

# **Spiller det noen rolle?**

**– om hverdagen på nye og gamle sykehjem**

av

**Christian Madsen**

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier  
Universitetsforskning i Bergen  
Juni 2002

**Notat 4-2002**

# Innhold

Tabelloversikt.....	iii
<b>Sammendrag.....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>v</b>
<b>Forord .....</b>	<b>vi</b>
<b>Innledning.....</b>	<b>7</b>
<b>Metodisk tilnærming.....</b>	<b>8</b>
Utvalg.....	8
Meningsproduksjon.....	8
Om tolkning.....	9
Gyldighet og generaliserbarhet .....	9
<b>Teoretiske perspektiver.....</b>	<b>11</b>
Omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet.....	11
Sykehjem som struktur.....	12
Brukerorientering og selvbestemmelse .....	13
<b>Et overblikk over sykehjemmene .....</b>	<b>15</b>
Det nye sykehjemmet.....	15
Beboernes rom.....	16
Personalrom .....	16
Kjøkken og mat.....	16
Aktivitetstilbud .....	17
Sosialt samspill.....	18
Det gamle sykehjemmet.....	18
Beboernes rom.....	19
Personalrom .....	19
Kjøkken og mat.....	20
Aktivitetstilbud .....	20
Sosialt samspill.....	21
<b>Spiller det noen rolle? .....</b>	<b>22</b>
Sosial struktur.....	22
Selvbestemmelse .....	23
Aktivitetstilbud .....	26
Tid til rådighet.....	26
Sårbarhet .....	30
<b>Oppsummering.....</b>	<b>31</b>
Litteraturliste.....	33

## Tabelloversikt

Tabell 1:	Hvor fornøyd er du med: – Personalets/hjelpernes holdninger	side 25
Tabell 2:	Syns du at du selv får bestemme nok over den hjelpen du får her i sykehjemmet?	side 25
Tabell 3:	Hender det at du må vente lenge når du trenger hjelp fra pleierne?	side 26
Tabell 4:	Hvor ofte omtrent hender det at du må vente på hjelp?	side 26
Tabell 5:	Er det noe du skulle ønske at du som hjelper hadde mer tid til? – Tid til å snakke med deg?	side 27
Tabell 6:	Er det noe du skulle ønske at de som hjelper hadde mer tid til? – Tid til å hjelpe deg?	side 27

## Sammendrag

Den offentlige omsorgen for eldre er i endring. Disse endringene berører nye organisasjonsmodeller og nye prinsipper, hvor man vektlegger begreper som effektivitet, brukerorientering og selvbestemmelse. En del av endringene er konsentrert rundt det rent fysiske i form av bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger. Andre er knyttet til flere og mer profesjonaliserte ansatte. Noen endringer er ikke like lett å registrere eller få tak på. Dette berører endringer på det relasjonelle plan, endringer som kan bety mer enn rent fysiske omstruktureringer. Det nye og det gamle sykehjemmene synes å fungere bra, men det er noen svakheter med begge modellene. I det gamle sykehjemmet er størrelsen en belastning i forhold til det sosiale miljøet mellom beboere, pårørende og pleiere. I det nye sykehjemmet er det en form for lukkethet og tetthet som gjør modellen sårbar i forhold til endringer. Forskjellen mellom disse to sykehjemsmodellene i forhold til selvbestemmelse og avhengighet hos beboerne er vanskelig å måle. Begge steder hadde stort innslag av pleietrengende beboere. Dette gir begge et preg av mye pleie og mye av fokuset rettes mot oppgaver som stell og medisinsk behandling. Dette vil påvirke hvordan de friskeste beboerne opplever mulighetene, eller fraværet av muligheter, for å kunne uttrykke egne ønsker. Dagens satsning på enerom og selvbestemmelse gir strukturer som kan fremme enkelte holdninger og hemme andre hos pleierne. Hvilke holdninger som fremmes og hvilke som hemmes vil ikke bare være avhengig av fysisk organisering, men også et spørsmål om å finne fram til organisasjonsformer som skaper tillit mellom pleiere og beboere. I videre undersøkelser er det viktig å sammenligne avdelinger og institusjoner med samme størrelse for å komme videre i forhold til hvilke rutiner som synes å fremme for eksempel beboernes muligheter for selvbestemmelse og aktivitet.

## **Abstract**

### **Does it matter? – everyday life in new and old nursing homes**

Public care for the elderly in Norway is restructured in attempts to make their services more efficient. The goal is to fulfil the needs and wishes of the elderly persons themselves and those working in the field. A part of this process is to build new and smaller nursing homes with more private rooms. Other changes are oriented towards more professional employees. Some changes are not easy to discover. These changes concerns relationships between the elderly and their caretakers. An important question is what possibilities these new and old nursing homes give for self-determination and need fulfilment for those involved in the care-relations? Evidence point to that both new and old nursing homes prove satisfactory, but there are some weaknesses to both models. The size of the wards in the old nursing home proved to be a strain on the social environment. The new and small nursing homes seems to be more vulnerable to changes. The new orientation in the public care for the elderly gives structures which may strenghten some attitudes and weaken others in the everyday care provided by the caretakers. This is not only a question about more private rooms, but also a question about finding ways of organizing which creates trust between the elderly and their the caretakers. In future studies it is crucial to compare wards and institutions with the same size to find which routines that seems to endorse the elderlys possibilities for self-determination and activity.

# Forord

I dette notatet settes søkelyset på hverdagen i sykehjem – slik brukere og ansatte opplever den. Utgangspunktet for notatet var et ønske om å validere en større brukerundersøkelse som utgjør en sentral del av prosjektet «*Eldreomsorgen i storbyene. Evaluering av handlingsplanen for eldreomsorgen 1998-2001*»<sup>1</sup>. Spørsmål til spesielt de skrøpeligste mottakerne representerer store metodiske utfordringer. Derfor var det viktig å supplere med deltagende observasjon, samt intervju med brukere og ansatte i et mindre antall institusjoner.

Både før og under planperioden har det vært sterkt fokus på hvor viktig det er å modernisere og bygge nye sykehjemsplasser og omsorgsbolig, blant annet fordi det antas at det vil gi bedre betingelser for gode omsorgstjenester<sup>2</sup>. Hva nye sykehjem betyr for kvaliteten på tjenestene vet vi lite om. Det var derfor ønskelig å se nærmere på hva som skiller hverdagen i nye og gamle sykehjem.

Notatet er viktig av flere grunner. Foruten at det gir et godt grunnlag for valideringen av surveyundersøkelsen gir det oss også et innblikk i hvordan strukturer og rutiner setter sitt preg på hverdagen i et sykehjem. Gjennom å sammenligne ett nytt og ett gammelt sykehjem viser det at det er styrker og svakheter ved begge sykehjemmene, og at det er dilemmaer i hverdagen som ikke er lett lar seg løse verken på et nytt eller gammelt sykehjem.

Bergen, juni 2002

*Sturle Næss*

---

<sup>1</sup> Notatet vil også ha betydning for validering av en stor surveyundersøkelse som også inngår i prosjektet. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd, Velferd og samfunn.

<sup>2</sup> Dersom det blir politisk flertall for å utvide St.meld.nr. 31 (2001-2002) med ytterligere 3 000 plasser vil den opprinnelige rammen for sykehjemsplasser og omsorgsboliger på 24 000 økes til 38 400.

## Innledning

Eldreomsorgen har vært igjennom mange endringer. En del av endringene er konsentrert rundt det rent fysiske i form av bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger. Andre er knyttet til flere og mer profesjonaliserte ansatte. Noen endringer er ikke like lett å registrere eller få tak på. Dette berører endringer på det relasjonelle plan, endringer som kan bety mer enn rent fysiske omstruktureringer. Utgangspunktet for dette notatet er å formidle noen av erfaringene til pleiere og beboere i et nytt og et gammelt sykehjem etter at Handlingsplanen for eldreomsorgen ble iverksatt (se St. meld nr. 50 – 1996-97).

Sykehjemmenes rolle har lenge vært sterkt omdiskutert i eldreomsorgen. Kritikken har hovedsakelig vært rettet mot passivering og derigjennom senket livsstandard for beboerne. Denne kritikken er en del av en større anti-institusjonsbølge som siden 1970-tallet har rettet seg mot offentlig omsorg. Sykehjemmene syntes i mange tilfeller verken å fungere som et godt nok pleie- og behandlingstilbud eller som et aktivt boligalternativ. Et resultat av dette har vært en større vektlegging av den åpne omsorgen som et ledd i erkjennelse av de mer problematiske sidene ved sykehjemmene. Sentralt i de nye og mer brukerorienterte sykehjemmene, er beboernes selvbestemmelse i tilretteleggingen av omsorgen. Dette forutsetter behovet for kontinuerlig innsikt i behov og erfaringer hos dem som arbeider og bor i sykehjemmene.

I dette notatet sammenfattes noen av inntrykkene jeg har fått gjennom en ukes opphold i et eldre og i et nytt sykehjem. Notatet er en del av prosjektet «Eldreomsorgen i storbyene» som er en større undersøkelse av organisering, utvikling og konsekvenser av tjenestetilbudet før og under handlingsplanens virksomhetsperiode i Oslo, Bergen, Trondheim, Kristiansand og Tromsø. Målsettingen med dette notatet er todelt. Et formål er å studere hvordan handlingsplanen for eldreomsorgen fungerer i praksis. Et annet formål er å validere en større brukerundersøkelse i prosjektet.

Jeg vil rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å svare på spørsmål under oppholdene i sykehjemmene. I tillegg vil jeg takke Sturle Næss og Kari Wærness for interessante diskusjoner og mange nyttige kommentarer.

## Metodisk tilnærming

En viktig del av det empiriske materialet til prosjektet «Eldreomsorgen i storbyene» er spørreskjema til brukere og ansatte i Oslo, Bergen, Trondheim, Kristiansand og Tromsø. Dette notatet er hovedsakelig basert på deltagende observasjon i et nytt og et gammelt sykehjem høsten 2001 og er ment å være et supplement til analysene av det kvantitative datamaterialet.<sup>3</sup> Det vil kunne gi en mer inngående beskrivelse av hvordan pleiere og beboere opplever sykehjemstilværelsen – en hverdag det ofte er vanskelig å gripe gjennom prekodete intervju.

