

KARI WAERNES

# Omsorgen som lönearbete – en begreppsdiskussion

*Var går gränsen mellan ömsesidig omsorg, institutionaliserat omsorgsarbete och personliga tjänster? Vad innebär motsättningen mellan lönearbetets form och omsorgens innehåll för de kvinnor som ägnar sig åt den?  
Kari Waerness analyserar här de tre begreppen mot bakgrund av sin egen forskning om äldreomsorg.*

## 1. Omsorg, omsorgsarbete och personliga tjänster

I den offentliga debatten kan man ofta få intryck av att oron för de informella sociala relationernas kvalitet, för människors ensamhet och för bristen på gemenskap är något nytt. Det är den inte. Oron för hur samhällets modernisering skulle komma att förändra de sociala relationerna är ett tema som många har tagit upp sedan långt tillbaka i tiden. De flesta stora arbetena av de klassiska sociologerna – Comte, Marx, Durkheim, Simmel, Weber – handlar ju just om detta.

Det nya i dagens situation är kanske att man har blivit uppmärksam på de informella relationernas betydelse för omsorgen om de beroende i samhället. Oron över en medmänsklighet som förmodas svikta löper samman med bekymret över en ständigt dyrare offentlig omsorgssektor i den moderna välfärdsstaten. Önskan att stärka vad som något slagordsmässigt benämns omsorgen i närmiljön har därför både en ekonomisk och en välfärdsmässig orsak. Oklarheten över vad omsorg är och vad omsorgsutövande innebär för givare och mottagare gör det relativt enkelt att formulera generella socialpolitiska målsättningar genom att relatera en önskad framtid till en något nostalgisk uppfattning om kvaliteten i de informella sociala relationerna i det gamla samhället.

Bruket av begreppet 'omsorg' är oklart både i allmänt språkbruk och inom sociologin. För det första används begreppet för att

beskriva en *kvalitet* hos synnerligen olika sociala relationer från ytliga kontakter på tillfälliga mötesplatser till de mest intima relationer i privatsfären. Men dessutom används begreppet som beteckning på speciella *verksamheter* som har till uppgift att ta hand om människor som inte kan ta vara på sig själva. Ett klargörande och en problematisering av omsorgsbegreppet och arbetsdelningen offentligt/privat vad beträffar omsorgen om de beroende i samhället kan göras ur olika perspektiv. Här vill jag ta min utgångspunkt i det faktum att såväl informell som offentlig omsorg betyder synnerligen olika saker för exempelvis kvinnor och män. Den traditionella arbetsdelningen mellan könen innebär att omsorgsfunktionen har varit och har fortsatt att vara ålagd kvinnorna. I dagens samhälle är det i stort sett bara kvinnor som upplever att omsorgsansvar för andra människor kommer i olöslig konflikt med det egna behovet av ekonomiskt oberoende och av självständigt och förpliktande deltagande på arenan utanför privatsfären. Dessutom är de lågavlönade omsorgsyrkena i stort sett besatta av kvinnor medan chefsbefattningarna i stort sett innehas av män. Det är utifrån dessa fakta som det är avgörande att omsorgsområdet i första hand blir belyst ur ett kvinnoperspektiv.

'Att ha omsorg för *andra*' är något annat än att 'ha omsorg för *varandra*'. Det första syftar på en asymmetrisk relation där någon är tvungen att ge mer än hon får tillbaka. Det andra innebär en symmetrisk relation



där den enskilde växlar mellan att vara givare och mottagare. För att få större klarhet i vad denna skillnad innebär kan det vara nyttigt att se närmare på själva begreppet 'omsorg'.

Det norska ordet 'omsorg' består av orden 'om' och 'sorg'. 'Sorg' är besläktat med tyskans 'sorgen' som kan översättas med 'bekymra sig för', 'omtänksamhet'. 'Sorg' betyder mer att 'sörja för' än att 'sörja'. Det engelska ordet 'care' kommer antagligen från det latinska ordet 'caritas' som betyder 'kärleksfullhet', 'hängivenhet'. Både det norska och det engelska begreppet har en bibetydelse av att sörja.<sup>1</sup>

Omsorg är något som uppstår i en relation mellan (minst två) människor: den ene (omsorgsutövaren) visar omtanke, omtänksamhet, kärlek, hängivenhet gentemot den andre (omsorgsmottagaren). Den som behöver omsorg är dyrbar för den som utövar omsorg, och när denne lider, lider utövaren tillsammans med honom och sörjer för att smärtan eller obehaget lindras.

Friska vuxna människor känner behov av andras omsorg i många olika situationer. Sliten, nere, trött, deprimerad – det finns många adjektiv som beskriver tillstånd där andras omsorg är vad vi behöver eller önskar oss. Behovet av omsorg i sådana situationer är något vi upplever oss ha *rätt till* att få täckt. Det betyder att det måste finnas någon annan som har *skyldighet* eller *ansvar* för att denna rätt beaktas. Dessa andra är oftast personer som vi är knutna till genom familje-, kärleks- eller vänskapsband. I *princip* är sådana omsorgsrelationer mellan friska vuxna människor baserade på likvärdiga ge och taförhållanden inom ramen för personliga relationer mellan människor som är knutna till varandra. (Relationerna bör vara baserade på att människor har omsorg för varandra.)

Denna form av omsorg kan baseras på en form av *balanserad ömsesidighet* människor emellan. Kvinnor presterar långt mer än män i sådana relationer men i princip är det likväl möjligt att tänka sig att sådana former för omsorg kan byggas på en form av balanserad ömsesidighet mellan könen. Det merarbete kvinnor lägger ner på friska vuxna

män i personliga förhållanden kan man kalla *personliga tjänster* eller *personlig service*. När samma slags tjänster utförs till förmån för någon som inte kan dra försorg om sig själv – barn, sjuka, gamla, handikappade – definierar jag det som *omsorgsarbete*.

