

Omsorgens kroppslige og arkitektoniske vilkår: et fokus på kontinuitet framfor endring i omsorgsarbeid i norske sykehjem

Michael 2010;7:198-217.

Omsorg i sykehjem finner sted i ulike arkitektoniske og fysiske omgivelser der disse omgivelsene, som også inkluderer sykehjemets nære omgivelser og nabolag, blir en viktig dimensjon i hvordan omsorg realiseres hver dag og gjennom hele døgnet. Selv om sykehjemets indre og ytre omgivelser og også stedliggjorte rutiner og personalkultur varierer en del fra institusjon til institusjon i Norge, er det også viktige likheter mellom de norske sykehjemsinstitusjonene. Omsorgsarbeid for syke har dessuten noe grunnleggende «gammeldags» ved seg som gjør dette arbeidet gjenkjennbart til tross for mange lokale variasjoner. Begge disse faktorene gjør at man med like stor rett kan fokusere på kontinuitet i omsorgsarbeid gjennom de siste par tiår som å fokusere på endring. Artikkelen tar hovedsakelig utgangspunkt i langvarige perioder med antropologiske feltarbeid ved en og samme institusjon over en periode på rundt 20 år.

Kontinuitet og endring

Kontinuitet i pleie- og omsorgsarbeid i et norsk sykehjem blir forgrunn i denne artikkelen, mens endring er bakgrunn. Dette innebærer med nødvendighet at også endringer vil bli drøftet til en viss grad, siden de er et bakteppe for å kunne si at noe er kontinuerlig. Hovedmaterialet vil være fra en konkret norsk sykehjemsinstitusjon som forfatteren har fulgt siden 1988 og fram til i dag. Årsaken til dette valget ligger ikke i at å fokusere på kontinuitet er viktigere enn å belyse endring, men i en erkjennelse av at

studier av kontinuitet i norsk helsevesen er få. Dette er dermed et område som er ganske lite utforsket.

En annen årsak til mitt valg er at jeg gjennom mitt eget forskningsarbeid i sykehjem har blitt spesielt oppmerksom på sider ved pleiernes arbeid og organisering som ikke endrer seg eller endrer seg ganske lite over tid (Jacobsen 1990, 2004, 2005, 2008a, 2008b). Pleie- og omsorgsarbeid er et arbeid som sosiologen Torunn Hamran beskriver som «gammeldags», tross organisatoriske endringer (Hamran 1996). Jeg vil i det følgende forsøke å belyse hva en slik erkjennelse kan innebære, og gi mulige forklaringer bak kontinuerlige trender i denne sektoren. Først og fremst stedenes fysiske og arkitektoniske utforming, men også omsorgsarbeidets egenart vil bli drøftet i denne sammenhengen. Pleie- og omsorgsarbeids egenart synes å påvirke hvordan muligheter som ligger i sykehjemsavdelingenes arkitektoniske utforming realiseres, et synspunkt som også Hamran (1996) forfekter for pleiearbeid i sykehjemsavdelinger.

Medisinsk historiske, helsefaglige og psykologiske og medisinsk antropologiske, medisinsk sosiologiske og andre samfunnsvitenskapelige arbeider som fokuserer på organisatoriske sider ved norsk helsevesen, har en tendens til å fokusere mye på endringer som har funnet sted eller endringer som finner sted i samtiden som de skriver i. Dette synes å gjelde enten de utforsker pleie- og omsorgssektoren eller andre virksomheter innen helsevesenet. Ord som «brytningstid», «prosess», «reform», «omstrukturering» osv forekommer hyppig i disse arbeidene (se for eksempel Christensen & Syltevik 1999; Lian 1996, 2003, 2007; Schiøtz 2003). Både å beskrive viktige endringer innen helsevirksomheter og å søke å forklare dem er viktige akademiske oppgaver. Men til sammenlikning er det relativt få akademiske arbeider som fokuserer på det uforanderlige, eller det tilsynelatende uforanderlige. I denne artikkelen vil det argumenteres for at et fokus på kontinuitet i studier av omsorgsarbeid også kan gi verdifull innsikt.

En forståelse av omsorg som basert på en «gjensidig utleverthet» i sosiale relasjoner (se for eksempel Martinsen 1993 og 2007) gir svar på en uutalt fordring fra «den andre». Dette er uavhengig av hvilken forskjell man kan oppnå å gjøre i «den andres» liv og uavhengig av hva man selv kan få igjen. Det er et omsorgsfaglig ideal som er en viktig bestanddel i pleiernes yrkesmessige etikk og utdannelse, og som ligger til grunn for det svært vide og upresise begrepet omsorgsarbeid.

Det vil ikke si at det på noen måte må underspilles at realiseringen av omsorgsarbeid og omsorgsfull pleie i en sykehjemsavdeling skjer innenfor en kontekst av formell ansettelse og lønnsforhold og i avhengighet av kollegiale relasjoner. Dette er et spill der pleieorganisasjonen for noen formål

kan sies å leve sitt eget liv og være seg selv nok. Tvert i mot, temaet her er hvorfor idealer og realiteter umulig kan være samme sak i et omsorgsarbeid hvor både arkitektoniske og andre muligheter og begrensinger virker inn, ved siden av fagkunnskap, idealer og yrkesetikk. Men like fullt er idealer viktige i pleie- og omsorgsarbeid, og like fullt er det viktig å reflektere over egen praksis i dette arbeidet.

En liten notis om metode

Metodisk utgangspunkt for hvordan omsorg og omsorgsarbeid finner sted, og under arkitektoniske og andre betingelser, er deltakende observasjonsstudier og intervjuer med personale ved en sykehjemsinstitusjon i en 20 års periode, med et 18 måneders feltarbeid i 1988 – 1989 og et nytt 4 måneders feltarbeid i 2004–2005. En total ombygging av sykehjemsavdelingene i 2003 falt i en av de mest intensive forskningsperiodene. Det er også foretatt kortere, sammenliknende feltarbeid og intervjuundersøkelser ved andre sykehjem.

I feltarbeidsperiodene har observasjoner av handlinger og samhandling i ulike rom i sykehjemsavdelingen vært en kilde til kunnskap. Hva pleiere sa og hva de gjorde, varierer mer eller mindre systematisk med hvilke fysiske omgivelser som de befant seg i. Dette gjaldt også hvordan de vurderte hverandres autoritet og hvem som fikk mest innflytelse i konkrete pleiemessige valg, men denne problematikken er beskrevet annetsteds (Jacobsen 2004, 2005) og vil ikke bli berørt her. Dessuten ble samtaler med pleierne mens de beveget seg fra rom til rom en viktig kilde til informasjon, som ble beriket gjennom at ulike steder i en sykehjemsavdeling vekket ulike minner og assosiasjoner hos pleierne (Jacobsen 2008a).

