2006 *Martin Byrkjeland*: «Høgare utdanningstilbud på Vestlandet og i Agder-fylka». Mai 2006.
- 2-2006 *Svanaug Fjær*: «Dagsverket – lavterskel arbeidstilbud for rusavhengige. Evalueringsrapport». Juni 2006.
- 3-2006 *Birgit Skjelbred-Knudsen Valde*: «Norsk anti-korrupsjonspolitik – svar på behov eller utløst av en internasjonal trend». Juni 2006.
- 4-2006 *Håkon Høst*: «Kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgstjenestene i nordiske land». Juni 2006.

**2005**

- 1-2005 *Ivar A. Lima og Agnete Vabø*: «Instituttstruktur og fakultetsorganisering ved HF-fakultetet, Universitetet i Bergen». Mai 2005.
- 2-2005 *Dag Arne Christensen og Jacob Aars*: «Modalen: Fra off-road til on-line på 25 år». Mai 2005.
- 3-2005 *Nanna Kildal*: «Fra arbeidsbegrepets historie: Aristoteles til Marx». Mai 2005.
- 4-2005 *Per Læg Reid, Paul G. Roness and Kristin Rubecksen*: «Autonomy and Control in the Norwegian Civil Service: Does Agency Form Matter?». September 2005.
- 5-2005 *Per Læg Reid, Paul G. Roness and Kristin Rubecksen*: «Regulating Regulatory Organizations: Controlling Norwegian Civil Service Organizations». September 2005.
- 6-2005 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Regulatory Reforms and Agencification». November 2005.
- 7-2005 *Anne Lise Fimreite and Per Læg Reid*: «Specialization and Coordination: Implications for Integration and Autonomy in a Multi-Level System. November 2005.
- 8-2005 *Per Læg Reid, Paul G. Roness and Kristin Rubecksen*: «Performance Management in Practice – The Norwegian Way». November 2005.
- 9-2005 *Stig Hellenen*: «Omstilling i Arbeidstilsynet: Tilsynsmeldingens konsekvenser for strategi og organisering». November 2005.
- 10-2005 *Per Læg Reid, Runolfur Smari Steinthorsson and Baldur Thorhallsson*: «Europeanization of Nordic Central Governments: Towards a Transnational Regulatory State?». November 2005.
- 11-2005 *Kari Ludvigsen and Kari Tove Elvbakken*: «The Public, the Mother and the Child. Public Health Initiatives Promoting the Strong and Happy Child – Focusing on Food and Mental Health». December 2005.
- 12-2005 *Rune Ervik and Ingrid Helgøy*: «Overcoming the Barriers and Seizing the Opportunities for Active Ageing in Norway: Report from an Expert Panel Meeting». December 2005.
- 13-2005 *Ingrid Helgøy*: «Active Ageing and the Norwegian Health Care System». December 2005.
- 14-2005 *Martin Byrkjeland og Knut Grove*: «Perspektiv på bygdeutvikling». Desember 2005.
- 15-2005 *Haldor Byrkjeflot*: «The Rise of a Healthcare State? Recent Healthcare Reforms in Norway». December 2005.
- 16-2005 *Monica Skjöld Johansen*: «Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet». Desember 2005.
- 17-2005 *Kirsti Malterud, Kari Tove Elvbakken og Per Solvang*: «Helsekameratene. Gruppe for flerfaglig forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv, Universitetet i Bergen 1999–2005». Desember 2005.

**2004**

- 1-2004 *Dag Olaf Torjesen and Hallgeir Gammelsæter*: «Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital». January 2004.
- 2-2004 *Haldor Byrkjeflot and Simon Neby*: «The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison». January 2004.
- 3-2004 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «The Fragmented State – the Challenges of Combining Efficiency, Institutional Norms and Democracy». March 2004.
- 4-2004 *Morten Dyrdal*: «Europeisering av tilsynsmyndigheter i Norge og Sverige». Mars 2004.
- 5-2004 *Karsten Vrangbæk and Katarina Østergren*: «The Introduction of Choice in Scandinavian Hospital Systems. Arguments and Policy Processes in the Danish and the Norwegian Case». March 2004.