### Utvalg

De to sykehjemmene ble plukket ut på bakgrunn av at jeg ønsket å sammenlikne et sykehjem som ble bygget før handlingsplanen (St. meld nr. 50 – 1996-97) med et sykehjem som ble bygget i planperioden. Sykehjemmene valgte selv ut hver sin avdeling. Det kan tenkes at denne utvelgelsen har resultert i at jeg har kommet i kontakt med de avdelingene som fungerer best, både i forhold til dyktige pleiere og fornøyde beboere. På den annen side var det ingen hinder for at jeg kunne bevege oss rundt på de forskjellige avdelingene.

I begge sykehjemmene fikk jeg avdelingssykepleierne som kontaktpersoner. Deres rolle var å fungere som portvakter i forhold til avdelingene, dvs. informere avdelingene og presentere avdelingene for meg. Et problem var at informasjonen på forhånd ikke fungerte som planlagt. Dette resulterte i en del usikkerhet blant mange ansatte og brukere omkring hva jeg var ute etter. For å løse denne situasjonen valgte vi å informere hver enkelt om forskningsprosjektet når det passet seg slik, eller når noen lurte på hva jeg gjorde der.

Feltnotatene ble skrevet når det ble ledige øyeblikk, men alltid med hendelser eller samtaler friskt i minne. Alle informantene er sikret full anonymitet, selv når det blir gjengitt sitater og uttalelser. Den muntlige ordstillingen er beholdt selv om ord og uttrykk er skrevet om til bokmål.

Hvert opphold varte i en uke. I løpet av denne tiden snakket jeg med dem som jobbet der og dem som bodde der. Mange av dem som bor på sykehjemmene er i utgangspunktet skrøpelige, og det er vanskelig å føre en samtale med dem. Dette førte til at jeg valgte å være med på stellet når dette var mulig.

### Meningsproduksjon

En sentral del av den metodiske tilnærmingen var å forstå og beskrive det virkelighetsperspektiv, eller den meningen som aktørene legger i sine handlinger. For å klare dette er det nødvendig å stille spørsmål ved dagliglivet og handlingene til

---

<sup>3</sup> Sturle Næss var med og observerte en dag på hvert sykehjem.



aktørene. Deltagelse viste seg å gi mulighet for å erfare dilemmaer som aktørene beskrev i omsorgshverdagen.

Et problem er hvilken rolle man tilskrives som forsker. I enkelte situasjoner ble forskerrollen av enkelte pleiere fortolket som at forskeren egentlig var en «overvåker» eller «kontrollør». I andre situasjoner måtte forskerrollen vike for rollen som «lege», «legeassistent» eller «hjelpepleier» hos enkelte beboere. I noen av disse situasjonene satt jeg igjen med en følelse av at noen forholdt seg strategisk til spørsmålene som ble stilt. At forskeren påvirker det som blir sagt ved sin tilstedeværelse er ikke noe nytt (Briggs 1986; Christensen et al. 1998).

### *Om tolkning*

Den kunnskap som man forsøker å få tilgang til, både ut fra forutinntatthet og i forhold til det som fremstår som vesentlig ut fra informantenes fortellinger, er et spørsmål om tolkning. Fortolkningene som forskeren gjør, er fortolkninger av informantens fortolkninger av sin hverdag (Giddens 1993).<sup>4</sup>

Observasjon og deltakelse i hverdagen på sykehjemmene gis videre mening gjennom pleiernes og beboernes beskrivelser av egne erfaringer. Fortolkningene settes videre inn i større rammer hvor samspillet mellom de ulike aktørene er med på å forme det endelige notatet. Man kan samtidig hevde at det å undersøke sosiale fenomen, i seg selv med på å konstruere og rekonstruere disse. Det skyldes imidlertid først og fremst at en er alltid er nødt til å løfte ut enkelte sider til fordel for andre i forhold til kompleksiteten til de sosiale fenomen man studerer.

## Gyldighet og generaliserbarhet

Utsagn som fremskaffes i intervjusituasjonen er ikke bare interessante ut fra deres informasjon om den sosiale verden. I tillegg forteller utsagnene noe om aktørene som produserer dem. Dette kan kategoriseres som enten *informasjonsanalyse* eller som *perspektivanalyse* (Hammersley og Atkinson 1993). Beretningene som overleveres forteller om saksforholdet i et bestemt perspektiv. Slike perspektiv kan for eksempel rette seg mot å rettferdiggjøre eller forklare noe ut fra eget ståsted.

I kvalitative undersøkelser kan man ikke få *reliabilitet*<sup>5</sup> forstått som *etterprøvnbarhet* og *målbarhet*. Representativitet i statistisk forstand i forhold til kvalitative tilnærminger er imidlertid ikke særlig interessant siden det i større grad er *de sosiale prosessene* man ønsker å forstå. Det er mer fruktbart å diskutere *validiteter*<sup>6</sup> ved kvalitative studier forstått som *gyldighet* og *pålitelighet*. I dette legger jeg hvordan studiet forholder seg til

---

<sup>4</sup> Giddens kaller dette for *dobbel hermeneutikk*. Poenget til Giddens er at det er en teoretisk og empirisk avstand mellom forskningen og den sosiale praksis som utspiller seg i hverdagen.

<sup>5</sup> «Reliabilitet» viser til nøyaktigheten i innsamlingen av data, og knytter seg til påliteligheten i innsamlingen av data.

<sup>6</sup> «Validitet» viser til hvorvidt teori og empiri henger sammen på en slik måte at den metodiske tilnærmingen måler det man hadde tenkt. Begrepet knytter seg på samme måte som reliabilitet til påliteligheten i innsamlingen av data.

feltet i forhold til liknende studier. Teksten som meningsproduksjon gjenspeiler således forskerens sensitivitet i forhold til det empiriske feltet som inngår i undersøkelsen og det faglige grunnlaget som forskeren arbeider innenfor.

Det informantene beskriver er hva de opplever som dilemmaer (jf. Thomasteoremet<sup>7</sup>). På mange måter fremstår dermed undersøkelsen som en fortolkning (dekoding) av tolkninger som informantene har uttrykt innen sin hverdag. Målsettingen med undersøkelsen er altså ikke å være uttømmende for de dilemmaer som finnes i den institusjonsbaserte eldreomsorgen.

---

<sup>7</sup> Thomasteoremet viser til at situasjonsdefinisjonen som en aktør legger til grunn for sine handlinger blir virkelig i konsekvens av å bli definert som virkelig. Slike handlingssituasjoner kan dermed få en selvoppfyllende virkning. For en nærmere drøfting av situasjonsdefinisjoner, se Robert K. Merton (1978).

## Teoretiske perspektiver

Synet på alderdom og eldreomsorg er i stadig endring, både når det gjelder institusjonsutforming og i forhold til forventninger til hva alderdommen bringer med seg. Overgangen fra hjem til sykehjem er stor for mange eldre i et samfunn med sterk ungdomsdyrkelse og fremtidsrettet utvikling. Endringer i eldreomsorgen har gått i retning av mer deinstitutionaliserte tilbud ettersom omsorgstjenestene har møtt større utfordringer i forhold til eldrebølgen. Sykehjemmene har for mange eldre blitt et sted man forbinder med livets utgang siden mange av beboerne er preget av høy alder og store pleiebehov. I dette kapittelet vil vi se nærmere på noen sentrale områder som berører sykehjemsfeltet.

### Omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet

Begrepet «omsorg» brukes hovedsakelig for å beskrive en kvalitet ved mellommenneskelige relasjoner<sup>8</sup>. Omsorg brukes både om konkrete handlinger, som pleie og stell, og om omtanke og respekt. Når en person er hjelpetrengende og mottar hjelp av en annen person, defineres dette gjerne som omsorgsarbeid. Omsorgsarbeid refererer til en relasjon hvor mottaker er hjelpetrengende og omsorgsgiver yter bistand ut fra å høyne livskvaliteten til den hjelpetrengende.

Wærness (1984) deler inn omsorgsarbeid inn i tre forskjellige kategorier som preger omsorgsforholdet:

- Omsorgsarbeid som er orientert mot *vekst eller resultat*.
- Omsorgsarbeid som er orientert mot *stagnasjon*.
- Omsorgsarbeid som er orientert mot *forfall*.

Disse kategoriene sier noe om hva slags «rasjonalitet» som legges til grunn for omsorgsarbeidet. Et tradisjonelt skille går mellom den teknisk/økonomiske og den omsorgsbaserte. Sistnevnte retter seg inn mot å vurdere den enkelte situasjon på best mulig måte for pasienten som hel person, og ikke bare på sykdomsnivå.

Omsorg er et godt og nødvendig prinsipp, men det betyr ikke at alle former for omsorg er like nødvendig. Ulike yrkesgrupper har ulike oppgaver som preger hva slags nærhet og omsorg som utspiller seg mellom profesjonell og klient. Omsorg kan således oppfattes på ulike måter og få ulik utforming avhengig av type arbeidsoppgaver som legges til grunn.

Omsorg uten grenser behøver ikke å være det beste, og omsorg er ikke alltid et spørsmål om personlige egenskaper hos utøverne. Det knytter seg alltid et snev av paternalisme til det å utøve omsorg som profesjonell siden den profesjonelle har makt i kraft av sin posisjon (se Wærness 1982). Den praksis som utføres innen rammen av profesjonaliserte yrker baserer seg ofte på en instrumentell rasjonalitet. Et uttrykk for

---

<sup>8</sup> Man kan her skille mellom *omsorg for andre* og *omsorg for hverandre*. Førstnevnte viser til asymmetriske relasjoner, mens sistnevnte viser til symmetriske relasjoner.

dette er «*normen om upersonlig relasjon*» (Bomann-Larsen og Jensen 1985), som viser til at kvaliteten på relasjonen mellom klient og yrkesutøver ikke skal forstås som direkte og personlig<sup>9</sup>.

## Sykehjem som struktur

Institusjonsomsorgen bærer i seg en del dilemmaer. Et slikt dilemma er knyttet til det som Erving Goffman (1961) beskrev som den «totale» karakteren ved institusjonene<sup>10</sup>. Han skisserer en rekke idealtypiske trekk som karakteriserer livet på institusjonene (ibid.):

- Tap av selvbestemmelse siden døgnet i institusjonene har fastlagte rutiner.
- Overfladisk kommunikasjon mellom beboer og pleier.
- Avpersonalisering og ensartethet på bekostning av individualitet.