Det är alltså inte *tjänstens karaktär* i och för sig som avgör om den bör karakteriseras som personliga tjänster eller omsorgsarbete, utan det är *vem* som mottar tjänsten och utövarens känsla av plikt eller ansvar att utföra tjänsten som är det avgörande. Ett konkret exempel som klargör denna skillnad litet närmare: om jag hämtar tofflorna eller serverar kaffe åt någon som lika gärna kan göra det själv, definierar jag detta som *personliga tjänster*. Sådana tjänster kan självfallet vara uttryck för omsorg om den som mottar tjänsten, men de *behöver* inte vara det. De kan till exempel lika gärna vara tecken på eller uttryck för underdanighet hos utövaren. Oavsett hur stort omfånget av kvinnors lönearbete är, vet vi att de utför ett merarbete när det gäller personliga tjänster gentemot de män de är knutna till. I ett balanserat ömsesidigt förhållande mellan man och kvinna skulle sådant tjänstearbete 'väga jämnt'.

Kaffeservering eller toffelhämtning till en person som inte kan eller bara med stort besvär kan göra det själv och där jag känner mig förpliktad att utföra dessa tjänster är enligt min definition *omsorgsarbete*. En viktig skillnad mellan kaffeservering och toffelhämtning i dessa två situationer har med statuskillnaden mellan givare och mottagare att göra. Den som mottar personlig service är den statusöverlägsne. Det är tecken på högre social status att motta mer än man utför av detta slags tjänst. I en omsorgsrelation är förhållandet det motsatta. Mottagarens beroende och hjälplöshet gör honom eller henne till den statusunderlägsne.

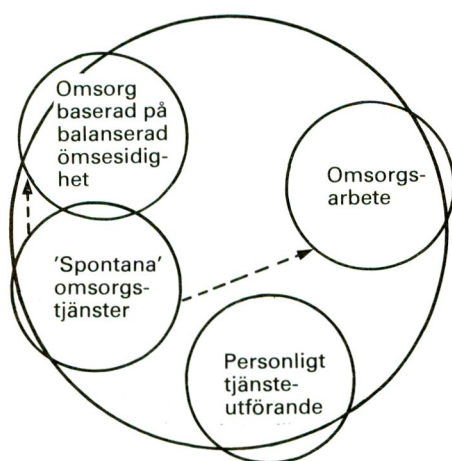
Generellt definierar jag *omsorgsarbete* som omsorgen om dem av samhällets medlemmar som enligt allmänt accepterade samhällsnormer inte kan dra försorg om sig själva och där man därför inte kan basera sig på likvärdiga ge och taförhållanden när det gäller hjälp och stöd i vardagslivets många olika situationer. Dessa gruppers välfärd är



beroende av att någon har 'omsorg om andra'.

Det är inte alla omsorgstjänster åt dem som inte kan dra försorg om sig själva som är omsorgsarbete, lika litet som alla omsorgstjänster åt dem som kan dra försorg om sig själva är personligt tjänsteutförande eller baserade på balanserad ömsesidighet. Vi kan även visa omsorg om andra i form av vad vi kan kalla '*spontana*' omsorgstjänster. Om jag till exempel tar mig tid att hjälpa en människa jag händelsevis möter – det kan röra sig om en främling eller en granne – och som bär på något tungt, är detta ett typiskt exempel på en 'spontan' omsorgstjänst. Hur fattig eller rik en miljö är på utväxling av denna typ av omsorger varierar nog mycket. Det är antagligen bara i överskådliga och stabila grannmiljöer som denna form av omsorg kan vara av ett omfång som betyder något för den enskildes välfärd. Under alla omständigheter torde det vara först och främst i sådana miljöer som spontan omsorg kan övergå i mer förpliktande omsorgsrelationer, antingen i form av balanserad ömsesidighet eller omsorgsarbete. Ger jag spontan hjälp och stöd till en granne, kan detta medföra att jag blir 'tvungen' att gå in i en mer varaktig och förpliktande omsorgsrelation, något som jag inte 'riskerar' om jag utför samma typ av tjänst till främmande människor som jag har liten chans att möta igen.

Denna uppdelning av omsorgsfältet kan illustreras i en enkel figur:



Omsorg är långt mer omfattande än omsorgsarbete. Personliga tjänster kan vara uttryck för omsorg, men behöver inte vara det. I ett balanserat ömsesidigt förhållande mellan friska vuxna människor, 'väger' givande och tagande av omsorg 'upp varandra'. 'Spontana' omsorgstjänster kan i stabila och överskådliga miljöer övergå i mer förpliktande omsorgsarbete eller i omsorgsrelationer baserade på balanserad ömsesidighet.

Jag avgränsar alltså omsorgsarbete till de former för omsorg som utförs för sådana samhällsmedlemmar som inte kan dra försorg om sig själva och som innebär ansvar och förpliktande från omsorgsutövarens sida. I sådana omsorgsrelationer bör utövaren göra det som behövs med utgångspunkt i den omsorgsbehövandes behov i här- och nu-situationen. Det gäller att göra det så bra som möjligt för mottagaren i ögonblicket. Samtidigt är det ett implicit krav att tjänster och hjälp skall utföras på ett sådant sätt att mottagarens förmåga till omsorg om sig själv inte försvagas men stärks. Det förordmjukar mottagaren om man undervärderar eller övervärderar förmågan till självhjälp. Det krävs därför närhet och inlevelseförmåga av utövaren för att omsorg skall kunna lämnas på ett sådant sätt att mottagarens värdighet inte kränks.