Forøvrig ble informasjon fra observasjoner trukket inn i intervjuene, noe som ble særlig viktig knyttet til feltarbeidet like etter ombyggingen. Hvilken betydning endringer i de fysiske omgivelsene i 2003 fikk i forhold til omsorgsarbeidet er vanskelig å etablere holdbare data på, siden også andre endringer har forløpt parallelt og til dels uavhengig av de arkitektoniske, ikke minst i forhold til rapporteringsrutiner og andre organisatoriske rutiner. Dermed ble intervjuer om betydningen av de arkitektoniske endringene med pleiere som var til stede både under første feltarbeidsperiode og under feltarbeidet etter ombyggingen, av avgjørende viktighet. I det minste fikk jeg deres subjektive vurderinger av disse endringene, under intervjuer som løpende knyttet fellesopplevelser med dem som jeg hadde under feltarbeidet både før og etter ombyggingen. Dermed ble det bygget en bro mellom subjektive vurderinger og hendelser som også hadde noen mer objektive dimensjoner. Min egen feltarbeidsrolle utviklet seg fra å være mest obser-

verende til å bli å bli en deltakende observatør, en prosess som også bidro til verdifull innsikt som jeg ikke vil komme nærmere inn på her.

Et blikk på organisasjonsarbeid og kontinuitet i sykehjem og andre organisasjoner

Som enhver organisasjon vil også et sykehjem, eller en avdeling eller enhet på et sykehjem både ha eksplisitte målsettinger som institusjonen arbeider mot, og målsettinger som man mer eller mindre bevisst arbeider mot uten at dette er nedfelt i skriftlige formelle målsettinger eller er knyttet til lover og regler. Mens den overordnede, doble og tilsynelatende motsetningsfylte målsettingen for sykehjem om både å være et hjem og en medisinsk institusjon (Hauge 2004; Jacobsen 2004, 2005) er klart uttrykt i offentlige utredninger og rapporter, finnes også andre målsettinger som ikke er like mye oppe i dagen og lett å dokumentere.

I en samtale med den amerikanske sosiologen Aaron Cicourel stilte jeg ham en gang spørsmålet om hva han ser på som organisasjonsarbeid i helseinstitusjoner. Til dette spørsmålet hadde han følgende motspørsmål: «Tror du at en Toyotafabrikk først og fremst produserer Toyotabiler? Kan det ikke være at biler er et biprodukt i produksjonen?» På mitt neste spørsmål om hvorfor han spør meg om dette, svarer han: «Hvor tror du at det meste av arbeidsinnsatsen i en Toyotafabrikk rettes mot? Kan det ikke like godt være organisasjonsarbeidet?» Cicourel går deretter inn på det viktige og underkjente men tidskrevende arbeidet det er for enhver organisasjon å reprodusere seg selv, og å skape kontinuitet, både personell- og kompetansemessig, og også kulturelt.

Dette krevende organisasjonsarbeidet har for eksempel sosiologen Per Måseide, en norsk elev av Cicourel, nitid dokumentert i sitt observasjonsbaserte forskningsarbeid blant leger ved et norsk sykehus (Måseide 1987). Et slikt «kontinuitetsarbeid» er både nødvendig og uunngåelig, og har samtidig både klart positive og klart negative konsekvenser, der Cicourel også fant rikelig med negative konsekvenser ved sin egen akademiske institusjon når det for eksempel gjelder ansettelsespolitikk, der man ofte mistet en mulighet for tilegnelse av sårt tiltrengt ny kompetanse, ut fra uttrykte behov for at nye ansatte skulle «passe inn» i organisasjonen. I slike tilfeller kommer hensynet til produktet i skyggen av hensynet til fellesskapet av de produserende, som om Toyotafabrikken skulle la hensynet til bilens utvikling og produksjon komme i skyggen av behovet for organisasjonsmessig kontinuitet, noe organisasjonsteoretikeren Cicourel vil hevde skjer også innen bilindustri og annen industri.

Nå har heldigvis organisatorisk arbeid i helsevesenet og andre virksomheter både positive og negative konsekvenser. Når Hamran (1996) beskriver

det «gammeldagse» og dermed kontinuerlige ved pleien, er dette noe som pasientene i stor grad også nyter godt av. Der nye reformer og overordnede organisatoriske endringer i norsk helsevesen potensielt kunne ført til en forringet eller redusert omsorg for pasientene, kan det «gammeldagse» ved både pleiearbeidets karakter og dermed også ved pleieutdannelsene bidra til at dette likevel ikke skjer, eller skjer i mindre omfang enn man skulle tro ut fra reformene. Før jeg går nærmere inn på denne diskusjonen, vil jeg kort presentere sykehjemmet som jeg i hovedsak bruker som utgangspunkt her.

Stedet: arkitektur og fysiske omgivelser

Sykehjemmet er en del av et pleie- og omsorgssenter som også inneholder aldershjem og aldersboliger samt serviceenheter som dagsenter, arbeidsstue, fysioterapikontor, et kjøkken (som for øvrig ble lagt ned etter første feltarbeidsperiode), frisørsalong, legekontor og fotpleiekontor. Sett fra utsiden fremstår hele senteret, som befinner seg i en storbyforstad, som en samlet bygningsmasse, som en samlet arkitektonisk enhet. Fra utsiden er det umulig å oppdage hvor aldershjemmet ender og sykehjemmet begynner, eller hvor aldersboligene befinner seg. Sykehjemmet og aldersboligene ble bygd midt på 1970-tallet, mens aldershjemmet ble utbygd 6–7 år senere, i så godt som identisk arkitektonisk utførelse, både utvendig og når det gjelder utformingen av avdelingene. I det store og hele fremstår bygningen som et betongkompleks.

Den ene siden av institusjonen, den som personalet omtaler som «baksiden», har utsikt mot en eldre kirkegård og en lokal kirke på motsatt side av kirkegården. På den andre siden befinner det seg en barne- og ungdomsskole som vender en bakside med høy betongvegg uten vinduer mot senteret. Det er en relativt lite trafikkert lokal bilvei imellom. Komplekset har bare ett inngangsparti, som er ganske lite og unnselig sammenliknet med den totale bygningsmassen. Inngangsdøren er videoovervåket og alltid låst. Umiddelbart innenfor denne befinner det seg en resepsjon med glassvinduer.

To matbutikker, en bladkiosk, en blomsterbutikk, en kjøttforhandler, en fiskebutikk, en pizzarestaurant og en bensinstasjon befinner seg en knapp kilometer fra institusjonen. I de nære omgivelsene befinner det seg en kombinasjon av lavblokker og eneboliger, de fleste av dem eneboliger i rekke, foruten den nevnte kirken og skolen. Institusjonens egne utearealer omfatter en liten veranda i tredje etasje, en liten hage avgrenset av en bratt bergvegg i bakkant av fjerde og øverste etasje, og en parkeringsplass for besøkende og for personale ved nederste etasje. Bortsett fra parkeringsplassen er utearealene usynlige for forbigående.

