



KANDIDATNUMMER.....

Mastergradsoppgave i samfunnsarbeid

Det sosiale livet

Betingelser og barrierer for deltagelse i en sykehjemsavdeling

The social life

Conditions and barriers to participation in a nursing ward



Innleveringsdato:
03.01.2011

Institutt for vernepleie og sosialt arbeid

MA-SAA HØST 2007

Antall ord 34850

Denne oppgaven er gjennomført som en del av studiet ved Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag. Dette innebærer ikke at høgskolen går god for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet, eller de konklusjoner som er trukket.

Mastergradsoppgave i samfunnsarbeid av Ingrid Thorkildsen

Kva er alder?

Av: Jørgen Øydvin

*Då eg var ung,
var alderdomen langt borte.
No er eg snart gamal,
men ennå er eg ung.
For no har eg alle aldrane i meg.*

*Då eg var ung
sanka eg kunnskap og viten.
No har eg kunnskap om så mangt,
men ingen spør!
Veit dei ikkje om kva eg kan?*

*Kva var da målet med å læra?
Kanskje var det lite klokt
å streva etter kunnskap
når ingen spør?
Men korleis skal da framtida bli?*

*Sanninga er at det er makta som rår.
Ikkje alder, kunnskap og evner.
Så vil du bli brukt så må du ta makt.
Det er i førarsetet at alderdom er nyttig.
Og førarbevis har du fått gjennom livet.*

(Utdrag av diktet "Kva er alder" av Jørgen Øydvin
Hentet fra www.eldreeven.no den 15.01.2010)

Sammendrag

Denne mastergradsoppgaven i samfunnsarbeid er basert på en hermeneutisk tilnærming med deltagende observasjoner på en sykehjemsavdeling. Prosjektet har til hensikt å få kunnskap om hverdagens sosiale liv på et sykehjem. Jeg har jeg hatt fokus på beboeres kommunikasjon og samhandling, og på deres betingelser og barrierer for deltakelse i gjøremål.

Bakgrunnen for prosjektet er at det har vært lite fokus på det sosiale livet i sykehjem. Det er forsket mye på sykehjemsbeboeren helse og livskvalitet, men lite om hvordan det sosiale livet for beboeren er.

Hensikten med studien har vært å få mer kunnskap om beboernes egne opplevelser og en kartlegging av hvordan beboere danner fellesskap og allianser, fra et samfunnsarbeidsperspektiv.

Funnene er utledet av hovedobservasjonene knyttet til hvordan den sosiale orden på sykehjemmet. Mine funn viser at beboerne danner små allianser og er generelt opptatt av å ha et godt forhold til sine medbeboere. Samtidig viser den at det ikke alltid foreligger betingelser for deltakelse i gjøremål.

Drøfting dreier seg om det er grunnlag for samfunnsarbeid i sykehjem. På bakgrunn av det jeg har observert, finner jeg tegn på at beboerne grupperer seg og finner fellesskap med dem som de passer sammen med. Større felleskapsfølelse for gruppen beboere som helhet så jeg lite til. Likevel ser jeg samfunnsarbeid som en metode for å gi beboere mulighet til aktiv deltakelse og medvirkning, slik stortingsmelding nr 25, om mening, mestring og muligheter legger opp til.

Nøkkelord: kommunikasjon, samhandling, sosial støtte, sosial orden, hverdagsliv, myndiggjøring, deltakelse og innflytelse, sykehjemsbeboer, sykehjem

Abstract:

This master in community work is based on a hermeneutic approach with participating observations in a nursing home ward. The intention of this project is to gain knowledge on the every day social life in a nursing home. I've focused on the communication and interaction between the occupants, and on the conditions and barriers for their participation in daily tasks.

The background for this project is the lack of focus on the social life in nursing homes. There's been an extensive research on health and life quality issues for the inhabitants of nursing homes.

The intention of the study has been to gain knowledge on the occupant's own experiences, and to survey how they form alliances, from a community work point of view.

The findings are derived from the observations in the nursing home. My findings show that the ward occupants form small alliances, and are interested in keeping good relations to their co-occupants. It also shows that the conditions for participation in daily tasks don't necessarily exist.

The discussion revolves around whether there are grounds for community work in nursing homes. I see signs of fellowship between the occupants who find someone they get along with. I see community work can be an approach for to access active participation and involvement for the occupants, like the parliamentary report no. 25 arrange for.

Key words: communication, collaboration, interaction, social support, social order, every day life, empowerment, participation and influence, nursing home occupant, nursing home

Forord

Å gjennomføre en mastergradsoppgave har vært omfattende, men også veldig lærerikt. Det å studere det sosiale livet på sykehjem har vært noe jeg har interessert meg for over lang tid, og da jeg startet på masterstudiet i samfunnsarbeid høsten 2007, fikk jeg anledning til å undersøke dette fenomenet nærmere. Det har vært en lang prosess, og jeg hadde aldri klart å gjennomføre det uten god veiledning og støtte fra familie og venner underveis. Derfor er det mange som fortjener en takk.

Den største takken går til sykehjemmet som tok så godt i mot meg da jeg kom for å forske på det sosiale livet i en sykehjemsavdeling. Det gjelder både beboere, personalet og ledere ved sykehjemmet. Dere tok godt i mot meg og lot meg få lov til å ta del i deres hverdags- og arbeidsliv. Det er ikke lett å slippe andre og ukjente inn i den private sfære, og jeg håper at dere opplevde det som respektfullt og anerkjennende. Uten dere hadde det ikke blitt noe prosjekt. Takk til alle dere som tok så vel i mot meg.

Helge Folkestad som har vært min veileder i prosjektet skylder jeg stor takk. Det er mye takket være deg at jeg i dag er klar til å levere inn en ferdig oppgave. Det har vært mye frustrasjon underveis, men på et viss stadium løsnet det og jeg klarte å se et lys i tunnelen. Men det har vært en slitsom prosess, noe Helge har vært vitne til. Men du har vært en viktig pådriver for å få meg videre i prosjektet. Det har vært tider der jeg vært i villrede og lurt på hvilken veg jeg skal gå, men du har klart å veilede meg videre i riktig retning. Takk skal du ha for tålmodighet og innsikt.

Ellers vil jeg takke familie og venner, en spesiell takk til min søster Kari Thorkildsen, som har vært en viktig inspirator. Du har vist stor interesse og velvilje til å engasjere seg i prosjektet mitt, med faglige diskusjoner, nyttige innspill og generell støtte. Min datter, Ingvill Skjold Thorkildsen som har lest korrektur på den ferdige oppgaven har gjort en uvurderlig jobb for oppgavens ferdige produkt. Og selvsagt mine to sønner og min mann, som har vist tålmodighet med en travel kone og mor i hele 3 år, mens arbeidet med oppgaven har pågått.

TAKK

Ingrid Thorkildsen
Bergen, januar 2011

INNHALDSFORTEGNELSE:

1. INNLEDNING	s. 9
1.1. Min bakgrunn og forforståelse	s. 10
1.2. Tidligere forskning og teori	s. 11
1.2.1. Sykehjem – kort historikk	s. 13
1.2.2. Sykehjemsbeboer	s. 14
1.2.3. Sykehjemskultur	s. 16
1.3. Problemstilling	s. 17
2. SYKEHJEM OG SAMFUNNSARBEID	s. 18
2.1. Samfunnsarbeid	s. 18
2.2. Samfunnsarbeid i sykehjem?	s. 20
2.3. På hvilken måte?	s. 22
2.4. Mitt prosjekt og samfunnsarbeid	s. 23
3. METODISK TILNÆRMING	s. 25
3.1. Valg av forskningsmetode	s. 25
3.1.1. Deltagende observasjon	s. 25
3.1.2. Hermeneutisk tilnærming	s. 26
3.1.3. Fordeler/ulemper	s. 28
3.1.4. Metodekritikk	s. 29
3.2. Framgangsmåte	s. 30
3.2.1. Å komme inn i feltet	s. 31
3.2.2. Avdeling og beboere	s. 31
3.2.3. Forskerrollen	s. 32
3.2.4. Hva jeg gjorde	s. 32
3.2.5. Feltnotater	s. 33
3.3. Forskningsetiske refleksjoner	s. 34
3.4. Analyseprosessen	s. 35

4. PRESENTASJON AV FUNN - ANALYSE OG DRØFTING	s. 38
4.1. HVORDAN PRESENTERER BEBOERNE SEG FOR HVERANDRE?	
4.1.1. Hverdagsliv	s. 38
4.1.2. <i>"Vi visste alltid hvor vi kom fra"</i>	s. 39
4.1.3. <i>"Jeg har vært sjef..."</i>	s. 42
4.1.4. <i>"Før var jeg så aktiv"</i>	s. 44
4.1.5. <i>"Det er skitt å bli gammel og syk"</i>	s. 46
4.1.6. <i>"Det er vanskelig å bli fysisk syk"</i>	s. 48
4.1.7. <i>"Hvis jeg fikk velge ville jeg vært mer ute i frisk luft"</i>	s. 49
4.1.8. Oppsummering	s. 50
4.2. ROMLIG MØNSTER	
4.2.1. Hjem og arbeidsplass	s. 51
4.2.2. Den romlige utformingen av avdelingen	s. 52
4.2.3. <i>"Den endeløse gangen"</i>	s. 54
4.2.4. Det ubrukte rommet	s. 56
4.2.5. Fellesrommet	s. 56
4.2.6. <i>"Det er bra å ha sitt eget rom..."</i>	s. 58
4.2.7. Oppsummering	s. 60
4.3. TIDSMØNSTER	
4.3.1. Fast tidsmønster	s. 61
4.3.2. <i>"Ingenting å gjøre og det er så kjedelig"</i>	s. 61
4.3.3. <i>"Personalet kaver hele tiden"</i>	s. 64
4.3.4. <i>"Jeg burde vel gjort noe"</i>	s. 65
4.3.5. Oppfatning av tid	s. 67
4.3.6. Økt effektivitet og mindre ressurser	s. 68
4.3.7. Oppsummering	s. 69
4.4. SAMHANDLINGSMØNSTER	
4.4.1. Innledning	s. 70
4.4.2. Vi og de andre	s. 71
4.4.3. Felles eller bare sammen?	s. 72

4.4.4. Vennskap – mellom to klare damer	s. 73
4.4.5. <i>”Jeg er ikke helt med ... det er ikke jeg heller”</i>	s. 76
4.4.6. <i>”Vi er noen skikkelige kaffikjerringer”</i>	s. 78
4.4.7. Forhandlinger	s. 79
4.4.8. <i>”Sett deg ned å kos deg”</i>	s. 84
4.4.9. <i>”Vi har det godt her”</i>	s. 85
4.4.10. Sosial kontroll	s. 88
4.4.11. Oppsummering	s. 88
5. DRØFTING/AVSLUTNING	
5.1. Innledning	s. 89
5.2. Felleskap	s. 90
5.3. Deltakelse	s. 92
5.4. Myndiggjøring	s. 94
5.5. Er samfunnsarbeid mulig og ønskelig?	s. 94
5.6. Konklusjon	s. 96
6. REFERANSER	
7. VEDLEGG	
7.1. Informasjonsskriv (Vedlegg 1)	
7.2. Brev fra REK	
7.3. Brev fra NSD	

1. INNLEDNING

Eldreomsorg er et tema som mange er opptatt av, både politikere, media og vanlige borgere. I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006:15) står det at regjeringen legger vekt på kultur, aktivitet og trivsel som sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Regjeringen understreker kommunens plikt til å bidra til at også de som bor i sykehjem skal få mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det finnes mange studier av eldre generelt og sykehjemsbeboere spesielt. Mange har vært opptatt av de eldres helse og livskvalitet. Det er ikke mange som har hatt fokus på det sosiale livet i sykehjem. Jeg har avgrenset min studie til å gjelde kommunikasjon og samhandling i en sykehjemsavdeling, og hva som hemmer og fremmer sykehjemsbeboernes deltakelse i gjøremål. Denne oppgaven handler om det sosiale livet på en sykehjemsavdeling, sett i lys av samfunnsarbeid.

Samfunnsarbeid handler om deltagelse, men for å kunne delta må du ha ressurser, og betingelsene for å delta må være til stede. *Vil du bli brukt må du ta makt, og det er i førarsetet at alderdomen er nyttig*, skriver Jørgen Øydvin i diktet *Kva er alder?* Mange eldre, og kanskje spesielt de som bor i sykehjem, opplever å miste kontroll over livet. Det er ikke lenger noen som har bruk for dem, og kunnskapen de har ervervet gjennom livet er det ingen som viser interesse for. Mange eldre føler seg overflødige og savner å være del av fellesskapet når de blir eldre, sier Astrid Nøklebye Heiberg, professor i psykiatri og leder for Statens Seniorråd (Bøhle 2003:150). Vi gamle er en naturlig del av et fullstendig samfunn, og kan miste nysgjerrigheten og forventningene til det som skjer rundt oss, hvis ikke samfunnet forventer noe av oss, legger hun til.

Mye tyder på at antall personer over 80 år i Norge vil øke i fremtiden, og dermed behovet for sykehjemsplasser (SSB 2010). Mange har en antagelse at fremtidens eldre vil stille større krav til kvalitet, individualitet og selvbestemmelse og i større grad være kjent med sine rettigheter enn mange eldre gjør i dag (Bondevik 2000:103), (Stortingsmelding nr.25 2005-2006).

1. 1. Min bakgrunn og forforståelse

Som sykepleier har jeg jobbet i kommunehelsetjenesten i mange år. Vi hadde ansvar for å hjelpe og tilrettelegge for hjemmeboende eldre og syke som ikke kunne dekke sine grunnleggende behov selv. Min erfaring er at eldre som hadde fungert godt mentalt hjemme, ofte så ut til fallere når de på et tidspunkt måtte flytte i sykehjem. De siste par årene har jeg også besøkt en nær pårørende som bor i sykehjem. Hun bor i et nytt sykehjem og har det materielt bra, med eget rom og hjelp til daglige gjøremål. Jeg kommer som oftest på besøk i den tiden hvor de fleste beboerne oppholder seg i fellesrommene, i tiden mellom måltidene. Det som slår meg i mitt møte med sykehjemmet er en taus og passiv atmosfære i dagligstuen, beboerne sitter i en halvsirkel rundt et TV, og ingen snakker sammen.

Som sykepleier og nær pårørende til en sykehjemsbeboer har jeg mange tanker og forestillinger om hvordan livet er på et sykehjem. Jeg ser at min forforståelse kan være med å farge det blikk jeg tar med meg til feltet. Forforståelse er et nødvendig vilkår for at forståelse overhodet skal være mulig (Gilje and Grimen 1993:148). Når jeg betrakter de tause og passive sykehjemsbeboere, er det i lys av den bakgrunn jeg bringer inn i forståelsesprosessen.

Komponenter som inngår i min forforståelse er, i følge Gilje og Grimen: språk og begreper, trosoppfatning og individuelle personlige erfaringer. Begrepene er ”briller bak mine øyne”, å *se noe som noe*. (Gilje and Grimen 1993:140-149). Pleiere på sykehjemmet og jeg som forsker eller pårørende vil kunne ha forskjellige forståelseshorisonter, som gjør at vi ser ulike ting når vi ser på det ”samme”.

Trosoppfatningene inngår i forforståelsen og består av de ting jeg holder for sant om verden: om sykehjemmet, om beboerne og meg selv (Gilje and Grimen 1993).

Trosoppfatningene er medbestemmende for hva jeg (og personalet) tar for gitt, og hva vi finner problematisk. En pleier på sykehjem har kanskje en oppfatning at beboere er syke og ”mett av dage” og at de ikke ønsker å være aktive og deltakende, og det vil prege deres måte å behandle beboerne og deres oppfatning av dem.

Jeg tolker verden i lys av de erfaringer jeg selv har gjort som sykepleier i møte med eldre brukere, og i møte med en pårørende som er sykehjemsbeboer. Disse erfaringene gir meg eksempler på hvordan ting er og fungerer (Gilje and Grimen 1993:150). Min

forforståelse og teoretiske referanseramme kan også skape forventninger angående hvilke resultater jeg vil finne. Under innsamling av data, og bearbeiding og analyse av dem vil de hypotesene jeg har med meg bidra til å bestemme hvor jeg retter blikket og hva jeg vil få øye på. For å oppnå en dypere forståelse for forskningsarbeidet er det nødvendig at jeg prøver å bli bevisst hvem jeg selv er og hvilke begrensninger dette kan gi, og reflektere over det (Malterud 2003).

1.2. Tidligere forskning og teori

For noen år siden leste jeg Solveig Hauges (2004) doktoravhandling hvor hun beskriver de tause beboerne som sitter ved siden av hverandre i fellesrommene uten å veksle et eneste ord med hverandre. Det er ingen dialog mellom beboerne og samhandlingen blir skapt og vedlikeholdt av pleierne. Forlater pleierne fellesrommene stilner samtalen og det blir taust. Det kan minne om å være på en offentlig arena med ukjente folk (Hauge 2004:179-181). Det Hauge skriver opplevde jeg interessant og bekreftet mye av den erfaring som jeg selv hadde.

At beboere har så lite sosial samhandling synes jeg er ganske underlig når studier viser (Bjelland 1992:67-68) at en av faktorene som styrker fellesskapsutviklingen på aldershjem er at her er de eldre i et miljø hvor de møter mennesker på samme alder. Noe av det samme skriver Bondevik (2000) i en studie om eldre mennesker som bor på sykehjem. De eldste eldre opplever at samvær med jevnaldrende gir både mening og innhold i tilværelsen. Gode relasjoner til sine medbeboere er vesentlig for å trives i sykehjem, i følge Ådel Bergland (2006). Hva er det da som gjør at sykehjemsbeboere sitter ved siden av hverandre uten å prate sammen? Selv om dette er forskning fra noen år tilbake har jeg ingen grunnlag for å tro at dette har endret seg.

Sykehjemsbeboeren har ikke valgt sine medbeboere. Det er en form for tvungent samboerskap. Det de har til felles er at de er eldre og skrøpelige og trenger omfattende hjelp. Bjelland (1992:81) trekker fram at eldre trenger en viss grad av tilhørighet og likhet for å utvikle et fellesskap, og at høy alder ikke er nok. Det må være en sosial og kulturell homogenitet blant dem, i den forstand at de tillegger hverandre lik status og betrakter hverandre som likeverdige, med andre ord; *at de passer sammen* (ibid).

Bjelland beskriver også andre faktorer som er med å påvirke fellesskapsutviklingen i de aldershjem hun forsket. I tillegg til en viss grad av tilhørighet, tilknytning og identifikasjon til bomiljøet, var det vesentlig at beboerne hadde *steder å møtes* (fellesrom) og ikke minst *noe å møtes om* (Bjelland 1992:68). De eldre må ha noe å snakke om eller noen felles aktiviteter for å skape og utvikle fellesskap.

Solveig Hauge (2004:192-193) viser til en rekke tegn på at beboerne i sykehjem ønsker å delta i et fellesskap, og at fellesskapet synes å ha en dominerende plass i det daglige liv i sykehjemmet. Hver dag samler personalet beboere i dagligstuen til sosialt samvær. Mange beboere ønsker å opprettholde gode personlige relasjoner til sine medbeboere for å oppleve trivsel i sykehjemmet, men ikke alle beboere er i stand til å ivareta dette, og må ha hjelp fra personalet for å etablere positive og meningsfulle kontakter med andre. (Bergland 2006). Mye kan tyde på at i dagens sykehjem har pleierne så mange oppgaver at det i mange tilfeller er vanskelig å ivareta beboernes sosiale behov. Et spørsmål kan være om st. meld nr. 25 (2005-2006) som understreker plikten til å tilby daglige aktiviteter for alle, er umulig å innfri i sykehjem. Tradisjonelt er det heller ikke vektlagt blant pleiepersonell å ivareta beboernes sosiale integritet, til tross for at mange mener det er spesielt viktig i møte med eldre beboere (Kirkevold, Brodtkorb et al. 2008:96).