Felles for disse trekkene er at de finnes i ulik grad ved forskjellige institusjoner og legger ulike begrensninger og føringer på beboernes dagligliv som medfører tap av frihet og autonomi. Det er denne situasjonen man har ønsket å endre på ved i sterkere grad å vektlegge brukerperspektivet og mindre opphold i institusjon.

Et viktig poeng for Goffman var at livet i de klassiske institusjonene var med på å opprettholde, om ikke å forverre, pasientenes sykdomsbilde. Dette skyldes ikke nødvendigvis tvang, men er ofte et spørsmål om ressurser og ressursbruk. Et eksempel er hvordan vinterføret gjør det problematisk å gi alle beboere på sykehjem muligheten til å gå ut. Når det er glatt ute, øker behovet for å ha noen å støtte seg til. Når pleierne ikke har tid til å være med, resulterer dette i isolasjon fra verden utenfor (Repstad 1988).

Et annet trekk ved institusjonsomsorgen er begrensning av privatliv. De fleste beboere på sykehjem er for syke og hjelpetrengende til å kunne bo hjemme uten omfattende hjelperessurser. I eldreomsorgen er det fremdeles mange som må dele rom. Privatsfæren blir da begrenset til sengen med skjermbrett rundt og noen personlige eiendeler. Denne situasjonen er endret noe de siste årene, men den økte vektlegging av privatsfære har også ført til isolasjon for mange beboere i sykehjem.<sup>11</sup>

Utformingen av sykehjemmene i tråd med handlingsplanen for eldreomsorgen retter seg mot hovedsakelig to ting. Det ene er satsingen på strukturelle endringer som

---

<sup>9</sup> Mestringsstrategier i menneskerelaterte yrker har blitt skildret på ulike måter. Repstad (1988) beskriver avstanden mellom behandler og klient som en form for «trained inhumanity», Lipsky (1980) snakker om former for «coping responses to job stress», mens Christie (1989) knytter relasjonen til en form for «betalt vennskap».

<sup>10</sup> «(...) a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead an enclosed, formally administered round of life.» (Goffman 1961: introduction).

<sup>11</sup> Enerom versus flersengsrom berører sentrale spørsmål ved sosial kontakt og selvbestemmelse. I en undersøkelse fant man at beboere på flersengsrom følte seg mer sosiale og mindre ensomme (Kayser-Jones 1986). Andre studier underbygger at enerom ikke nødvendigvis er ønsket hos alle sykehjemsbeboere (se Slagsvold 1995). Dette viser at det ofte er vanskelig å foreta enkle sammenhenger om institusjonskvalitet.

rom og boliger. Man har i større grad satset på å bygge alternativer til institusjonene i form av omsorgsboliger, eller fokusert på hjemmehjelpstjenester. En annen tilnærming har vært å dele opp store avdelinger, eller bygge mindre institusjoner med enerom. Enerom gir muligheten til å kunne være alene på rommet sitt og man kan i større grad prege rommet med sine personlige eiendeler. Det andre er satsingen på kvalitet i form av større deltakelse fra beboerne, eller «brukerne» som de gjerne kalles i dag.

Satt på spissen kan man gjenkjenne dette ideologiske verdigrunnet ut fra de arkitektoniske utformingene. Rommet er i hovedsak en materiell struktur som avspeiler forskjellige funksjoner og den sosiale praksis som utspiller seg innen rommet. Sykehjemmene er som fysiske strukturer en mengde med ulike rom som både avspeiler kulturelle og ideologiske hensikter.

Analytisk sett kan man videre dele inn rommets betydning i flere deler (se Sandvin et al. 1998). En grunnstruktur i sykehjemmene er inndelingen mellom det private, det kollektive og det offentlige. Beboernes rom er privatsfære, fellesareal er kollektivsfære, og kontor er offentligsfære. Disse sfærene avspeiler ulike arenaer for bestemte sosiale praksisformer, og reflekterer således de institusjonelle trekk ved omsorgsfeltet.

I denne forbindelse har Slagsvold (1986) identifisert fire idealtypiske modeller etter hvordan hverdagslivet på institusjon er organisert:

- *Sykehuset*. Her dominerer pleier-pasient relasjonen mellom personalet og beboer. Instrumentelle gjøremål som pleie og stell vil være sentrale oppgaver. Et slikt sykehjem vil ha en sykehuspreget hverdag.
- *Rehabiliteringsinstitusjonen*. Her er det opptrening og rehabilitering som er det viktigste. Forholdet mellom personalet og beboerne er preget av trener-elev relasjon. I likhet med sykehusmodellen er de medisinske oppgavene fremtredende.
- *Storfamilien*. I denne modellen vektlegges sosial kontakt og hjemlighet i større grad enn de medisinske. Forholdet mellom personalet og beboerne bærer preg av vennskapelighet og atmosfæren er mer avslappet.
- *Pensjonatet*. I pensjonatinstitusjonen blir det lagt vekt på selvbestemmelse og valgfrihet i hverdagslivet. Personalet skal hovedsakelig yte service til beboerne, og forholdet preges av en serviceperson-gjest relasjon.

De to første modellene kan klassifiseres som sammenfallende med tradisjonell institusjonstankegang. De to siste faller mer innunder den tankegangen man fant i de gamle aldershjemmene. Et viktig poeng er at den bygningsmessige struktureringen av sykehjemmene formes av det ideologiske fundamentet som ligger til grunn.

## Brukerorientering og selvbestemmelse

Viktige endringsprosesser har funnet sted innen de offentlige omsorgstjenestene i de senere år:

- overgang fra statlig til kommunalt ansvar.

- deregulering av helsetjenester og et mer markedsorientert helsevesen i det at man ønsker mer brukerorienterte tjenester.

Disse prosessene har kommet til uttrykk gjennom deinstitutionalisering og ønsket om behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)<sup>12</sup>. Overført til pleie- og omsorgsyrkene skal omsorgsutøverne være fleksible i forhold til tidsbruk, funksjonsområder og fysisk mobilitet.

Denne utviklingen omfatter ikke bare eldreomsorgen, men også psykisk helsevern og omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Et argument har vært at det er lettere å gi et mer tilpasset tilbud til den enkelte på lokal basis. Dette tilsier at jo mer lokalt, desto mer demokratisk og innebærer en mer markedsorientert løsning hvor den handlende aktør i større grad er premissleverandør for de offentlige tjenestene (Selle 1991)<sup>13</sup>.

Å bli eldre kan innebære tap på mange områder, ofte også i forhold til autonomi eller selvbestemmelse. Institutionalisering er i seg selv en konsekvens av tapt autonomi i hverdagen, og representerer en trussel mot ytterligere tap av selvbestemmelse. Selvbestemmelse er ikke like lett å gjøre noe med i forhold til enerom og pleiedekning. Enerom handler om inndeling av fysiske strukturer, mens pleiedekning handler om pleiere og stillingsprosenter. Selvbestemmelse handler om holdninger og respekt.

Mange studier understreker at selvbestemmelse er positivt knyttet til blant annet aktivitet, sosial atferd, trivsel, selvbilde og helsetilstand. Motsatt finner man at selvbestemmelse er negativt knyttet til opplevelse av håpløshet, depresjon og dødelighet (Slagsvold 1995). Et dilemma er hvordan enerom og pleiedekning påvirker selvbestemmelse.

---

<sup>12</sup> I St. meld. nr. 9 (1974-75) tok man i større grad skritt i retningen av en regionalisering av helsevesenet. En årsak til dette var ønsket om å effektivisere behandlingen slik «at enhver pasient kan behandles på det laveste nivå som effektivt kan ta seg av lidelsen (LEON-prinsippet)» (ibid.:9).

<sup>13</sup> Innvendinger mot desentraliseringen er at lokale løsninger skaper forskjellsbehandling, ikke bare mellom geografiske områder, men også i forhold til ulike grupper. Dermed bidrar den til å skape nye former for sosial ulikhet.

## Et overblikk over sykehjemmene

I dette kapitlet vil jeg presentere de to sykehjemmene som ble studert høsten 2001. For ordens skyld presenteres hvert sykehjem for seg selv.

### Det nye sykehjemmet

I det nye sykehjemmet har man satsset på en modell med mindre boenheter. Dette innebærer i praksis at hele sykehjemmet er delt i inn flere grupper, hver med 10 boenheter. I tråd med den holistiske tankegangen er mye av det klassiske institusjonspreget skjult i hverdagen. Hver gruppe har eget kjøkken, vaskerom og stuer. I stuene og de andre felleslokalene er det lagt vekt på å skape en hjemlig atmosfære. I gruppen jeg observerte var det 11 beboere, hvilket innebærer at 2 beboere bodde sammen på et enerom. Det nye sykehjemmet har blitt bygget på en ideologisk grunntanke hvor privatliv står sentralt. Dette kommer klart uttrykk i fraværet av flersengsrom. Den romlige inndelingen sier også noe om de sosiale praksisformene som utspiller seg, eller som forventes å utspille seg. Mellom det private (rom til beboer) og det offentlige (kontor til pleier), finner man det offentlige rom som er fellesrom i gruppen/avdelingen.

Dagvaktene begynner klokken 0800. Dette er en time senere enn hva man hadde før det nye sykehjemmet ble bygget. Et argument for dette var at beboerne kunne sove lenger, om de ønsket det. Samtidig understreker dette at beboernes selvbestemmelse er sterkt knyttet til rutiner omkring vekking og forberedelser i forbindelse med frokost.

Turnusen er regulert slik at det er flest på dagvaktene og minst i helgene. De fleste som jobber på gruppen er hjelpepleiere. Mange av dem har jobbet i det gamle sykehjemmet på dette stedet. Arbeidsoppgavene deres er mer omfattende enn før siden man nå også har fått ansvar for gulvvask, klesvask og matlaging:

«Det er så travelt å jobbe her. Mer å gjøre nå siden det ikke er egen vaskeriavdeling og vaskefolk.»

I tillegg har pleierne fått ansvaret for å aktivisere beboerne. Det er det enklere enn før å trille ut beboere i rullestol, da alle gruppene har direkte tilgang til hvert sitt uteareal. På gruppen jeg var på, hadde man eget uteareal utenfor stuen. Dette utearealet hadde utforming som tok hensyn til rullestolbrukere.