Detta förhållande kan illustreras genom att man ser litet närmare på normerna för barnomsorg i familjen. Det är väl i dag ganska allmänt accepterat att barn varken får överbeskyddas eller försummas. Målet är att barnen skall bli oberoende och i stånd att dra försorg om sig själva. Omsorgsarbetet skall utföras på ett sådant sätt att barnets förmåga till omsorg om sig själv gradvis ökar – och i samma takt dess förmåga att dra försorg om andra. Det idealiska vore att barnens och föräldrarnas förhållande kunde grunda sig på en gradvis mer balanserad ömsesidighet i omsorgsutförandet. Hur som helst sker det antagligen ofta att modern gradvis övergår från att utföra nödvändigt omsorgsarbete till att utföra mer personlig service allteftersom barnen växer upp. Traditionellt och i särskilt hög grad gäller detta sönerna. Men man kan fråga sig om inte en

jämställd uppfostran av pojkar och flickor hittills mest har betytt att flickornas uppfostran på det här området har närmat sig pojkarnas. Det betyder i så fall att även flickorna får mer personlig service i hemmet än tidigare. En anledning till detta kan vara att det är mycket tids- och arbetskrävande att lära barnen de husliga färdigheter som skall till för att de skall kunna dra försorg om sig själva i fysiskt avseende. Det går fortare att göra arbetet själv och det är först på längre sikt som en mor har något igen för att hon investerar mycken tid i en sådan uppfostran.

En konsekvens av den ändrade socialiseringen av flickorna i familjen – i den mån den har förändrats så som jag har antytt – kan vara att flickor i mindre grad än tidigare förvärvar nödvändiga färdigheter för såväl omsorg om sig själva som för att kunna dra adekvat försorg om andra. De socialiseras till att omsorgsarbetet i familjen faller på kvinnornas lott men utan att de själva får större konkret erfarenhet av vad omsorgsarbetet innebär. Detta är knappast den mest gynnsamma utgångspunkten för en mer jämlik fördelning mellan könen av omsorgsarbetet och omsorgsansvaret.

I nedanstående modell har jag delat in samhällets omsorgsarbete i två dimensioner som kan kasta ljus över några av de omsorgsproblem som vi står inför i dag och som dessutom ger en viss insikt i hur detta har förändrats med tiden.

Privat-offentligt<sup>2</sup> innebär inte en klar dikotomi så som begreppen används här. Den är en dimension som visar på graden av personlig anknytning mellan givare och mottagare och hur partikularistisk man har 'lov' att vara i fördelningen av omsorg. Detta är viktiga skillnader mellan de olika omsorgssfärerna, skillnader som medför problem av olika karaktär för utövare och mottagare. 'Offentlig' har här betydelse av 'inför allas ögon' men vem och hur många av dessa 'alla' är varierar. Till exempel ges ofta grannhjälp inom en lokal offentlig sfär där det råder lokalt utformade normer för vad som är passande, både med hänsyn till 'vad för slags' och 'hur mycket' hjälp man kan lämna gentemot olika typer av omsorgsbehov.<sup>3</sup> Barndaghem och sjukhus måste å sin sida följa de regler som stat och kommun har satt för deras verksamhet.

Det privata omsorgsarbetet har jag presenterat genom de olika omsorgsrollerna men den mest offentliga omsorgen representeras av institutionerna. Detta visar på en väsentlig skillnad mellan omsorgsarbetet i de här sfärerna. I den mest offentliga omsorgen finns det *många* omsorgsutövare med olika och specialiserade omsorgsuppgifter gentemot *många* omsorgsbehövande, medan omsorgen i den mest privata sfären präglas av *allsidiga* omsorgsuppgifter i förhållande till *en enda* eller *få* omsorgsbehövande. Denna skillnad innebär att relationen givare–

En modell för omsorgsarbete i de olika sfärerna

Sfär	Oavlönat arbete	Avlönat arbete
Privat	Mor Dotter	Barnhjälp Hemhjälp
-----	<del>Grannhjälp</del>	<del>Hem-samarit</del> <del>Dag-mamma</del> <del>Husmors-vikarie</del> -----
Offentlig	'Välgörenhetsarbete'	Hemsjukvård Barndaghem Sjukhem Sjukhus



mottagare nödvändigtvis måste vara av synnerligen olika karaktär i de olika sfärerna. Vad denna skillnad innebär av problem inom vad man kan kalla *den resultatlösa omsorgen* vill jag komma tillbaka till efter att ha sett närmare på arbetsdelningen och professionaliseringen i det offentliga omsorgsarbetet.

## 2. Den offentliga avlönade omsorgen – orienterad mot resultat och effektivitet

Utifrån vad vi generellt sett vet är viktiga källor till tillfredsställelse i en arbetssituation kan vi något förenklat dela in omsorgsarbetet i tre olika kategorier:

1. *Omsorgsarbetet knyts till tillväxt eller resultat.* Resultaten kan åstadkommas på kortare eller längre sikt. Typiska omsorgsrelationer där man kan förvänta sig resultat på *längre sikt*: lärare – elev, barndaghemspersonal – barn, och i vissa sammanhang psykiater/psykolog/socionom – klient. Den *kortsiktiga* resultatorienterade omsorgen återfinns bland annat på *akutsjukhuset*.
2. *Omsorgsarbete knutet till status quo-läge eller stillastående.* Här leder inte omsorgsarbetet till att mottagaren kan dra försorg om sig själv eller blir oberoende, utan har som mål att upprätthålla en viss funktionsnivå och/eller undvika en förvärring. Institutioner för kroniskt sjuka och handikappade kan ses som typiska verksamheter för denna typ av omsorgsarbete.
3. *Omsorgsarbete knutet till situationer präglade av tillbakagång.* Omsorg om döende människor är den mest typiska omsorgsrelationen inom denna kategori. Till skillnad från omsorgsrelationerna i kategori 2 är omsorgsutövarna (och i många fall även mottagarna) i denna typ av relationer klara över att processen har ett negativt förlopp.