Et spørsmål er om det er mulig å bedre fellesskapet mellom beboere i fellesrommene. Et forslag fra Hauge (2004) er å omorganisere dagligstuen fra privat til offentlig rom. Hun hevder det ikke er nok å plassere beboere til sosialt fellesskap i samme rom. Det må skapes et fellesskap hvor aktivitet, helst basert på egen deltakelse, står i sentrum. En omorganisering av stuen fra en oppbevaringsplass for syke, gamle til et rom med aktiviteter og fellesskap i fokus, kan medvirke til at det ikke lenger blir naturlig at noen beboere sitter og sover i stuen (Hauge 2004).

Mange studier har konsentrert seg om helseaspektet, omsorg ved livets slutt, ernæring, etiske forhold, helsereelatert livskvalitet osv. Jorunn Drageset (2009) er ergoterapeut og har studert helsereelatert livskvalitet blant klare sykehjemsbeboere. Studien hennes viste at opplevelse av mestring hadde betydning for helsereelatert livskvalitet. Resultatene viser også at det å bli respektert og anerkjent har betydning for tiltakslyst og energi. Drageset skriver også at det er forsket lite på det sosiale aspektet i

sykehjem. Målet mitt var å få økt kunnskap om hvordan sykehjemsbeboere samhandler på sykehjem. Hvordan organiserer de sine liv ut fra en aktiv og meningsfylt tilværelse, sammen med sine medbeboere. Interessant er det også å få kunnskap om beboerne opplever et fellesskap med hverandre, eller om det er som Hauge beskriver; sykepleiere som opprettholder det sosiale livet i avdelingen.

1.2.1 Sykehjem – kort historikk

Tidligere var omsorgen for gamle og syke primært familiens ansvar. De som ikke hadde familie ble avhengig av fattigforsorgen. Først på midten av 1800 tallet kom det pleiehjem, som først og fremst var et slags oppbevaringssted for hjelpetrequende eldre. På 1960 tallet kom de første aldersinstitusjonene som gjorde det mulig for alle, også de som hadde nære omsorgspersoner i familien, å søke om plass (Nord, Eilertsen et al. 2005:119). Fra 1988 ble sykehjemmene en del av det kommunale helsetilbudet og underlagt kommunehelsetjenesteloven.

Sykehjem er en boform der deler av arealet er felles for alle beboerne. Det er felles husholdning og fast tilknyttet personale hele døgnet, og de fleste beboere har enerom og eget bad. I dag bor det rundt 40 000 mennesker i sykehjem (Stortingsmelding nr.25 2005-2006). Kriteriene er strenge og mange søkere må vente lenge for å få tildelt sykehjemsplass. Likevel lever forestillingen om at sykehjemmet er en oppbevaring, et siste sted før døden. En undersøkelse viser at eldre er mer redd for å komme på sykehjem enn å dø (Svaar and Risberg 2006). For andre kan det å bo på sykehjem representere trygghet og omsorg, og en beskyttelse mot den belastningen det er å bli pleietrengende eller syk i samfunnet (Garsjø 2008). Beboeren møter her pleiere som har kunnskap og interesse for syke og pleietrengende. I media presenteres med jevne mellomrom personer som opplever utrygge situasjoner i hjemmet og som står på venteliste til sykehjemsplass. Noen lever et liv i ensomhet og isolasjon før de kommer på sykehjem, og opplever sykehjemmet som et mye bedre alternativ enn å bo hjemme. Mange kan, selv om de har familie, oppleve at barn og barnebarn har begrenset tid og ressurser til å hjelpe dem når de bor hjemme. De som får plass kan derfor være glad for å ha kommet gjennom “nåløyet” og fått permanent plass.

Likevel vil det å flytte fra egen bolig for mange oppleves som en nedverdiggende prosess, og det å komme på institusjon som et nederlag. En degraderes av samfunnet

til hjelpeløshet (Garsjø 2008:32). Det er forbundet med nederlag fordi en i vår kultur setter "selvhjelpenhet som ideal", skriver Martinsen (1991; 2003). Å bestemme over seg selv står sterkt, og som bruker av helse- og sosialinstitusjoner vil en oppfatte seg selv som en som trenger og krever noe av andre. Det kan gi en følelse av avmakt, tap av verdighet, eller lavere sosial status enn dem som yter (ibid).

Solveig Hauges (2004) forskningen viser at sykehjemmet som hjem har nokså magre kår. Eneromsreformen er langt fra tilstrekkelig for å skape hjemlig tilhørighet. Fellesområdene har et slags offentlig eie som samtidig forsøkes praktisert som en hjemlig arena. Grensene mellom det private og det offentlige blir utydelige. Fellesskapet mellom beboerne er verken privat eller offentlig, eller det er begge deler på en gang. Poenget er at dagligstuen ikke entydig er privat eller offentlig rom (Hauge 2004:195).

Sykehjem som institusjon og hjem kan oppleves både positivt og negativt. Institusjonen kan tilfredsstillere beboeres behov for trygghet og dekke deres grunnleggende behov for hjelp til dagliglivets gjøremål. Men for noen kan grensene mellom privatliv og fellesskapets interesser oppleves konfliktfylt (Garsjø 2008:51). Mange kan også oppleve ensomhet og mistrives på institusjon pga savnet av et ordinært liv sammen med familien. Institusjonens rutiner kan oppleves ensformig og forutsigbare og det kan også oppleves frustrerende å måtte forholde seg til en mengde forskjellige ansatte (Garsjø 2008:53).

1.2.2. Sykehjemsbeboeren

Antall eldre over 67 år vil mer enn doble seg fram mot 2060 viser tall fra SSB (2010). Med andre ord vil vi få en betydelig eldre befolkning i fremtiden, selv om det er knyttet stor usikkerhet til tallene, fordi det avhenger av dødelighetsutviklingen og den framtidige innvandringen. Synet på hvem som er *eldre* vil også forandre seg over tid. Tidligere gjorde hardt fysisk arbeid, fattigdom og underernæring flere mer mottakelig for sykdommer og slitasjeskader, som igjen bidro til tidlig aldring. Dette har endret seg, og mange undersøkelser viser at de fleste unge gamle (fra 67-79 år) er friske og i god form. Større plager har de over 80, og det er også i denne aldersgruppen vi finner de fleste sykehjemsbeboerne (Statistisk sentralbyrå SSB 2010). Med økende alder vil

mange oppleve nedsatt funksjonsevne, som bevegelsesvansker, svekket syn og hørsel (ibid). Dette kan føre til at mange eldre opplever at de har begrensninger i dagliglivet som gjør dem funksjonshemmet. Mange av dem blir så hjelpetrengende at de på et tidspunkt ser seg tvunget til å flytte til sykehjem.

En kan stille seg spørsmålet om en sykehjemsbeboer er funksjonshemmet, eller bare gammel? Hvis vi velger å se det fra Per Solvangs administrative perspektiv (2000:16) kan veldig gamle mennesker betraktes som funksjonshemmet, fordi de, i likhet med funksjonshemmede har *fysiske og mentale begrensninger, som gjør dem avhengige av omsorg fra både familie og velferdsstat*. Det brukes imidlertid mange ulike definisjoner på funksjonshemming. Noen definerer funksjonshemming ut fra kroppens funksjon (medisinsk perspektiv), andre tar utgangspunkt i samfunnets barrierer og holdninger (sosial modell) og atter andre kan ha fokus på hvordan mennesker opplever sin situasjon (individuell perspektiv). De tradisjonelle sykehjem i Norge har vært, og er fremdeles preget av et perspektiv hvor sykepleieren retter blikket mot beboernes kroppslige defekt, at de er hjelpeløse og har behov for behandling og pleie (medisinsk perspektiv). Løsningen er hjelpetiltak som langtidsplass i sykehjem, tilpasset hjelpemidler som kompenserer for defekten og pleie fra utdannede sykepleiere som er eksperter på området. Beboeren er ikke en aktiv aktør, men en passiv mottaker av hjelp. Beboeren forplikter seg til å samarbeide med legen og må akseptere sykerollen (Grue 2006:17). Et spørsmål er om beboeren er syk og har dårlig helse? Sant nok har sykehjemsbeboeren økt risiko for sykdommer pga høy alder, og det er nødvendig at legen og sykepleieren har et medisinsk blikk på kroppens funksjon. Dette for å kunne gjenkjenne symptomer og gi riktig behandling på en eventuell medisinsk diagnose, som for eksempel urinveisinfeksjon. Men mange eldre kan hevde at de har god helse selv om de er hjelpetrengende. Undersøkelser (Fugelli and Ingstad 2009) viser at eldre vurderer helsen sin ut fra andre forventninger enn yngre. De kan tåle sykdom og avvik og likevel oppleve god helse. For enkelte kan sykdommer og plager veies opp av andre positive verdier i helseregnskapet: godt humør, noen å være glad i osv. Å bli gammel er en normal prosess, og undersøkelsen viser at folk er tilpasningsdyktige, og godtar livet innenfor rammen av det mulige (ibid).

I følge Grue (2006:6-7) vil perspektivet vi velger å innta påvirke de vurderinger vi tar og det vi gjør for den enkelte funksjonshemmede/eldre. Dette kan igjen være

bestemmende for hvilket liv den funksjonshemmede eldre kan leve. Et perspektiv kan beskrives som en posisjon hvor vi betrakter noe og som vi siden velger å innta og se det fra (Danermark 2005:5). Det er flere faktorer som avgjør hvilken posisjon vi som betrakter sykehjemsbeboeren, inntar. Med våre ulike erfaringer, kunnskap og ståsted betrakter vi beboeren. Dette påvirker hva vi ser og hvordan vi ser på det vi ser. Beboerne har likhetstrekk, men er likevel like forskjellige som andre mennesker. Selv om de alle har en høy alder, nedsatt funksjonsnivå (fysisk og/eller mentalt) og behov for hjelp til daglige gjøremål, er de forskjellige og har ulike behov. De kan være optimistiske, aktive, positive beboere og/eller deprimerte, følsomme, negative beboere. De kan komme fra ulike sosiale lag, ha ulik oppvekstbakgrunn, fra by eller land, ha høy status og lav status. Det er stor grad av ulike mennesker som må bo sammen, ofte over lang tid og ganske tett på hverandre. Det å bli satt i samme bås som ”de andre” kan oppleves både truende og sårt. Vi har alle våre unike livshistorier, og vil oppfattes som enkeltindivider.

Det er store kontraster mellom beboere og personalets liv. Personalet oppholder seg på avdelingen kun de timene vekten varer, ellers er de utenfor og får andre impulser. Ådel Bergland (2006) viser i sin studie om *trivsel i sykehjem*, at det gir mening å ha godt forhold til personalet som tilhører verden utenfor. Når pleiere forteller om det de gjør utenom vaktene får beboere ta del i det livet som leves utenfor sykehjemmet, og de får nye impulser fra andre miljø, og en verden de kjenner.

1.2.3. Sykehjemskultur

Sykehjemmet er både et hjem og en arbeidsplass. Sykdom krever pleie av syke som igjen krever pleiepersonell (Hamran 1991:9). Men sykehjem skal også være et hjem, og derfor må pleiere også ha andre kvalifikasjoner enn å pleie. I stortingsmelding nr 25 (2005-2006) om *mestring, muligheter og mening* vises det til en rekke undersøkelser som tyder på at det er på det *sosiale og kulturelle området* dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort.

De som jobber i sykehjem preger kulturen. Normer og verdier er nedfelt i kulturen og gir faste og stabile mønstre. Når vi da vet at det er overvekt av kvinner som jobber på sykehjem, vil det prege kulturen. Få nyutdannede sykepleiere vil jobbe på sykehjem,

viser en undersøkelse studentorganisasjonen til Norsk sykepleierforbund har utført blant fjorårets avgangsstudenter ved landets sykepleierutdanninger (Andersen 2010). I Dagbladet (Thorenfeldt 2009) refereres det til en annen undersøkelse av sykepleierforbundet som viser at et stort antall av de som jobber på sykehjem er ufaglærte. I en avisartikkel i Dagsavisen leste jeg om mannlige pleiere som reagerte på den kvinnelige pleiekulturen, som de kaller ”husmorkultur” (Hanssen 2009). De mente kulturen var preget av kvinner som hadde vært hjemmeværende i mange år, som så begynte å jobbe på sykehjem, ofte i deltidstillinger for å kombinere arbeidsliv og omsorg for små barn. De ville ha system og orden, mens de mannlige pleierne ville bruke mer tid på snakke med de eldre og syke. Studentleder i NSF Bård Nylund forteller til Dagsavisen (Hanssen 2009), at han ikke orker å jobbe *sammen med damer som er mer opptatt av å lage fine dekorasjoner og henge opp gardiner*. Det oppstår konflikter med de mannlige pleiere om ulike verdier, og mange menn forlater arbeidsplassen fordi de ikke går overens med de kvinnelige pleiere (Svare 2009).

1.3. Problemstilling

På bakgrunn av det jeg selv har erfart og den litteraturen jeg har lest om emnet ønsket jeg å få utvidet min kunnskap om hva som skjer i den sosiale samhandlingen mellom beboere i et sykehjem. Jeg ønsket å undersøke hvordan hverdagen i en sykehjemsavdeling blir organisert, og hvordan beboerne kommuniserer og samhandler med hverandre.

Tema er: Det sosiale livet

Spørsmålene jeg vil svare på:

- Hva preger kommunikasjon og samhandling i en sykehjemsavdeling?
- Hvordan dannes grupper, allianser og fellesskap?
- Hva er betingelser og barrierer for deltagelse?

2. SYKEHJEM OG SAMFUNNSARBEID

2.1 Samfunnsarbeid

Alan Twelvetrees (2002:93) definerer samfunnsarbeid i sin enkleste form, som:

” the process of assisting people to improve their own communities by undertaking collective action ”. Samfunnsarbeid handler om å assistere folk til kollektiv handling.

Samfunnsarbeiderens rolle er å legge til rette for at grupper skal kunne hente fram sine egne ressurser for å bedre sine levekår. Gruppen må bevisstgjøres og få utviklet sin kompetanse til selv å handle i fellesskap for å endre sin situasjon. Spørsmålet en da kan stille seg er om det er realistisk å forvente at eldre, syke sykehjemsbeboere vil kunne ta initiativ til å handle i fellesskap? Solveig Hauge (2004) skriver i sin doktoravhandling at sykehjemsbeboere ikke opplever fellesskapsfølelse med de andre beboerne. Jeg vil her prøve å drøfte om samfunnsarbeid kan være en metode for å oppnå fellesskapsfølelse for beboere på sykehjem?

Om samfunnsarbeid er kollektiv handling, må det finnes et ”kollektiv”, noe som er mer enn tilfeldig ansamling av enkeltindivider. Sykehjem er et fellesskap som er etablert for et bestemt formål. Her er samlet en gruppe mennesker som har til felles at de har behov for døgnkontinuerlig hjelp fra helsepersonell. Det er tilfeldig hvem de bor sammen med, men de har noe felles. De bor på samme avdeling, deler på de samme ressursene, spiser måltidene sammen, men det lager ikke nødvendigvis handlingsfellesskap der alle vil være med (Album 1996:68). Det er som beboere de er sammen, og om beboerne opplever et fellesskap eller ikke, kan nok variere. Fellesskap kan defineres på ulike måter, og jeg har valgt å definere det som: *en gruppe personer med felles interesse og identitet som gruppe* (Minkler 2005:84). Noen kan oppleve fellesskap, mens andre vil være for syk/svekket, kanskje sengeliggende og oppholder seg på rommet sitt hele døgnet, eller ha behov for å være alene eller sammen med mennesker de får besøk av.

Twelvetrees (2002:8) beskriver samfunnsarbeid som ett sett av verdier, og et sett av teknikker, ferdigheter og metoder som er knyttet til disse verdiene. Dette gjelder verdier som rettferdighet, respekt, empowering og ”getting a better deal” for de som opplever seg undertrykte. Twelvetrees viser til eksempler på samfunnsarbeid i grupper

med omfattende pleiebehov, deriblant eldre, som har resultert i empowerment og et kvalitativt bedre liv for de involverte (ibid:133). For å få dette til, må en etablere et godt forhold til de berørte (undertrykte), for å forstå deres måte å oppleve verden på, og finne måter å hjelpe dem til å hjelpe seg selv, uten å gjøre ting for dem (ibid:8).

Noen vil kanskje spørre om sykehjemsbeboere er undertrykte? Jeg mener at det finnes tegn på at så er tilfelle. Freire (1999:10) beskriver en ”tause kultur” blant de fattige i Brasil, hvor mennesker blir holdt fastlåst i en undertrykkende situasjon, der det ikke finnes muligheter til å forbedre eller forandre hverdagen. Jeg vil trekke en parallell til den ”tause kulturen” som Hauge (2004) beskriver i sin studie fra sykehjem i Norge. Sykehjemsbeboere lever i en situasjon som de har liten mulighet til å påvirke eller forandre, fordi sykehjemmets struktur og organisering er fastsatt og bestemt av andre enn beboerne. De faste rutinene på avdelingen med måltid og aktiviteter på bestemte tider, fastlagt og tilpasset ut fra personalets turnus, vaktplan og ressurser, gjør at beboere vanskelig kan bestemme seg for individuelle og spontane gjøremål eller aktiviteter dersom de skulle ønske det. Det er også vanskelig å gi individuell omsorg fordi rutinene er slik at mange skal ha hjelp samtidig. Selv om det er nedfelt i Forskrift for sykehjem(1988) at alle skal få stå opp og legge seg når de vil, er rutinene på de fleste sykehjem at alle beboere skal være oppe til frokost kl. 9-9.30, noe som gjør at de få pleiere som er på jobb har lite tid til hver enkelt beboer (Nautvik 2008:7). At beboere er tause er ikke i seg selv et bevis på at de er undertrykket, men i følge Ledwith (2005:62) er stemmen et uttrykk for selvfølelse og er festet i troen på at det vi har å si er relevant og verdifullt. Hvis vi ikke blir hørt eller lyttet til i respekt, vil våre stemmer stilne.

Hvis det er tilfelle at beboere opplever at de ikke har innflytelse og mulighet for å styre sine egne liv, vil de, over tid ta inn over seg en oppfatning av seg selv som mindreverdige. De vil komme i avmaktsituasjoner (Hutchinson 1999:66). De kan oppleve at de ikke har noe de skulle ha sagt, og derfor vil de heller ikke ytre ønske om sine behov. Individuer som kommer i avmaktssituasjoner opplever passivitet, hjelpeløshet og mangel på innsats for endring (Freire and Nordland 1999). Hutchinson (2003:70) mener at samfunnsarbeid er en arbeidsmåte som kan ta opp kampen for å endre problemskapende forhold på kollektivt nivå.