- 6-2004 *Marit Tjomsland*: «Internationalization at Norwegian Universities and Colleges after the Quality Reform». April 2004. The Globalization Program.
- 7-2004 *Hans-Tore Hansen, Anne Hege Trædal-Henden, Olaf Jürgens and Wolfgang Voges*: «Poverty among Households with Children: A Comparative Study of Lone Parents and Couples with Children in Norway and Germany». April 2004.
- 8-2004 *Renate Storetvedt Lien og Arnhild Taksdal*: «Integrering av kjønnsperspektiv i offentlig tjenesteproduksjon og planlegging». Mai 2004.
- 9-2004 *Ingrid Helgøy og Synnøve Serigstad*: «Tilsyn som styringsform i forholdet mellom staten og kommunene». Mai 2004.
- 10-2004 *Morten Dyrdal*: «Legemiddeltilsyn og europeisering». September 2004.
- 11-2004 *Bodil Ravneberg*: «Økonomiske insentiv i arbeidslinjen, virker det? Evaluering av forsøksordning med kvalifiseringsstønad i 'Prosjektet Amalie' i Åsane». Oktober 2004.
- 12-2004 *Per Læg Reid og Synnøve Serigstad*: «Organizing for Homeland Security: The Case of Norway». November 2004.
- 13-2004 *Ivar Bleiklie*: «Institutional Conditions and the Responsibilities of Universities». November 2004.
- 14-2004 *Lise Hellebø*: «Food Safety at Stake – the Establishment of Food Agencies». November 2004.
- 15-2004 *Katarina Østergren*: «The Institutional Construction of Consumerism. A Study of Implementing Quality Indicators». November 2004.
- 16-2004 *Ingrid Helgøy and Anne Homme*: «Governance in Primary and Lower Secondary Education. Comparing Norway, Sweden and England». November 2004.
- 17-2004 *Tom Christensen, Per Læg Reid and Inger Marie Stigen*: «Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform». December 2004.
- 18-2004 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Regulatory Agencies – The Challenges of Balancing Agency Autonomy and Political Control». December 2004.
- 19-2004 *Dag Arne Christensen*: «Velferdsstat, rettighetslovgivning og lokalt selvstyre». Desember 2004.
- 20-2004 *Kristin Rubecksen*: «Civil Service Organizations in Norway: Organizational Features and Tasks». December 2004.
- 21-2004 *Kjell Erik Lommerud, Odd Rune Straume and Lars Sørgard*: «National Versus International Mergers in Unionised Oligopoly». December 2004. The Globalization Program.
- 22-2004 *Birte Folgerø Johannessen*: «Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering». Desember 2004.
- 23-2004 *Jacob Aars og Svein Kvalvåg*: «Politiske uttrykksformer i en bykontekst». Desember 2004.
- 24-2004 *Ingrid Helgøy*: «Active Ageing in the Labour Market. Country Report – Norway». December 2004.
- 25-2004 *Torgeir Sveri*: «Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen 'Enhetlig ledelse' sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering». Desember 2004.
- 26-2004 *Stig Hellenen*: «Arbeidstilsynets rollekonflikt: Vekslede tilsynsstrategier mellom kontroll og veiledning». Desember 2004.
- 27-2004 *Kjell Erik Lommerud, Frode Meland and Odd Rune Straume*: «Globalisation and Union Opposition to Technological Change». December 2004.
- 28-2004 *Frode Meland*: «A Union Bashing Model of Inflation Targeting». December 2004. The Globalization Program.

### 2003

- 1-2003 *Tom Christensen og Per Læg Reid*: «Politisk styring og privatisering: holdninger i elitene og befolkningen». Mars 2003.
- 2-2003 *Ivar Bleiklie, Per Læg Reid and Marjoleine H. Wik*: «Changing Government Control in Norway: High Civil Service, Universities and Prisons». March 2003.
- 3-2003 *Badi H. Baltagi, Espen Bratberg and Tor Helge Holmås*: «A Panel Data Study of Physicians' Labor Supply: The Case of Norway». March 2003. HEB.
- 4-2003 *Kjell Erik Lommerud, Frode Meland and Lars Sørgard*: «Unionised Oligopoly, Trade Liberalisation and Location Choice». March 2003. The Globalization Program.
- 5-2003 *Lise Hellebø*: «Nordic Alcohol Policy and Globalization as a Changing Force». April 2003.
- 6-2003 *Kim Ove Hommen*: «Tilsynsroller i samferdselssektoren». April 2003.