*Tillväxtomsorgen* är den som är attraktiv för professionella yrkesgrupper. Här är omsorgsaspekten bara en delaspekt av ett arbete som primärt är inriktat på att klientens

behov av omsorg skall upphöra. I den resultatorienterade hälsovården och socialsektorn gäller det primärt att *behandla* dvs förändra patientens/klientens kropp eller personlighet på så sätt att han eller hon snarast möjligt slipper ur patient/klientrollen och allra helst övergår i en roll som potentiell arbetskraft. De klienter som tillväxtomsorgen inte lyckas med önskar den att bli 'kvitt'. Det *idealiska* anses i dag vara att det omsorgsbehov som är knutet till situationer av stillastående eller tillbakagång i största möjliga grad blir tillgodosett i privatsfären. Eftersom detta inte är möjligt helt och hållet, måste man bygga särskilda offentliga institutioner för den resultatlösa omsorgen. De här institutionerna har stora svårigheter att få tillräckligt med yrkesutbildad personal. Av och till konfronteras vi i massmedia med de extremt dåliga villkor som klienter i enskilda sådana institutioner lever under. Större anslag och större utbildningskapacitet för sjukvårds- och socialarbetare är den lösning på det här problemet som oftast föreslås.

Jag är skeptisk till tanken att problemen i den resultatlösa omsorgen skulle kunna lösas utifrån *den resultatorienterade behandlingsideologi* som dominerat den offentliga hjälpapparaten, även om anslags- och utbildningskapaciteten skulle öka betydligt. Behovet av behandling och omsorg är i viss mening oändligt och i stor omfattning definierar vårdpersonalen själv vad för slags tjänster vi har behov av. Eftersom den resultatorientering som dominerar inom vården är knuten till dominerande samhällsvärderingar som effektivitet och teknisk rationalitet kommer den resultatlösa omsorgen alltid att prioriteras lägst. Det är utifrån en tankegång med bas i sådana värderingar som det är självklart oriktigt att färdigbehandlade patienter med stort omsorgsbehov tar upp dyra sjukhussängar.

En hög 'tillfrisknandefrekvens' som mål på effektivitet blir ett väsentligt argument i kampen om knappa ekonomiska och personella resurser. De institutioner som först och främst utför omsorgstjänster knutna till statusquo bevarande och tillbakagång kan inte med ett sådant synsätt motivera krav på öka-





Från St:a Maria sjukhus, Helsingborg. Foto Knut Andreassen.

de resurser utifrån något slags effektivitetskriterier utan måste appellera till mer generella mänskliga värderingar. 'Lägsta effektiva omsorgsnivå' som princip för organisation av hälsovårdstjänsterna leder till en ständigt starkare arbetsdelning längs dimensionen tillväxt-tillbakagång. *Resultatinstitutionerna* har högsta prestige och är mest kostnadskrävande. De patienter som inte

lyckas bli friska bör man snabbast möjligt överlåta åt andra att ta hand om. *Utskrivningsfrekvensen och inte tillfrisknandefrekvensen* blir det operationella måttet på effektivitet. Arbetsdelningen och specialiseringen mellan yrkesgrupperna inom denna sektor motiveras också med effektivitetsvärderingar knutna till resultat. De enskilda yrkesgruppernas inkomster, status och inflytande är



beroende av i vilken grad de besitter särskilda fackkunskaper eller färdigheter som man menar har betydelse för själva behandlingen eller för att kunna administrera. Utövande av uteslutande *konkret omsorgsarbete* dvs tjänster som uteslutande har till avsikt att göra det så bra som möjligt för patienten/klienten i hans eller hennes här- och nu-situation och som inte anses ha betydelse för behandlingens effektivitet är dåligt avlönade och ger liten prestige.

*Flertalet* av arbetstagarna i hälsovårds- och socialsektorn är *kvinnor*. De högst avlönade, mest prestigegivande och inflytelserika yrkespositionerna innehas i stort sett av *män*. Professionaliseringen av traditionella omsorgsyren inom denna sektor kan utifrån detta betraktas som ett försök att uppnå jämställdhet och större erkännande för kvinnliga yrkesutövare på det etablerade manssamhällets premisser.

Genom professionalisering med tonvikt på 1. alltmer formell utbildning baserad på vetenskap och teori 2. avgränsning av arbetsuppgifterna 3. yrkesmonopol på vissa arbetsuppgifter, söker ständigt flera yrkesgrupper inom denna sektor att höja sin prestige och därmed få större inflytande och bättre löne- och arbetsförhållanden.

Professionaliseringen av omsorgsyren innebär att de minst 'glamorösa' arbetsuppgifterna måste skiljas ut och överlåtas på mindre yrkesutbildad kvinnlig personal. (Det är ju inte effektivt att högutbildad arbetskraft utför vad utbildade arbetare lika gärna kan göra.) Dessutom innebär professionaliseringen att omsorg motiveras *instrumentellt*: sjuksköterskans vänlighet mot patienten, socialarbetarens sympatiska förståelse för klienten, lärarens tålmod med eleven blir inte bara moraliska dygder utan professionellt erkända *tekniker*. Professionaliseringen bidrar på detta sätt till att förstärka förhållandet att rätten till omsorg inte är obetingad utan beroende av att det äger rum en *förändring* i den riktning som den professionelle förväntar sig.