Når kjernefenomenene i samfunnsarbeid er vilkår for sosial deltakelse (Sudmann and Henriksbø 2009) så kan det være et poeng å fokusere på hvilke vilkår sykehjemsbeboere har for sosial deltakelse. Rettighetene for medbestemmelse skal være sikret gjennom Pasientrettighetslov (1999) og Forskrift for sykehjem (1988), men da vil det også være vesentlig at det er tilrettelagt for at noen kan innfri rettighetene, både med hensyn til ressurser (tid) og kompetanse (kunnskap). Pleiere har makt og er de som tar de store avgjørelsene. Når beboeren handler til sitt eget beste, eller når handlingene går utover fellesskapet, og dermed de andre beboerne, så griper pleiere inn. For selvbestemmelsesretten gjelder bare så lenge beboeren handler til sitt eget og fellesskapets beste. Hva som til enhver tid er det beste, bestemmer pleierne. Reel brukermedvirkning handler om makt, så enten må de som har makten i dag, overføre noe av den reelt til beboerne, og da på bekostning av dem som har den i dag, eller så må beboerne kjempe fram en større innflytelse (Minkler 2005:35) (Askheim, Starrin et al. 2007:40).

2.2. Samfunnsarbeid i sykehjem

Sykepleier Thyra Frank ble i 2004 intervjuet av NRK Puls (Moen and Holthe 2004). Hun fortalte om hvordan hun hadde startet opp sykehjemmet *Lotta* i Danmark med det grunnprinsipp at dette skulle være beboernes hjem. Beboernes behov og ønsker skulle være rettesnor for arbeidet, ikke rutiner eller turnus på sykehjemmet. Beboerne ble oppfordret til å være aktive og definere sine behov, bruke sine ressurser og sette egne mål. Frank og hennes stab assisterte beboerne til å utnytte ressursene for å nå sine mål. Slik jeg vurderer det ble beboerne myndiggjort gjennom den måten Frank arbeidet på. Det var ikke sykepleiere, eller sykehjemmets struktur og kultur som bestemte hvordan beboerne skulle leve. Det var beboerne som bestemte når de ville stå opp, gå tur, dusje, spise, menyen, eller om de ville ta seg en øl osv. Frank gir uttrykk for dyp respekt for beboernes egne ønsker og deres frihet til å nyte livet. Maktforholdet mellom sykepleiere og beboere ble endret og dette resulterte i at pleiernes turnus måtte legges om og tilrettelegges ut fra det som passet beboere best. Jeg vurderer det slik at Thyra Frank brukte samfunnsarbeid i sitt arbeid for å myndiggjøre beboere, og for å gi dem bedre livskvalitet.

Mange i Norge har en oppfatning om at sykehjemsbeboere er ute av stand til å ta vare på seg selv, pga sykdom og svekkelser og at de, i en slik posisjon er avhengig av at andre tar avgjørelser for dem. Det er jo også et vilkår for å få sykehjems plass at personen er ute av stand til å klare seg selv i eget hjem. De vil hevde at de fleste som bor på sykehjem i dag er så syke eller svekket av alderdom at de har mer enn nok med seg selv og at de ikke er interessert i fellesskap. I Hauges (2004) studie kom det fram at beboerne i avdelingen opplevde det sosiale fellesskapet som et slags tvangsfellesskap. De ønsket ikke kontakt med sine medbeboere, og de beboere som var mobile, enten de kunne gå selv eller trille sin egen rullestol, forlot fellesområdene så snart måltidene var over.

Sykehjemsbeboere er syke og hjelpetrequende, men det er likevel noen som velger å se på dem som; ”*creative, kompetente og handlende aktører som selv kan bedre sine muligheter for sosial deltakelse og endre sine livsbetingelser*”. (Sudmann and Henriksbø 2009). Slik oppfatter jeg at Thyra Frank og pleierne ser på beboerne som bor på Lotta pleiehjem. Men at beboere er svært ulike, både med hensyn til alder, forutsetninger, kunnskap og evne vil selvsagt gjøre at det varierer i hvilken grad (og på hvilken måte) den enkelte beboerne kan delta. Thyra Frank og pleierne på Lotta pleiehjem hadde tro på beboere og deres ressurser til selv å delta på avgjørelser som gjaldt dem selv. For å få det til måtte de tilrettelegge betingelser og muligheter for deltagelse i gjøremål. Dette handler om å se på beboere som frie og selvstendige mennesker og la dem få være subjekt i eget liv (Freire and Nordland 1999:12). Blir beboerne behandlet som selvstendige mennesker og det forventes at de tar egne valg, så vil personalet i større grad se beboerne som personer, som hvem de er og ikke minst hvem de har vært. Først da vil beboere tre fram som individuelle personer.

Samfunnsarbeid i sykehjem vil by på mange utfordringer og Twelvetrees (2002:113) stiller spørsmål om arbeid med svært hjelpetrequende mennesker, kan kalles samfunnsarbeid. Samtidig skriver han at hvis samfunnsarbeid har med myndiggjøring av vanskeligstilte mennesker å gjøre, vil det være et viktig bidrag i omsorgsarbeidet med grupper av hjelpetrequende i samfunnet (ibid:132). En av tilnærmingene han presenterer er ansikt-til-ansikt arbeid, hvor en gir tid til å høre på hva de involverte forteller om sine behov.(ibid:113). Twelvetrees kaller dem som jobber med dette for *specialist community worker*.

2.3. På hvilken måte?

Samfunnsarbeid må begynne der folk er, skriver Twelvetrees (2002:8). Det må starte med beboernes behov, og når de selv ønsker det, ellers er det lett for at prosjektet mislykkes, fordi beboerne ikke identifiserer seg med prosjektet. Effektiv samfunnsarbeid kan bare skje hvis beboerne tar ansvar for sine handlinger.

Twelvetrees (ibid:8) påpeker at samfunnsarbeid med dette utgangspunktet, kan være vanskelig. Jeg kan enten vente til beboere selv er klar til å "eie" prosjektet (dvs det jeg mener de bør gjøre) eller velge å ta en *social planning role*. Faren vil her være at det jeg ønsker å gjøre, kanskje er helt forskjellige fra hva beboerne ønsker. Det å starte en bevisstgjøring blant beboere, trenger heller ikke medføre at de straks ønsker å gjøre noe. Faren ved å begynne før beboerne er rede til å "eie" det samfunnsarbeideren tenker de skal gjøre, er å bli så entusiastisk på det jeg skal få til, på vegne av beboerne, mens beboerne ikke deler min entusiasme (ibid:8-9). Som eksempel kan jeg trekke fram at jeg tror beboere skal kunne utvikle et fellesskap, mens beboerne ikke er interessert i fellesskap fordi de ikke trives med hverandre. Som nevnt vil samfunnsarbeid i sykehjem by på mange utfordringer, og vil være en langsiktig prosess. Det kreves nøye planlegging og god tid dersom det skal bli effektivt samfunnsarbeid (ibid:134).

For å komme ut av sin "tause" og undertrykkende situasjon må sykehjemsbeboerne oppmuntres til dialog, refleksjon og handling, og utvikle sin evne til kritisk tenkning ved det Freire kaller for frigjørende pedagogikk. Det går ut på "å utvikle evnen til å oppfatte den måten de eksisterer på i verden, og se verden som en virkelighet i forandring, og ikke som en statisk virkelighet" (Freire and Nordland 1999:67). Livet er ikke en gitt realitet som en må godta og tilpasse seg, det er en oppgave enhver må ta på seg. Den første oppgaven er å bli bevisst seg selv og sin hverdag (ibid:12). For å oppnå dette må det stilles kritiske spørsmål og gi rom for refleksjoner over hvordan det er å bo i sykehjemmet, hvilken innflytelse beboerne har over gjøremål og hvem som bestemmer på sykehjemmet i dag?

2.4. Mitt prosjekt og samfunnsarbeid

Som Twelvetrees påpeker er samfunnsarbeid en langsiktig prosess, med nøye planlegging og hvor man starter der folk er. Praktisk samfunnsarbeid er å forebygge eller snu negative sosiale prosesser, på lokalt nivå, i samspill med medlemmer i det fellesskapet eller nærmiljø det gjelder (Twelvetrees 2002). Å forstå de prosesser som foregår mellom beboere og pleiere på sykehjem og hvordan disse prosessene bidrar til innflytelse over beboernes eget liv vil stå sentralt i mitt samfunnsarbeid. I denne sammenheng vil det være relevant å se nærmere på (den sosiale orden) samhandlingen og kommunikasjonen som skjer, beboernes rolle i avdelingen, og hvilken betydning det har for enkelte beboeres opplevelse av deltakelse. I følge Ledwith (2005:63) bør prosjektet starte med å lytte, verdsette og forstå beboerne, men også å analysere på hvilken måte erfaringene deres henger sammen med maktstrukturene i sykehjemmet og hvordan det får betydning for deres liv.

“The beginning of the process of community development lies in listening, valuing and understanding people’s particular experiences. It also involves analysing how these experiences are linked to the forces of power that are embedded in the structures of society, and understanding how these forces reach into communities to impact on personal lives. (Ledwith 2005:63)

Jeg ønsket å lytte til det beboerne fortalte, finne ”deres stemmer”. Jeg ønsket å finne ut hva de var opptatt av, hva de snakket om, og hvordan de opplevde å bo på sykehjem? I møtet ønsket jeg at beboerne skulle legge fram sine synspunkter og tanker, mens jeg lyttet. Når jeg lytter uten å avbryte gir beboere en maktposisjon. Det er ikke jeg som vet mest og best, men i dialog vil begge lære av hverandre (Askheim and Starrin 2007). Jeg var opptatt av at beboerne ikke skulle bli ”*fromme tilhørere, men kritisk med-undersøkere i dialog*” (Freire and Nordland 1999:64). På denne måte vil det kunne utvikle seg et samarbeid hvor beboere har mulighet til å utvikle sin evne til å oppfatte kritisk den måten de eksisterer på i sykehjemsverden. Dette er en utfordrende oppgave, som krever gode kommunikasjonsevner. I følge Twelvetrees vil en utfordring være å få informasjon om deres behov og ikke om alt annet som de ønsker å fortelle. Jeg så det som viktig å gi beboere mulighet til å snakke om det de ønsket. Det var grunnleggende viktig for meg at jeg fikk bygget opp en god relasjon og at beboerne fikk tillit til meg. Å bygge relasjoner tar tid, men er ikke desto viktigere i det videre

arbeidet. Slik jeg forstår Ledwith (2005:63) mener hun at grunnlaget for dialog er å prøve å lytte med hjertet, og at å gi stemme til de forstummedes stemmer er begynnelsen på frigjørende praksis.

Min rolle som samfunnsarbeider var å starte med det Twelvetrees (2008:113) kaller *ansikt til ansikt* arbeid, for å lytte til det de forteller om sine behov. Denne tilnærmingen krever tid, men er en viktig del av veien mot å etablere et godt forhold til beboere. Når jeg hadde samtaler med beboerne i fellesrommene var jeg ute etter å høre deres stemmer, individuelt og kollektivt og gi dem mulighet for å fortelle sine historier. Hensikten var å gjøre beboere til samtalepartnere og utvikle et godt samarbeid med dem. En forutsetning for å få til et kollektiv endring, vil være at beboerne har fått anledning til, på forhånd å utvikle kritisk refleksjon slik at de blir mer bevisst sin situasjon (Askheim, Starrin et al. 2007:166).

Samfunnsarbeideres rolle er å tilrettelegge for spørsmål som hjelper folk til å lage kritisk sammenheng mellom deres liv og strukturen som samfunnet har skapt (Ledwith and Campling 2005:31). Den enkle handling å lytte til folks historier, og respektfullt gi ens fulle oppmerksomhet, er en handling av personlig empowerment (ibid:63). Når jeg lyttet til det beboeren fortalte, var det viktig for meg å vie hele min oppmerksomhet til denne/disse personene. Jeg prøvde å snakke med vennlig og åpent sinn og aktivt prøve å forstå det de fortalte meg (ibid:32). Det er viktig at samfunnsarbeideren kan lytte og observere. Det er ikke bare å høre på det personen sier, men også å forstå hva som kan være implisitt. Å lytte er en kunst for å kunne registrere også det eksplisitte og implisitte i personens uttrykk (Twelvetrees 2002:15).

Det var den sosial samhandlingen blant beboere på sykehjem jeg var opptatt av å studere. For å undersøke dette fenomenet har jeg vært opptatt av hva beboernes snakker om, deres atferd og deres tenkemåte (metodologisk individualisme), og se det i sammenheng med de handlingsbetingelser de sosiale strukturene sykehjemmet gir og tar (metodologisk kollektivism) (Grimen 2004). Dette omtales også som *metodologisk relasjonisme* (Sudmann and Henriksbø 2009).

3. METODISK TILNÆRMING

3.1. Valg av forskningsmetode

Ved valg av metode er det viktig å ta utgangspunkt i problemstillingen. Jeg har valgt kvalitativ tilnærming som kan gi innsikt i og forståelse for andre menneskers liv og som er rettet mot å forstå virkeligheten slik den oppfattes av de personene som jeg studerer (Ringdal 2007:113). Materialet mitt består av tekst som representerer samtaler og observasjoner. Målet var å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik de oppleves for de involverte selv, innen deres naturlige sammenheng. Jeg som forsker er en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen (Malterud 2003:31).

3.1.1. Deltagende observasjon

For å finne ut hvordan det er å bo i sykehjem, hvilket mønster av tid, rom og samhandling som fant sted på dette aktuelle sykehjemmet valgte jeg deltagende observasjon. Jeg var interessert i relasjoner og situasjoner, og ikke nødvendigvis individene. Begrepet deltagende observasjon brukes ofte synonymt med feltarbeid, og en kan velge å se det som en skala fra kun å observere til kun å delta, skriver Fangen (2004:29). Jeg ville delta i samtaler og daglige aktiviteter, men ikke gå inn i praktiske gjøremål som for eksempel stell og matlaging. Ved ren observasjon, som innebærer å stå utenfor og kikke inn på deltakernes samhandling og gjøremål, sto jeg i fare for å ikke få innsikt i beboernes erfaringer. Ved full deltagelse, som ville innebære å delta i alle gjøremål knyttet til beboernes dagligliv, som stell, matlaging, toalettbesøk, var det fare for å bli så involvert at jeg ikke fikk den nødvendige analytiske distanse. Jeg ville prøve å være åpen for det som skjedde i fellesrommene, og beveget meg mellom større eller mindre grad av deltaking i observasjonene.

I tillegg til observasjonsnotater, har jeg også notater fra samtaler med beboere. Å være deltakende observatør er også å intervju, men spørring skjer uformelt, skriver Album (1996:236). En del av det som foregikk i avdelingen var vanskelig å få tak i uten å høre det fra beboerne, som for eksempel beboernes opplevelser av å være beboer, hvordan de opplevde sine medbeboere, hva de var opptatt av osv. Jeg tok ingen strukturerte intervjuer, men hadde mange uformelle samtaler, både i grupper og med

beboere alene. I samtalene fikk jeg mye informasjon, og det nærmeste man kan komme forståelsen av et annet menneske er gjennom samtalen – ansikt til ansikt, i følge Lomheim (2007:27).

Det var kunnskap om hva som preger kommunikasjonen og samhandlingen i sykehjemmets fellesrom jeg ville studere. Jeg måtte tolke meningen av dette fenomenet, og i følge Gilje og Grimen (1993:143) brukes begrepet mening både om menneskelige aktiviteter, resultatene av menneskelige aktiviteter og også betingelsene for aktivitetene (som normer, regler og de situasjoner aktiviteter utføres i).

Karakteristisk for meningsfulle fenomener er at de må *fortolkes* for å kunne forstås.

3.1.2. Hermeneutisk tilnærming

Jeg brukte en hermeneutisk tilnærming i min studie. Hermeneutikk kommer av gresk og betyr fortolkningskunst (Gilje and Grimen 1993:143). Når jeg skal fortolke det beboerne forteller meg og hvordan de forholder seg til hverandre, må jeg stadig bevege meg mellom min egen forforståelse, beboernes forståelse og den sammenhengen det fortolkes i. Alle delene avhenger av hverandre og jeg må stadig se det i sammenheng når jeg tolker. Dette kaller Gilje og Grimen (1993:153) for den hermeneutiske sirkel. Fortolkning er noe vi som sosiale aktører må gjøre for å kunne samhandle med andre sosiale aktører. Hermeneutikken er relevant for meg fordi datamaterialet består av meningsfulle fenomener som handlinger, muntlige ytringer og mye av det jeg prøver å forklare er atferdsmønstre, normer og regler, verdier og forventningsmønstre (ibid:144).

Beboerne fortalte sine historier, og jeg måtte omsette det i et vitenskapelig språk. Dette beskriver Gilje og Grimen (1993:146) som dobbel hermeneutikk. Jeg måtte forholde meg til verden som allerede var fortolket av beboerne og kunne derfor ikke se bort fra beboernes beskrivelser og oppfatninger av seg selv og slik de oppfattet sin situasjon. På den andre siden måtte jeg rekonstruere beboernes fortolkning innenfor et vitenskapelig språk, ved hjelp av teoretiske begreper. Den amerikanske sosialantropolog Clifford Geertz referert i Gilje og Grimen (1993:146) skiller også mellom begreper og uttrykk som informanten bruker for å beskrive det han selv ser, forestiller seg og opplever (erfaringsnære begreper), og de teoretiske begrepene

forskeren bruker i sin forskning (erfaringsfjerne). Jeg måtte omsette beboernes språk og begreper til et vitenskapelig språk. En deltagende observatør må både delta i livet til dem han studerer og være tilskuer til det. På den ene siden er beboernes egne begreper og forklaringer mine viktigste kilder til innsikt, og på den andre siden kan de være begrensede, feilaktige eller uttrykk for illusjoner og maktforhold, i følge Grimen (2004:308). Derfor måtte jeg ha et bevisst og kritisk blikk når beboernes fortellinger og begreper skulle analyseres.

Jeg prøvde å følge Fangens (2004:107-109) råd med å gli naturlig inn i miljøet og delta i den dagligdagse samhandlingen ved å småprate og følge beboernes sosiale regler som gjaldt i avdelingen. Samtidig ville jeg ikke være en av personale med de oppgaver som de hadde. Jeg anstrengte meg for å være en behagelig, interessert samtalepartner, som lyttet og fulgte opp ting som ble sagt, og som deltok i den sosiale samhandlingen slik situasjonen tilsa.

3.1.3. Fordeler/ulemper

Deltagende observasjon er en metode som sikrer høy grad av validitet fordi forskningen virkelig måler det den skal måle (Fangen 2004:196). Den har også en styrke ved at jeg kan få tilgang til de levde erfaringene og beboernes fortolkning av dem og at erfaringer jeg får kan sikre bedre forståelse og fortolkning av det jeg studerer. Som deltagende observatør engasjerte jeg meg i beboerne, og deltok i samhandlingen og samtalene med dem. For å få troverdige data må forskeren selv delta, hevder Fangen (2004:30), og feltarbeid ga meg førstehånd erfaringer og var med på å bedre min forståelse og fortolkning av det som skjedde i sykehjemmets fellesrom. Refleksjon og selvransakelse er viktige sider ved et feltarbeid. Mine inntrykk og følelser kunne brukes som del av datamaterialet. Ved å delta i dagliglivet til de menneskene jeg studerte, kunne jeg se hvilke situasjoner beboerne gikk inn i og hvordan de oppførte seg i dem. Ved å samtale med dem kunne jeg oppdage deres fortolkning av de hendelsene jeg selv observerte (ibid).