I det nye sykehjemmet er det planlagt at alle gruppene på sikt skal være i stand til å håndtere ulike sammensetninger av beboere og pleiebehov. Dette innebærer at pleienivået vil variere etter beboerne som til enhver tid er på gruppen. Tanken er at man ikke skal flytte for mye på eldre mennesker siden dette medfører belastninger for dem. På sikt vil dette kanskje medføre at flere må skjermes på rommene sine i perioder, ettersom enkelte krever mer tilsyn enn andre (demente).

### *Beboernes rom*

Alle rommene til beboerne i det nye sykehjemmet er utstyrt med et ringeapparat på utsiden. Dette er tenkt å skulle understreke at rommet er privatsfære. Ved å vektlegge symboler som assosieres med hjem og selvbestemmelse håper man på å forebygge depresjon og lette oppholdet på sykehjemmet. En beboer som tidligere hadde bodd på rom med tre andre på et annet sykehjem, mente at det var bedre her. Hun syntes særlig at det var bedre med eget toalett, slik at man slapp å vente med å komme til. Beboere som ønsker hjelp trekker i en snor på rommet. De ansatte blir gjort oppmerksom på hvem som ønsker hjelp ved at de har en «beeper» på lommen som angir hvilket rom som ringer. Denne ordningen reduserer støynivået på gruppen i forhold til mer tradisjonelle alarmer (slik som på det gamle sykehjemmet).

### *Personalrom*

I det nye sykehjemmet har rommene fått navn som underbygger den hjemlige ideologien: «Avdeling» er blitt til «gruppe», mens «vaskeri» er blitt til «vaskerom». Det nye sykehjemmet preges i større grad av en utforming som vektlegger bofellesskap og bolig i motsetning til det klassiske sykehuset.

Det er ikke vaktrom i fellesrommet slik man tidligere hadde i sykehjem, men kjøkkenet fungerer som «base» for rapport og pause. Kjøkkenet er blitt mer «offentlig» enn «kollektiv» som planlagt. Personalrom har blitt lokalisert til korridoren mellom de ulike gruppene, men disse rommene blir ikke brukt siden mesteparten av tiden går med til å være i gruppene. Det finnes heller ikke noe eget rom for oppbevaring av medisin på gruppene. Medisinen blir oppbevart i en egen tralle som står låst i spisestuen. I denne trallen låser man også inn journaler. Papirer og medisin oppbevares som en naturlig del av kjøkkenet, noe som understreker den offentlige rollen som kjøkkenet har fått. Et problem med denne måten å oppbevare medisinen på, er at den står gunstig til i forhold til uvedkommende som eventuelt skulle vurdere å bryte seg inn.

### *Kjøkken og mat*

En tanke med det nye og restaurerte sykehjemmene er at man skal legge til rette for at mange aktiviteter i dagliglivet skjer på kjøkkenet. Å ha adgang til kjøkkenet et viktig indikator på et virkemiddel for å skape hjemlighet og for å gi mulighet til meningsfull aktivitet (Slagsvold 1986).

På det nye sykehjemmet var det lagt opp til at beboerne selv hadde tilgang til eget kjøkken i hver gruppe. Denne tilgangen var for de fleste å benytte kjøkkenet som et oppholdssted i nærheten av pleierne, samtidig som beboerne og personalet kan være sammen om å stille i stand til måltidene. På noen av gruppene var kjøkkenet også en arena for å kunne hjelpe til i matlagingen, men dette er igjen avhengig av beboernes mulighet og ønske for å kunne hjelpe til.

Pleierne gir uttrykk for at det er kjekkere nå siden man varmer opp maten på kjøkkenet. Beboerne kan i større grad oppleve at maten lages på et kjøkken, noe som



understrekes av at det lukter nylaget mat (mer hjemmekoselig). Dette er viktig siden middagen er et av de store høydepunktene i tilværelsen på sykehjemmet. Det at beboerne i større grad kan oppleve at maten er «på vei» understreker dette.

Maten kommer i poser og er merket med hvilken dag maten er beregnet for. Posene blir varmet opp på kjøkkenet i hver gruppe. Enkelte pleiere mener at det ikke er sikkert at de selv ville likt å få denne typen mat. Dette ble begrunnet ut fra måten maten ble laget på. Ingen av beboerne klaget på maten, men det var heller ikke så mange som gav uttrykk for at de satte pris på den, om ikke pleierne spurte direkte.

Et dilemma var orden i kjøleskapet. Siden det ikke finnes felleskjøkken og et eget personale som ordnet med maten, er det de forskjellige pleiernes oppgave å passe dette. Kjøkkenet hadde også preg av lapper og oppslag som henvendte seg til pleierne, og ikke beboerne. Det virket aldri som om beboerne tok seg fritt til rette i kjøkkenet (som om det var deres eget hjem). Dette kan igjen henge sammen med at pleierne brukte kjøkkenet som «base» for offentlige oppgaver som rapport og lunsjrom, men det kan også skyldes at beboerne ikke var i stand til å benytte seg av kjøkkenet (i forhold til skrøpeligheit), eller at et kjøkken felles med andre ikke kan oppleves som et eget kjøkken.

### *Aktivitetstilbud*

I det nye sykehjemmet er aktivitetstilbudet, i likhet med matlaging, blitt en del av arbeidsoppgavene til pleierne på hver gruppe. Fraværet av en egen aktivitetsavdeling setter større utfordring til pleiernes evner til å aktivisere beboerne.

Mye av aktiviseringen synes å være relatert til å fortsette med gjøremål som beboerne tidligere har holdt på med. Dette er hovedsakelig arbeid som er knyttet til det huslige; vanne blomster, eller brette sammen klær. Slikt arbeid vil både være avhengig av kjønn og funksjonsnivå. Hovedsakelig er det de friskeste beboerne som deltar i slike gjøremål, og videre er det hovedsakelig den kvinnelige delen av disse som deltar. De aller fleste eldre på sykehjemmet er kvinner (80 prosent) og mange har for skrøpelig helse til å være med på slike aktiviteter. For mange av mennene synes dagene å bli lange i mangel på noe å gjøre.

Samtidig er det klart at mange beboere blir mer pleietrengende over tid, noe som bidrar til at det sosiale miljøet endrer karakter:

«De [beboerne] blir jo dårligere med årene. Før sang de og vevde.»

De mest oppegående har muligheter for å stille rommet sitt, eller delta i matlaging og lignende i gruppen, men dette varierer igjen med dagsform. I gruppen jeg observerte var mye av aktivitetstilbudet konsentrert til små kjøreturer i bygget og litt ballspill under kaffen.

Foruten dette tilbudet finnes det mulighet for å bli med på en fellestur til et senter i nærheten. Dette gjelder hovedsakelig de friskeste og er aktuelt en gang i uken. På våren/sommeren er det også aktuelt med lengre utfarter. I tillegg er det arrangementer i høytidene med blant annet besøk av kor som opptrer.

### *Sosialt samspill*

Et inntrykk av det sosiale samspillet i det nye sykehjemmet er at mange pårørende kommer ofte. Disse pårørende veksler mellom å være på det private rommet og i fellesstuen. Dette bidrar til å skape en god sosial stemning i gruppen under besøkene. Mye av kommunikasjonen foregår mellom de pårørende og pleierne. I tillegg er mange pårørende med på møter med pleierne. Informasjonen på disse møtene er relatert til gjøremål i gruppen, og berører ikke sensitiv informasjon vedrørende beboerne. Disse møtene knytter de pårørende til hva som skjer i gruppen, og gir mulighet for å planlegge og sikre sosiale aktiviteter som juletreff eller lignende (avhengig av årstid).

I tillegg knytter det nye sykehjemmet mange pårørende tettere sammen med gruppen som helhet. Dette viser seg spesielt når enkelte pårørende tar på seg hjelpeoppgaver i fellesarealet (triller rullestoler, mater, baker kaker, dekker på bord og lignende). Dermed frigjør de pårørende pleierne for noen oppgaver. Samtidig gir fellesarealet en mulighet for sosial kontakt mellom pleiere og pårørende som fungerer som «underholdning» for beboerne som ikke kan delta aktivt selv. Det legges dermed i større grad opp til at de pårørende påtar seg ansvar for det sosiale miljøet.

Samtidig er forholdet mellom beboerne og pleiere på det nye sykehjemmet preget av en komfortabel tone (noe som i en viss grad styrker «storfamilie»-preget), og det var tydelig at partene hadde godt kjennskap til hverandre. De mest oppegående beboerne gav også uttrykk for at de hovedsakelig pratet med pleierne. På spørsmål om hvorfor det var slik, svarte mange at de andre var så dårlige at det ikke var lett å få noe svar ut av dem. Dette er noe som går igjen i andre undersøkelser, hvor mange eldre gir uttrykk for bekymring for at det er få beboere de kan snakke med på sykehjem (se Næss og Wærness 1995). Denne bekymringen er hovedsakelig knyttet til at de ikke vet om de kommer til å treffe andre eldre som er mentalt klare. Frykten for ikke lenger å ha noen å snakke med er ansett som et problem for mange eldre før de kommer på sykehjem.

### Det gamle sykehjemmet

Det gamle sykehjemmet preges mer av sykehus-modellen (Slagsvold 1996). Det er delt inn i flere avdelinger. Her heter det «avdeling» og «poster» – en referanse til sykehusposter. Språklig sett skiller dette seg fra det nye sykehjemmet, der avdelingene som allerede nevnt, ble omtalt som grupper.

Den avdelingen jeg var i, hadde over 30 boenheter, altså tre ganger flere beboere enn den gruppen vi var i på det nye sykehjemmet. De fleste har enerom, men det finnes enda noen dobbeltrom (3 stykker). Fellesstuen ligger som et knutepunkt mellom 3 korridorer. I dette knutepunktet er også vaktrommet. Ved å lokalisere stuen i møtetpunktet mellom korridorene med vaktrommet, vil pleierne være i stand til å holde en viss kontroll over beboernes behov. Både på det gamle- og det nye sykehjemmet er det i utformingen lagt vekt på best mulig effektiv utnyttelse av antall pleiere i forhold

til antall beboere. Dette gir seg uttrykk i en satsing på at det skal bli kortest mulig gangavstand mellom vaktrommet og de ulike rommene.

Turnusen er, i likhet med praksis på det nye sykehjemmet, regulert slik at det er flest på dagvakt og minst i helgene. Dagvakt begynner klokken 0700 og varer til klokken 1400. Foruten mange hjelpepleiere var det også en del sykepleiere som jobbet på avdelingen. Oppgavene til pleierne var hovedsakelig orientert mot pleie og stell. Resten av oppgavene var forbeholdt aktivitører, kjøkkenpersonell og vaktmestere.