- 7-2003 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Trust in Government – the Significance of Attitudes Towards Democracy, the Public Sector and Public Sector Reforms». April 2003.
- 8-2003 *Rune Ervik*: «Global Normative Standards and National Solutions for Pension Provision: The World Bank, ILO, Norway and South Africa in Comparative Perspective». April 2003. The Globalization Program.
- 9-2003 *Nanna Kildal*: «The Welfare State: Three Normative Tensions». Mai 2003.
- 10-2003 *Simon Neby*: «Politisk styring og institusjonell autonomi – tre illustrasjoner». Mai 2003.
- 11-2003 *Nina Berven*: «Cross National Comparison and National Contexts: Is what we Compare Comparable?». July 2003. The Globalization Program.
- 12-2003 *Hilde Hatleskog Zeiner*: «Kontrollhensyn og kontrollpraksis. En studie av Food and Veterinary Office (FVO)». August 2003.
- 13-2003 *Nanna Kildal*: «Perspectives on Policy Transfer». August 2003.
- 14-2003 *Erik Allardt*: «Two Lectures: Stein Rokkan and the Twentieth Century Social Science». «Den sociala rapporteringens tidstypiska förankring». September 2003.
- 15-2003 *Ilcheong Yi*: «The National Patterns of Unemployment Policies in Two Asian Countries: Malaysia and South Korea». September 2003. The Globalization Program.
- 16-2003 *Dag Arne Christensen*: «Active Ageing: Country Report Norway». November 2003.
- 17-2003 *Kim Ove Hommen*: «Tilsynspolitik i Norge: Utflytting og autonomi». November 2003.
- 18-2003 *Dag Arne Christensen, Rune Ervik and Ingrid Helgøy*: «The Impact of Institutional Legacies on Active Ageing Policies: Norway and UK as Contrasting Cases». December 2003.
- 19-2003 *Ole Frithjof Norheim og Benedicte Carlsen*: «Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen». Desember 2003. HEB
- 20-2003 *Kurt R. Brekke og Odd Rune Straume*: «Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet. En prinsipiell diskusjon og en vurdering av den norske modellen». Desember 2003. HEB
- 21-2003 *Per Læg Reid, Vidar W. Rolland, Paul G. Roness and John-Erik Ågotnes*: «The Structural Anatomy of the Norwegian State 1947–2003». December 2003.
- 22-2003 *Ivar Bleiklie, Haldor Byrkjeflot and Katarina Östergren*: «Taking Power from Knowledge. A Theoretical Framework for the Study of Two Public Sector Reforms». December 2003. ATM.
- 23-2003 *Per Læg Reid, Ståle Opedal and Inger Marie Stigen*: «The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy». December 2003. ATM.
- 24-2003 *Håkon Høst*: «Kompetansemåling eller voksenutdanning i pleie- og omsorgsfagene? Underveisrapport fra en studie av pleie- og omsorgsutdanningene». Desember 2003.
- 25-2003 *Kjell Erik Lommerud, Odd Rune Straume and Lars Sjørgard*: «Downstream merger with upstream market power». The Globalization Program. December 2003.
- 26-2003 *Ingrid Drexel*: «Two Lectures: The Concept of Competence – an Instrument of Social and Political Change». «Centrally Coordinated Decentralization – No Problem? Lessons from the Italian Case». December 2003.

## 2002

- 1-2002 *Håkon Høst*: «Lærlingeordning eller skolebasert utdanning i pleie- og omsorgsfagene?». April 2002.
- 2-2002 *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand and Per Solvang*: «Rome – a Temporary Deaf City! Deaflympics 2001». June 2002.
- 3-2002 *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand og Per Solvang*: «Roma – en midlertidig døv by! Deaflympics 2001». Juni 2002.
- 4-2002 *Christian Madsen*: «Spiller det noen rolle? – om hverdagen på nye og gamle sykehjem». Juni 2002.
- 5-2002 *Elin Aasmundrud Mathiesen*: «Fritt sykehusvalg. En teoretisk analyse av konkurranse i det norske sykehusmarkedet». Juni 2002. HEB.
- 6-2002 *Tor Helge Holmås*: «Keeping Nurses at Work: A Duration Analysis». June 2002. HEB.
- 7-2002 *Ingvild Halland Ørnsrud*: «Mål- og resultatstyring gjennom statlige budsjettreformer». Juli 2002.
- 8-2002 *Torstein Haaland*: «Tid, situasjonisme og institusjonell utakt i systemer». Juli 2002.
- 9-2002 *Kristin Strømsnes*: «Samspillet mellom frivillig organisering og demokrati: Teoretiske argument og empirisk dokumentasjon». August 2002.