Det er lett for å lete etter det som bekrefter det jeg kjenner til, dvs en slags ”hjemmeblindhet”. Jeg har jobbet i eldreomsorgen i mange år og har vært besøkende på sykehjem, og har min oppmerksomhet på det jeg allerede vet. Min kjennskap til

feltet kan hindre meg i å se nye ting, ved at jeg bare leter etter det jeg allerede vet. En fare var at jeg allerede hadde tatt stilling til hva jeg ville finne av resultater og kun lete etter bekreftelse på det. Derfor måtte jeg ta dette opp til kritisk vurdering underveis, og har i både mine observasjoner og i analysen prøvd å redusere fellene. Jeg prøvde å være bevisst på normative antagelser, det vil si at jeg på forhånd hadde bestemt meg for hva som var bra og dårlig. Forskningen handler ikke om å finne fordeler eller ulemper, eller om ting er bra eller dårlig, men mer på hva som skjer i feltet (Söder 2005:90-95). Deltagende observasjon har sine fordeler, men også sine ulemper. For eksempel merket jeg i noen samtaler at jeg ble veldig ivrig, og hadde problemer med å holde meg i bakgrunnen. Dessuten var det noen ganger problematisk å kun være observatør, fordi jeg opplevde at det ble forventet at jeg ”holdt” samtalen i gang. Det er ikke sikkert at beboerne virkelig forventet det, men de ble sittende uten å si noe, og jeg startet eller holdt ved like samtalen. Jeg undret meg på om jeg ble som pleierne, og holdt samtalen i gang for å unngå stillheten. Det er en rolle jeg kjenner som sykepleier. Jeg opplevde det vanskelig å sitte stille i et rom med flere beboere og bare være stille rundt bordet.

Men samtidig er mine følelser og følsomhet for feltet viktig i arbeidet med å fange opp det som foregår, slik Skatvedt (2002:151) hevder. Det jeg observerte ble fanget opp via mine egne følelser og sanser, men det var også det som gjorde at jeg ble oppmerksom på det beboerne opplevde eller fortalte. Det er som Skatvedt beskriver, det som berører meg av forhold og situasjoner som har skapt datamaterialet. Det er ikke det samme som at det jeg ser er ”sant”, men at situasjonene er tilgjengelig for refleksjon og analyse.

Jeg hadde ingen erfaring med å skrive feltnotater fra tidligere, men i ettertid ser jeg at jeg skulle øvd meg mer på observasjoner før jeg gikk ut i feltet. Noen ganger ser jeg at jeg kunne fått mer og bedre opplysninger om hvem som var til stede i rommet, når de gikk ut av rommet og nøyaktig hvem som sa hva i hvilken rekkefølge. Det hendte jeg noterte ned stikkord i en notisblokk mens jeg satt og observerte. Dette kunne jeg gjøre når flere beboere og/eller personalet satt sammen, på kjøkkenet. Disse observasjonene er mer presise og detaljerte. Å skrive notater vil nødvendigvis bli en tolkning av det

jeg ser og observerer. Det som skrives ned er en liten del av det som er observert, som igjen er litt av det som har skjedd.

3.1.4. Metodekritikk

Da jeg startet med denne studien hadde jeg ingen erfaring med feltarbeid. Jeg hadde imidlertid lang erfaring med å snakke og omgås eldre og syke mennesker. Denne erfaringen hjalp meg inn i feltet og gjorde at jeg lett kom i kontakt med beboerne jeg skulle studere. Å forske på noe som er kjent kan også være en ulempe, fordi jeg kan ha vansker med å holde meg i bakgrunnen, og bli for involvert i samhandlingen på avdelingen.

Selv om kravene til validitet og refleksivitet er oppfylt, er det ikke gitt at forskningsprosessen leder fram til vitenskapelig kunnskap, skriver Malterud (2003:22). Overveielser om prosjektets potensielle relevans stiller krav om at forsker er godt orientert i litteraturen på feltet, slik at det kan klargjøres hvordan resultatene kan bidra med noe som er annerledes enn det vi allerede vet.

Hvor pålitelig er mine resultater? Det jeg forteller er hva jeg har tolket av handlinger, atferd og uttrykk i dette spesielle sykehjemmet i denne spesielle perioden. Jeg ser i ettertid at jeg kunne gjort mye annerledes. At jeg hadde liten erfaring med deltagende observasjon kan ha medført at jeg mistet verdifulle observasjoner. Jeg kunne også valgt å observere i mer enn en avdeling for å få mer variert datamateriale og vært til stede i avdelingen gjennom en hel vakt. Da hadde jeg kanskje fått andre resultater, og et annet grunnlag for å analysere materialet.

Når det gjelder generaliserbarhet kan jeg ikke si at det jeg har funnet, gjelder i alle sykehjem, men det er min tolkning av det jeg så og hørte. Jeg har observert i en sykehjemsavdeling. Jeg har observert enkelte dager og på enkelte tidspunkt på dagen. Det jeg har funnet av data har jeg samlet ut fra disse enkeltdagene. Det vil si at dette ikke er et generelt fenomen som gjelder alle sykehjem, og heller ikke hele dette sykehjemmet og selvsagt ikke alt som skjer i denne avdelingen hvor jeg observerte. Vi er alle ulike og har ulik oppfatning av hendelser. Det kan derfor være mulig at jeg i min observasjon har feiltolket noe av det jeg har observert. Jeg må ha takhøyde for at

det derfor er noen som ikke kjenner seg igjen det jeg har beskrevet. Jeg har sett det fra mitt ståsted, med min forforståelse og tolkning. Men likevel har det vært min oppfatning av det som har skjedd og det kan jo være interessant for andre å lese hva min observasjon og min tolkning har gitt av resultater. I tillegg kan det gi andre innsikt i hvordan jeg tolker det som skjer i en sykehjemsavdeling noen uker på høsten 2009. Jeg har prøvd å forstå hva som preger samhandling og kommunikasjon i en sykehjemsavdeling og reflektert over det jeg har observert. Å løfte opp det som skjer i en avdeling, gir muligheter for forståelse også andre steder.

3.2. Framgangsmåte

Våren 2009 var prosjektplanen godkjent. Før jeg fikk anledning til å kontakte et sykehjem med forespørsel, ble min veileder kontaktet av en overlege som ønsket samarbeid med Høyskolen i et annet prosjekt. Jeg tok kontakt med overlegen og vi hadde et møte i juni 2009 hvor vi ble enig om at jeg kunne gjennomføre mitt prosjekt i dette sykehjemmet. Overlegen og oversykepleier plukket ut avdelingen, på bakgrunn av at dette var en avdeling som var positiv til prosjekter og at det var overvekt av beboere som var mentalt klare. Etter møtet fikk jeg kontakt med avdelingslederen og la fram prosjektet mitt. Vi avtalte et personalmøte, fordi jeg ønsket å informere pleierne for å etablere et godt forhold til dem før jeg begynte feltarbeidet.

Jeg søkte både NSD, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste og REK, Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, for godkjenning av prosjektet. REK ga tilbakemelding om at prosjektet falt utenfor helseforsikringsloven og REKs mandat. Prosjektet ble derfor behandlet og godkjent for gjennomføring av NSD den 9/9-2009. NSD oppfordret meg imidlertid til å søke om dispensasjon fra taushetsplikten hos REK, pga to demente beboere i avdelingen, men dispensasjon ble ikke gitt. REK skrev at: *Menneskene som skal observeres må, på forhånd, avgi sitt samtykke. For mennesker som ikke innehar samtykkekompetanse må samtykke fra pårørende innhentes.* Dette ble gjort og prosjektet startet medio september 2009.

Studien foregikk på en somatisk sykehjemsavdeling med ti beboere. Jeg hadde utarbeidet to informasjonsbrev der jeg orienterte om prosjektet. Et informasjonsbrev

som jeg ga til ledelsen ved sykehjemmet og et til de informantene/pårørende som ble spurt om å delta. På avdelingen var det to personer med demens, og deres pårørende ble også informert og jeg fikk deres samtykke til å kunne gjennomføre studien. Avdelingslederen tok på seg å informere den enkelte beboer og deres pårørende, og fikk underskrift på informasjonsskrivet jeg hadde utarbeidet. Førstegangskontakten med beboere skjedde altså via en faglig ansvarlig person ved sykehjemmet.

I tillegg til den skriftlige informasjonen, ga jeg muntlig informasjon til både ledelsen og deltakerne, bl.a. at det var frivillig å delta og at deltakerne på et hvert tidspunkt kunne trekke seg fra prosjektet. På møtet jeg hadde med personalet, stilte det fem pleiere, og av de var det to faste pleierne som hadde jobbet på avdelingen i mange år. De viste seg å være veldig positiv til prosjektet, og det ble en fin inngangsport til feltet.

3.2.1. Å komme inn i feltet

Siden dette er en masteroppgave og den helst burde være ferdig innen en viss tidsfrist så jeg meg tvungen til å begrense både utvalg og interessefelt. Jeg valgte derfor bare å observere i en avdeling med ti beboere. For å få innpass i en avdeling uten å bli for mye en observatør som står utenfor og observerer hadde jeg med meg en utstilling med bilder fra Bybrannen i 1916 og oppbyggingen av Bergen sentrum etter brannen. Tanken var at jeg ved å ha med denne utstillingen, kunne bidra med noe positivt til avdelingen.

Problemstillingen ble endret flere ganger under innsamlingen og analysen. Dette er ikke uvanlig i kvalitative studier. Jeg visste at det var det sosiale livet jeg ville studere, men først underveis ble det klart for meg hvilken problemstilling som ble aktuelt å følge. Problemstillingen ble endret mer mot hvordan beboerne dannet allianser og fellesskap, og senere utvidet til deres betingelser for deltakelse. |

3.2.2. Avdeling og beboerne

Avdelingen var en somatisk langtidsavdeling. Det vil si at beboerne bodde der for lengre tid og de fleste ville bo der for resten av livet. Det var stor forskjell på deres funksjonsnivå, men alle hadde omfattende behov for hjelp fysisk og/eller mentalt. Avdelingen hadde ti beboere, hvor den yngste var under 70 år og den eldste snart 90.

Det var to av beboerne som hadde diagnosen demens. Ellers var det fire beboere som jeg oppfattet som klare og orienterte. Jeg vil i oppgaven bruke betegnelsen ”klare” beboere om disse beboerne som på tross av høy alder, fysisk sykdom og omfattende behov for hjelp ble opplevd som mentalt klare for tid og sted. De kunne selvsagt noen ganger oppleves som noe uklare pga årsaker som for eksempel smerter, og sansesvekkelser som nedsatt hørsel eller syn, men de hadde ingen diagnose på redusert hukommelse eller demens. De fire øvrige beboerne hadde jeg svært lite med å gjøre for de oppholdt seg det meste av tiden på sine private rom. Kun et par ganger observerte jeg tre av disse beboerne ute i fellesrommene, men jeg hadde ingen samtaler med dem. En beboer hadde jeg ingen kontakt med, hun var sengeliggende hele perioden jeg var på avdelingen. Det var også en beboer jeg fikk spesielt mye kontakt med. Det var en av de demente damene som var veldig sosial, og hadde mange tanker om det å bo i sykehjem. På avdelingen var det ulike typer pleiere som jobbet, både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte. Jeg har valgt å bruke betegnelsen *pleier* om alle de nevnte yrkesgruppene, fordi beboerne ikke skilte de ulike yrkesgruppene fra hverandre. De brukte uttrykk som pleiere, betjening og personalet om hverandre. For å anonymisere personalet har jeg valgt å bruke de samme betegnelsene som beboerne, og vil i oppgaven ikke skille mellom dem, verken på alder, kjønn eller utdanning.

3.2.3. Forskerrollen

Som forsker måtte jeg ta stilling til måten å være på overfor deltakerne. Ved å gå i privat tøy ble jeg ikke forvekslet med personalet. Jeg vekslet mellom å være observatør i en tilbaketrukket situasjon og en deltagende observatør. Forskeren i kvalitative studier er ikke nøytral, men ”medprodusent” av teksten. Kvaliteten på innsamlet data er avhengig av forskerens kompetanse og erfaring (Bergland 2006:37-38). Siden jeg ikke har erfaring med det å forske brukte jeg tid på å bli trygg i forskerrollen.

3.2.4. Hva jeg gjorde

Jeg var på avdelingen i til sammen 12 dager over en periode fra medio september til slutten av oktober (1,5 mnd) høsten 2009. På disse dagene observerte jeg i ca 2 - 4 timers økter, i til sammen 35 timer, og dette ga nærmere 60 sider feltnotater. Jeg valgte

å observere i perioder hvor det ikke var faste aktiviteter eller rutiner i avdelingens. Grunnen til dette var at jeg skulle observere hva som skjedde i fellesrommet i de periodene hvor beboerne ikke hadde faste gjøremål og aktiviteter. Men det gjorde at jeg ikke traff på alle beboerne, fordi mange hvilte eller oppholdt seg på rommet sitt utenom måltider. Jeg oppholdt meg for det meste blant beboerne i gangen eller på kjøkkenet, men innimellom gikk jeg for meg selv og skrev ned observasjonene jeg hadde gjort.

Jeg hadde også uformelle og spontane samtaler med de beboerne som oppholdt seg mest i fellesrommene. Det var også noen jeg ikke fikk snakket med, fordi de enten oppholdt seg i sengen hele tiden jeg var der, eller fordi jeg fikk inntrykk av at de ikke ønsket eller evnet å ha en samtale. Blant annet var det en dag en beboer på kjøkkenet som satt i en rullestol utenfor spisebordet, for seg selv. Ingen andre enn en av pleierne hadde kontakt med han i løpet av denne formiddagen. Jeg tok heller ikke initiativ, fordi hun ikke viste noen tegn til å ville ha kontakt (satt og så ned i fanget sitt, så ut av vinduet, eller satt med lukkede øyne og helt stille i rullestolen, og utenfor fellesbordet).

3.2.5. Feltnotater

Observasjonsnotatene og samtalene utgjør studiens datamateriale. Jeg hadde en notatblokk som jeg noterte i underveis, bl.a. mine refleksjoner og tanker jeg gjorde meg. Jeg skrev ned dato og klokkeslett og stikkord om det jeg så og hørte. Ved å trekke meg litt tilbake fra avdelingen i korte perioder, noterte jeg ned mer omfattende det jeg hadde observert.

Jeg skrev fortløpende mine observasjoner og samtaler jeg hadde med beboerne. Innimellom notatene skrev jeg ned mine refleksjoner inni en ramme og i parentes skrev jeg den metodiske tilnærmingen jeg hadde. Etter hver observasjonsdag renskrev jeg notatene på datamaskinen min.

Samtalene jeg hadde med beboerne var ulike både i form og lengde. Noen ganger satt jeg i enden av gangen og snakket med en eller flere beboere om ulike emner, det kunne være alt fra hvordan de opplevde å bo i sykehjem, hva de gjorde på om dagen, til hvem som kom på besøk eller om hva pleierne gjorde eller ikke gjorde. Andre

ganger hadde jeg samtaler med en eller flere beboere på kjøkkenet. I noen samtaler hvor både beboere og personalet deltok, prøvde jeg å holde meg i bakgrunnen uten å delta så aktivt i selve samtalen. Dette var imidlertid ikke alltid så lett fordi beboere og til dels pleiere, også henvendte seg til meg når jeg var til stede. Enkelte ganger stilte jeg spørsmål direkte til dem, andre ganger lot jeg beboerne fortelle det de ønsket å snakke om.

3.3. Forskningsetiske refleksjoner

Det stilles store forskningsetiske krav og utfordringer til forskning som inkluderer sykehjemsbeboere. Jeg hadde til dels store utfordringer i anvendelsen av prinsippene som informert samtykke, konfidensialitet og personvern. Deltagerne er i en spesiell og sårbar situasjon og dette krever stor bevissthet på de forskningsetiske prinsipp (Hauge 2004:72).

Et viktig forskningsetisk prinsipp er at *”ingen skal forskes på uten å være orientert om at de forskes på og hva forskningen innebærer – og uten at de har gitt sitt eksplisitte samtykke til medvirkningen* (Alver and Øyen 1997:102). Betingelse for informert samtykke er kompetanse, tilstrekkelig informasjon og frivillighet. Et spørsmål er om alle beboerne forstår hva de eventuelt svarer ja til. Om den som blir spurt har samtykkekompetanse eller ikke må vurderes individuelt. Når beboere ikke har samtykkekompetanse, må det innhentes samtykke fra deres pårørende.

Det innsamlede materialet er anonymisert ved å gi hver beboer et fiktivt navn, hvor alle begynner på bokstaven A. Jeg valgte å omtale alle beboerne som kvinner. Enkelte detaljer i bakgrunn og historie har jeg endret for å hindre gjenkjenning av beboerne, for eksempel har jeg forandret stedsnavn og stedsbeskrivelser slik at de ikke kan spores tilbake til beboerne. Navn på arbeidssteder og personlige hendelser som beboerne fortalte meg har jeg endret slik at ingen kan knytte det til enkeltbeboere. I stedet for å bruke avdelingenes opprinnelige navn har jeg gitt bokstavnavn (A, B) og anonymisert sykehjemmet slik at ingen skal kunne kjenne igjen avdelingen eller sykehjemmets geografisk plassering, for eksempel utsikten fra vinduene i de ulike rom på avdelingen. I tillegg har jeg endret personlige fakta (alder, hvor de jobbet, bodde

osv) når det ikke hadde noen betydning for oppgaven. Opplysningene om informantene er ikke registrert elektronisk eller sammenstilt med personregistre, og opplysningene ble oppbevart i låsbart skap og på passordbeskyttet datamaskin. Samtykkeerklæring som ble underskrevet av beboerne/pårørende er oppbevart av avdelingsleder.

I følge Alver and Øyen (1997:103) er det at det kreves *informert samtykke* knyttet til en erkjennelse av at forskning *kan* medføre skade eller negative virkninger for dem det forskes på, og den enkelte skal ha rett til selv å ta del i vurderingen av slike eventuelle belastninger.

Av etiske årsaker var jeg under datainnsamlingen spesielt oppmerksom på om beboeren ga uttrykk for tretthet eller uvilje mot å delta i samtale. I og med at jeg som forsker kom inn i beboeres private sfære, måtte jeg være spesielt forsiktig og våken for å gi de mulighet til å trekke seg unna når de ønsket det. Derfor holdt jeg meg tilbake når jeg opplevde at beboerne ikke ville prate. Det kan også tenkes at beboere så på det som positivt at en person de kunne samtale med var tilstede i fellesrommene.

3.4. Analyseprosessen

Analyseprosessen begynte allerede i feltet da jeg skrev feltnotater og de tolkninger jeg umiddelbart gjorde meg. Analyse omfatter alle nivåer av fortolkning og bearbeiding av materialet (Fangen 2004:170). Jeg begynte tidlig å lage meg en oversikt over alle rommene i avdelingen, og hva de ulike rom ble brukt til. For eksempel spørsmål om hvorfor beboere eller pleiere sa eller gjorde det de gjorde. Jeg lagde rammer rundt disse refleksjonene, og skrev det inn på data. Da fikk jeg også fram analysen av det jeg hadde sett og hørt. Analysearbeide som var i gang, fortsatte også når jeg begynte å lese litteratur for å finne ut mer om ulike tema som dukket opp. Dette skrev jeg ned som refleksjoner, og tok fram igjen da jeg begynte systematiseringen av datamaterialet.

Jeg brukte tid på å ta et ovenfra perspektiv til datamaterialet. For det første er jeg sykepleier og vant til å fortolke det jeg ser og raskt konkludere med løsninger, så den prosessen var komplisert. Dessuten er det en krevende prosess og løfte seg opp for å se materialet fra et annet perspektiv. Men ved å sette opp og systematisere hva som

skjedde i de ulike rom, og til ulik tider, fikk jeg et fugleperspektiv med oversikt over avdelingen.