Når det gjelder institusjonens innvendige arkitektur har denne forandret seg ganske mye, spesielt for sykehjemsavdelingene, med en total ombygging i 2003 der sykehjemsdriften ble midlertidig flyttet ut av institusjonen. Ombyggingen har endret både avdelingenes størrelse og utforming, mens den ikke har satt synlige spor i den ytre bygningsmassen. Den såkalte énsengsreformen er nå realisert, noe som betyr at alle beboerne på sykehjemsavdelingene har enerom og også at selve avdelingene, som nå kalles pleieenheter, er blitt mindre, en annen parallell helsepolitisk målsetting (se for eksempel NOU rapport 1992:1). Før ombyggingen bestod hver sykehjemsavdeling av to lange korridorer som møtte hverandre i en rett vinkel hvor vaktrommet var plassert med store vinduer ut mot korridorene, hvor beboerrommene lå på rekke og rad.

De fleste beboerrommene var tomannsrom, med navneskilt av lik utforming og mørkegrønne identiske dører som ikke kunne låses og var uten et håndtak som kunne lukke dem til. Dermed kunne dørene enkelt skyves opp av travle pleiere med fanget fullt av lintøy og engangsutstyr. To små lys var montert utenfor hvert rom; et hvitt «tilstedelys» som var tent når personalet var til stede og et rødt lys som lyste parallelt med et lydsignal når beboeren trakk i en «ringesnor» inne på rommet og dermed signaliserte behov for hjelp. Dersom tilstedelyset var tent og man trakk i ringesnoren, ville det røde lyset blinke hurtig og et hurtig pulserende lydsignal ville signalisere en nødsituasjon og dermed behov for at en ytterligere pleier trådte til og kunne hjelpe.

En dagligstue befant seg i bakkant av vaktrommet. Stuen var nesten kvadratisk og fungerte delvis som oppholdsrom for beboerne, der flertallet av dem ikke var i stand til å forflytte seg ved egen hjelp, og delvis som spisesal, bingosal, andaktsrom and «sovesal» der mange av beboerne satt og sov eller halvsov utenom de faste arrangementene. Dagligstuen var altså på mange måter et «altnuligrom» som flere av pleierne jobbet iherdig med å gjøre mest mulig «hjemmekoselig», blant annet gjennom innkjøp av dekorasjoner til de store høytidene, anskaffet i fritiden og for deres egne midler. Likevel fjernet ikke dette institusjonspreget, der for mange bord og stoler og proporsjoner som ikke samsvarer med rommet brøt med interiøret i et typisk norsk hjem, sammen med regelmessig utformede og regelmessig opphengte bilder der symmetrien ble for iøynefallende (Hauge 2004; Jacobsen 2008b). Det endret også lite på den stedløshet som preget dagligstuen at en lang rekke ulike aktiviteter og mange ulike sosiale situasjoner fant sted der både suksessivt og av og til samtidig.

Ombyggingen i 2003 endret litt, men ikke gjennomgripende, på dette overordnede bildet. Det ble introdusert en egen spiseavdeling i flukt med

et lite avdelingskjøkken, begge med åpning mot dagligstuen. Dermed ble både området der beboerne spiser og der de ellers oppholder seg i fellesskap mer entydige. Det kan også nevnes at andakter ble flyttet til et eget rom som er felles for hele institusjonen og som har mer karakter av et kirkerom. Fellesrommet er blitt et mye stillere rom, noe spesielt aktivtøeren, som hele institusjonen deler på, kommenterer. Dette har sammenheng med de mest omfattende endringene i sykehjemmet, nemlig at det er blitt enerom til alle og mindre avdelinger. At avdelingene nå har 8–10 beboere hver, mot 29–30 før ombyggingen, gjør at det finnes færre beboere å søke sammen med på dagligstuen og i andre viktige fellesarealer, blant annet de ofte oversette, men betydningsfulle korridorene (Jacobsen 2005; Larsen 2001) og avsatsene i trappeoppgangene (Bjelland 1982).

En annen årsak til at det kan være ensommere i fellesarealene, er nettopp énsengsreformen og at hver beboer har sitt eget rom. Beboerrommene er nå romsligere enn tidligere, har eget bad, noe bare tosengsrommene hadde før. De har en dør som både kan lukkes og låses og som har mer individuelt utformede navneskilt. Det er en egen entré der lintøy, stellefrakker og engangsutstyr ikke lenger får plass, men er plassert skjult i skap inne i veggen mellom bad og entré.

Mens personalet tidligere kunne komme svært bardus inn på en beboer som sluppet av på rommet eller sov i sengen sin, skjermes nå mye av rommet av en mer tydelig og større entré. Personlige møbler, bilder og eiendeler har nå større plass på rommene og gir i større grad enn tidligere signal om at beboerrommet er et privat territorium. Mens hjemlighet er krevende å gjennomføre i dagligstuefellesskapet av mennesker som i utgangspunktet ikke har valgt hverandres selskap og som befinner seg i arkitektoniske omgivelser som både beboere, besøkende og personale umiddelbart vil oppfatte som institusjonspreget (Hauge 2004), bærer beboerrommene i større grad preg av å være hjemlige etter ombyggingen. Selv om mange viktige sider ved typisk norsk hjemlighet heller ikke kan realiseres her (Jacobsen 2008b), er dette blitt rom som beboerne i større grad enn tidligere trives i og gjerne forflytter seg til (med og uten hjelp) mellom måltider og andre arrangementer.

Det nye fokuset og den offentlige satsingen i forhold til institusjonenes fysiske omgivelser resulterte ikke bare i at over 90% av dagens sykehjemsbeboere bor på enerom (SSB 2007) og at en stor del av dagens sykehjem er organisert med små avdelinger. Det inkluderte også et fokus på omgivelsene, men da så godt som utelukkende på grøntområder inne på institusjonens eiendom. «Sansehager» har i den forbindelse vært et viktig satsingsområde, der beboerne skal ha en lett tilgjengelig atkomst til uteområder med busker,

blomster og grønt. Disse har variert fra institusjoner hvor sansehagene inkluderer underlag som er lett å snuble i, skarpe kanter på blomsterbed og endog noen giftige planter, men der det visuelle inntrykket er bra, til mer gjennomtenkte og funksjonelle løsninger som passer bra både for rullestolbrukere og demente, og endog noen ganger gir tilskudd til grønne urter til mat som serveres på institusjonen og som beboere selv kan være med å høste om de er i stand til det.

Historisk sett er ikke dette noe banebrytende nytt for norske helseinstitusjoner, der gårdsbruk knyttet til psykiatriske institusjoner og andre utviklinger av institusjoners naturomgivelser har vært mer anvendt enn nå. For både nåtidige og tidligere helseinstitusjoner, både somatiske og psykiatriske, gjelder det i stor grad at de er avskjermet fra steder og virksomheter der andre mennesker utenfor institusjonene lever sine liv. Nærheten til parken, Rema 1000, teateret, Vinmonopolet, kinoen, kafeen, bygdehuset, bedehuset, byallmenningen og kaianlegget der folk ferdes så anonymt som de vil eller, om man treffer kjente, har mulighet til å forholde seg flyktig og overfladisk til hverandre, har ikke vært verdsatt som en viktig del av institusjonsomsorgen.