I likhet med det nye sykehjemmet hadde man tilgang til et uteareal utenfor stuen. Dette utearealet var mindre og det var lite tilgjengelig for rullestolbrukere. Dette erfarte vi flere ganger under vårt opphold.

### *Beboernes rom*

På det gamle sykehjemmet må man banke på dørene før man går inn. I motsetning til dørene på det nye sykehjemmet er det mer personlige dørskilt som indikerer hvem som bor på rommet. Disse skiltene er et forsøk på personliggjøring i forhold til de lange korridorene. Det bor som nevnt 2 beboere sammen på 3 av rommene. Disse rommene er større enn enerommene. Man vurderer hvem som ligger sammen på disse rommene. Helst skulle beboerne selv få velge om de ville ligge på rom med andre, og regelen var at man skulle få enerom når det ble åpning for det.

En beboer som bodde på rom med en annen, sa at det var fint å være på rom med noen som kom fra samme sted. Man fikk da mer å snakke om. Eneste problemet var når det kom besøk, for da ble det lite privatliv siden eneste skillet mellom sengene er et skjerm Brett. Beboerens beskrivelse peker på at mange foretrekker å ha besøk av pårørende på rommene, selv når man deler rom. En årsak til dette er graden av støy som preger fellesarealene. Denne støyen kommer klart til uttrykk gjennom blinkende panel og alarmer, som indikerer romnummer hvor noen trenger hjelp. Organiseringen av tilkallingssystemet står i kontrast til beeperen på lommen på det nye sykehjemmet. Blinking på panelet og alarmstøyen bidrar til et synlig køsystem i forhold til hjelpebehov. Fellesarealene symboliserer i denne sammenheng mer offentlighet enn privatheit<sup>14</sup>.

Det er samtidig klare grenser mellom de ulike sfærene. Dette kommer klart til uttrykk i forbindelse med stellefrakkene. Før hadde man ikke alltid vært like flink med å passe på å begrense stellefrakken til beboernes rom. Man hadde nå blitt strengere med å avgrense hvert rom som en egen enhet for å begrense faren for smitte mellom rommene.

### *Personalrom*

På dette sykehjemmet er det flere rom som utelukkende er beregnet på dem som jobber her. Det er et eget medisinsrom. Journaler og papirer oppbevares på vaktrommet.

---

<sup>14</sup> Et annet poeng er at alle rullestolene i stuen bidro til å sperre passasjen mellom korridorene. Dette hadde man løst bedre i det nye sykehjemmet, selv om man også her hadde plassproblemer i forhold til antall rullestolbrukere i fellesarealet.

Vaktrommet fungerer også som base for rapporter og pauser. Dette rommet er utstyrt med spesialvinduer slik at man kan høre det som foregår utenfor, samtidig som ingen lyd slipper ut. I tillegg understrekes rommets offentlighet gjennom kodelåsen som hindrer uvedkommende å komme inn. Ordningen med vaktrom skiller seg ut fra det nye sykehjemmet, der et slikt rom ikke finnes innenfor fellesarealet..

Den klare strukturen som gjenspeiler grunntanker i eldreomsorgen for 20 år siden, deler inn rommene i offentlige og private rom. Det kollektive rommet er begrenset til en liten stue som få beboere faktisk benyttet seg av. På spørsmål om hvorfor man ikke benyttet stuen, sa mange beboere at de var usikker på om rommet var for alle. En beboer hadde vært på avdelingen i over ett år, men var enda usikker på om beboerne fikk lov til å være i denne stuen. En årsak til denne usikkerheten kan være at stuen i hovedsak blir benyttet av pleierne, spesielt i forbindelse med rapport (mellom vaktene) og pauser. Et hovedinntrykk av store deler av strukturen er at man i større grad har vektlagt pleie, eller enn å gjøre det hjemlige.

### *Kjøkken og mat*

Til forskjell fra det nye sykehjemmet, har det gamle sykehjemmet et eget felleskjøkken som er plassert utenfor avdelingene. I selve avdelingen har man et lite tekjøkken som er en del av stuen og i kryssingspunktet mellom korridorene. Beboerne var på mange måter på «kjøkkenet» når de oppholdt seg i stuen, men det var ingen beboere som benyttet seg av kjøkkenet som aktivitetstilbud i den perioden vi var der. Funksjonen til dette tekjøkkenet var å lage til saft og stelle i stand mat som blir sendt opp fra felleskjøkkenet. Dette frigjør en del arbeid fra kjøkkentjeneste. På begge sykehjemmene bidro imidlertid nødvendigheten av å hjelpe beboere på rommene med å spise til at det var få pleiere på kollektive rom under måltidene.

Det var få direkte kommentarer om maten. Enkelte beboere gav likevel uttrykk for at det til tider kunne være litt lite variasjon. Til forskjell fra det nye sykehjemmet, kommer maten i traller direkte fra kjøkkenet og den er ikke pakket inn i plast. På det nye sykehjemmet vektlegger man det å kjenne matlukten, mens man på det gamle har trallen som et symbol på mattid. Rutiner for håndtering av matrester har på det gamle sykehjemmet et sykehuspreg. Alt flytende skal tømmes i en egen bølge. Saftmuggen skal heller ikke stå på spisebordet i stuen. Fordi den er felles må den oppbevares på tekjøkkenet. Et annet argument for dette er at alt som står på bordene skal kastes etter bruk. Ferdigblandet saft skulle settes i kjøleskapet. Dette understreker hvordan tekjøkkenet på mange måter er et offentlig område i motsetning til fellesarealet som er kollektivt.

### *Aktivitetstilbud*

Det gamle sykehjemmet har en egen aktivitetsavdeling hvor det jobber spesielle aktivitetører som har ansvar for å dekke tilbud om aktiviteter til alle beboerne på hele sykehjemmet. I likhet med det nye sykehjemmet er det også enkelte av beboerne på det gamle som gir uttrykk for at dagene virker lange og at de fleste sover mesteparten av

tiden. Mye av aktivitetstilbudet er knyttet til aktivitetsavdelingen, men aktivitørene går også rundt på avdelingene. Aktivitetsavdelingen har ikke bare tilbud på selve avdelingen. Det er også tilbud om avislesing og kakebaking sammen med beboerne rundt på avdelingene. I helgene er det ingen aktivitetstilbud.

I hovedsak er dette sykehjemmet mer aktivt på grunn av sin størrelse og muligheten for å kunne ha spesialiserte oppgavefunksjoner. Denne klare inndelingen av ansvarsoppgaver gjør det enklere å få oversikt, samtidig som man kan gi et godt tilbud.

### *Sosialt samspill*

I det gamle sykehjemmet synes det å ha vært noen problemer med informasjonsflyten mellom pleierne og pårørende. Dette hadde man forsøkt å endre på gjennom nye rutiner med hyppigere og mer informasjon. Det er få pårørende som kommer på besøk, og de som får besøk blir karakterisert som heldig. Mange pårørende velger å oppholde seg på rommet til beboeren, eller å gå ut på tur, fremfor å oppholde seg i fellesstuen. Som beskrevet ovenfor kan dette knyttes til støyet på fellesstuen (alarmer og blinkende panel). En annen medvirkende faktor er at sykehjemmet er stort og har egen kantine og egen aktivitetsavdeling. Dette blir ansett som positivt av enkelte pårørende:

«De har en sånn flink aktivitetsavdeling her, og så har de en egen kantine på bygget. Det er mer sosialt her, selv om det er større.»

Både aktivitetsavdelingen og kantinen skaper mulighet for sosial omgang utenfor selve avdelingen. I motsetning til det nye sykehjemmet er ikke det sosiale innbakt i avdelingen, men fordelt over flere rom i bygget. En konsekvens er at mange beboere som ikke får besøk, får mindre glede av fellesarealet (på avdelingen) som sosial arena sammenliknet med situasjonen på det nye sykehjemmet.

## Spiller det noen rolle?

Sykehjemmene er fremdeles symbolet på trygghet i forhold til effektiv drift og god pleie og omsorg. Videre er sykehjemmene stort sett bygd etter sykehusmodeller. Til tross for intensjonene om å boligjøre institusjonene, har de fleste fremdeles et gjenkjennelig *institusjonspreg*.

En kan imidlertid ikke bygge seg til god omsorg. Et godt omsorgsboligstilbud forutsetter et godt tjenestetilbud. En undersøkelse viser at sykehjem som er inndelt i små intime enheter i større grad lønner seg økonomisk og pleiemessig. Både beboere og pleiere gir uttrykk for større trivsel i slike enheter enn i store pleieinstitusjoner. En årsak til dette er nærheten mellom dem som jobber og dem som bor der. Også pårørende gir uttrykk for at de opplever omgivelsene mer positivt i mindre pleieinstitusjoner (Høyland 1999).

En viktig faktor for trivselen er tilgangen til personalet. I store institusjoner er dette ofte et problem. For mange eldre som trenger mye hjelp, er nærheten til personale svært viktig for å føle trygghet. Forskningsprosjekter fra Finland viser at beboere i små enheter virker mer mentalt tilstedeværende og psykisk oppegående enn eldre i større institusjon. Også i Sverige har man hatt positive erfaringer med mindre enheter. Her fant man også at mindre enheter var ønskelig fra pleiernes side. Små desentraliserte enheter ser derfor også ut til å kunne forene beboeres og personalets behov (Høyland 1999).

## Sosial struktur

Fellesareal, som stuen, representerer en arena for samhandling og sosialt samvær mellom pleiere og beboere. Sammenligner man de to hovedstuene i det nye og det gamle sykehjemmet, gir de uttrykk for ulike materiell og sosial hensikt. De fysiske utformingene speiler hva som har stått mest sentralt: det medisinske versus det sosiale. Dette ser man tydeligst uttrykt i vaktrommets plassering og utforming på det gamle sykehjemmet.

I det gamle sykehjemmet har man en tradisjonell institusjonsstruktur med vaktrom og stue som binder sammen ulike korridorer i avdelingen. De utgjør en slags kjerne/base i avdelingen og gir mulighet for å få oversikt. Samtidig avgrenser man arealet mellom beboere og pleiere, i kontrast til det nye sykehjemmet hvor vaktrommet og andre rom som offentlige rom er tonet ned. I det nye sykehjemmet ser man at dette reduserer personalets muligheter for å trekke seg tilbake i forbindelse med pauser. De må dermed forholde seg mer aktivt til beboerne, fordi grensen mellom det offentlige og det kollektive blir mer uklart.