- 10-2002 *Marjoleine Hooijkaas Wik*: «Mangfold eller konformitet? Likheter og forskjeller innenfor og mellom fem statlige tilknytningsformer». August 2002.
- 11-2002 *Knut Helland*: «Den opprinnelige symbiosen mellom fotball og presse». September 2002.
- 12-2002 *Nina Berven*: «National Politics and Global Ideas? Welfare, Work and Legitimacy in Norway and the United States». September 2002. The Globalization Program.
- 13-2002 *Johannes Hjellbrekke*: «Globalisering som utfordring til samfunnsvitskapane». September 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 14-2002 *Atle Møen*: «Den globale produksjonen av symbol og kunnskap. Verdsflukt og verdsherredømme». September 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 15-2002 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Complex Patterns of Interaction and Influence Among Political and Administrative Leaders». October 2002.
- 16-2002 *Ivar Bleiklie*: «Hierarchy and Specialization. On Institutional Integration of Higher Education Systems». Oktober 2002.
- 17-002 *Per Læg Reid, Runolfur Smari Steinthorsson and Baldur Thorhallsson*: «Europeanization of Public Administration: Effects of the EU on the Central Administration in the Nordic States». November 2002.
- 18-2002 *Tom Christensen and Per Læg Reid*: «Trust in Government — the Relative Importance of Service Satisfaction, Political Factors and Demography». November 2002.
- 19-2002 *Marit Tjomsland*: «Arbeidsinnvandringsssituasjonen i Norge etter 1975». November 2002. Globaliseringsprogrammet.
- 20-2002 *Augustín José Menéndez m.fl.*: «Taxing Europe. The Case for European Taxes in Federal Perspective». December 2002. The Globalization Program.
- 21-2002 *Fredrik Andersson and Kai A. Konrad*: «Globalization and Risky Human Capital Investment». December 2002. The Globalization Program.
- 22-2002 *Fredrik Andersson and Kai A. Konrad*: «Human Capital Investment and Globalization in Extortionary States». December 2002. The Globalization Program.
- 23-2002 *Anne Lise Fimreite, Yngve Flo og Jacob Aars*: «Generalistkommune og oppgavedifferensiering. Tre innlegg». Desember 2002.
- 24-2002 *Knut Grove*: «Frå privat initiativ til kommunalt monopol. Lysverk, sporvegar og renovasjon i Bergen og Oslo 1850–1935». Desember 2002.
- 25-2002 *Knut Grove*: «Mellom 'non-intervention' og 'samfundsvillie'. Statleg og kommunal regulering av økonomisk verksemd i Norge på 1800-talet». Desember 2002.
- 26-2002 *Dag Arne Christensen*: «Hovedtyper av valgordninger. Proporsjonalitet eller politisk styring?». Desember 2002.
- 27-2002 *Jan Erik Askildsen, Badi H. Baltagi and Tor Helge Holmås*: «Will Increased Wages Reduce Shortage of Nurses? A Panel Data Analysis of Nurses' Labour Supply». December 2002. HEB.
- 28-2002 *Sturla Gjesdal, Peder R. Ringdal, Kjell Haug and John Gunnar Mæland*: «Medical Predictors of Disability Pension in Long-Term Sickness Absence. December 2002. HEB.
- 29-2002 *Dag Arne Christensen og Jacob Aars*: «Teknologi og demokrati. Med norske kommuner på nett!». Desember 2002.
- 30-2002 *Jacob Aars*: «Byfolk og politikk. Gjennomgang av data fra en befolkningsundersøkelse i Bergen, Oslo og Tromsø». Desember 2002.
- 31-2002 *Hjørdis Grove*: «Kommunaliseringsprosessen i Århus 1850–1940». Desember 2002.