Selv om hjem og hjemsted for mange nordmenn er to sider av samme sak (Hamran & Elstad 2008), er det offentlige fokuset på sykehjemsinstitusjoner *som hjem* framdeles et fokus på institusjonsbygningen, og, i en del tilfeller, hageområdet som tilhører institusjonen. At den gode opplevelsen av hjemmets «innside» nettopp oppleves som god gjennom kontrasten til hjemmets «utside» for mange nordmenn (Lund 2003), der innsidens intimitet verdsettes som dette gjennom motsetningen til utsidens mer flyktige og mindre forpliktende sosiale liv, er ikke en innsikt man så langt har trukket med seg i det norske offentlige fokus på sykehjemmet *som hjem*.

Så lenge som sykehjemsinstitusjonene er «andre rom», som en parentes i det daglige liv og lokalmiljø (Foucault 1997/98), der sykehjem har tette skott til samfunnet rundt og i stor grad er selvvedlikeholdende og selvtilstrekkelige institusjoner, vil enhver tenkelig arkitektonisk og organisatorisk endring ikke gjøre noe til eller fra i forhold til det grunnleggende sosiale særtrekk ved sykehjemsinstitusjoner. Dette gjør at de kan klassifiseres som det den amerikanske sosiologen og sosialpsykologen Erving Goffman (1962) har kalt «totale institusjoner». I følge Goffman er totale institusjoner steder der det hverdagslige romlige og sosiale skillet mellom steder man inntar sine måltider, sover, har sin fritid og arbeider viskes ut. «Alt får betydning for alt» og informasjon mellom normalt atskilte sfærer flyter fritt for beboerne, enten institusjonene er skip i langtransport, klostre, fengsler, psykiatriske institusjoner, militærforlegninger eller sykehjem.

I slike institusjoner finnes en innelukket tilværelse avsondret fra livet i samfunnet ellers.

På et grunnleggende vis er dermed dagens sykehjem kontinuerlige med historiske forgjengere, både innenfor norsk sykehjemsdrift og andre helseinstitusjoner. På den ene siden kan man se at dagens norske sykehjem har endret seg svært mye både i arkitektonisk form og når det gjelder sosialt liv, om man ser dem *innenfra*. På den andre siden kan, om man endrer synsvinkelen og ser dem *utenfra*, fra utsiden av institusjonens yttervegger, endringene tvert om fremstå som minimale i en større sammenheng. Dermed kan målsettingen om at sykehjemmet også skal være et siste hjem for beboerne, fremdeles synes langt fra oppnådd, om det er vanlig norsk hjemlighet som er idealet.

Blant norske arkitekter er det en gryende bevissthet om at et sykehjems, aldershjems eller pleie- og omsorgssenters egenart har like mye med institusjonens nære omgivelser og lokalmiljøet å gjøre som med selve bygningen og det som den inneholder, en bevissthet som er i ferd med å bli etablert blant danske arkitekter og danske politikere (Akre & Hauan 2009).

Rom blir sted: personalets innskriving i de fysiske omgivelsene

Arkitektfilosofer og antropologer har gjennom flere tiår forsket systematisk på det kompliserte forholdet mellom fysiske omgivelser og sosialt liv (se for eksempel Hirsch & O'Hanlon 1995). Arkitektfilosofen Christian Nordberg-Schulz er opptatt av at steder både har identitet og gir mennesker identitet. Steder har sin egenart ved sin utforming og gjennom at tidligere tiders intensjoner vedvarer å være tilstede, som når psykiatriske institusjoner som tidligere har vært tuberkulosesanatorier framdeles bærer preg av dette, også i virkemåte og organisering. Nordberg-Schulz uttrykker alt dette slik, med fokus på bygninger: «Veggene konkretiserer stedets grunnleggende egenskaper, og en overensstemmende livsform» (Nordberg-Schulz 1978: s.35)

Mange arkitektfilosofer har likevel erkjent at selv om fysiske omgivelser og arkitektur både muliggjør og umuliggjør noen handlings- og samhandlingsalternativer i sosialt liv, og selv om de både kan sies å ha identitet og å skape identitet og tilhørighet, så determinerer ikke disse omgivelsene på noen måte det som realiseres av sosialt liv. Det skulle også bare mangle, siden arkitektur kan ses på som fysiske uttrykk for ideologiske og kulturelle strømninger, også når det gjelder arkitektur i helsevesenet (Martinsen 2005). Steder etableres gjennom at mennesker skriver seg inn i konkrete rom gjennom aktiviteter, ved at minner knyttes til steder og at steder og deres utforming vitner om sosialt liv og sosiale relasjoner, gjennom at mennesker har formet stedene gjennom felles aktiviteter (Guzmán 1997). Arkitektur, som

også inkluderer landskapsarkitektur i forhold til byens, bydelens, forstadens, bygdas, åkrenes og lyngheiens arkitektur og fysiske omgivelser, er en viktig betingelse for alt sosialt liv, men ingen determinator.

På samme måte kan man utforske hvordan en sykehjemsinstitusjons arkitektur gir muligheter og begrensninger i sosialt liv, mens en kartlegging av fysiske omgivelser ikke i seg selv er nok til å forutse hva som finner sted av sosialt liv, eller hvordan omsorg og omsorgsarbeid finner sted i et sykehjem. Til dette trengs det et langvarig forskningsarbeid for å etablere dokumentasjon av hvilket sosialt liv og hvilken organisering som realiseres i sykehjemmets ulike rom. Likevel er det viktig i en sykehjemsanalyse å se på både avdelingenes utforming og arkitektur, sykehjemmets arkitektur og sykehjemmets fysiske og sosiale plass i et lokalmiljø.

Jeg vil nå vende blikket innover igjen til en avdeling i «mitt» sykehjem. Jeg vil her starte med bakteppet, ha et fokus på noen viktige endringer, for igjen kunne vende tilbake til hovedtemaet kontinuitet i organiseringen av pleie og omsorg på sykehjemmet.

Sammenlikner vi avdelingenes fysiske utforming før og etter ombyggingen i 2003, kan det konkluderes at den totale mengden eksklusive territorier til personalets rådighet, slik som vaktrom, skyllerom, lintøyrom og pauserom har skrumpet inn, mens hver av beboerne har fått et større privat område til sin disposisjon. Mest dramatisk er dette for vaktrommet, som nå er blitt atskillig mindre og helt uten vinduer. Personalet har i mindre grad enn tidligere en romlig tilretteleggelse for det Goffman (1971) kaller «backstage», der deres samhandling med beboerne «frontstage» kan reflekteres over og planlegges.

De tidligere fysiske omgivelsene var dessuten lettere for personalet å holde oversikt over. De lange, rette og hvite og relativt brede korridorene var modellert etter 1970-tallets typiske sykehjemsavdeling. Dette er forståelig som et uttrykk for at institusjonen ikke bare er et hjem, men også en medisinsk institusjon for behandling, pleie og omsorg. Personalets arbeid for å realisere dette var lagt til rette gjennom de rommelige korridorene med hvite og glatte flater som var lette å holde rene og som var brede nok til å transportere senger og plasskrevende utstyr i. På den annen side understreket slike sider ved avdelingenes arkitektur nettopp avdelingen som medisinsk institusjon og også som arbeidsplass for personalet, mer enn som et siste hjem for beboerne.