En annen utfordring var å gå fra det erfaringsnære til det erfaringsfjerne, hvor beboernes informasjon og erfaring skal løftes til analytisk refleksjon og mer teoretisk kunnskap. Her var det lett å overtolke, og også å antyde mer enn jeg kunne stå inne for. Jeg ble for ivrig og sto fare for å tolke mer enn jeg hadde grunnlag for i mitt materiale. Jeg prøvde å ha en åpen og spørrende grunnholdning til feltnotatene, og spurte meg selv: *hva handler dette om?* Samtidig var det viktig å være kritisk til min egen tolkning, og spørre: *hvorfor tolker jeg det slik?* Analyseprosessen handler om en systematisk gjennomgang av datamaterialet for å sette merkelapper og tematisere hva dette handler om (Fangen 2004) (Auerbach and Silverstein 2003:42-100). Analysen består i å redusere informasjonsmengden, finne mønstre og lage rammer for å formidle innholdet.

Jeg har gang på gang måttet endre på det jeg har satt opp, forkaste det og begynne helt på nytt. Jeg har prøvd å lese gjennom materialet med nye øyne og sette det hele opp i ulike kategorier og tema. Det tok tid før jeg klarte å finne noe som kunne være aktuelt å bygge videre på, og som jeg klarte å kategorisere slik at det ble et tema. I etterpåklokskapens lys er det lett å se det, men jeg hadde andre briller på meg og måtte bruke tid på å endre det blikket jeg hadde inn i materialet. Dette er noe av det jeg har lært mest av i dette prosjektet.

Etter å ha lest materialet en rekke ganger, begynte jeg å se noe som gikk igjen i de enkelte rom. I systematiseringen skilte det seg ut hvor de ulike beboerne oppholdt seg i visse tider på dagen og hvem som var til stede samtidig. I tillegg så jeg på hva som skjedde når beboerne var i fellesrommene og hva de gjorde på og snakket om, og med hvem de snakket med.

Etter hvert viste det seg sentrale tema som beboernes presentasjon, samhandling, deltaking og fellesskap. Jeg startet å systematisere og analysere hvordan beboerne presenterte seg for hverandre i fellesrommene. Jeg tenkte at måten beboerne presenterer seg på for hverandre er relevant for hvordan de kommuniserer og samhandler. Jeg prøvde å finne repeterende atferd/tekst i notatene mine hos de ulike beboerne. (Anna som sier det samme om igjen, Aslaug som viser samme atferd). Jeg

systematiserte og analyserte det jeg observerte av atferd og det de fortalte og hvem som oppholdt seg i samme rom. Jeg organiserte den repeterende atferden/teksten beboerne uttrykte, og prøvde å sette det inn i sammenhengende kategorier. Jeg tenkte at dette ville hjelpe meg til å forstå beboerne bedre og klargjøre det de gjør, tenker og mener. Dette vil være relevant for min problemstilling, og jeg fant det interessant å gå videre med det. Jeg fant mønster i hvordan de enkelte beboerne presenterte seg, hvilken atferd de hadde i de ulike rom overfor ulike medbeboere og forskjellige samhandlingsformene som viste seg blant beboerne.

Jeg lagde et skjema for hver beboer, systematiserte de situasjonene de presenterte seg i fellesrommene. For eksempel analyserte jeg beboer A's utsagn og atferd, og hvordan andre i rommet reagerte på hennes utsagn/atferd. Deretter så jeg om dette gjentok seg, som karakteriserte A's presentasjon i møte med andre beboere. Da fikk jeg fram mønster av hvordan A presenterte seg, hva hun snakket om når hun var sammen med andre, hvordan hun fremstilte seg og hvilke reaksjoner hun fikk av sine medbeboere i de ulike rom. Det som kom fram var at dette var forskjellig fra hvilket rom hun var i og hvem hun var sammen med. Jeg sammenholdt dette med hva jeg observerte og hva hun fortalte meg.

Dette ble et kapittel om; *hvordan beboerne presenterte seg for hverandre.*

Etter hvert fikk jeg en oversikt over hvor beboerne oppholdt seg i løpet av den tiden jeg var i avdelingen og jeg begynte å analysere dette materialet. Oversikten viste hvem som brukte rommene og til hvilket tidspunkt, og hva de brukte rommet til. Jeg fikk også oversikt over når de forlot rommet, og hva som skjedde før de gikk. Jeg systematiserte og analyserte hvor lenge de enkelte beboerne oppholdt seg i rommet. På bakgrunn av dette analysearbeidet laget jeg et kapittel om: *romlig mønster i avdelingen.*

Jeg observerte en viss tid på dagen, men ble oppmerksom på at avdelingen hadde faste tider/rutiner for gjøremål og aktiviteter som beboerne og pleiere innordnet seg etter. Dette analyserte jeg og fikk oversikt over når de ulike beboere gjorde hva og med hvem, og prøvde å se det i lys av hva som er tid for beboere, og hva som er tid for pleiere. Og hvordan tiden ble organisert i avdelingen, for hvem og for hva? Dette kapittelet ble til; *tidsmønster.*

Så begynte jeg å systematisere og analysere fellesskapet i avdelingen. Hvem hadde relasjoner med hvem? Jeg satte opp et skjema hvor jeg prøvde å se hvor beboerne hadde kontakt med hverandre og hva samhandlingen handlet om, hvilket fellesskap det var, og om det var ulike typer fellesskap som utkrystalliserte seg. Her ble kapittelet til: *hvordan er samhandlingsmønsteret i avdelingen?*

Oversikten viste hvem som dannet allianser og hva innholdet i alliansen var. Jeg fikk også systematisert hvor ofte de hadde disse alliansene og hvor de oppholdt seg. Etterpå systematiserte jeg alle de observasjonene jeg hadde av de ulike alliansene, og analyserte forskjeller og likheter. Jeg analyserte også hvem som ikke dannet allianser.

4. PRESENTASJON AV FUNN – ANALYSE OG DRØFTING

Her i dette kapittelet vil jeg presentere mine funn fra feltarbeidet. I første del beskriver jeg beboernes presentasjon i feltet. I andre og tredje del vil jeg presentere hvordan rom og tid ble organisert i avdelingen. I siste del presenterer jeg det samhandlingsmønsteret jeg observerte i avdelingen. Hvordan kan teorier om sykehjem, totale institusjoner, beboeres tilværelse, samarbeid, fellesskap og kommunikasjon – bidra til forståelse av hva beboerne i mitt prosjekt er opptatt av og vektlegger? I dette kapittelet løfter jeg fram noen, etter min oppfatning, viktige forhold som ble synlige i min analyse av empirien. Det er dette som representerer hovedfunnene i min studie. Disse funnene drøfter jeg i lys av teori.

4.1 Hvordan presenterer beboerne seg for hverandre

4.1.1 Hverdagsliv

Alle mennesker er like i det at de har et hverdagsliv, skriver Marianne Gullestad (1989:103). Det gjelder også beboerne på sykehjem, hvor hverdagslivet er preget av allmenne aktiviteter som faste måltider og sosialt samvær, i tillegg til organiserte aktiviteter som musikkstund og andakt osv. Her lever mennesker med ulike erfaringsbakgrunn og biografisk situasjon nært hverandre på et avgrenset fysisk

område, og det de har til felles er at de har omfattende behov for hjelp (Bergland 2006:20). Gullestad (1989:25) skriver også at i hverdagslivet finner mennesker den mening, fellesskap, kjærlighet og nærhet som er viktig for dem. Hverdagsvirkeligheten er en ordnet virkelighet, hvor dens fenomener på forhånd er ordnet i mønstre som synes å være uavhengig av vår opplevelse av dem, skriver Berger og Luckmann (2000:42). I det sykehjemsbeboere flytter inn på sykehjemmet, møter de mange medbeboere som er fremmede for dem. De vil forholde seg aktivt og meningsøkende til sine omgivelser, og vil ha sine tilpasningsstrategier i forhold til hvordan de opplever sin situasjon på institusjonen (Goffman 1967:50-54). Etter hvert vil beboerne lære hverandre å kjenne, og det danner seg et mønster av hvordan de forholder seg til hverandre.

I følge Statistisk sentralbyrå (SSB 2005) bor om lag 15 prosent av befolkningen, som er 80 år og eldre på sykehjem. Jeg fulgte seks av ti beboere i avdelingen. Beboerne presenterte seg ulikt, avhengig av hvem de var og hvordan de ønsket å framstå for hverandre. I følge Goffman (1992:27) spiller vi roller og prøver å fremstille oss selv på bestemte måter for å bli forstått som den vi ønsker å være. Goffman sammenligner det å presentere seg i hverdagslivet som å spille roller på en teaterscene, også her med en (front stage) scene og en (back stage) bakside i spillet. På avdelingens kjøkken og gang er beboerne ”på scenen”, her må de opprettholde en fasade overfor hverandre, og spille de roller som trengs for å framstå og bli forstått som den de ønsker å være. Når beboerne trekker seg tilbake til sine private rom er de bak scenen og kan slappe av, gi slipp på fasaden, og tillate seg å falle ut av rollen. Der kan beboeren være sikker på at ingen fra publikum vil skaffe seg adgang, med mindre beboeren selv har invitert dem på besøk.

Beboerne kommer til institusjonen fra en ”kjent og trygg verden ” hvor de har hatt aktiviteter og en livsstil som de har *tatt for gitt* inntil de kom til sykehjemmet.

”Hjemme” var de en del av en større sammenheng som var forankret i deres kjente miljø. Alle beboerne har levd et liv som selvstendige og aktive mennesker før de kom til sykehjemmet. Når de kommer inn i sykehjemsverdenen må de ta i bruk kjente strategier for å presentere seg i et nytt miljø. Bjelland (1992) skriver at beboerne bruker sin erfaringsverden og det de har erfaring med som fungerte tidligere, og må korrigere og tilpasse sine erfaringer til det stedet og de menneskene de treffer på sykehjemmet.

4.1.2. "Vi visste alltid hvor vi kom fra"

Når beboerne forteller om oppvekst og familieforhold viser de hvem de har vært og fremdeles vil være. Slik er det også for de fleste av oss når vi treffer ukjente mennesker, vi presenterer oss bl.a. ved å fortelle hvor vi kommer fra og hva vi har gjort tidligere. Det er en del av vår sosiale identitet og sier noe om hvem vi er. Gullestad (1996:111) skriver at det er følelsesmessig viktig for den enkelte å kunne spille ut og få bekreftet sine ønskede identiteter. Gjennom livsløpet formes de identiteter et menneske ønsker for seg selv, og det å leve på en bestemt måte er derfor knyttet til identitet og følelse av selvrespekt. Alma forteller meg hvor hun kommer fra og hvilken oppvekst hun har hatt, en dag vi ser på noen bilder av ruiner fra bybrannen i 1916. Hun ser på bildene og sier at det får henne til å tenke på krigen og så fortelle hun meg om sin oppvekst på en gård utenfor byen.

Vi hadde jo gård, 14 kyr og stuter, og noen ganger kalver. Så hadde vi sauer. Jeg måtte melke kyrne hver dag, så jeg ble veldig sprek, for jeg gikk opp alle bakkene for å melke kyrne. Det er derfor jeg er så sprek i dag.

Alma gir uttrykk for å ha vært en arbeidsom kvinne og hennes identitet er knyttet til det å være i fysisk arbeid. Alma forteller om stort ansvar og mange viktige oppgaver i livet. Andre var avhengig av hennes hjelp. Nå er hun blitt syk og ute av stand til å ta vare på seg selv og sine gjøremål. Det er hun klar over når hun sier; "...jeg har fått et hode som jeg ikke kan bruke lenger". Hun bor nå på sykehjem, hvor hun får hjelp til de gjøremål hun ikke lenger klarer selv. Hennes tidligere rolle som omsorgsgiver for sine barn og selvstendig arbeidstaker er endret. Hennes ansvarsfulle arbeidsoppgaver er tatt fra henne, og hun har fått rollen som omsorgsmottaker. Hun kan ikke lenger identifisere seg som en arbeidsom kvinne. Et av hennes faste gjøremål på sykehjemmet er blitt å vandre i gangen. Hun forteller meg at: *det å bare gå og ikke gjøre noen ting er fælt*, og at hun ønsker; *å gjøre noe..... være til nytte*.

Anna var en dement beboer som stadig gikk rundt og klaget på at hun var dårlig og lette etter sine familiemedlemmer. *Jeg skulle egentlig reist hjem, men nå er jeg så dårlig. Så det kan jeg ikke*. Hun presenterte seg som det hun hadde vært, nemlig ektefelle, mor eller bestemor. Anne Marie Rokstad (2005:102) som har studert atferdsendringer blant personer med demens skriver at enkelte kvinner har gjennom

hele livet hatt roller knyttet til det å være omsorgsgiver eller ansvarspersoner, og har ofte vært styrt av andres behov og gjennom dette har de fått bekreftelse på verdi som menneske. Anna har hatt rollen som omsorgsgiver. Nå leter Anna etter dem hun har pleid å ivareta som mor, ektefelle eller datter, men de er ikke der, og ingen andre kan bekrefte henne i den rollen hun selv hun selv opplever at hun har. |

Anna går i gangen og leter etter sin mann som hun forteller er syk. Hun vil ha hjelp av meg og en pleier hun møter i gangen. Pleieren følger henne til rommet og hun snur seg til meg og sier: *heldigvis er det noen hjemme som kan passe på barna.*

Rokstad (2005:101) mener at personer med demens ofte gir uttrykk for at de befinner seg i en annen tid enn nåtid og oppfatter verden avhengig av den tidsepoken i eget liv de befinner seg i, enten det er i barndom, ungdom eller voksen. Rollen som omsorgsperson kjenner Anna, og den har vært med å opprettholde troen på egen identitet, verdi og plass i verden. Det hun var opptatt av og for det meste ga uttrykk for var bekymringen for egen og familiens helse, og barnas behov for tilsyn.

Anna kommer ut i gangen fra rommet sitt. Hun spør meg om jeg har sett tre små barn. Jeg sier nei. Hun går videre bortover ganger og sier at hun er redd de er forsvunnet. Anna treffer Alma i gangen, som hører på Anna og sier hun skal hjelpe å lete.

Anna fikk liten respons på disse utsagnene hos andre beboere eller pleiere, bortsett fra hos Alma som viste omsorg for hennes bekymring. *Det er umulig å få hjelp når jeg trenger det*, sa Anna og sukket og klaget til meg og Alma en dag vi satt og pratet i enden av gangen. Hun visste ikke at hun var på sykehjem, at både mor og ektefelle var døde, og barna blitt voksne.

Alma og Ada tilhørte samme sosiale klasse og var vant til å arbeide. Aslaug som var oppvokst i byen, hadde vært sjef. Hun presenterer seg annerledes enn de andre på avdelingen. For det første var hun ny på avdelingen og de andre som vanligvis oppholdt seg på kjøkkenet, hadde bodd der en stund. I tillegg hadde Aslaug ulik sosial og geografisk bakgrunn. Men Aslaug fortalte også om familien sin. Det hun trakk fram var fortellinger om mannens ansvarsfulle stilling i en stor bedrift og om en slektning som hadde vært fotomodell. Hun var tydelig stolt over begge deler, og fikk bekreftet sine fortellinger av meg og personalet, mens de andre beboerne ga liten tilbakemelding på det hun fortalte.

4.1.3. "Jeg har vært sjef..."

Aslaug fortalte at hun hadde vært sjef i en privat bedrift. Hun hadde kun bodd på avdelingen et par uker, og kom fra et kortidsopphold på et annet sykehjem. Der hadde hun likt seg veldig godt og var misfornøyd med å måtte flytte inn på et ukjent sted. Først hadde hun trodd at hun kunne flytte hjem til sin mann etter kortidsoppholdet, men fikk i stedet tilbud om permanent plass på sykehjemmet hvor hun nå var. Aslaug fortalte at hun hadde etablert god kontakt på forrige sykehjem. "Det var så mange kjekke beboere der", sa hun. Her på avdelingen måtte hun på nytt kjempe for å oppnå en ønsket posisjon. Aslaug presenterte seg som det hun hadde gjort og vært tidligere i livet. Det er mulig det var emnene som ikke interesserte, måten hun presenterte de på eller at hun simpelthen var ny og ikke kjente til kodene som gjorde at hun mislyktes. De andre beboerne var ikke interessert i Aslaugs fortellinger.

Gullestad (1989:104) definerer identitet som "de deler av personers selvbilde som ønskes bekreftet av andre". Som ny beboer kunne Aslaugs fortellinger om jobben som sjef i en privat bedrift, bekrefte den hun ønsket å fremstå som. Som tidligere sjef i næringslivet var hun nok vant til å bli lyttet til. Jeg observerte flere ganger at hun startet med å fortelle om noe fra sitt tidligere liv, men stanset underveis fordi ingen lyttet til henne. De andre beboere brøt henne av og pratet høyt med de andre i rommet. De andre beboerne overså Aslaug og oppførte seg som om hun ikke eksisterte. På den måten viste de at Aslaug hadde en underordnet rolle med lav status.

En av de måtene Aslaug reagerte på når hun ikke fikk tilhørere til sine historier, var å forlate rommet. Hun trillet tilbake til rommet sitt, og satt der alene, noen ganger med døren åpen. Andre ganger viste hun sin reaksjon ved å sette seg med ryggen til de beboerne som pratet sammen. Aslaug kan velge de uttrykk hun vil **gi**, men ikke de uttrykk hun **avgir** (Goffman 1992:15). Når hun ikke får gehør for sine fortellinger avgir hun uttrykk som viser at hun ikke er interessert i å samhandle med de andre kvinnene. Slike handlinger og væremåter vil virke bestemmende for den oppfatningen de andre får av situasjonen. Om Aslaug gjør denne handlingen beregnende eller ikke, er ikke sikkert, men de andre vil trekke en slutning av situasjonen på bakgrunn av slik de forstår den (Goffman 1992:15), og handle ut fra det. Når hun ikke blir hørt, reagerer

hun med å snu ryggen til, og atferden blir forsterket. De andre beboerne viser så at Aslaug ikke er medlem av fellesskapet.

Hvordan andre responderer på Aslaugs ytringer og handlinger blir tatt med i vurderingen av henne selv. Dette vil være med å prege det som skjer videre i samhandlingen. Hun blir oppfattet som den negative som alltid klager. De andre tolker og responderer på Aslaugs atferd ved å ta avstand fra henne og kategoriserer henne som ”surpromp” eller ”den negative”. Det blir et samspill mellom hvordan Aslaug opptrer og avgir uttrykk og slik de andre oppfatter henne. Det får igjen betydning for hvordan Aslaug oppfatter seg selv. Hun bryter inn i samtaler eller kommer med kritiske kommentarer til andres atferd. Her fra feltnotatene:

Anette og jeg sitter og prater sammen på kjøkkenet. Aslaug sitter rett over bordet for Anette, som snakker om været og om hvor mye det har regnet i det siste ukene.

Anette: *Det er bare regn her*

Aslaug: *Det er det ikke*

Det blir stille.

Ada forteller at hun oppfatter Aslaug som ”negativ” og sur.

*Det er hun som bare klager på alt mulig, og det har hun ingen rett til.....
det blir så utrivelig her når hun klager hele tiden.*

Anette kaller henne også for ”surpromp” når Aslaug en dag kommenterer at Anette ikke må lese avisen når de drikker kaffe. En annen dag sier Ada til henne at ”du er alltid så sur” når hun og Anette har en forhandling om plasseringen rundt bordet. Aslaug protesterer, men får ikke medhold av noen andre. Det er Aslaug mot de andre kvinnene.