Professionaliseringen av traditionella omsorgsyren har också bidragit till en *avfeminisering*; dvs både att yrkesrollen kräver mindre av de egenskaper som traditionellt

har ingått i kvinnorollen och att antalet män inom yrkesgruppen ökar, speciellt i de ledande administrativa och kunskapsproducerande positionerna. *Personorientering* ser ut att vara en viktigare värdering för kvinnliga socialarbetare, sjuksköterskor och lärare än för manliga. Den som skall göra karriär inom dessa yrken och därmed få inflytande på vidareutvecklingen av såväl yrkesrollen som de organisatoriska ramarna för yrkesgruppens verksamhet måste ge upp sin *personorientering* till fördel för en fack-och-kollega-orientering. Det ser ut att vara enklare för män att hävda sig i de här yrkena.

Den insikt som förvärfvas uteslutande genom en intuitiv uppmärksamhet och lyhördhet för patienters/klienters intima behov och problem får inget inflytande utom om de omdefinieras och avgränsas till '*fackmässigt relevanta problem*'. Oskolade omsorgsarbetare står lägst i en alltmer differentierad klasstruktur. Den offentliga hjälpapparaten består i dag av en hierarki av segmenterade 'professioner' och en stor grupp av olika typer av oskolade 'omsorgsarbetare' som inte har stora möjligheter till avancemang på grundval av den erfarenhet och de färdigheter som förvärfvas i arbetet. Professionaliseringen leder därmed till att omsorgen om den enskilda klienten blir alltmer fragmentiserad. För den enskilde omsorgsarbetaren består arbetet i att utföra alltmer avgränsade rutinomsorger för ett stort antal klienter. Den *avpersonalisering* i förhållandet mellan utövare och mottagare som detta nödvändigtvis måste medföra betyder antagligen inte så mycket för de kortsiktiga resultatorienterade omsorgsrelationerna. Vet vi att vistelsen på sjukhuset inte blir så långvarig och att vi kommer ut friska och återställda, kan nog bristen på personlig omsorg vara en påfrestning men inte avgörande för vår värdering av hjälpens kvalitet. Blir resultatet att vi *inte* blir återställda förhåller det sig strax annorlunda. I omsorgsrelationer präglade av stillastående och tillbakagång blir bristen på personlig omsorg av en helt annan betydelse.

Nu kan praktiska och konkreta omsorgstjänster för klienter som det inte längre finns någon mening med att behandla, i



mycket begränsad utsträckning vara yrkesmässigt intressanta för yrkesgrupper vars professionella identitet är så starkt knuten till behandlingsideologin. Dessa klienter utgör ju det synliga beviset på behandlingens otillräcklighet. Det blir därför nödvändigtvis så att så länge man tillåter en arbetsdelning mellan hälsoinstitutioner längs dimensionen tillväxt-tillbakagång får omsorgen om de 'sjuka sjuklingarna' alltid svårt att locka till sig tillräckligt med personal. För vårdprofessionerna innebär det större utmaning att utvidga sitt arbetsområde i en annan riktning än den resultatlösa omsorgen: förebyggande hälsoarbete ger nya fackliga möjligheter. Det 'lönar sig' också att investera i sådan verksamhet: att minska förekomsten av sjukdom är att öka befolkningens välfärd och dessutom är det samhällsekonomiskt lönsamt.

### 3. Omsorgsyrkerna i närmiljön – annorlunda än arbetsplatserna i institutionsomsorgen.

'Omsorg i närmiljö' har blivit svaret på institutionsomsorgens bristande förmåga att handskas med problemen i den resultatlösa omsorgen. De nya omsorgsyrkerna som i modellen på sidan 9 placeras i gränsområdet mellan offentligt/privat skall bidra med en sådan förstärkning och förhindra institutionsplacering vid bristande förmåga till självhjälp. Denna hjälp har ökat mycket på senare år, och redan 1975 utgjorde hemsamariter hela 5 % av alla sysselsatta kvinnor i Norge. De flesta av dessa arbetar deltid och utför allsidigt omsorgsarbete åt ett litet antal klienter under längre tidsperioder.<sup>4</sup>

Även om hemsamarittjänsten är ett hjälperbjudande som prioriteras högt i alla politiska partiers valprogram är det problemen med att prioritera knappa resurser i förhållande till en ständigt ökande efterfrågan som dominerar i den kommunala socialpolitiska vardagen. Hemsamarittjänsten har därför heller inte undgått att värderas utifrån 'effektivitetskriterier'. När man föreslår nya åtgärder som man föreställer sig skall effektivisera denna verksamhet, rör det

sig om åtgärder som gör verksamheten mer lik institutionsomsorgen i sin uppbyggnad: specialisering, rationalisering, upprättande av nya typer av ledarbefattningar och erbjudande om en mer teoretisk utbildning är bland de åtgärder som föreslagits. Trots att man inom socialadministrationen anser att den enskilda klienten helst vill ha en personlig och allsidig hjälp av den typ som våra informanter bland hemsamariterna gav uttryck för att de helst ville ge, är bristande resurser ett argument för att en sådan hjälpform inte kan upprätthållas. Nu är det vanskligt att bevisa att de åtgärder som har föreslagits kommer att betyda en effektivisering om vi med det menar att skaffa fram mer *konkret* omsorg och hjälp till hemmabonde äldre och handikappade. Kan det tänkas att sådana åtgärder först och främst leder till ökad byråkratisering och attraktiva chefsbefattningar för ett fåtal medan den vanliga hemsamaritens arbete utarmas?