Muligheter til sosialt samvær blir ofte nedprioritert i forhold til pleieoppgavene. Disse oppgavene er også med på å forstyrre grensene mellom det private og det offentlige. Dette kan man se i begge sykehjemmene når travelheten øker. Det er spesielt dørene mellom rommene som understreker dette, noe som går igjen i andre studier

(Gullestad 1989; Sandvin et al. 1998). Døren representerer en overgang mellom ulike sosiale væremåter. Pleierne skal banke på eller ringe på når de skal inn på rommet til en beboer. I mange tilfeller ble det å banke eller ringe på, en form for rutinisert respekt. Med dette menes det at man ofte glemte å vente før man gikk inn:

«Tar meg selv i å stoppe opp før jeg går inn. Det spiller egentlig ikke noen rolle. De fleste [beboerne] hører jo ingenting likevel, men det er jo snakk om å vise dem respekt.»

Det kan være riktig at det ikke spiller noen rolle for mange, men det betyr imidlertid ikke at man ikke finner noen som det faktisk spiller en rolle for. Begrunner man tiltak på bakgrunn av flertallet, innebærer det en slags «objektivering» og «generalisering» som lett kan føre til rutiner som ikke forankres i beboeres behov og ønsker. Dette kommer klarest til uttrykk i perioder med mye å gjøre. Ofte glemte man å banke på døren før man gikk inn, og ofte ble dørene stående åpne. På dette punkt er det ingen ulikheter mellom sykehjemmene.

På den ene siden viser dette at den enkeltes selvbestemmelse er sårbar i forhold til gruppens behov, uavhengig av idealer om selvbestemmelse og av bygningsmessige utforminger. På den andre siden viser dette at enkelte trekk ved sykehjemmene er vanskelige å komme forbi. Hektiske perioder rundt måltider og legging opphever det private til fordel for det offentlige og kollektive.

### *Selvbestemmelse*

I handlingsplanen for eldreomsorgen skisserer man ønsket om å «*gi større rom for brukermedvirkning og personlige valgmuligheter i den daglige omsorgen*» (St. meld nr. 50 – 1996-97). Dette er en stor utfordring med tanke på ulike ønsker og behov hos beboerne. Et dilemma i observasjonene våre var å skille mellom beboernes *innflytelse*, og *utvist respekt* overfor beboerne. Respekt er analytisk sett det å bli tatt hensyn til, mens innflytelse er å kunne utføre en handling etter eget ønske uavhengig av hva andre måtte ønske. I sykehjem er disse to begrepene sammenfallende siden respekt er en forutsetning for at beboeren skal kunne utøve innflytelse på sine omgivelser. Relevant selvbestemmelse kan defineres som det å bli respektert. Dette er viktig siden det å bli sykehjemsbeboer er en situasjon som gjør en sårbar og som påvirker selvbildet. I hvilken grad selvbildet påvirkes avhenger således av i hvilken grad man blir møtt med respekt og hvor mye innflytelse man har på sine omgivelser.

Mye kommunikasjon mellom pleiere og beboere har preg av å være enveis, fordi mange sykehjemsbeboere er for skrøpelige til å delta aktivt i samtaler. Et resultat er at man lett kommer i situasjoner hvor det kommunikative kan oppleves som krenkende for utenforstående. Man kan også anta at mindre enheter vil være sårbare i forhold til at de er mer personavhengige. I dette legger vi at det vil kanskje være vanskelig for beboere å variere mellom pleiere, eller å komme seg vekk fra avdelingen i tilfeller hvor kjemien stemmer dårlig mellom pleier og beboer. Mangel på pleiere bidrar til at enkelte må løpe mer i enkelte perioder. En sier det slik:

«Skulle ønske at jeg bare kunne stoppe opp for å prate.»

Mange beboere må «klargjøres» til de forskjellige måltidene. Dette medfører lett hurtig gjennomgang for å få alle ferdig, noe som underbygger at beboere ofte blir redusert til objekter:

«Når vi har fått de opp, så føler mange [ansatte] at de er ferdig.»

«Det er en lang prosess før de [beboerne] kommer i rullestolen.»

Beboere kan risikere å bli redusert til gjenstander som må bli «ferdig». En slik avpersonifisering forekommer i skjæringspunktet mellom tid og stress i arbeidssituasjoner og bidrar til utbrenthet hos arbeidstaker. Utbrenthet i omsorgsyrkene kommer ofte til syne i avpersonifisering av mottakerne, og samtidig kan dette være en konsekvens av det å måtte forholde seg til mottakerne som både konkrete personer og som abstrakte objekter:

«Om den abstrakte sosialiteten tar overhånd, kan resultatet for personalets del lett bli utbrenthet, og for sterkt hjelpetrengende som blir varig avhengig av hjelp fra omsorgsbyråkratier, øker risikoen for at hjelpen kan oppleves som en slags upersonlig form for grusomhet» (Wærness 1999:153).

Når enkelte snakker til beboerne som om de var barn kan dette relateres til at man må kle på, kle av, vaske, skifte bleier, osv. Man forholder seg til beboerne på et funksjonelt nivå som tilsier at de er «barn». Dette er også noe som preger det som Slagsvold (1986) omtaler som oppdragerrollen i sykehjemsmodellene, en rolle som blir mer aktuell ettersom beboerne blir mer pleietrengende og ikke er i stand til å gi tilbakemelding<sup>5</sup>. På begge sykehjemmene fant vi at pleierne benyttet betegnelsen «pasient» når de omtalte beboerne. «Bruker» ble mindre brukt. «Pasient» viser språklig og historisk sett til et sterkere avhengighetsnivå enn «bruker». En «pasient» blir assosiert med en som krever mer tilsyn og hjelp enn en «bruker». Pasientrollen blir også knyttet opp mot mer konkrete og synlige behov. Pasientens rettigheter er dermed først og fremst knyttet til retten til en faglig forsvarlig behandling, og «pasient» viser også i større grad til et mer instrumentelt forhold i det at denne rollen inngår i en mer hierarkisk organisasjon. Dette understrekes gjennom koblingen mellom «pasient» og «sykehus».

Vi observerte noen få enkelt tilfeller hvor noen beboere ble behandlet med det som kunne bli oppfattet som manglende respekt. Slike episoder registrerte jeg på begge sykehjemmene. Til tross for slike enkelttilfeller behandlet det store flertall ansatte beboerne med respekt, også i travle perioder. Dette er også noe beboerne på sykehjemmene gir uttrykk for i spørreskjemaene:

---

<sup>5</sup> Her får man også en skjevhet i det at de som skriker høyest får mest oppmerksomhet og hjelp. De svakeste risikerer dermed å få svekket innflytelse dersom ingen fremmer deres interesser overfor hjelpeapparatet. For en videre diskusjon om brukerproblematikken i forhold til forvaltningen, se Bomann-Larsen og Jensen (1985).



Tabell 1: Hvor fornøyd er du med: – Personalets/hjelpernes holdninger? (prosent)

Svært fornøyd	32
Ganske fornøyd	44
Verken eller	12
Ganske misfornøyd	7
Svært misfornøyd	5
(N)	(139)

De aller fleste er fornøyd (76 prosent). Dette er et vanlig funn i spørreskjemaundersøkelser, uavhengig av institusjonsstørrelsen (Høyland 1999). I spørreskjemaene bekrefter mange sykehjemsbeboere at de er generelt fornøyd, også i forhold til spørsmål om selvbestemmelse:

Tabell 2: Syns du at du selv får bestemme nok over den hjelpen du får her i sykehjemmet? (prosent)

Ja	80
Nei	20
(N)	(120)

De fleste beboerne gir altså uttrykk for at de i hovedsak får bestemme nok over den hjelpen de får. En årsak til den positive beskrivelsen kan forklares med at mange forsoner seg med det livet man har:

«For beboere i aldershjem vil den mest nærliggende måten å redusere dissonans på være å tilpasse sine opplevelser og vurderinger av omgivelsene i positiv retning» (Slagsvold 1995:202).

Vi finner også at mange av beboerne synes å la lojalitet og forståelse for pleiernes arbeidssituasjon gå foran egne ønsker:

«De har ikke tid, mye å gjøre, ikke så mye prat. Det er vel mange som trenger mer hjelp enn andre.»

Utsagn som dette viser at mye av den registrerte tilfredsheten blant sykehjemsbeboere kan forklares med reduserte forventninger til hjelpen og sympati for pleiernes arbeidssituasjon.

### *Aktivitetstilbud*

De fleste studier av sykehjem har konkludert med at aktiviteten blir sterkt redusert med økt varighet i institusjon. I sosialpolitikken har man satsset på å legge til rette for å kunne gi tilbud til eldre som fortsatt ønsker å holde et aktivitetsnivå.

Et problem er hva slags aktiviteter man kan tilby eldre mennesker på sykehjem. Et menneske som alltid har vært aktiv i idrett og gått turer, vil sannsynligvis ha en større predisposisjon for å ønske dette på sine eldre dager. Faren er at mange henfaller til ufrivillig passivitet og påfallende depresjon dersom man ikke aktiviseres. Dette mønsteret ser man også gjennom svarene beboerne gir i spørreskjemaene.

Spontaniteten faller vekk for mange og det er viktig at pleierne engasjerer seg mer i det sosiale. Det er også klart at mange som kommer på sykehjem er sterkt preget av å ikke klare å ta vare på seg selv. Skrøpelig helse begrenser dermed deltakelse og aktivitetsform for mange sykehjemsbeboere.

Samtidig er det ikke sikkert at dette innebærer et sterkt ønske om aktivitet i alderdommen. Etter å ha studert miljøintegrasjon konkluderer Dahle (1990) med at tiltak der eldre har en rolle som passiv mottaker synes å være mest vellykket. Et studie som sammenlignet aktiviteten mellom hjemmeboende med beboere i institusjon fant at begge gruppene var like passive (Baldwin et al. 1993). Antakelsen om at aktivitet er sterkt ønskelig hos eldre mennesker som gruppe må i større grad knyttes til det individuelle plan. Variasjoner i undersøkelsene viser at ønsket om aktivitet, og form for aktivitet, henger sammen med livserfaring og kontinuitet.