Aslaug ønsker å delta i samværet med de andre beboerne. Det viser hun en ettermiddag når hun etter å ha sittet med ryggen til spisebordet hvor de tre andre kvinnene sitter, snur rullestolen rundt, slik at hun har ansiktet vendt mot dem. Hun begynner å fortelle om en episode fra sitt yrkesliv. De tre beboerne som sitter på kjøkkenet viser ingen interesse, og prater videre om andre tema. De hører ikke på Aslaug og selv om hun flere ganger prøver å komme til ordet, må hun til slutt gi opp. Hun blir sittende med ryggen halvveis vendt mot de andre. Hun blir ikke inkludert i fellesskapet.

Etter hvert forlater beboerne kjøkkenet, en etter en. Alma og Anette får besøk og Ada går på rommet sitt. Det er bare Aslaug og en pleier igjen på kjøkkenet og hun begynner igjen å fortelle. Nå får hun kontakt med personalet, som tar seg tid til å lytte når de andre beboerne har forlatt arenaen. Det er historier fra sitt tidligere arbeid og om mannens viktige stilling som leder i en stor bedrift, som igjen er hennes tema. Hun presenterer seg som en betydningsfull person som har hatt en god stilling og posisjon i samfunnet. Det er slik hun vil fremstå og bli oppfattet av andre.

4.1.4. "Før var jeg så aktiv"

Beboerne presenterte seg som tidligere aktive og selvstendige personer. De fortalte om tidligere ressurser, om sine fritidsinteresser og sine aktive ferieliv. Anette var en beboer som fremstilte seg som en aktiv og selvstendig kvinne både før og etter hun ble syk. I dag er hun avhengig av rullestol og må ha hjelp til de fleste gjøremål, men trakk ofte fram historier fra sitt tidligere liv; med fjellturer, ferieturer til utlandet, telttur med barna, og turer i skog og mark. Dette fortalte Anette en dag hun satt på kjøkkenet sammen med Aslaug og meg:

Før var jeg så aktiv, gikk tur, hadde hund og det er tungt å ikke lenger kunne gjøre slike ting. Jeg var så glad i naturen, og fjellet. Jeg gikk mye på fjellet

Hun ble tidlig enke og hadde måttet klare seg selv, og fordi hun alltid hadde vært så glad i naturen, hadde hun gått mye på tur i skog og fjell, også med barna. I tillegg fortalte hun om flere turen til utlandet, bl.a. en gang hun og en venninne hadde kjørt med bobil;

Vi dro to damer, og kjørte helt til Hellas og vi handletog kjørte gjennom Europa tilbake. Vi handlet med oss mye og satt og engstet oss på fergen over til Norge, om vi skulle bli tatt på grensen. Men vi slapp uten at tollerne tok oss.

Anette viste at hun fremdeles var en aktiv dame. Når beboerne var samlet i fellesrommet var det ofte hun som tok initiativ til å prate og synge. Hun engasjerte både beboere og pleiere, og slik fikk hun bekreftelse på sin ønskede identitet. Her fra feltnotatene, en dag det var samlet flere beboere på kjøkkenet:

Anette synger og den ene pleieren synger med. De synger kjente sanger og andre beboere smiler og ler.

Ada klapper og sier: *heia Anette.*

En pleier setter seg ned ved bordet, mens en annen lager til kvelds.

Anette sier: *nå er det din tur Anna.*

Anna: *Nei jeg kan ikke.*

Anette: *Jo du kan....* Og så blir det en diskusjon om en kan synge med den stemmen en har.

Ada vil heller ikke synge, men sier hun liker å høre på.

Anette: *Nå er det din tur, Aslaug.*

Aslaug: *Jeg kan ikke synge.*

Også etter at Anette flyttet på sykehjem hadde hun reist på ferie til utlandet. Hun fortalte at hun alltid hadde vært glad i å reise og oppleve nye ting.

Jeg har feriert i Spania 5 år på rad. Det er så fint og varmt og det er så godt med sol og det får jeg i Spania. Så liker jeg å handle og det er så kjekt der

Men Anette ville ikke reise til Spania mer, i hvert fall ikke før hun blir eldre, fortalte hun. De eldre som bodde på sykehjemmet i Spania: *ville ikke være med på noe*, og det ble så kjedelig for henne. Anette viser seg fremdeles som en selvstendig og aktiv dame. Selv om hun nå var hjelpetrengende ville hun fremstå som selvstendig og ønsket ikke å være til belastning for familien. Dette fortalte hun til meg, i forbindelse med at datteren hadde invitert henne hjem til seg i julen.

Jeg vil at datteren min skal reise med familien på fjellet til jul, men datteren min vil ikke, fordi hun mener jeg blir så ensom. Men det blir jeg ikke for jeg trives her.

Å hindre datteren med familie å reise til fjells i julen ville bety å være en belastning for datteren. Det vil ikke Anette være, hun vil være selvstendig og uavhengig.

Å fortelle om sine tidligere fritidssysler, sier noe om hvem de har vært, og fremdeles vil bli sett som. Både Anette og Aslaug forteller om feriereisene sine til meg og til hverandre. På den måten viser de at de har hatt et aktivt og selvstendig liv før de ble hjelpetrengende. De viser en annen side av seg selv, som ikke jeg eller de andre beboerne ser i dag. Ved å fortelle disse historiene får vi innblikk i hva de har vært, og dette legges sammen med det de er i dag, slik at vi som hører på får et bilde av dem slik de selv vil fremstå. En ettermiddag fortalte de om sine turer i bobil til utlandet.

Anette: *Ja, jeg har feriert i Spania 5 år på rad. Det er så fint og varmt og det er så godt med sol og det får jeg i Spania. Så liker jeg å handle og det er så kjekt der... (smiler).*

Aslaug sitter stille, ser rett fram for seg, og bryter så inn mens Anette snakker: *"Det er mye bedre å feriere i Norge".*

Anette stopper å fortelle. Det blir stille noen sekunder. Men forteller så videre om Spania.....

Jeg henvender seg til Aslaug og spør hva hun liker med å feriere i Norge.

Aslaug: *Jeg har feriert i Arendal i 15 år. Der bodde vi først i telt, de første årene og så etter hvert i bobil.*

Anette: *Jeg reiste helt til Hellas med bobil en gang. Det var veldig flott.*

Aslaug: *Jeg har også reist med bobil, i Frankrike.....*

Både Aslaug og Anette har levd aktive liv, og ønsker å opprettholde det bildet av seg selv.

4.1.5. ”Det er skitt å bli gammel og syk”

Sykdom og alderdom har gjort beboerne ute av stand til å være den de en gang var. Det kan være vanskelig for andre å se og bekrefte den de ønsker å være. Alma går hver dag, fram og tilbake i gangen med rullatoren sin, og hun forteller meg at det er vanskelig å bli gammel og syk.

Jeg vil hjem igjen, men de sier jeg ikke kan bo hjemme. Det er skitt å bli gammel og syk.

Hun nevner også til meg hvorfor hun ikke kan bo hjemme;*det er veldig kjedelig, jeg kan ikke klare meg selv lenger.* Alma forstår at det er pga sviktende helse hun må bo i sykehjem, og hun sier; *jeg har noe i hodet.....så du må ikke regne med meg.....* Hun klarer ikke å stille for seg selv hjemme lenger, og har nå bodd ett år i sykehjem; *jeg bor her, for jeg kan ikke bo hjemme.* Hun forteller meg at:

... de er skjønn, betjeningen, og det er bra, for jeg har fått et hode jeg ikke kan bruke lenger. Det heter noe, hva er det det heter? (tar seg til hodet).

It: *Mener du demens?*

Alma: *Ja, det var det.*

Det er vanskelig å bli gammel og føle seg utenfor, og sykdommen i ”hodet” gjør at hun ikke lenger kan bo i eget hjem. På den annen side sier Alma at hun er glad hun ikke er fysisk syk, slik medbeboerne hennes er, som er avhengig av rullestol. Hun sier at:

Det hadde ikke jeg klart. Det er ikke synd på meg som kan bruke beina, men hun (Aslaug) er det synd på.

Alma kjenner til det å ha en mental sykdom, og har funnet en måte å takle det på. Det å bli fysisk syk har hun ikke samme erfaring med, og er glad hun kan gå med rullator til og fra rommet sitt og i gangen slik hun gjør hver dag. Hun ser på medbeboerne som

er fysisk funksjonshemmet, de kan ikke forflytte seg like lett som henne. Alma har tilpasset seg sin situasjon og til dels akseptert at hun må bo på sykehjem for å få hjelp til daglige gjøremål. Etter hvert har hun innfunnet seg med sin skjebne og klart å leve så godt som mulig med den (Moser 2005:680).

En annen ting som gjør det vanskelig å bo på sykehjem, er at beboerne er så forskjellige. Ikke alle går overens.

De gamle her forstår ikke spøk. Jeg liker å spøke og har alltid gjort det.

It: Hva skjer når du spøker da?

Alma: De blir sinte, og det er ikke noe kjekt.

Alma opplever at hennes medbeboere ikke forstår henne og blir sint når hun spøker. Vi vil helst være med de som snakker samme språk, og som vi føler oss lik. En annen ting er at ikke alle beboerne er like interessant å snakke med. De er for ulike og passer ikke sammen. I følge Gullestad (1989:106) er det viktig for folk ”å passe sammen”. Her på avdelingen har Alma det til felles med de andre at de trenger omfattende hjelp. Ellers er de ganske ulike, og dette merker Alma. Men hun er høflig.

Anna er ikke så interessant å snakke med, for hun sier så mye dumt.... Og det gjør alle de gamle her..... Jeg også, sånn er vi gamle sier mye dumt for vi forstår ikke helt hva de snakker om... det er bare for å være hyggelige.

It: Ja?

Alma: Ja sånn er vi gamle....

Alma forstår ikke alltid hva Anna sier, eller forstår at det må være feil når Anna forteller at moren lever. Hun retter ikke på Anna, men kommer med et motspørsmål som er taktfullt og høflig; *men din mor må jo være veldig gammel?* Men hun synes ikke det er så interessant å snakke med Anna som ikke forstår at moren er død.

Både Alma og Anna presenterer seg som ”utenfor” og som noen som ”ikke må regnes med”. Her fra feltnotatene en dag Anna og Alma satt i gangen og pratet sammen;

Alma: Jeg synes hun er sen. Alma henvender seg til Anna og sier: Var det du som sa at hun skulle.....?når skulle hun komme? Hun er vel litt sen nå?

Anna: Jeg vet ikke, for jeg er ikke helt med.

Alma: Det er ikke jeg hellerjeg er ikke helt med jeg heller.

Det er vanskelig for Alma når hun ikke forstår hva de andre snakker om, men hun prøver noen ganger å skjule at hun ikke forstår, og svarer på en slik måte at de andre

skal oppfatte at hun er med og forstår det de sier til henne. Her fra feltnotatene en dag Alma, Ada og en pleier sitter på kjøkkenet:

Alma sier hun vil legge seg, men får beskjed av pleieren at klokken bare er halv 4 og at datteren kommer på besøk i 5-tiden.

Alma: *ja, da kan jeg ikke legge meg. Er klokken bare halv 4? Jeg trodde den var minst halv 6.*

Pleier: *du kan ikke legge deg kl. halv 6 heller, for da er det kvelds.*

Dette er det Goffman (2000) kaller for å *passere*. Alma vil gå og legge seg, men får opplyst av pleieren at klokken bare er halv fire og at datter kommer på besøk kl. fem. Alma svarer overraskende, som at hun nå forstår situasjonen, og sier *at: er klokken bare halv fire.... da kan jeg ikke gå å legge meg, jeg trodde den var minst halv seks.* Hun later som hun forstår, for å oppnå aksept av gruppen (Goffman 2000:97), men blir avslørt av pleieren som sier: *du kan ikke legge deg kl halv seks heller.* Dette påvirker hvordan de andre ser på Alma og hvem hun opplever seg selv som. I dette tilfelle reagerer Ada som sitter på kjøkkenet og overhører samtalen mellom Alma og pleieren, med å le og si: *her er det mye rart som skjer.* Alma får bekreftelse på at hun er utenfor og ikke forstår situasjonen, og medbeboeren latterliggjør henne foran alle sammen, på scenen.

4.1.6. "Det er vanskelig å bli fysisk syk"

Alma sier at hun ikke kunne klart å være fysisk syk. Anette forteller at hun synes det er trist å se at de med Alzheimer glemmer osv, men sier også at;

...det er vanskelig å bli fysisk syk. Jeg har bodd på sykehjem i 6 år... ble syk for 11 år siden. Jeg bodde her før sykehjemmet ble rehabilitert og vi var flere på hvert rom, med ett bad på gangen. Det er mye bedre nå. Jeg trives bra, men jeg har mange barn og barnebarn som kommer på besøk og tar meg med ut.

Er det fordi hun har mange barn og barnebarn at Anette trives? Hadde hun ikke hatt familie, hadde hun ikke fått tilfredstilt sine sosiale behov. Familien tar henne med ut og besøker henne ofte. På sykehjemmet får hun ikke tilstrekkelig tilfredsstillelse for sine behov.

Anette savnet sitt tidligere aktive liv, men viste samtidig at hun hadde avfunnet seg med sin situasjon, og var glad for familien som ofte kom på besøk. For Anette og Anita var det fysiske funksjonshemminger som var årsak til at de bodde på sykehjem. Anita, en av de klare beboerne, kommenterte at det å bo på avdeling sammen med

mentalt svekkede beboere, som vanskelig. Hun valgte å trekke seg tilbake til rommet sitt, og oppholdt seg for det meste på rommet utenom måltidene.

...det er mange demente her som sier de vil hjem hele tiden og tror at moren fremdeles lever. Det synes jeg er trist, men det plager meg ikke, for jeg holder meg mye på rommet mitt.

Anita forteller også at hun synes det er greit å bo på sykehjem, fordi hun holder seg mye på rommet sitt, slik blir hun ikke plaget av de demente. Hun har avfunnet seg med å bo på sykehjem, for: *jeg klarte meg ikke hjemme lenger, og jeg trives godt her på sykehjemmet.*

Gullestad (1989:116) skriver at det i mange sosiale situasjoner kan være problematisk å håndtere forskjeller. Vi vil gjerne ”passe sammen” med dem vi omgås, og velger ofte venner og gode naboer blant dem som står for det samme som en selv. På den måten kan hver person spille ut og få bekreftet identiteter som er viktige for ham/henne. For å bekrefte sin egen selvoppfatning og menneskeverd, må beboerne ha tilgang på relevante støttespillere. Dette er i mange situasjoner personer som er villige eller i stand til å nedtone ulikhet og gi en bekreftelse av ønskverdige identiteter som oppleves som likeverdige med andres. Anita unngår de demente heller enn å konfronteres med dem. Det å unngå hverandre er en typisk strategi når likhet ikke lenger kan vedlikeholdes (ibid). Anita signaliserer til Anette at hun er lik ved å gjøre seg tilgjengelig når hun inviterer henne inn på sitt private rom. Mens hun viser at hun er ulik Anna og Alma, ved å gjøre seg utilgjengelig, ved å være lite i fellesrommene. Gjennom etableringen av likhet i sosial samhandling får Anita og Anette også bekreftelse på sitt individuelle menneskeverd, og at de er enestående (Gullestad 1989:117).

4.1.7. ”Hvis jeg fikk velge ville jeg vært mer ute i frisk luft”

Flere beboere viser at de har ønsker og behov som de ikke får dekket. Enkelte beboere ga uttrykk for at det er lite ressurser på avdelingen. Som Anette når hun sier at: *det er altfor lite personalet her til å ta seg av de (demente).* Anette gir uttrykk for at de demente ikke får god nok hjelp, samtidig som hun selv ytrer ønske om å komme seg mer ut i frisk luft.

Hvis jeg fikk velge ville jeg vært mer ute i frisk luft. Det var jeg vant med fra før jeg ble syk og savner det veldig. Her får jeg sjelden anledning til å være ute på tur, men familien min tar meg med ut når de kommer på besøk.

Anette ville vært mer ute i frisk luft hvis hun hadde fått anledning til det, men pleiere kunne ikke følge henne. En dag fortalte hun meg; *i dag, når det er så fint vær, med de fine høstfargene på trærne skulle jeg gjerne vært ute.* Hennes behov for å være mer ute i frisk luft, ble ikke prioritert. Dette var et behov hun stadig trakk fram, som noe som hun hadde mistet ved å flytte på sykehjem. Det å bo på sykehjem, innebar at hun ikke lenger kunne være med å prioritere hvilke behov som var viktigst for henne, og hun måtte konkurrere med andre beboeres behov. Hun var avhengig av pleiere og/eller beboere, som prioriterte annerledes enn henne selv.

Beboerne viste også forventninger til at personalet skulle ordne opp i ulike situasjoner, og ble skuffet og frustrert når personalet ikke gjorde det de forventet. Ada ønsket at personalet skulle legge til rette for aktiviteter og gjøremål for dem, slik at de ikke; *bare satt der og kjedet seg.* Men hun hadde ikke forslag til hvilke aktiviteter pleiere skulle sette i gang med, og hadde lite initiativ til å delta når personalet eller avdelingen faktisk arrangerer aktiviteter. Da gikk Ada ofte på rommet sitt. En dag fortalte Ada til Alma og meg, om sine forventninger. Hun fortalte at hun mente politikere og personalet burde;

Ada: ...sørge for at det ble litt aktiviteter for de gamle så de ikke bare sitter på sykehjemmene og glør hele dagen

It: Hvilke aktiviteter synes du hadde vært kjekt?

Ada: Nei, det vet jeg ikke, men noe som vi kan holde på med. Håndarbeid for eksempel, jeg liker så godt å strikke(...)ingenting å gjøre og det er så kjedelig, og vi bare sitter og gjør ingenting.

Det er en ambivalens i hennes forventning, hun vil ha flere tilbud, men deltar ikke når personalet tilrettelegger for det. Når jeg spør hva hun kunne tenke seg å gjøre, har hun ikke forslag til hvilke aktiviteter hun ønsker. Er hun ikke interessert i aktiviteter likevel, og hva hindrer henne i å gjøre noe, for eksempel strikke, håndarbeid osv?

Det kan oppleves trygt å komme på sykehjem, for her er det personalet som kan ta seg av dem, og de har ikke lenger noe ansvar selv til å gjøre noe aktivt. Det er pleiere som skal styre, ta avgjørelser og hjelpe dem. De skal avverge vansker og ubehageligheter, og hvis de ikke får det til, har beboerne rett til å klage. Ada er også frustrert over at

andre beboere er negative eller klager. Dette går ut over hennes trivsel på avdelingen, og ønsker at pleiere skal ordne opp og fjerne klageren eller stoppe de som er negative.

Ada: Det er så mange her som er så negativ til alt. Spesielt hun som alltid er så sint og klager på alt mulig. Hun har ingenting å klage over. Det blir så utrivelig her når hun klager hele tiden.

4.1.8 Oppsummering

Jeg har her vist hvordan beboerne presenterte seg i fellesrommene. Dette har gitt meg ny kunnskap om hvor viktig det er for beboere å fortelle om sine ressurser og hvem de har vært for å bevare sin identitet i deres sykehjemsverden. Spesielt når de ikke lenger har de samme ressursene og har fått redusert og endret sin rolle som selvstendige og aktive medborgere.