Våra informanter<sup>5</sup> önskade inte att hemsamaritverksamheten skulle specialiseras och professionaliseras. De önskade inte att arbetsuppgifter som de utför i dag skulle skiljas från yrket. I stället önskade de sig mer tid hos varje klient på så sätt att det inte bara blev att 'gå med skurhinken'. Möjligheten till att ge en allsidig och personlig omsorg för enskilda människor är beroende av att den tillmätta tiden hos den enskilda klienten inte blir för knapp. Våra informanternas önskemål var att hemsamaritverksamheten kunde organiseras så att det blev möjligt att utföra en allsidig och personlig omsorg åt enskilda inom ramen för en stark gemenskap av likaställda arbetstagare. Är en sådan önskan utopisk?

Den offentliga avlönade omsorgen har i stor utsträckning utvecklat mönster för organiseringen av arbetet med industriorganisationen som förebild. Men omsorg för andra människor ställer andra krav än produktion av varor och administration. Som Rita Liljeström och Elisabeth Özgälda uttrycker det:

Det handlar ju om att under arbetets gång främja andras utveckling, stärka deras självkänsla, att ta vuxenansvar för de uppväxande, att lindra sorg och smärta, att bidra till att



andra mår bra, att svara på kontaktsökande, att visa intresse och uppmärksamhet, att leva sig in i vad andra känner, att visa medmänsklighet. Det rör sig om omistliga värden, knappa resurser som det gäller att vara rädd om.<sup>6</sup>

*Dessutom* handlar det om att utöva praktiska färdigheter som förvärvats genom erfarenhet och/eller specialutbildning.

Stordrift och specialisering kan svårligen ta tillvara omsorgsarbetets kvalitativa egenart. Kanske är en sådan organisering heller inte alltid fördelaktig utifrån ekonomiska effektivitetskriterier?

#### 4. Äldreomsorg i det informella nätverket – familjekvinnornas ansvar

En trivial men ofta bortglömd förutsättning för att täcka väsentliga omsorgsbehov i privatafären är *geografisk närhet* mellan människor som har en stark personlig anknytning till varandra. En rad sociologiska undersök-

ningar från senare år har visat att även i det moderna industrisamhället är *släktnätverket* centralt när det gäller att ge och motta hjälp. I goda grannrelationer flyter gärna praktisk hjälp baserad på en rimlig grad av balanserad ömsesidighet mellan hushållen, medan *krishjälp* först och främst är ett familjefenomen. Det visar sig också att det först och främst är kvinnor som upprätthåller släktkontakterna. 'En dotter är en dotter hela livet, en son är en son tills han gifter sig', är ett ordstäv vi finner på flera språk och som visar att denna könsskillnad inte är av färskt datum. Geografisk närhet till nära kvinnliga släktingar visar sig vara en väsentlig resurs för att få informell omsorg som kan kompensera bristande förmåga till självhjälp på äldre dagar.

Vi finner i en mindre undersökning<sup>7</sup> att en stor del av de klienter som har hjälp av hemsamarit och hemsjukvård också får betydande hjälp från kvinnor i familjenätverket. Dessutom är det i stor utsträckning döttrar och svärdöttrar som tar initiativet till att föräldrar och svärföräldrar får sådan hjälp från det offentliga. Det visar sig att dessa offentliga tjänster i hög grad är supplement snarare än alternativ till kvinnlig familjeomsorg.

En landsomfattande undersökning från 1975<sup>8</sup> visar att hjälp från släktingar ännu är den vanligaste hjälpen vid sjukdom.

Grannhjälp betyder relativt sett mest för de yngsta och minst för de äldsta för vilka de offentliga hjälpinsatserna för hemmen når lika många som släkthjälpen.

Skillnaden mellan åldersgrupperna kan knappast förklaras med att fler yngre har resurser i form av goda grannar. Vi antar att den snarare beror på skillnader i hjälpbehovets omfattning. De yngsta har oftare kortvariga och mindre omfattande hjälpbehov som kan tillgodoses med den typ av mindre tjänster som man uppfattar det som 'naturligt' att utväxla inom ramen för ett bra grannförhållande. Sådana tjänster kan dessutom ofta betalas tillbaka genom att man utför en motsvarande typ av tjänst vid en senare tidpunkt. För de äldsta är en långt större del av hjälpbehovet under sjukdom långvarigt och omfattande och faller där-



Foto Knut Andreassen.



med utanför normerna för vad som är rimligt att ge och motta mellan goda grannar utan en eller annan form av ekonomisk ersättning. Ett gott grannförhållande kan nog innebära omsorg baserad på balanserad ömsesidighet medan förpliktande oavlönat omsorgsarbete av längre varaktighet bara läggs på nära kvinnliga familjemedlemmar i eller utanför det omsorgsbehövande hushållet.

När det heter att 'familjen tar sig an sina gamla', döljs den könsbestämda skillnaden i omsorgsansvar. När det moraliseras över bristande familjeomsorg för de äldres vidkommande, ser man heller inte att denna har varit baserad på kvinnors marginalitet på arbetsmarknaden. Den informella omsorgens osynlighet som *arbete* gör det också relativt enkelt att göra frågan om att ta ansvar för omsorgsbehövande familjemedlemmar till uteslutande en fråga om moral och kärlek.