Gjennom intervjuer etter ombyggingen opplevde jeg ofte at pleiere uttrykte skam gjennom det som de i etterpåklokskapens lys så på som invasjon av beboernes private sfære. Som et eksempel på dette bemerket flere at de i de nye omgivelsene som den mest naturlige ting banker på en beboers dør

før de går inn, og gjerne også venter et lite øyeblikk før de åpner døren. Tidligere var det å banke på døren for mange noe man ikke kom på, og ubehaget hos pasientene som plutselig får besøk av personale uten å kunne forberede seg, ble ikke oppfattet. Med en reformulering av den danske sykepleieforskeren Kristian Larsens uttrykk «arkitektur som læremester» (Larsen, 2001:440) om hvordan arkitektur virker inn på sykepleiestudenters læring på en sykehusavdeling, kan man si at arkitektoniske endringer ble en læremester på sykehjemsavdelingene for erfarne pleiere med lang fartstid i institusjonen. Det at beboerrommene både er utformet som mer private områder med et inngangsparti og har en dør som er mindre «uniformert» enn tidligere, understreker for personalet både rommenes privathet og institusjonen som helhet som beboernes *hjem*. Sagt på en annen måte kan en si at personalets tidligere måte å skrive seg inn i de fysiske omgivelsene på, stadig dukker opp som kroppsliggjorte erfaringer hos pleiere med lang tjeneste på stedet, samtidig med at de nå skriver seg inn i endrede omgivelser og på en ny måte. At dette skjer i den samme etasje som de tidligere også har arbeidet i før ombyggingen, gjør at det nye territoriet fremstår med en dobbelthet, det «sitter mye i veggene» fra tidligere tider, som flere av pleierne uttrykte det.

Den tidligere lange og rette korridorene gav noen spesielle organisatoriske muligheter og begrensninger. I mesteparten av mitt første feltarbeid, der jeg tilbrakte 17 måneder i den en sykehjemsavdeling og 1 måned i en annen kulturelt og sosialt ganske forskjellig avdeling i forhold til personalmiljø, organiserte personalet pleien i to «naturlige» arbeidsgrupper. Den ene gruppen fulgte opp pasientene som bodde langs korridor I og den andre dem som bodde langs korridor II. Selv om man ofte kunne bistå kolleger på tvers av korridorene, opplevdes organiseringen som så selvsagt at det sjelden var diskusjon omkring arbeidsdelingen.

Derimot viste et større forsøk på å innføre «gruppesykepleie» med mindre arbeidsgrupper seg vanskeligere å gjennomføre. Tanken bak dette var blant annet at hver av beboerne skulle kunne forholde seg til færre pleiere, og at hver pleier skulle bli bedre kjent med «sine» beboere. Et forsøk med tre grupper i stedet for en korridor I og II organisering, vel og merke på dagtid på hverdager da dette var bemanningsmessig mulig, strandet etter rundt en måneds forsøk på stadige uoverensstemmelser blant personalet i forhold til hvor grensene skulle gå mellom arbeidsgruppene, blant annet ut fra skiftende og vanskelig beregnelige pleiebehov hos beboeren.

Siden arkitektoniske føringer ikke skjer i et vakuum, kan det for eksempel tenkes at en bedre personaldekning i forhold til omsorgsoppgaver ville gjort det lettere å innføre en tre-gruppemodell. Dette kan man vanskelig vite.

Det som synes klart, er at avdelingenes fysiske struktur bidro til å vanskeliggjøre endringen som personalet i utgangspunktet ønsket.

Etter ombyggingen er hver av de gamle avdelingene splittet opp i tre nye små avdelinger, og dermed har man i praksis muliggjort det man først forsøkte på, å la hver arbeidsgruppe av pleiere få ansvar for pleie og omsorg til 8–10 beboere. På den annen side opplever personalet nå at gjensidig hjelp på tvers av de personellmessig mer sårbare små avdelingene nå i liten grad finner sted. Det kan synes som om den nye oppdelingen i små grupper av beboere i i nye fysiske strukturer, det vil si klare fysiske skiller mellom ulike relativt autonome enheter (eller avdelinger), både realiserer den gamle drømmen om gruppesykepleie og oppleves av personalet som barrierer mot å hjelpe hverandre på tvers av gruppene (les: enhetene).

Den tidligere arkitektoniske utformingen av avdelingen gjorde det også lettere for den enkelte pleier å holde oversikt over arbeidet, planlegge eget arbeid og holde tritt med hvordan kollegaer planla sitt arbeid. Det mest visuelle eksemplet på dette gir ettermiddagsvaktet et eksempel på, et vakt-skift som gikk fra kl. 14.45 til kl. 22.00. En viktig aktivitet på denne vaktet, ved siden av servering av kveldsmat, var å hjelpe beboerne med «kveldsstellet» og hjelpe dem i seng for natten. Med en nærmest konstant underbemanning i forhold til bemanningen som institusjonsledelsen hadde planlagt, og på grunn av høyt sykefravær og ubesatte stillinger, var forutsigbarhet i forhold til de mest presserende fysiske omsorgsoppgavene viktig for pleiepersonalet. Med å plassere beboere i rullestol, som var flertallet av beboerne, ved døren til hvert sitt rom og sette det hvite tilstedelyset på, oppnådde man både å holde regning med hvor langt man selv var kommet i arbeidet og samtidig holde kolleger orientert om dette. Dette ble samtidig et synlig og territorielt uttrykk for en slags «kredittverdighet»: man signaliserte at man i hvert fall skulle ta sin del av «jobben», dvs. den mest fysiske og målbare delen av omsorgsarbeidet, slik at ikke belastningen skulle bli større på de andre pleierne, og slik at de lettere kunne planlegge vaktet.

At dette var tilfellet, kom fram i de relativt sjeldne situasjonene der krangling og disputer mellom pleiere på ettermiddagsvaktet oppstod, fordi noen pleiere opplevde det som om de måtte gjøre en uforholdsmessig stor del av det fysiske arbeidet. Ifølge Goffman (1971) er det nettopp slike situasjoner, der det som tas for gitt, og som alle er enige om, kommer til overflaten og uttrykkes tydelig, som gir spesielt verdifull informasjon til forskeren, selv om slike situasjoner gjerne er unntaket heller enn regelen.

Med den nåværende arkitektoniske utformingen av avdelingene er ikke dette synlige uttrykket for planlegging av «dagens dont» lenger mulig. Tvert imot er det heller slik at pleiere med lang fartstid i institusjonen ser denne

«visuelle siden» ved den tidligere arbeidsorganiseringen i et latterlig lys, noe som også kommer fram i samtaler med dem. Måter å planlegge på som virket så naturlige at de sjelden eller aldri var gjenstand for åpen debatt eller samtale, virker for de samme pleierne uhensiktsmessige og endog «maskinelle» etter ombyggingen.