En persons identitet er aldri statisk, og beboerne vil kontinuerlig strebe etter å oppnå identitetsbekreftelse fra andre. Gjennom fortolkninger av fortidens livserfaringer i lys av dagens livssituasjon, veves hva en har vært, inn i hva en er i dag, skriver Bjelland (1992:64). På den ene siden trekker de fram fortellinger som viser deres ressurser og levde liv og på den andre siden forteller at de er prisgitt å bo på sykehjem med beboere som både oppleves som fremmede og som de ikke passer sammen med. Her kommer det fram det som hemmer deres mulighet til å velge, belastninger ved å bo med ukjente mennesker som de ikke nødvendigvis går overens med. Strategiene de tar i bruk for å mestre å bo i sykehjem, er forskjellige. Noen velger å holde seg på rommet sitt, og holder seg i bakgrunnen når de er på kjøkkenet. Andre oppsøker fellesrommene for å få kontakt med pleiere og beboere.

Sett i et samfunnsutviklings perspektiv må en starte der folk er (Twelvetrees 2002:8), og med å lytte, verdsette og forstå hvem boerne er (Ledwith 2005:63). Å forstå dem vil si å lytte til dem, til hva de har å si, og i følge Ledwith (ibid) er den enkle handling å lytte til folks historier, og respektfullt gi ens fulle oppmerksomhet, en handling av personlig empowerment. I dette kapittelet har jeg presentert hvordan beboerne framstiller seg i avdelingen. Hvordan de framstiller seg på scenen i et fellesrom kan si noe om hvem de er og hvordan de ser verden slik den oppleves for dem i dag. I følge Freire (1999:12) er ikke livet en gitt realitet som beboerne må godta og tilpasse seg,

det er en oppgave enhver må ta på seg. Den første oppgaven er å bli bevisst seg selv og sin hverdag.

4.2 ROMLIG MØNSTER

4.2.1. Hjem og arbeidsplass

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan livet på sykehjem er preget av at det både representerer et hjem og en arbeidsplass. Det å bo i sykehjem refererer til det faktum at en bor sammen med et antall ukjente mennesker fordi en har behov for hjelp til daglige gjøremål. Flere av beboerne forteller meg at de trives og har det bra på sykehjemmet.

Det er så godt å bo her. Det er snille og flinke pleiere og vi får så god pleie og godt stell. Og maten er veldig god. Jeg liker meg veldig godt her, mye bedre enn da jeg bodde hjemme.

En annen beboer mener at det ikke er noe problem å bo på sykehjem, selv om hun helst ville bodd hjemme med ektefellen sin.

Det er egentlig ikke noe problem, mangler ingenting, får både mat og stell, men kunne ønsket jeg kunne bo hjemme med ektefellen min.....det er ikke noe negativt å bo her.

En tredje beboer forteller at hun bor på sykehjemmet fordi hun ikke kan bo hjemme lenger: *Jeg bor her no, for jeg kan ikke reise hjem.* Sykehjemmet representerer likevel ikke hjemmet hennes og gir ikke samme verdi som hjemmet hennes gjorde:

*Alma: Nei, jeg skulle vært hjemme. Lurer på om jeg skal reise hjem.
It: Er ikke dette hjemme for deg?
Alma: Nei, på ingen måte.*

Et hjem uttrykker mange verdier som er viktige for oss, hevder Gullestad (1989:58). Det er ikke bare et hus hvor vi sover, spiser og oppholder oss, og det er heller ikke bare det praktiske vi gjør i huset som gjør det til et hjem. Gullestad (ibid:51) skriver at *mennesker skaper husene, og husene skaper menneskene og deres livsbetingelser.* Grunnstemningen i det å bo er å ha fotfeste i tilværelsen, og det kan beskrives som: *å ha tilhørighet til, være trygg, å føle seg hjemme* (Martinsen 2003:172). Det Alma har tilhørighet til finner hun ikke i sykehjemmet. Selv om hun innfinder seg i å bo der, fordi hun ikke kan klare seg hjemme lenger, er det ikke hennes hjem. Et hjem står for

viktige verdier som identitet, integrasjon og mening. Gjennom hjemmet sitt skapte Alma en følelse av retning og mening, og der ble hennes ulike roller bundet sammen til en opplevelse av å være en helhetlig person, og til følelsen av å tilhøre en familie (Gullestad 1989:59). At sykehjemmet skal kunne fylle slike verdier for et menneske kan virke uoppnåelig eller utopisk. De som lager og utformer sykehjem har likevel det som et mål.

4.2.2 Den romlige utformingen av avdelingen

Sykehjemmet hvor jeg hadde feltarbeidet mitt, hadde for bare 1-2 år siden vært gjennom en rehabiliteringsprosess. Alle rom var nyoppusset. I begrepet *sykehjem* ligger det implisitt at dette skal være et hjem for beboerne, men det er samtidig en arbeidsplass for pleierne. Dette må arkitekter og planleggere ta hensyn til i sin utforming. Utformingen av avdelingen er et resultat av bevisste handlingsvalg foretatt av arkitekter, planleggere og sykehjemmets ledere, og er utformet for å gi plass for funksjoner som man tenker seg skal finne sted i avdelingen. Det er bl.a. tatt et valg på at det ikke bør være mer enn ti beboere på hver avdeling. Å gi sykehjemmet et hjemlig og hyggelig preg med små avdelinger og med enerom vil kunne bevare pasientens verdighet, gi beboeren rett til å ha sine indre rom og sine hemmeligheter (Martinsen 2003:171).

Dette sykehjemmet har likhetstrekk og er innredet og utformet på samme måte som de fleste andre sykehjem i Norge. Avdelingen er en av flere avdelinger, og er ordnet i en boenhet med plass til ti beboere. Hele avdelingen gjenspeiler forventning om hva som skal skje der. Den lange brede gangen er oversiktlig for både beboere og personalet. Hver beboer har en dør inn til sitt rom, som regnes som deres private område. Kjøkkenet og dagligstue er omtrent i midten av gangen, slik blir det noenlunde lik avstand fra beboernes rom til kjøkkenet og dagligstue for alle beboerne. Dagligstuen tvers over gangen for kjøkkenet kan være praktisk når noe skal transporteres over ved besøk eller tilstelninger.

I begge endene av gangen var det plassert to stoler og et bord. Store vinduer i hver ende av gangen ga mye lys. En altan i den borte enden (mot nord) ble ikke brukt så lenge jeg var der, været fristet ikke i disse ukene, det var mye regn og kaldt vær. På motsatt side av altanen var det trapper ned til etasjen under (nødutgang). Fra gangen

gikk det dører inn til de ulike rommene i avdelingen, dvs beboernes private rom, skyllerom, lager, medisinrom, kjøkken, dagligstue og personaltoalett. At skyllerom, lager, medisinrom var plassert midt i gangen gjorde at pleiere ikke hadde for lang avstand fra de ulike private rom til arbeidsrommene.

Selv om sykehjemmets avdelinger skiller seg ut fra bofellesskapets struktur, har de visse likhetstrekk med det Sandvin et al. (1998:67) har studert. Det er tatt hensyn til en formell og administrativ praksis ved avdelingsleders kontor og et lite kontor for pleierne innerst i kjøkkenet. Det er en privat praksis innenfor hver beboers private rom, hvor de har sine private eiendeler og kan ta imot sine besøkende. Det er en kollektiv praksis i fellesrommene, det vil si i kjøkkenet og i gangen hvor beboerne samler seg når de har behov for å være sammen. Sandvin et al (1998) viser at denne praksis ikke alltid lar seg innordner i den materialiserte hensikt.

4.2.3. Den endeløse gangen

Gangen er lang, men fordi den er hvitmalt og har store vinduer i begge ender er den lys og fin. Den har imidlertid et upersonlig og sterilt preg, det henger lite bilder i gangen, kun fire tegninger fra Bergen på 1900 tallet og et speil. Avdelingsleder forteller at de ikke har fått hengt opp bilder etter at avdelingen var blitt rehabilitert. En personløfter står utenfor en dør. Gangen bærer preg av å være et gjennomgangsrom. Alle må gjennom gangen for å forflytte seg fra rom til rom, og her foregår det mye hektisk aktivitet når pleierne skal hjelpe beboere med ulike gjøremål. Slik sett appellerer den ikke til å brukes til annet enn å gå gjennom, på veg til og fra de ulike rom i avdelingen.

De to stolene med bord i enden gjør imidlertid at to demente beboere, Anna og Alma benytter seg en god del av gangen. De bruker den også til å vandre fram og tilbake, spesielt Alma vandrer her både formiddag og ettermiddag. Innimellom setter hun seg ned i en av stolene, og noen ganger kommer Anna og setter seg i den andre stolen. Jeg satt også ofte her i perioden jeg var i avdelingen og Alma utbrøt, en gang jeg satt der: *ååå...den endeløse gangen*. Alma satt som nevnt, ofte i gangen og ventet på at familien skulle komme på besøk. Å sitte slik å vente kan føles endeløst, spesielt hvis en ikke vet når den besøkende kommer. Med jevne mellomrom spurte hun noen av de

forbipasserende om de visste når hun fikk besøk i dag. En annen gang Alma satt i gangen, ga hun uttrykk for at:

.... gangen er så stor og lang, den skulle vært mindre, men ingen gjør noe med den. Kan de ikke bare ta bort noen dører?

Jeg er usikker på hva hun la i dette utsagnet, men denne gangen var preget av mange åpne dører. De fleste dørene sto åpne det meste av dagen og gjorde det lettere for pleierne som gikk fra rom til rom med utstyr og beboere som skulle forflyttes ut og inn. I tillegg kunne beboerne som var sengeliggende eller oppholdt seg mye på rommet sitt, på denne måten høre lyder, og se mennesker gå fordi på gangen. Slik fikk de ta del i hverdagslivet på avdelingen, selv om de oppholdt seg på rommet. Dette hørte jeg en pleier si til en beboer som begrunnelse for å la døren stå åpen inn til rommet. En pleier kommer ut av beboerens rom, snur seg i døren og spør høyt om døren skal stå åpen. Hun setter døren helt opp og sier: *Så ser du litt folk.*

Utenfor beboernes dører var det et navneskilt med navn på den som bodde der. Et par dører hadde ikke navneskilt, det var dørene til kjøkkenet, dagligstue, skyllerom, lager og personaltoalett. Kjøkkendøren sto for det meste åpen, mens døren inn til personaltoalettet og medisinerrommet alltid var lukket. Døren inn til skyllerom, lager og dagligstuen sto ofte åpen eller på gløtt. En dør er en viktig grense mellom det private og det offentlige (Gullestad 1989:53). *Dører lukker og åpner for fellesskap.* En åpen dør inn til beboerens rom kan oppfattes som at beboeren åpner opp for kontakt mot utenverden og de som går gjennom gangen. Den åpner opp for at andre kan komme inn, og det viser kanskje til at pleiere kan komme rett inn uten å banke på. I enkelte situasjoner, spesielt på formiddagstid var de fleste dører åpne ut i gangen. Når personalet på avdelingen lar dørene inn til beboernes private rom bli stående åpen for å ha kontroll over beboerens behov, kan det gjøre at skillet mellom det offentlige og private blir mer utvisket. Jeg vet ikke om dette var beboernes ønske, eller om det var pleierne som hadde behov for kontroll inn i deres private rom.

Ikke alle beboerne hadde døren sin åpen. Ada og Alma sørget alltid for å holde døren lukket, enten de var på rommet eller ikke. Med en stengt dør viste de at de ville være alene, eller at dette var deres private område som de vernet mot innsyn. Hvis noen skulle inn, måtte de banke på, melde sin interesse og eventuelt bli invitert inn. Å

respektere beboernes private sfære, vil være et vern mot beboerens private liv og integritet. Gullestad (1989:53) sier at døren er på samme tid et vern og en barriere. Sandvin (1998) hevder at det private er veldig sårbart i en slik institusjon og at personalet derfor bør være bevisst hvordan de håndterer dette i en avdeling.

En slik lang og lys gang som går tvers gjennom avdelingen er et kjent trekk ved institusjoner og gir god oversikt over hele avdelingen for personalet som er på jobb. Her kan de følge med og ha oversikt over hvor beboerne er, og deres behov. Men en slik lang gang med mange like dører (alle dørene inn til beboerrommene hadde lik farge), kunne noen ganger gjøre det vanskelig for demente å finne rommet sitt. Dette strevde også Anna med:

Anna og Alma sitter i enden av gangen på hver sin stol.
Anna henvender seg til Alma: *vet du hvilken dør som er min?*
Alma: *Nei, det vet jeg ikke, det er så mange dører her.*

Denne lange gangen kan på sett og vis forveksles med en gang i en blokk hvor dørene fører inn til de enkelte leiligheter. Men i en slik sammenheng ville dørene for det meste være lukket, og det ville sett underlig ut om dørene inn til leilighetene sto åpne store deler av døgnet. De åpne dørene er mer i overensstemmelse med en gang i et privat hjem, der det er mer vanlig å la dørene inn til de ulike rommene stå åpne. Men gangen er for stor og lang til å tilhøre en privat bolig. I en privat gang ville det også vært mer bilder og dekor i gangen. Gangen kunne, med sitt sterile og upersonlige preg, vært en hvilken som helst korridor i en kontorbygning eller skole osv. Men noe får meg til å identifisere det mer med en institusjon, og det er blant annet personløfteren som står utenfor et av rommene. Fra gangen går det, som nevnt, en dør inn til fellesrommene, kjøkken og dagligstue. De ligger på hver sin side av gangen mot vest.

4.2.4. Det ubrukte rommet

Dagligstuen er innredet som en stue med spisebord og salongbord med lenestoler og store vinduer ut mot en hage. I følge Gullestad (1989:53), er dagligstuen det offisielle rommet i et hus. Det er der det blir tatt i mot besøk og familiene samler seg til felles, sosial samhandling. Døren inn til dagligstuen kan i mange familier være lukket om formiddagen, for å åpnes til felles gjøremål og samhandling om ettermiddager og kveld (ibid:61). I avdelingens dagligstue var det imidlertid som oftest mørkt og tomt,

både formiddag og ettermiddag. Møblene sto på utstilling langs veggene slik at det var plass til mange rullestoler midt i rommet når det ble brukt til musikkstund en gang i uken. Det sto et piano i ene enden og et musikkanlegg i en reol langs en annen vegg. Jeg observerte ikke dagligstuen i bruk av beboerne utenom de gangene det ble arrangert musikkstund sammen med beboere fra andre avdelinger. Personalet tok det imidlertid i bruk til et møte som jeg hadde med dem før jeg begynte feltarbeidet mitt.

4.2.5. Fellesrommet

Kjøkkenet er midt i gangen, til venstre for dagligstuen. I et hus er det ofte kjøkkenet som er sete for det mer trivielle, men ikke desto mindre viktige dagliglivet (Gullestad 1989:61). Det er ofte her familiene tar imot gode bekjente. Eldre er ofte oppdratt til å treffes på kjøkkenet. Her lages det mat, og de fleste spiser dagens måltid rundt spisebordet. Ada sier hun; *liker seg godt på kjøkkenet, for det er så varmt der og det er koselig å sitte her på kjøkkenet med de andre.*

Dette rommet er mye brukt av både personalet og beboerne. Det er malt med lyse farger og med store vinduer langs hele ene langsiden av rommet virker det åpent og lyst. Innerst i rommet er det et lite kontor for pleierne. Til høyre innerst er det en kjøkkenbenk med oppvaskemaskin og hyller/skap over. Et arbeidsbord skiller arbeidsplassen for pleierne og spisebordet til beboerne. Til høyre i rommet er kjøleskap og håndvask. Et par stoler er plassert ved enden av spisebordet, innerst mot kjøkkenbenken. Der har beboerne som kan forflytte seg selv, med og uten rullator, sine faste plasser. Det å ha faste plasser kan gi trygghet for beboerne, noe som både Alma og Ada kommenterer.

Alma kommer inn og setter seg på stolen sin, sier: *Dette er min stol.* Ser på Ada og sier: *Du har også fast stol.*

Ada: *Ja det liker jeg, trygt og godt med fast plass.*

Ved ytterste enden av bordet er det ingen stoler, for her har beboerne som bruker rullestoler, sine faste plasser. På spisebordet er det pyntet med en duk og noen lysestaker. Ut mot vinduet står en medisintralle. Det er også utgang til en liten altan fra kjøkkenet.

Kjøkkenet på avdelingen er et fellesrom som gir mulighet for samhandling og sosialt samvær mellom beboerne og pleiere. Det er også her pleierne har samtaler med beboerne samlet. Ikke alle beboerne spiser måltidene sine her på kjøkkenet. Stort sett

er det seks beboerne som samler seg til felles måltid tre ganger om dagen (frokost, middag og kvelds). Noen av disse spiser også formiddagsmat og drikker ettermiddagskaffe på kjøkkenet. Avdelingslederen forteller meg at her på avdelingen er det kjøkkenet som blir benyttet til samhandling og sosialt samvær. Det er ikke TV i kjøkkenet, og de som liker å se TV gjør det på rommet sitt.

Noen beboere, spesielt Ada og Alma sitter ofte på kjøkkenet. Alma trekker fort til kjøkkenet når det er andre beboere der. Som nevnt over liker Ada seg godt på kjøkkenet og velger også å sitte der alene, på sin faste stol. Hun deltok ikke så ofte i samtalene med de andre, men satt og så framfor seg, eller ut av vinduet. De store vinduene vender ut mot en stor naturtomt, så det er mye å se på utenfor vinduene. At Ada likevel fulgte med i det som skjedde i rommet, viste hun når hun innimellom kommenterte de andres samtaler eller atferd, ofte uten å vike blikket fra vinduet. Å være på samme sted som andre, selv uten å snakke med dem, kan også innebære fellesskap (Album 1996:70).

Anna og Alma sitter på kjøkkenet og snakker sammen. Ada sitter rett overfor dem, men er ikke med i samtalen. Anna spør Alma hvor hun er.

Alma: *Du er på gården*

Ada (bryter inn): *Du er på sykehjemmet!!*

Et par ganger observerte jeg at to av de ellers sengeliggende beboerne ble plassert på kjøkkenet i rullestoler på formiddagstid, uten at jeg så de hadde kontakt med sine medbeboerne. Jeg vet heller ikke om de selv hadde gitt uttrykk for om de ville være der.

Kjøkkenet var også et samlingssted for personalet, når de ikke var opptatt med oppgaver inne på beboernes private rom eller på skyllerommet. Her laget, forberedte og serverte de måltid til beboerne. Samtidig var det et personalrom/kontor innerst i kjøkkenet med kontorpult og PC, og hyller med permer og kontorutstyr. Her så jeg at personalet samlet seg til samtaler og diskusjoner og fordeling av arbeidsoppgaver ved behov.

4.2.6. ”Det er bra å ha sitt eget rom...”

Alle beboere hadde eget rom, som besto av oppholdsrom/soverom og bad/toalett. Her hadde de mulighet for å være private og ha sine private eiendeler. Rommene var ikke så store, men de kunne for eksempel få plass til en stol, et lite bord, TV, radio, private

bilder og egne bøker. På rommet kunne beboeren velge å være for seg selv, se TV, hvile seg, ta imot besøk eller annet. Jeg hadde ingen direkte observasjoner fra beboernes rom, men jeg har notater på når de var på rommet sitt og noen fortalte meg også hva de gjorde der. I tillegg kunne jeg se inn gjennom åpne dører fra gangen, og observere hva beboerne gjorde på. Å ha privatliv er også å slippe å gi til kjenne hva du gjør på rommet. Det fikk jeg erfart da jeg i min iver etter å observere spurte Aslaug hva hun gjorde når hun var på rommet sitt.

It: Hva gjør du på når du er inne på rommet?

Aslaug: Det vil jeg ikke svare på

It: Det har du rett i, det har jeg ikke noe med.

Det vil likevel være en begrensning på hvor privat rommene kan være på et sykehjem. Alle beboerne på avdelingen er så avhengig av hjelp til daglige gjøremål og må derfor gi slipp på noe av deres private område for å gi pleiere som skal hjelpe dem adgang til sine private rom.