Våra informanter bland hemsamariterna uttrycker stor skepsis till familjebaserat omsorgsansvar för äldre med stort hjälpbehov både utifrån privata erfarenheter och utifrån upplevelser i arbetet som hemsamarit. Det de lägger särskild vikt vid är den orimliga belastning, det utnyttjande av *en* kvinnlig familjemedlem som sådana omsorgsrelationer ofta innebär. Den starka personliga anknytningen mellan givare och mottagare kan innebära orimliga krav på hjälp och uppmärksamhet från mottagarens sida. Det är inte i alla avseenden och alltid som det är bättre att ta emot hjälp från någon som man är nära knuten till. Den offentliga hjälpapparaten 'accepterar' dessutom att informell familjeomsorg innebär extrem belastning för utövarna. Erbjudande om offentlig hjälp och avlastning i sådana situationer kommer inte utan att det framläggs krav på det, eller först när omsorgsutövaren i familjen inte orkar med mer. Priset för patienter i familjeomsorg betalas ofta i form av orimlig välfärdsförlust för 'snälla' familjekvinnor.<sup>9</sup>

Vi behöver nytänkande i frågan om hur den resultatlösa omsorgen, skall organiseras och vilka samarbetsrelationer mellan den offentliga hjälpapparaten och det informella nätverket som det kan vara möjligt att satsa på. En något nostalgisk uppfattning av

tidigare tiders familjeomsorg är för bräcklig att bygga på i en modern välfärdsstat. I dag har vi fler åldringar med färre döttrar än förr. Våra krav på standard i omsorgsarbete har ökat avsevärt. Dessutom baserades den informella omsorgen tidigare på ett mycket starkt ekonomiskt beroende mellan generationerna och på en strikt skillnad mellan kvinno- och mansarbete.

'Hur kan vi förbättra kvaliteten hos den offentliga avlönade omsorgen?', är en bättre utgångspunkt med tanke på framtiden än att bekymra sig över förändringar i de informella omsorgsrelationerna i familjen. Att utveckla omsorgsalternativ som gör det möjligt att utöva informell omsorg för mycket beroende familjemedlemmar utan att vara tvungen att ge avkall på rimliga möjligheter till att delta i förpliktande aktiviteter utanför familjen måste vara det offentligas ansvar.

### Kan vi undvika att den avlönade omsorgen 'industrialiseras'?

Oberoende och självständighet står högt på vårt samhälles värdeskala. Dessa värderingar är centrala i vår barnuppfostran och är själva grundvalen i den 'hjälp till självhjälp'-ideologi som välfärdsstatens offentliga hjälpapparat bygger på. Att hjälplöshet och beroende är en del av själva livet för oss alla – i barndom, sjukdom och ålderdom – kan delvis döljas och förträngas eftersom man överlåter på en osynlig och undertryckt kvinnokultur att handskas med problemen under dessa faser av livet. (Att oberoende bara är relativt även för friska vuxna människor är något som kvinnor kanske både erfar och erkänner lättare än män. Till exempel baseras självständighet och framgång inom den ekonomiska sfären ofta på stort beroende av personlig omsorg och service i privatsfären.)

Välfärdsstatens hjälpapparat har delvis frigjort den enskilda människan från *ekonomiskt beroende* av det informella nätverket i många av de livssituationer där de egna resurserna inte räcker till. Trygghetslagar, socialhjälp, utbildningslån och stipendier har minskat den enskildes ekonomiska beroende av familj och släkt. Det gäller särskilt för män och dessa förändringar i beroende vär-



deras som obestridliga välfärdsvinster.

Det förhåller sig litet annorlunda när det gäller synen på offentligt kontra privat beroende av omsorgstjänster. Välfärdsstaten bygger på en rad implicita förutsättningar beträffande familjens förmåga och vilja till omsorgsansvar för de beroende i samhället. I stor utsträckning är dessa förutsättningar baserade på den traditionella arbetsdelningen mellan könen. Skall den informella omsorgen fungera så som den gör i dag, är det beroende på kvinnornas marginalitet på arbetsmarknaden.

Den nya kvinnorörelsen har fokuserat uppmärksamheten på de problem barnomsorgen innebär för dagens kvinnor, och har ställt krav på offentliga åtgärder för att övervinna dessa. Problemen i den resultatlösa omsorgen har vi hittills uppmärksammat mindre. Det beror kanske på att kvinnorörelsen först och främst har rekryterat yngre kvinnor och att de här problemen inställer sig med full styrka först när man har blivit medelålders eller äldre.

Nu är det så att den enskilda kvinnan kan 'välja' att få barn, men hon kan inte välja att ha föräldrar och kan heller inte förutse de omsorgsbelastningar i nära relationer som följer med sjukdom, ålderdom och död. Hur den resultatlösa omsorgen skall organiseras i framtiden, är därför en väsentlig kvinnofråga.

Det blir viktigt att finna en organisation av det offentliga avlönade omsorgsarbetet som förhindrar att tidsbrist, arbetsuppdelning, rutin och byråkratisering inte ger utrymme för de kvaliteter som är avgörande i omsorgsrelationer präglade av stillastående och tillbakagång. Att ge allsidig och personlig omsorg i sådana situationer innebär stor risk både för känslomässig och fysisk överbelastning för utövaren oavsett om arbetet är avlönat eller inte. Den som skall utföra sådan omsorg behöver därför stöd och omsorg från andra och möjligheter till omväxling i form av arbetsuppgifter där man ser resultat av det man gör.<sup>10</sup>

'Omsorg i närmiljö' måste primärt baseras på *avlönat* omsorgsarbete med hänsyn till de omsorgsbehov som är av långvarig och omfattande karaktär. Att frambringa närmiljö-

er som är rika på spontana omsorgstjänster och omsorg baserad på balanserad ömsesidighet löser inte problemen i den resultatlösa omsorgen.