Aktivitetstilbudet i de to sykehjemmene skiller seg. For dem som er friskest og mest selvhjulpne synes tilbudet i det nye sykehjemmet bra, men for dem som er passiv er det lite som kan regnes som aktivitet foruten litt avislesning og ballspill. Det skjer veldig lite, og mange av beboerne sover mellom måltidene, noe som henger sammen med at mange er sterkt pleietrengende. Den fysiske aktiviteten er for mange av beboerne blitt redusert til de gjøremål som de fremdeles er i stand til å gjøre selv. En beboer som hadde hatt et lang yrkesaktiv liv, uttrykte frustrasjon over tilværelsen på det nye sykehjemmet:

«Det er ingenting annet å gjøre på enn å tenke.»

Det er i de tilfeller hvor pleierne ikke strekker til i forhold til det sosiale at man ser hvor sårbare de mindre enhetene i praksis kan være. Det gamle sykehjemmet er større og har en klarere arbeidsdeling. Aktivitørfunksjonen er en viktig del av det sosiale miljøet på slike store sykehjem siden man sikrer den sosiale delen på en annen måte enn man kan i de små enhetene.

### Tid til rådighet

Selv om man ønsker å ta beboerne på alvor, kan travelheten i hverdagen ofte bli en belastning på det sosiale. Beboerne kan få inntrykk av at de er i veien, selv om dette ikke er intensjonen fra pleiernes side:

«Minst vekt på tiden overfor den gamle. *Personen* blir glempt på grunn av alt arbeidet som *skal* gjøres.»

Svar som blir gitt gjennom spørreskjemaene viser at halvparten gir uttrykk for at de må vente på hjelp, og en tredjedel rapporterer at dette forekommer daglig:

Tabell 3: Hender det at du må vente lenge når du trenger hjelp fra pleierne? (prosent)

Ja	51
Nei	49
(N)	(152)

Tabell 4: Hvor ofte omtrent hender det at du må vente på hjelp? (prosent)

Daglig/nesten daglig	42
Minst en gang i uken	24
Flere ganger i mnd.	5
Minst en gang i mnd.	4
Sjeldnere	17
Aldri	8
(N)	(92)

Tabellene viser at halvparten av sykehjemsbeboerne oppgir at de må vente lenge på hjelp, og 42 prosent opplever dette daglig. Til tross for dette ser vi at de fleste er fornøyd med holdningene til pleierne (tabell 2) og muligheten til å bestemme selv (tabell 3). Videre kan det virke som om ventetiden bidrar til å videreføre den tradisjonelle sykehjemspraksisen hvor beboernes selvbestemmelse i enkelte tilfeller kommer i konflikt med pleieoppgavene. Dette gjelder spesielt i forhold til tidsaspektet og prioritering mellom ulike beboeres behov.

Denne situasjonen kommer klarest til uttrykk når både pleiere og beboere etterlyser mer tid sammen. Ser man på svar som blir gitt i forhold til tid gjennom spørreskjemaene, er det spesielt behovet for at pleierne skal ha mer tid til å snakke som skiller seg ut:

Tabell 5: Er det noe du skulle ønske at de som hjelper hadde mer tid til? (prosent)

– tid til å snakke med deg?

Ja	56
Nei	44
(N)	(131)

Tabell 6: Er det noe du skulle ønske at de som hjelper hadde mer tid til? (prosent)

– tid til å hjelpe deg?:

Ja	41
Nei	59
(N)	(139)

Det tidsmønsteret som eksisterer i institusjonsomsorgen er preget av planlagte hendelser som følger en viss rytme. I likhet med overgangene mellom privatsfære og offentligsfære, er det også ulik tidsrytme for pleiere og beboere. Denne rytmen vil også bli sammenfallende når rutinene tilsier det. Om morgenen når alle skal opp til frokost er dette mest merkbart. Dette rutinepreget kommer klarest til uttrykk i det gamle sykehjemmet:

«Skulle jeg forandret noe måtte det vært flere på dag- og kveldsvakt. Det går bra når vi er flere, men ting må planlegges. Det blir ofte mye rutine. Vi prøvde en gang å alltid være en i stuen for å passe på så ingen falt, men da ble det mer arbeid for dem som gikk rundt. Det fungerte rett og slett ikke. Nå er det ganske stusselig på stuen. Det er ingen som prater.»

Dette synes også å gå igjen i forhold til aktivitetsfunksjonen på det gamle sykehjemmet:

«Det er for lite aktiviteter her oppe [på avdelingen]. Mange gir uttrykk for at de ikke liker å bli trillet ned på aktivitetsavdelingen. Om jeg skulle velge, ville det vært flere aktiviteter her oppe på avdelingen.»

Samtidig som man noenlunde vet hvor lang tid man trenger for å få alle i stand til et gitt tidspunkt, er det uforutsette ting som kan oppstå med den enkelte beboer. Ofte er en eller flere pleiere syke, noe som innebærer mer arbeid og dårligere tid for de som er på vakt. Selvbestemmelsen til den enkelte beboer står dermed i fare når travelheten øker, og partene får mindre anledning til å oppleve hverandre som konkrete personer.

Man kan stille spørsmål ved hvorfor man ikke har rutiner for å snakke mer med hverandre. Alle parter ønsker nettopp å snakke mer, å ha tid til å være mer sammen utenom pleien. Et dilemma i forhold til dette ønsket om nærhet er behovet for formalisert omgang. Ønsket om å skape en atmosfære som minner om hjemmet kan oppleves som urealistisk. Man kan oppnå en slik atmosfære, noe vi opplevde på det nye sykehjemmet. Samtidig er det klart at tid til sosial omgang er mindre prioritert enn pleieoppgaver. Den tiden pleierne har til rådighet hos beboerne, forteller noe om mål og gjennomføring av arbeidsoppgavene. Pleiere som har mange beboere pr. dag, har andre oppgaver enn pleiere som har få beboere pr. dag. Dette henger sammen med muligheten for avgrensning av pleieoppgaver og betydningen av de mer medisinske oppgavene. Videre er pleien enklere å dele inn tidsmessig. Sosial omgang er ikke mulig å dele inn tidsmessig på samme måte. Det å lage rutiner for sosialt samvær er samtidig med på å skape en form for strukturert samvær som skiller seg fra spontan hverdagslig sosial kontakt.

Et dilemma er at mange typer arbeidsoppgaver ikke har en naturlig slutt. Dette er nært knyttet til hvor tydelig arbeidsinstruksene er. I tillegg er det vanskelig å avgrense i forhold til brukere med mer «umettelige» behov for pleie og omsorg. I en undersøkelse av arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene finner Moland (1997) at de som jobber med eldre hjelpetrequende har dårligst tid. Tidspress er den hyppigste årsaken til at man forlater eldre hjelpetrequende. 57 prosent av de ansatte mente at det å forlate brukeren før jobben er gjort fører til redusert sosial omsorg. Det er flest sykepleiere som oppgir at avbruddene fører til redusert sosial omsorg. For en sykepleier som skal dele ut medisiner til 30 beboere er det et dilemma å stoppe opp ved en eller flere beboere fordi da får de siste ikke får medisin når de burde. Sosial omsorg rapporteres som det største tap når man må avslutte hjelpen for tidlig. Samtidig er dette en tjeneste som er vanskelig å måle i forhold til mer konkrete pleieoppgaver.

Å ikke ha tid kan også være et uttrykk for kritikk mot organiseringen av sykehjemmet. På det nye sykehjemmet var det pleiere som direkte kommenterte at det var dårlig med tid. Problemene ble knyttet opp mot bemanning. Ser man på utformingen og størrelsen av disse to sykehjemmene, finner man at hverdagen på det gamle sykehjemmet hadde en mer synlig travelhet på grunn av den bygningsmessige utformingen. Travelheten var mindre synlig på det nye sykehjemmet. Tid i seg selv blir en måte å beskrive dilemmaer i hverdagen for både pleiere og beboere.

I mange tilfeller stilte vi spørsmål ved hva som bidro til at man ikke hadde mer tid til hverandre. Kvalitetsmessig setter det sosiale samværet ofte større krav til pleier siden mange beboere er lite verbale. Når beboere ønsker mer tid til å snakke, innebærer dette ofte mer tid til nærhet enn direkte samtale. Satt på spissen kan det virke som om behovet for å ha tid til er nært knyttet til fysisk samvær. Dette ble bekreftet hos mange demente som ble rolig når de fikk fysisk berøring. En hånd å holde syntes å bety mer enn selve samtalen.

## Sårbarhet

De nye sykehjemsmodellene har bedre potensial for nærhet siden de har færre beboere. Størrelsen på avdelingen, og den bygningsmessige utformingen er med på å føre pleiere og beboere tettere sammen. Samtidig er det en fare for at denne tettheten gjør avdelingen mer sårbar. Erfaringene jeg gjorde med det store og gamle og det små og nye sykehjemmet i dette notatet, viste at det store sykehjemmet gir rom for å komme seg bort fra avdelingen. Satt på spissen gir det store sykehjemmet mer rom for variasjon for beboere som ikke trives på avdelingen, sammenliknet med det nye sykehjemmet. Sårbarheten er større på det nye sykehjemmet fordi dette er mer «lukket» enn det store.

Denne sårbarheten kommer også til uttrykk i mangelen på vaktrom i det nye sykehjemmet. Så lenge man kan ha rapport når beboerne hviler, vil denne ordningen fungere bra i forhold til sensitive opplysninger. Problemet er når man skal la slik informasjon komme til uttrykk med beboere i samme rom. I en slik situasjon må rapporten holdes på et mer offentlig rom eller så må kjøkkenet endre status fra kollektiv til offentlig rom mens rapporten holdes.

En svakhet med spørreskjemaundersøkelsen er at man ikke har opplysninger som gjør at man kan skille mellom store og små sykehjem. Et resultat av dette er at man ikke kan si noe direkte om størrelsens betydning for handlingsplanens intensjoner. Et enda viktigere skille er kanskje mellom store og små avdelinger. Størrelsen på avdelingene har kanskje mer å si enn selve størrelsen på sykehjemmet. Dette gjelder spesielt i forhold til former for sårbarhet ved de ulike modellene. I mindre avdelinger, eller grupper, vil det være større mulighet for å skape tettere sosiale bånd mellom pleiere og beboere. Modellen som legges til grunn for utformingen av avdelingene vil dermed kunne påvirke det sosiale miljøet som utspiller seg på sykehjemmet.