Omsorgsarbeidets kontinuitet, tross alt

Det er lett å se at mye har endret seg med endrede arkitektoniske omgivelser på sykehjemsavdelingene i dette sykehjemmet. Ofte kom slike forskjeller fram i spontane samtaler med pleiere som hadde lang ansiennitet i institusjonen når jeg gikk sammen med dem i korridorer, beboerrom, dagligstue og personalkontor.

Noen forskjeller syntes pleierne å være enige om når vi gikk sammen i dette doble landskapet, der de gamle korridorene og den gamle arkitekturen lå «begravd» under de nye små avdelingene med korte korridorer og endog et par korridorer som går i sving.

Andre ting opplevde enkelte pleiere forskjellig, som når noen spontant kunne minnes hvordan man tidligere nærmest småsprang i travle perioder langs de lange korridorene, mens andre bemerket mens vi gikk sammen hvordan de opplever å «tråkke» mer enn før, siden avdelingen som de nå arbeider i er mer spredt utover i alle retninger. Tidligere arbeidet deres gruppe langs en enkelt korridor og man kunne planlegge arbeidet slik at «løpingen» ble minimalisert.

Men på mange måter har omsorgsarbeidet og arbeidsorganiseringen ikke endret seg tross endringer av fysiske omgivelser, og også endring i rutiner. En finurlig form for kontinuitet har å gjøre med videreføringen av forskjeller mellom de gamle sykehjemsavdelingene, der én avdeling tidligere var identisk med én etasje i bygningen. Selv om hver etasje nå inneholder tre avdelinger, bemerket mange av pleierne med lang fartstid at forskjellene ennå er store mellom etasjene når det gjelder for eksempel sykefravær, lederskap, organisering og personalkultur, og at disse forskjellene hadde holdt seg i over 20 år. Igjen kommenterte de at «det sitter noe i veggene» og at i etasjen med mest sykefravær er folk mer humørfylte, mer direkte i kommunikasjonen og i konstant opposisjon til mellomlederne. Etagens under er roligere, mer stabil, og mer «traust». Også i et annet sykehjem hvor jeg gjorde et kort feltarbeid i 2009, fantes slike forskjeller mellom ulike deler av bygningen, forskjeller blant annet i sykefravær som hadde vært mellom «nybygget» og «gamlebygget» over svært mange år.

Ser man på institusjonen som helhet, blir kontinuitet med fortiden på en rekke felt enda mer iøynefallende. Personalet organiseres like fullt etter

samme vaktordning etter som før ombyggingen. «Dagvakten» begynner kl.0700 og fortsetter til kl.1500, «ettermiddagsvakten» går fra kl.1445 til 2200, mens egne nattevakter framdeles betjener «nattskiftet» fra kl.2145 til kl.0700. Måltidet organiseres på samme måte som tidligere, der alle beboere blir servert mat samtidig ved alle måltider.

En ansatt ved et annet sykehjem med fleksibel måltidsorganisering der jeg gjennomførte et kortvarig feltarbeid i 2009, fortalte hvordan det at den enkelte beboer kunne velge når man ville spise og hvor lenge man ble sittende ved bordet var en ny organisering som måtte vedlikeholdes aktivt om ikke man skulle falle tilbake til gamle rutiner. «Kanskje appellerer det til pleiernes ordenssans dette med regelmessig og organisert måltidsservering», føyde hun til. Kanskje kan det også være noen av pleiernes egne kroppslig-gjorte erfaringer fra måltider i eget hjem som slår igjennom i et arbeid som på en grunnleggende måte enda organiseres «gammeldags». Beboere hjelpes i morgenstell og kveldsstell i store trekk på samme måte som før, selv om oversiktligheten i forhold til eget og andres arbeid ikke lenger er den samme.

Institusjonen lever sitt eget liv like fullt etter ombyggingen som før, med minimale anledninger for at folk utenfra møtes i felles samhandling med beboere. Slik samhandling begrenses til relativt sjeldne og organiserte arrangementer. Dagligstuen og andre fellesrom, som kjøkken, korridorer og mindre oppholdssteder som trappeavsatser og endene på korridorene bærer like mye et institusjonspreg nå som tidligere. En målsetting om å ta ansvar for og ivareta beboerne innebærer fremdeles også et fokus på å ha kontroll med dem. Dette fokuset er der like fullt ennå, på godt og vondt, men får nye uttrykksmåter. Blant annet en nitid registrering av brann-, lås- og rømmingsrutiner på egne skjemaer hører til den nye orden etter ombyggingen. Institusjonens inngangsparti er like trangt og vanskelig å bevege seg gjennom for beboerne som før ombyggingen, med den ytterligere forskjell at man nå har montert et videokamera ved inngangsdøren av sikkerhetshensyn.

En diskusjon om hvor grensene mellom ansvarsområder og arbeidsoppgaver går mellom sykepleiere, hjelpepleiere og andre pleierkategorier pågår like fullt etter som før ombyggingen av institusjonen, til tross for at kollegamiljøet på hver avdeling nå er mye mindre enn før. Spesielt tydelig er stadig forekommende diskusjoner om grenseoppganger mellom hjelpepleiere og sykepleiere (Jacobsen 2005). Denne kontinuiteten har kanskje mest med omsorgsarbeidets karakter ved sykehjem. Mens det er relativt lett å monopolisere arbeidsoppgaver og prosedyrer ved en spesialisert sykehusavdeling, likner mye av arbeidet i en sykehjemsavdeling til forveksling arbeid i hjem-

met når det gjelder den daglige familieomsorg og spesiell omsorg for små barn og ved sykdom. Dette gjør omsorgsarbeidet enda mer «gammeldags» ved en sykehjemsavdeling enn en sykehjemsavdeling. Eller som antropologene Hilde Haukelien og Halvard Vike (2009) uttrykker det, basert på sammenlignende studier av fire norske sykehjem:

«Helse- og omsorgsyrkene er kjennetegnet av en høy grad av faglig differensiering som *ikke* i særlig høy grad realiseres praktisk i form av hierarkisk organiserte arbeids- og autoritetsformer. Arbeidsprosessene følger som oftest en relativt egalitær logikk ... Ironisk nok er faglighet ofte noe som splitter framfor å forene arbeidstakerne, spesielt fordi høy faglig kompetanse og faglig makt virker hierarkiserende og derfor truende overfor den helt nødvendige dugnadsånden. Travelhet er noe alle deler, og som budskap utad er den derfor både sann og nyttig.»

Som et vanlig norsk hjem har sine døgnrytmer, ukesrytmer og årsrytmer (Lund 2003), har sykehjemsavdelingene på «mitt» sykehjem en lett kjennelig rytme både for hver avdeling og inne i stell på det enkelte beboerrom. Disse rytmene har endret seg relativt lite med ombyggingen. Rytmene er også gjenkjennelige fra andre sykehjem der jeg har arbeidet eller forsket. Kanskje kan også det uttalt kroppslige ved pleien, som dermed forbindes med den menneskelige kropps rytme, slå inn her. Som Hamran (1996) formulerer det:

«Tidsstrukturen er knyttet til oppgavene, og det er oppgavene og måten de er ordnet på, som gir livet i avdelingen et syklisk og gjentagende preg. Oppgavene gir innhold til og fortsatt også navn til den tidsmessige strukturen: måltid, leggetid, morgenstell, kveldsstell. Dette er oppgaver som på en grunnleggende måte er knyttet til den menneskelige kropp og til opprettholdelsen av selve livsprosessene» (s.139).