Självstyrda arbetsgrupper bestående av personer med olika kvalifikationer och med ansvar för avgränsade geografiska områden som gör det möjligt att få en viss personlig kännedom om invånarna är kanske en möjlig organisationsform som kan hindra att det avlönade omsorgsarbetet industrialiseras och därmed att medmänskligheten fullständigt överläts på familjekvinnor och på frivilliga organisationer. Professionella yrkesutövare som skall arbeta i klienternas närmiljö måste kunna gå in i flexibla samarbetsformer med icke-professionella arbetstagare och med familjemedlemmar och grannar. En sådan arbetssituation ställer andra krav än den institutionaliserade och byråkratiserade hjälpapparaten i vilken yrkesroller och klientroller är klart avgränsade. Kan man med de professionsideologier som råder inom hälsovård och socialsektorn i dag tänka sig att större förändringar i denna riktning är möjliga? I varje fall måste utbildnings-, karriär- och avancemangsmöjligheterna inom omsorgssektorn ändras om inte den omsorgskris vi står inför i den resultatlösa omsorgen skall förstärkas under kommande år. För kvinnoforskningen innebär det stora krav på att få fram kunskap om hur omsorgsarbetet kan organiseras på så sätt att kvinnointressen och hänsyn till de svagaste inte kommer på kollisionskurs. Vilka alternativ det sedan är möjligt att realisera inom en mansdominerad modern välfärdsstat, kan bara framtiden utvisa.

*Översättning: Lars-Håkan Svensson*

## NOTER

1. Arild Skåra: Omsorgens sociologi, *Sykepleien* 3 1979.
2. Det finns ingen vedertagen entydig definition av begreppen privat och offentlig. Kanske använder jag här begreppen på ett något ovanligt sätt. Vålgörenheten beskrivs vanligtvis som privat utifrån ett ekonomiskt bruk av begreppet. Här är jag sysselsatt med den sociala sidan av förhållandet mellan givare och mottagare och i det perspektivet finner jag det viktigt att karakterisera vålgörenheten som offentlig.
3. Anne Grethe Flakstad visar hur olika sfärer eller nivåer i ett nordnorskt lokalsamhälle definierar vilka hjälptjänster i form av arbete och materiella gåvor som skall utbytas, hur lätt det får ske och mellan vem. De olika sfärerna (hushåll, släktband osv) omges av barriärer som är gränser som man inte skall byta tvärs över. Barriärerna är ofta av moralisk karaktär. Anne Grethe Flakstad: *Kvinnevilkår i kombinasjonsbruk*, Mellomfagsoppgave, Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet, Tromsø, 1979.
4. Se nærmare, Kari Wærness: Hjemmehjelpere – den moderne velferdsstats hushjelpere, *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1978, bd 19, s 447–464.
5. Jag har intervjuat 16 erfarna hemsamariter i ett av Bergens socialdistrikt. Se nærmare, Kari Wærness, *ibid*.
6. Rita Liljeström och Elisabeth Özgalda: *Kommunals kvinnor på livets trappa*. Stockholm 1980, s 113.
7. Denna undersökning gjordes i ett socialdistrikt i Bergen 1979. 40% av hemsamaritsklienterna bodde i samma hus eller kvarter som närmaste familj (utom äkta makar) och 15% fick regelbundet hjälp av kvinnliga släktingar. 40% av dem som hade hemsjukvård (de flesta över 70 år) vårdades dessutom regelbundet av kvinnliga släktingar.
8. Se *Helseundersøkelse 1975 NOSA 894*, tabell 63.
9. Kari Wærness: Pleiepasienter i familieomsorg – til hvilken pris? (Manus under utarbetande).
10. Reidun Ingebretsen: Har snille omsorgskvinner lov til å bli følelsemessig utslit. Med utgangspunkt i personale på aldersinstitusjoner i *Lønnet og ulønnet omsorg*. Arbeidsrapport nr 5/79 fra NAVFs Sekretariat for kvinneforskning. I Margaret Johansen: *Damenes vals*, Oslo, 1978, framställs i romanform vilka extrema omkostnader den resultatlösa omsorgen kan innebära för familjekvinnor.

## SUMMARY

To begin with, I try to distinguish between *care* and *care-giving* work. *Care* is something which arises in a relationship between people. The giver of care shows anxiety, love, thoughtfulness, sympathy toward the receiver of care. In principle, it should be possible to base this type of care between adult, healthy persons upon a mutually equal give-and-take situation within the frame-

work of personal, connecting relationships. The extra work done by women for adult, healthy men within such relationships is defined as *personal service*. *Care-giving work* implies care for those members of society who by normal social standards are unable to help themselves so that care cannot be based upon reciprocal services when it comes to help and support in daily life.

I outline a model where different forms of care-giving work, paid and unpaid, domestic and public, are considered in relation to each other. This model, I suggest, can clarify some problems of care at the present time, as well as give us some insight into changes over time.

Care-giving work is then divided into three categories: 1) care-giving in situations related to growth (children, acutely ill persons), 2) care-giving in situations related to status quo (chronically ill or handicapped persons), 3) care-giving in situations related to decline (old and dying people).

The first category provides the most attractive care-giving work within the public sector for the different professions found in the health and social services. It is difficult to achieve adequate standards for the public care of the chronically ill and for old people. The public care-giving work in institutions is 'industrialized'. Home help services are established, so that the elderly and chronically ill can stay in their homes as long as possible. This has created new low-waged, unskilled work for women. On the other hand, in order for the home help services to function adequately when the demand for help is great, it is very often daughters and daughter-in-laws who supplement the paid services and take most of the responsibility.

In the women's movement we have discussed to a great extent the organizing of care-giving work for children. The problems that the care of the ill and the elderly mean to women in their family roles have so far been given much less attention, perhaps because mostly we face the problems only when we are middle-aged, and in the women's movement we have hitherto recruited relatively few middle-aged women. For women's research it is important to find out how care for the chronically ill and the elderly can be adequate without maintaining the traditional role of women.

Kari Wærness  
Sosiologisk institutt  
Universitetet i Bergen  
Christiesgt. 19  
5000 Bergen, Norway