## Oppsummering

Begge sykehjemmene synes å fungere bra, selv om det er lett å se svakheter ved begge modellene. I det gamle sykehjemmet er størrelsen en belastning i forhold til det sosiale miljøet mellom beboere, pårørende og pleiere. I det nye sykehjemmet er det en form for lukkethet og tetthet som gjør modellen sårbar i forhold til endringer.

På begge sykehjem finner vi at både beboere og pleiere ønsker mer tid til hverandre. Denne tiden ofte faller bort som et resultat av prioritering av rutiner når det er for få pleiere til å dekke de behov for hjelp som er tilstede. Når både beboere og pleiere gir uttrykk for å ville ha mer tid til å være med hverandre, kan man stille spørsmål om man kanskje trenger rutiner for å legitimere det sosiale nærværet som aktivitet? Dette er spesielt aktuelt siden det sosiale tidvis er å betrakte som en restkategori som aktiviseres når man har overskudd på tid. Problemet er at det sosiale vil endre innhold dersom man skal rutinisere sosialt samvær. Det spontane vil forsvinne, men selve nærheten vil kunne dekke mange beboeres behov for tid og oppmerksomhet.

Tid fanges opp i spørreskjemaene, men her får man lite informasjon om hva «tid» skal forstås som uttrykk for. Gjennom observasjoner har jeg sett at mange beboere faktisk bare ønsker å ha fysisk nærhet. Det spiller ikke så stor rolle om denne nærheten er relatert til aktivitet eller samtale. Det man trenger er en større forståelse for at sykehjem ikke bare er et spørsmål om fysiske strukturer, men også om system av rutiner som omfatter det sosiale. Kanskje flere pleiere eller en annen organisering vil kunne gi rom for mer sosialt innhold?

Man kan anta at formen på sykehjemmet påvirker de sosiale vilkår og mulighetene for selvbestemmelse. I likhet med Høyland (1999) finner jeg at potensialet for bedre sosiale vilkår er bedre på nye (og små) sykehjem. Om dette skyldes bygningsstrukturen, eller størrelsen har ikke jeg grunnlag for å si noe om. Målet for driften ved mange sykehjem er å tilrettelegge tilbud ut fra behov og ønsker hos den enkelte beboer slik at denne overgangen skal bli mindre. De nye sykehjemsmodellene er bygget med tanke på mindre antall beboere og man satser på å redusere det tradisjonelle sykehuspreget. Mindre fysiske strukturer og mindre antall beboere gir større rom for samvær mellom pleiere og beboere. Man har i større grad satset på å la «alle» gjøre alt rundt beboerne i de nye sykehjemmene. Dette innebærer en fokusering på helhet i forhold til beboernes behov. Forskjellen mellom disse to sykehjemsmodellene i forhold til selvbestemmelse og avhengighet hos beboerne er vanskelig å måle. Begge steder hadde stort innslag av pleietrengende beboere. Miljøet preges av mye pleie og mye av fokuset rettes mot oppgaver som stell og medisinsk behandling. Dette vil påvirke hvordan de friskeste beboerne opplever mulighetene, eller fraværet av muligheter, for å kunne uttrykke egne ønsker.

Selv om mye av sykehuspreget er bygget inn i hverdagen på det nye sykehjemmet, finnes det fremdeles rutiner som styrer hverdagens aktiviteter. Mange av aktivitetene er fastlagt etter vaktskiftene; frokost og middag på dagskiftet, og kaffe

og kveldsmat på kveldsskiftet. Dette er ikke uvanlig, og slike rutiner i hverdagen har man også utenfor institusjonene. En forskjell er imidlertid hvor tydelig slike rutiner kommer til uttrykk når det er for få pleiere i forhold til de arbeidsoppgaver som skal utføres. Bemanningsmessig er det lagt opp til at det skal være flere på dagskiftet enn på kveldsskiftet. Til tross for dette synes det som om «atmosfæren» på det nye sykehjemmet er bedre. Om man følger inndelingen til Slagsvold (1986) finner man at det nye sykehjemmet i større grad enn det gamle kan klassifiseres som «storfamilie». Et spørsmål er hvorvidt denne atmosfæren vil vare etter noen år, eller om man vil falle tilbake til rutiner og gamle ordninger. Personalets ønsker om fastere inndeling etter funksjon kan være en pekepinn på nettopp dette: eget vaskepersonale og inndeling av ansvarsområder (kjøkken, vaskerom og lignende) er eksempler på slike ønsker. En utfordring for omsorgen er hvilken type kompetanse det er behov for dersom alle skal kunne gjøre alt? En annen utfordring er hvordan det skal prioriteres mellom de ulike oppgavene når ressursene ikke strekker til for å utføre alle.

Hovedfunksjonen til sykehjemmene er sentrert rundt det å etterkomme de fysiske pleiebehovene. Et dilemma er tendensen til at man i større grad prioriterer de fysiologiske behov fremfor de sosiale når presset øker og det blir flere pleietrengende. Ansvarsoppgaver som inkluderer gulvvask og matlaging, blir av mange pleiere oppfattet som noe som kommer på toppen av pleieoppgavene. I tillegg gir mange uttrykk for at de ikke får uttelling for kompetansen sin om man må gjøre husarbeid på toppen av pleie og stell. Et poeng her er at selv om nye sykehjem kan se bedre ut enn gamle i forhold til rutiner, behøver ikke dette å si noe om hvordan de fungerer i praksis.

I begge sykehjemmene ser man at økte pleiebehov hos enkelte går på bekostning av sosialt samvær for andre. Dette betyr ikke at man aldri har sosialt samvær på noen av sykehjemmene, men at det finnes dilemmaer som ikke lett lar seg fjerne. Som en beboer gav uttrykk for, så er det viktigste de som jobber i sykehjemmet og deres holdninger. Hjelpetrengende eldre mennesker kan lett bli en grå masse for travle pleiere. Faren for grusomhet blir dermed ekstra stor, og da spesielt i institusjonsomsorgen. Dagens satsning på enerom og selvbestemmelse gir strukturer som kan fremme enkelte holdninger og hemme andre hos pleierne. Hvilke holdninger som fremmes og hvilke som hemmes vil ikke bare være avhengig av fysisk organisering, men også et spørsmål om å finne fram til organisasjonsformer som skaper tillit mellom pleiere og beboere. I videre undersøkelser tror jeg det er svært viktig å sammenligne avdelinger og institusjoner med samme størrelse for å komme videre i forhold til hvilke rutiner som synes å fremme for eksempel beboernes muligheter for selvbestemmelse og aktivitet



## Litteraturliste

- Baldwin, Norma et al. (1993) *Residents' rights: a strategy in action in homes for older people*, Avebury: Aldershot.
- Bomann-Larsen og Thor Øivind Jensen (1985) «Brukerproblemer med forvaltningskultur», i Ivar Bleiklie et al. (red.): *Politikkens forvaltning*, Bergen: Universitetsforlaget.
- Briggs, Charles L. (1986) *Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social research*, Cambridge University Press.
- Christie, Nils (1989) *Bortenfor anstalt og ensomhet. Om landsbyer for usedvanlige mennesker*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Karen et al. (1998) *Prosess og metode. Sosiologisk forskning som ferdighet*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahle, Else Åstein (1990) – *ikke av brød alene: miljøintegrering i eldreomsorgen*, Stavanger: Rogalandsforskning.
- Giddens, Anthony (1993) *New Rules of Sociological Method. A Positive Critique of Interpretative Sociologies*, Cambridge: Polity Press.
- Goffman, Erving (1991 [1961]) *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, England: Penguin Books.
- Gullestad, Marianne (1989) *Kitchen-table society: a case study of the family life and friendships of young working-class mothers in urban Norway*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammersley, Martyn og Paul Atkinson (1993) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*, oversatt av Per Strømholm, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Høyland, Karin (1999) *Morgendagens sykehjem?: forprosjekt/artikkelsamling*, Trondheim: SINTEF, Bygg og miljøteknikk, Arkitektur og byggteknikk.
- Kayser-Jones, J.S. (1986) «Open-ward accommodations in a long-term care facility: The elderly's point of view», *Gerontologist*, nr. 26: 63-69.
- Kvale, Steinar (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*, oversatt av Tone M. Anderssen og Johan Rygge, Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Merton, Robert K. (1978) «Den selvoppfyllende spådom», i Dag Østerberg (red.): *Handling og samfunn*, Oslo: Pax.
- Moland, Leif E. (1997): *Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene*, Oslo: Fafo-rapport 221.

- Næss, Sturle og Kari Wærness (1995) *Fra pasient til bruker: utviklingen fra tradisjonell kommunal eldreomsorg til rehabiliteringsorienterte hjemmetjenester i Hurum kommune*, Bergen: SEFOS Notat: 115.
- Repstad, Pål (1987) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, Pål (1988) *Institusjonssosiologi*, Oslo: Tano.
- Sandvin, Johans et al. (1998) *Normaliseringsarbeid og ambivalens: bofellesskap som omsorgsarena*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Selle, Per (1991) «Desentralisering: Troll med minst to hovud,» i Anne-Hilde Nagel (red.): *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, Bergen: Alma Mater forlag.
- Slagsvold, Britt (1986) *Sykehjemmet: et sosialt system: fire artikler fra en undersøkelse om små og store sykehjem*, Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Slagsvold, Britt (1995) *Mål eller mening: om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*, Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- St.meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*, Oslo: Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1996-97): *Handlingsplan for eldreomsorgen: trygghet – respekt – kvalitet*, Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Wærness, Kari (1982) *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, Kari (1984) «Caring as Women's Work in the Welfare State», i Harriet Holter (ed.): *Patriarchy in a Welfare Society*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, Kari (1999) «Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten?», i Kirsten Thorsen og Kari Wærness (red.): *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.

## 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>

### NR

- 4-2002** *Christian Madsen: «Spiller det noen rolle? – om hverdagen på nye og gamle sykehjem».* Juni 2002.
- 3-2002** *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand og Per Solvang: «Roma – en midlertidig döv by! Deaflympics 2001».* Juni 2002.
- 2-2002** *Jan-Kåre Breivik, Hilde Haualand and Per Solvang: «Rome – a Temporary Deaf City! Deaflympics 2001».* June 2002.
- 1-2002** *Håkon Høst: «Lærlingeordning eller skolebasert utdanning i pleie- og omsorgsfagene?».* April 2002.