Rapportene ved «vaktskifte» foregår i det store og hele som før, til tross for at personalkontoret nå er svært lite og bare en skygge av det gamle vaktrommet, en villet endring fra sykehjemsledelsens side, ifølge flere av pleierne. Noen legger til utsagn som «Ledelsen sier at vi skal ikke trives på personalkontoret, vi skal være «ute» i avdelingen med pasientene». Parallelt med dette har man formelt lagt om rapporteringsrutinene i retning såkalt «stille rapport», som vi si at de gamle muntlige rapportene der overlappende vaktskift er samlet, erstattes av elektronisk rapportering der én pleier med for eksempel ansvar for tre eller fire beboere rapporterer skriftlig til den som skal overta dette ansvaret på neste vakt. Pleierne følger opp den nye rapporteringsformen, men samtidig med denne beholder de i all stillhet det gamle rapporteringssystemet. På spørsmål om hvorfor det skjer, gir pleierne svar som for eksempel at «vi trenger det faglige fellesskapet», «vi trenger å samsnakkes», «ikke alt

som er viktig å formidle kan skrives ned», «ikke alt som er viktig bør skrives ned», «du kan ikke formidle et helhetlig bilde av en beboer med et par setninger på datamaskinen» og «det er ikke bare informasjon om enkelte beboere som er viktig å gi videre til neste skift». Noen av disse argumentene går på å sikre kontinuitet og kvalitet i pleie og omsorg på tvers av vaktskiftene, mens andre argumenter bygger opp under Cicourels påstand om at i enhver organisasjon rettes mye av arbeidet inn mot vedlikehold av organisasjon og organisasjonsstrukturer. Mens overgang til et elektronisk og potensielt tidsbesparende og mer nøyaktig rapporteringssystem, som en del av en nyere management-trend i sykehjems- og sykehusadministrering, søkes innført ved en rekke institusjoner, utøves en stille form for motstand blant pleiepersonalet (Bø 2007; Hamran 1996; Jacobsen 2005).

Det synes å være noe grunnleggende «gammeldags» ved pleien som i praksis minsker virkningen av eller nøytraliserer en del nyere reformer. Dessverre, vil noen si, heldigvis vil andre si. Sosiologen Olaug Lian (1996,2003) har demonstrert hvordan den såkalte Sykmelding-II ordningen som skulle gjøre at pasienter som hurtig kunne komme seg ut i produktivt arbeid og dermed bidra til en større nytte for det totale fellesskapet, kunne «rykke fram i behandlingsskøen», stille boikottes av en stor del av legene med en internalisert yrkesetikk som nærmest predisponerer dem til å møte de største behovene først. En «treghet» med basis i profesjonell tyngde bidrar til at ikke alt endrer seg ved enhver ny helsereform.

En slik treghet finnes også i pleiermiljøet. Det gjør at man ikke kan lese endringer i pleieorganiseringen direkte ut fra formelt innførte nye rutiner og organisasjonsmodeller. De ulike pleieutdannelsene har sin profesjonelle egentyngde og yrkesetikk. I følge Hamran (1996) skyldes også denne tregheten pleiearbeidets kroppslighet og «gammeldagse» karakter:

«Den *kroppslige* tilstedeværelsen er også en *mental* tilstedeværelse. Her ligger grunnlaget for yrkesgruppenes autonomi, som nettopp er basert på at vurderingen av kvalitet – eller godt arbeid – er knyttet direkte til yrkesutøveren og til yrkesutøvelsen. Det må være dette aspektet Claus Offe sikter til når han hevder at velferdsstatens arbeid unndrar seg kontroll utenfra ... Skulle vi trekke veksler på Foucault, kan vi si at rasjonaliteten motarbeider maktrelasjonen. Strukturene gir pleiearbeidet et frirom – en autonomi som kommer til syne i muligheten til å utøve et selvstendig faglig skjøn» (s.140).

Også etter ombyggingen omtaler pleierne seg som «ute» i avdelingen og «inne» på personalkontoret (eller vaktrommet som det tidligere ble kalt).

1 Jeg unngår her å gå inn i en diskusjon i forhold til om for eksempel sykepleie kan ses som en profesjon eller i mer streng forstand må sees som en semi-profesjon (se e.g. Freidson 1986 for en utførlig debatt).

Minst like mye organisasjonsmessig arbeid rettes mot å forbinde «inne» og «ute» som tidligere. En nyere organisasjonstenkning, der desentralisering og «ansvar på lavest mulig nivå» går sammen med en rekke nye registrerings- og monitoreringsrutiner, tar ikke nødvendigvis inn over seg at omsorgsarbeid i sykehjem er grunnleggende forskjellig fra Toyota-produksjon eller organisering av undervisning i skolen. Hamran uttrykker dette forholdet slik:

«Dokumentasjonsformene eller managementtenkningen ser ikke ansvarsstrukturene, for de ser ikke etter sammenhengene og forbindelsene mellom oppgavene... Dokumentasjonsformene ser ikke *forbindelsen* mellom de ulike pleieoppgavene og mellom ute og inne, at *noen* må formidle mellom oppgaver og personer: at arbeidet er organisert rundt ansvar» (s.144).

Man kan dermed si at ulike kroppslige, arkitektoniske og fysiske dimensjoner ved omsorgsarbeidet kan være mer utslagsgivende for arbeidet og arbeidets rytme enn organisatoriske og andre endringer som bevisst søkes gjennomført.

Konkluderende tanker

Å forsøke å forstå et fagfelt og dets utøvere på deres egne premisser er en tidkrevende oppgave, en oppgave som holder medisinske historikere, sosiologer og antropologer aldri kan slutføre i forhold til det norske helsevesens virksomhetsgrener og fagfelt. For det første har selvsagt mange viktige faglige spørsmål til norsk helsevesen til nå aldri blitt stilt. For det andre er de ulike virksomheter i norsk helsevesen og betingelsene for disse i stadig endring. Også det å forstå en bestemt institusjonstype er et komplisert og tidkrevende arbeid, enten man løfter blikket og søker å sammenlikne en rekke ulike institusjoner, eller man velger å studere en bestemt institusjon over tid, slik som for eksempel jeg selv har gjort for sykehjem og sosiologen Måseide (1987) har gjort for et norsk sykehus.

Den generelle innsikten fra Cicourel om at mye av arbeidet i en institusjon eller bedrift er rettet inn mot *reproduktivt* heller enn *produktivt* arbeid, gir gjenklang også i min egen forskning.

Omsorgsarbeid på sykehjem er reproduktivt også på en annen måte, og her slutter likheten til Toyota-bedriften helt. Arbeidet på sykehjem er reproduktivt på samme måte som omsorgsarbeidet hjemme, fordi det opprettholder og ivaretar selve livet.

Som omsorgsarbeid i hjemmet griper den menneskelige kropps rytme inn i selve struktureringen av arbeidet, i formen på arbeidet, fordi, som Torunn Hamran sier det, formen ikke er «noe som legges utenpå et mer egentlig innhold – formen er en del av innholdet» (Hamran 1996: s.136). Derfor krever pleie- og omsorgsarbeid en kroppslig tilstedeværelse.

Denne kroppslige tilstedeværelsen finner sted under stedlige og arkitektoniske betingelser. I denne artikkelen har jeg forsøkt å gjøre rede for hvordan iøynefallende endringer i fysiske omgivelser på et sykehjem er forbundet med organisatoriske og atferdsmessige endringer. Forbindelsen mellom sosialt liv og fysiske omgivelser er komplisert, og man kan ikke trekke opp klare årsakssammenhenger mellom arkitekturen og pleiernes organisering og hvordan de utøver sitt omsorgsarbeid. Det kunne for eksempel godt hende at gruppesykepleieeksperimentet før ombyggingen kunne vært vellykket, om bemanningssituasjonen hadde vært en annen. Man kunne også godt tenkt seg en mer fleksibel måltidsorganisering både før og etter den fysiske restruktureringen av sykehjemmet. Dessuten synes tidligere tiders praksis på mystisk vis å «overvintre», eller som flere av pleierne uttrykker det, «det sitter noe i veggene». Disse veggene er på en måte både de gamle og de nye veggene på én gang.

Andre sider ved sykehjemmets arkitektur er kanskje mindre iøynefallende. Men det kommer selvsagt an på øynene som ser. Kanskje har man arbeidet på et nyere sykehjem i for eksempel København, der et vanlig offentlig liv pulserer på utsiden og beboerne selv kan velge hvor nært eller fjernt de ønsker å forholde seg til all denne aktiviteten. Eller man har, som jeg, besøkt et fattig og underbemannet gresk sykehjem på landsbygda, oppe i et fjellområde der sauer, geiter og kyr vandrer mellom bygningene og der beboerne kan vandre ut og inn av en mengde kapeller som den lokale ortodokse presten har latt bygge for hver dag i året.

Med slike opplevelser i bagasjen kan man ikke unngå å legge merke til hvordan mange norske sykehjem med god bygningsmessig standard og vakre hager likevel befinner seg i fattige sosiale og arkitektoniske omgivelser. De er som en slags parentes i det vanlige norske samfunnet. Innenfor denne parentesens sikrer ikke bare pleiernes utdannelsesbakgrunn og omsorgsarbeidets karakter en stor grad av kontinuitet. Men vi finner også det karaktertrekket ved disse sykehjemmene som gjør dem til «*totale institusjoner*» i Goffmanns forstand.

Litteratur

- Akre T, Hauan A. *Tverretatlig kommunenettverk innen utvikling av omsorgstilbud til morgendagens eldre. Sammenheng mellom omgivelser, helse og livskvalitet*. Rapport. Oslo: Norsk Form, 2009.
- Bø B. *Hva vinner vi og hva taper vi ved å legge om fra muntlig til stille rapport i somatiske sykehus? Pleiepersonalets erfaringer*. Mastergradsoppgave. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2007.

- Bjelland AK. *Aldring og identitetskrise. En studie i et aldershjems livsmiljø*. Sosialantropologisk skriftserie nr. 27. Bergen: Universitetet i Bergen, 1982.
- Christensen K, Syltevik LJ. (red.) *Omsorgens forvitring? Antologi om velferdspolitiske utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
- Foucault M. Andre rom. *Slagmark: Tidskrift for idéhistorie* 1997/98 nr. 27, s. 87–96.
- Freidson E. *Professional powers*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.
- Goffman E. *Asylums. Essay on the sosial situation of mental patients and other inmates*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1962.
- Goffman E. *Relations in public*. The Penguin Press, 1971.
- Guzmán M. Rom og tilhørighet: Mellom det lokale og globale. *Norsk Antropologisk tidsskrift* 1997; 3–4, 8: 193–207.
- Hamran T. Effektivisering versus samfunnsansvar. I: Lian OS. (red.) *Helsetjenester i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996, s. 131–46.
- Hauge S. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Dr. avh. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
- Haukelien H, Vike H. *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Rapport. Oslo: Telemarkforskning og Universitetet i Oslo, 2009.
- Hirsch E, O’Hanlon M. (red.) *The anthropology of landscape. Perspectives on place and space*. Oxford: Clarendon Press, 1995.
- Jacobsen FF. *Cultural discontinuity as an organizational resource: Nursing in a Norwegian nursing home*. Bergen: NLA-forlaget, 2005.
- Jacobsen FF. «Rom for omsorg, rom for makt». I: Gjengedal E, Schiøtz A, Blystad A. (red.): *Helse i tid og rom*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2008. (a)
- Jacobsen FF. Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem. I Hauge, Solveig & Jacobsen, Frode F. (red.): *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2008. (b)
- Jacobsen FF. *Sykehjem – en studie av sosialt liv*. Hovedfagsoppgave i sosialantropologi. Bergen: Universitetet i Bergen, 1990.
- Jacobsen FF. (2004). Sykehjem – et hjem for deg og en arbeidsplass for meg? I: Hugaas JV. et al. (red.): *Helse og helhet. Etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*. Oslo: UniPub forlag, 2004, s. 233–252.
- Larsen K. Med arkitektur som læremester – om praktikutddannelse af sygepleiestuderende. I: Petersen KA (red.): *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Danmark: Akademisk Forlag, 2001, s. 440–474.
- Lian OS. Norsk helsevesen – utfordringer og utviklingstrekk. I: Lian OS. (ed.): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996, s. 11–26.
- Lian OS. *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2007.
- Lian OS. Tillitens vilkår i en markedsorientert helsetjeneste. *Sosiologi i dag* 2003; 2, 33: 31–49.
- Lund S. Hjemmekos: Iscenesettelse av norsk familiesamvær. *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 2003; 1, Vol.14, s. 27–34.

- Martinsen K. Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I: Alvsvåg H, Førland O. (red.): *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe, 2007, s.315 – 344.
- Martinsen K. At bo på sygehus og at erfare arkitektur. I: Larsen K. (red.): *Arkitektur, krop og læring*. København: Hans Reitzels Forlag, 2005, s.131–158.
- Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag, 1993.
- Måseide P. *Interactional aspects of patient care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward*. (dr. avh.) Bergen: University of Bergen, 1987.
- Nordberg-Schulz C. *Mellom jord og himmel: en bok om steder og hus*. Oslo: Pax, 1978.
- NOU-rapport 1992:1. *Trygghet – Verdighet – Omsorg*. (Gjærevoll-utvalgets innstilling)
- Schiøtz A. (red.) *Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- SSB. <http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/2008-10-17-24.html>, 2007. Lenke oppsøkt 29.10.09.

Frode F. Jacobsen

dr. polit., sykepleier og antropolog,

førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie,

forskningsleder ved Senter for omsorgsforskning,

Høgskolen i Bergen.

Førsteamanuensis II ved Betanien Diakonale Høgskole.

ffj@hib.no