Beboerne må kanskje gi avkall på noen av sine private grenser, for at personalet skal få oversikt og kontroll på deres hjelpebehov (Folkestad 2003:79).

Alma ga uttrykk for at hun satt pris på å ha sitt eget rom hvor hun kunne være skjernet for andre beboere og ha sitt privatliv.

Det er bra å ha sitt eget rom, så bestemmer jeg selv hva jeg vil gjøre der. Da er det kun meg selv jeg må ta hensyn til.

Men Alma fortalte også at hun ikke trives så godt alene på rommet sitt, hun liker seg best sammen med andre.

Alma: Jeg liker ikke å sitte på rommet alene, det er ikke noe kjekt. Jeg må være sammen med andre, da har jeg det kjekt.

Alma inviterte meg en dag inn på rommet for å vise hvordan hun hadde det, og var tydelig stolt over å vise fram sitt pene rom. Der hadde hun en privat stol og et bord. På bordet var det frukt og en skål med sjokolade som hun bød på. I vinduet sto det blomster og på veggene hang private bilder og hun fortalte meg hvem det var bilde av. Det var datteren som hadde hjulpet henne med å gjøre det så koselig, fortalte hun meg. Flere beboere fortalte meg at de likte å være på rommet sitt.

Ada:jeg sitter mye på rommet mitt og ser tv....det liker jeg.

Anita: ” jeg holder meg mye på rommet mitt

Å trives og føle seg hjemme, å ha tilhørighet og være trygg hører til det å ha en hjem (Martinsen 2003:17). For beboerne må det være godt å ha en personlig arena og et privatliv hvor de kan slappe av fra rollen de har i fellesrommene. Beboerne vil holde en fasade når de opptrer på kjøkkenet, mens de som vil inn på rommet må banke på. Å ha døren stengt gir beboerne anledning til å være i kulissene, mens de som har dørene åpne, åpner opp for tilgang fra utenforstående (Goffman 1992).

Å ha privatliv, betyr at en kan få være for seg selv, og slippe å bli sett og vurdert av andre hele tiden. På kjøkkenet blir beboerne kontrollert og vurdert kontinuerlig i et fellesskap som de kanskje ikke ønsker. For beboerne ble grensen fra det private mot det offentlige rom endret når døren til deres private rom ble åpnet ut mot gangen. At pleiere har adgangstegn og kan slippe inn er greit, det gjelder også pårørende som kom på besøk og valgte å være på rommet til beboeren.

Å ha enerom kan også gi andre konsekvenser. En pleier fortalte meg en dag at det er blitt mindre samvær mellom beboerne etter at avdelingen fikk enerom:

.... de fleste beboere her pleier å holde seg på sine rom utenom måltidet og de faste, felles aktivitetene. De ser tv og hører radio. Ikke alle kommer ut til måltidene heller. Før det ble enerom var beboerne mer i fellesrommene, men nå vil de sitte for seg selv, på rommet.

Denne pleieren beklaget denne endringen, men påpekte samtidig at det er jo beboeren som må velge, og at det er positivt at beboeren har mulighet for privatliv. Det jeg imidlertid observerte, var at dette var forskjellig fra vakt til vakt. Det vil si at det var avhengig av hvem som var på vakt, om beboerne oppholdt seg på rommene eller i fellesrommene. Enkelte beboere kommenterte også dette til meg; *det er ikke kjekt når de sure er på vakt.*

4.2.7. Oppsummering

Hvordan rommene i en sykehjemsavdeling er utformet sier noe om hva de skal brukes til og av hvem. Sykehjemsverdenen er gitt av menneskelig handling og bevissthet, helt fra de som bygget og innredet avdelingen og gjennom de som bor og jobber der. Den sosiale konstruksjonen var allerede en ”virkelighet”, før beboerne som jeg observerte flyttet inn. Et eksempel på det var at dagligstuen ikke var i bruk og at beboerne som ønsket sosialt fellesskap samlet seg på kjøkkenet. Noen annet at fellesrommet ikke hadde TV og de som ville se TV ble henvist til sine egne rom. Det er også som resultat

av sosiale prosesser i sykehjemsavdelingen at beboere blir beboere (Wadel and Wadel 2007:50). Måten beboerne handler og samhandler på i de ulike rom er sosial konstruert (Skog 2006:27). Med andre ord vil det rammeverket beboerne er omgitt av være med å forme den kommunikasjon og samhandling som finner sted. I dette kapittelet har jeg prøvd å løfte fram hvordan beboere og pleiere brukte rommene, på bakgrunn av hvordan de er innredet og hvordan den sosiale konstruksjon var.

Samfunnet er et menneskelig produkt, så også sykehjemsavdelingen. De som kommer til avdelingen og til de definerte rom og rutiner vil oppleve det som ”virkelighet”. Sykehjemsverdenen er der, den er noe de må innrette seg etter, den fortøner seg som en objektiv virkelighet (Wadel and Wadel 2007:52). Beboerne innretter seg, og bruker de redskaper, språk og regler for atferd som allerede er der, både overfor medbeboere og pleiere. De sosialiseres inn i denne verdenen. Selv om sykehjemmet kan sies å ha en objektiv eksistens, så har den ikke noe eksistens utover de menneskelige handlinger som produserer og vedlikeholder den (ibid:54).

4.3 TIDSMØNSTER

4.3.1. Fast tidsmønster

I dette kapittelet vil jeg skrive om hvordan tiden ble organisert i avdelingen. Det var faste tidspunkt for måltid, aktiviteter og gjøremål, og på døren inn til kjøkkenet hang det oppslag med tidspunkt for avdelingens rutiner og faste aktiviteter. Samtidig ble det gitt fortløpende og gjentatt informasjon om de ulike gjøremål den aktuelle dagen, og hvis ikke beboeren selv klarte å holde orden på tidspunktet ble de hentet av personalet.

De faste rutiner og gjøremål i avdelingen forløp seg slik:

Frokost kl. 9-10

Formiddagsmat kl. 11

Middag kl. 13

Kaffemat kl. 15.30

Kvelds kl. 18

Andre faste arrangement var *musikk og bevegelse* onsdag kl. 12 og *musikkstund* torsdag kl. 12. I tillegg var det *korøvelse* hvor to av avdelingens beboere deltok hver fredag kl. 11.

Tiden mellom måltidene kunne beboerne benytte til individuelle gjøremål ut fra egne interesser.

4.3.2. "Ingenting å gjøre og det er så kjedelig"

Ada fortalte meg at det var: "..... *ingenting å gjøre og det er så kjedelig, og vi bare sitter og gjør ingenting*". I utgangspunktet kunne en tenke at beboerne på denne tiden, mellom måltid og faste gjøremål, ville ta initiativ til å utføre aktiviteter de selv satte pris på. Men det de gir uttrykk for, er at de ikke har noe som engasjerer dem, og de kjeder seg. Hva kan grunnen være til at de ikke selv tar initiativ til å gjøre noe som interesserer dem? Ut fra det jeg observerte var det ingen som hindret dem i å gjøre noe.

Beboerne klaget på kjedsomhet og jeg observerte også at de var passive. De satt mye i ro, på rommet, i gangen eller på kjøkkenet. Pleierne gikk med raske bevegelser, og viste at de hadde det travelt. De hentet beboere som skulle på toalettet eller forflyttes fra rom til rom, snakket i telefonen, gikk gjennom gangen med bekken og utstyr eller på kjøkkenet og laget til måltidene. Beboerne ble servert, snakket til, forflyttet, hjulpet med gjøremål osv. Også i de måltider jeg var til stede (formiddagsmat og kaffemåltid) viste beboerne at de hadde god tid, de satt på sine stoler, mens personalet gikk raskt rundt bordet og serverte og hjalp der det var behov. Sjelden så jeg noen bli oppfordret til å bidra med noe selv, bortsett fra den gangen Alma fikk en pose med vaskekluter som hun skulle brette sammen, og sa; *dette er min jobb*.

Hustad (1997:68) kaller den kjedsomhet som foregår i institusjoner for eksistensiell. Den kan forstås som en tilstand uten mening, ut fra manglende forventninger, utfordringer og krav fra omverdenes side samtidig som at omverdenen oppleves som sterkt regulert. Beboere som blir observert hele døgnet, kan lett bli passive og la andre styre all aktivitet og unngå å ta egne beslutninger, hevder Garsjø (2008:58). De mister kontroll over gjøremål og aktiviteter og må innrette seg etter sykehjemmets struktur og organisering. En organisering som går ut på at beboerne får servert alle måltid, det

arrangeres aktiviteter og gjøremål og det stilles ingen forventninger til at de skal delta verken i tilberedningen av måltid eller i tilretteleggingen av aktiviteter. Det er lett å forstå at dagene oppleves lange når de ikke å ha noe å gjøre som de selv har tatt initiativ til, eller som har betydning for dem. I tillegg går mye av dagen ut på å vente på at pleiere skal ha tid til å hjelpe og tilrettelegge for dem.

Det kan være interessant å undre seg over hva beboerne har vært opptatt av og hva som har vært betydningsfull tidligere i deres liv? Flere beboere forteller meg at de er oppvokst på gård, og har vært vant til hardt fysisk arbeid. Andre forteller at de har reist mye rundt i verden og har mange opplevelser fra andre kulturer. En av beboerne har bodd flere år i utlandet. En annen har hatt en ansvarsfull stilling i en stor bedrift, og vært lidenskapelig opptatt av fotball. Det er i det hele tatt et mangfoldig liv beboerne har levd før de kom på sykehjem. De er svært forskjellige og har ulike bakgrunn og mange ressurser. Selv om avdelingen legger til rette for jevnlig aktiviteter, kjennetegnes de ofte av lite varierte tilbud for de mange ulike beboerne. Ved stadig å arrangere tiltak og aktiviteter, uten at beboerne selv er delaktig, kan ta initiativet fra dem og gjøre dem passive (Freire and Nordland 1999). Slik kan institusjonen være med å undertrykke beboernes eget initiativ.

Tiden kan forstås som en knapp ressurs, og en ettertraktet person har det travelt, mens en som ikke er ettertraktet har god tid, skriver Hustad (1997:72). En konsekvens av dette kan være at beboeren som har mye tid føler seg lite verdt, og kan være en medvirkende årsak til å hindre dem å gjøre noe. Beboerne har god tid, og de kjeder seg, men har ressurser som de kunne benyttet. Anette har vært en initiativrik dame og liker å komme seg ut.

Knapp tid krever planlegging av aktiviteter, skriver Hustad (ibid:66), og spontane påfunn er det lite rom for. Det Anette vektlegger som betydningsfullt blir ikke prioritert og vektlagt av personalet, og det kan være med å hindre henne til å ta initiativ. Når frokosten er over blir beboere fulgt til rommene sine eller de blir sittende på kjøkkenet eller i gangen. Personalet er i gang med praktiske gjøremål og har ikke anledning til å følge opp beboernes personlig interesser og engasjement. Beboerne har ikke noe å gi og personalet går inn i sin institusjonaliserte rolle som giver, hevde Hustad (ibid). Konsekvensene kan lett bli at de blir passivisert.

Men jeg så et eksempel på at beboerne tok initiativ til gjøremål. En dag jeg satt på kjøkkenet med to beboere tok en av beboere initiativ til å gå ut en tur. Det var en dag det hadde regnet hele formiddagen, det klarnet opp og ble sol ut på ettermiddagen. Ada og Anette satt på kjøkkenet.

Anette: ”.....skal vi ta en tur ut” (henvender seg til Ada).

Ada: ”Ja det gjør vi.....er jo inne hele dagen”. Ada reiser seg, tar rullestolen med Anette med seg og går ut i gangen.

Anette: ”Det skal bli godt å komme ut litt”.

En pleier1 blir stoppet i gangen. Ada og Anette forteller at de vil ut. ”Det er kaldt ute”, sier pleier1; ”dere må ta på jakker”. Pleier1 henter jakker og spør en annen pleier2 om det er greit at hun følger beboerne ut.

”Bare du er tilbake til kl. 17 for da begynner vi med kvelds”, sier pleier2.

Her tar Anette initiativet til å gå tur, og fikk med seg Ada som trillet rullestolen. Hun viser initiativ til å gjennomføre en aktivitet, og får respons av beboeren og av en pleier som følger dem ut. Denne pleier1 var vikar og måtte spørre en fast ansatt (pleier2) om det var greit at hun ble med beboerne ut. Den faste pleieren oppmuntret ikke til det, men satte begrensning på initiativet ved å si at de måtte komme inn igjen til kl. 17 for da skulle tilberedelsen av kveldsmaten starte. Prioriteringen av de faste rutinene gikk foran spontane initiativ som her.

Det jeg observerte var at beboerne hadde liten innflytelse på prioriteringen av dagens gjøremål. Ut fra mine observasjoner var det personalet som prioriterte og planla gjøremål for beboerne, bortsett fra avgjørelser på områder som gjaldt hva de ville ha på maten, om de ville være med på tilmålte aktiviteter og lignende. Måltid, musikkstund et par ganger i uken, og andre arrangement var satt til faste tidspunkt, og jeg hørte aldri noen spørre beboeren hva de ønsket å bruke dagen sin til. Det kan selvsagt være at pleiere spurte når ikke jeg var til stede, men i mine observasjoner finner jeg lite eksempler på at beboere eller pleiere hadde forventninger til at beboere skulle bruke egne ressurser eller ta initiativ.

Hustad (1997:72) viser til et eksempel fra en psykiatrisk institusjon hvor en pasient hadde gått berserk og ødelagt inventaret i dagligstuen. De ellers passive, psykiatriske pasientene fikk plutselig en oppgave som var betydningsfull, tok selv initiativ til å rydde opp og det sosiale livet blomstret. Hustad (ibid) skriver at ”*enhver pasient fant seg selv som personer, uunnværlige som bestanddeler i en større sosial enhet*”. Deres sosiale ressurser ble tatt i bruk under omveltningen og i en slik situasjon var det som om alle hadde en betydning og hadde noe å gi.

På samme måte mangler sykehjemsbeboerne oppgaver som gjør dem betydningsfull. Det er ikke bruk for dem i hverdagen. Det var heller det ingen diskusjon eller oppmuntring til å delta i diskusjoner om hvilke aktiviteter beboerne ønsket arrangert på avdelingen. Personalet har makt til å disponere sin egen og pasientenes tid på aktiviteter som av personalet synes riktig og viktig (ibid:73).

4.3.3. ”Personalet kaver hele tiden”

”Ser du hvordan de kaver hele tiden, fram og tilbake, ... hele dagen. Sånn er det hver dag....”.

Dette sa Alma en dag hun satt i gangen sammen med meg og betraktet pleiere som gikk raskt fram og tilbake mellom beboerrom, skyllerom og kjøkkenet. Det var like etter frokost og alle beboere skulle hjelpes til rommene sine for å få utført gjøremål de hadde behov for (tannpuss, toalettbesøk osv) Det var kun Alma, Ada og Anna som forflyttet seg på egen hånd fra kjøkkenet og ut i gangen eller til rommene sine. Alma betrakter personalets bevegelser i gangen mens vi småprater. Personalet viste med sine raske bevegelser at de hadde mye å gjøre, og i det at de har det travelt lå det også at de ikke hadde tid til henne. Det er mange arbeidsoppgaver som skal utføres i løpet av noen formiddagstimer, før neste måltid skal serveres i kjøkkenet. Alma på sin side, var begynt sin venting på besøk. Innimellom tar hun turen til vaktrommet for å høre om hun kan få ringe til datteren eller for å høre med noen om de vet når hun får besøk.

Det er tre pleiere på vakt om formiddagen, i tillegg til avdelingslederen. De ti beboerne på avdelingen har behov for omfattende hjelp til de fleste daglige gjøremål. Derfor går personalet fort, for å rekke over alt, samtidig som de har kontroll og oversikt over det beboerne gjør på en formiddag. Berger og Luckmann (2000:46) hevder at dagliglivets verden er strukturert i rom og tid, og at opplevelse av tid er en av bevissthetens iboende egenskaper. Ethvert menneske er seg bevisst en indre strøm av tid, som må tilpasses den intersubjektive tidsoppfatningen i hverdagen på sykehjemmet. Det kan aldri bli full overensstemmelse mellom disse tidsnivåene, noe som opplevelsen av å vente kan antyde ganske klart (ibid:46). Beboerne har sin tilmålte tid og vet at de har hele dagen til rådighet. Det påvirker deres forhold til tid og dagsrytme. Pleiere har også sin tilmålte tid på jobb og vet alle de arbeidsoppgavene de har fått tildelt til å utføre på denne tiden. Det påvirker deres forhold til tid, og

holdningene til det de skal gjøre når de er på jobb. De vet også at hvis de ikke får gjort unna arbeidsoppgavene på sin tilmålte tid, er det andre som må overta de når de kommer på vakt. Beboerne har sin opplevelse av tid, og vet at de må vente på at en pleier gir av sin tilmålte tid for å få hjelp til f.eks toalettbesøk. For beboerne er ikke tiden delt i arbeidstid og fritid. De ansatte kan glede seg til de har fri, mens beboerne er på avdelingen hele tiden. Den tiden på dagen hvor jeg er i avdelingen har beboerne ”fritid”, dvs de har ikke noe fastlagt program for hva de skal gjøre.

4.3.4. ”Jeg burde vel gjort noe”

Personalet planlegger og prioriterer gjøremål til beste for alle. Pleierne har mange oppgaver og de er ettertraktet. Beboere er ikke ettertraktet, og kan oppleve det som en gave hvis pleiere tar seg tid til å snakke med dem (Hustad 1997:73).

En ettermiddag sitter flere beboere rundt kjøkkenbordet. En pleier tar seg en kopp kaffe, men blir stående ved kjøkkenbenken å prate med de som sitter ved bordet.

Anette: ”Sett deg no ned å kos deg”.

Pleier: ”Jeg burde vel gjøre noe..... ”.

Anette: ”Nei sett deg ned”.

Rutiner er viktige, og muligheter for spontane gjøremål er lite velkomne og gjennomførbare. Både pleieren og Anette er enige om å sette seg ned ved bordet er å kose seg. Anette vil at pleieren skal sette seg ned, og i det ligger det at de kan prate sammen og at personalet viser henne oppmerksomhet. Pleieren er litt motvillig, står litt og tenker seg om, mens hun sier at hun burde vel gjort noe,....før hun setter seg. Med andre ord å kose seg, er ikke definert som arbeid på sykehjemmet. At pleieren har mange praktiske gjøremål, gjør at de får mindre tid til å sette seg ned å prate. Pleieren er opptatt av det praktiske som skal gjøres, fordi det er det som blir verdsatt som arbeid på avdelingen, selv om det å sette seg ned med beboerne kan gi positive konsekvenser for sosial samhandling. I mine feltnotater har jeg skrevet at det ble en livlig diskusjon rundt kjøkkenbordet denne ettermiddagen, og selv om pleieren etter hvert måtte forlate kjøkkenet for å gjøre praktisk arbeid så, fortsatte samtalen rundt bordet. Flere av beboerne valgte å sitte lengre tid på kjøkkenet etter kaffemåltidet enn det jeg ellers observerte. I tillegg var beboerne mer delaktige i samtalen, og de lo, noe som jeg tolket som at de hadde det trivelig.

Malmedal (1998:70) har i sin studie fra sykehjem satt spørsmålstegn med om det er sykehjemmets rutiner som skaper stresset og følelse av tidsnød, mer enn personalmangel. Hun skriver at kulturen er å bli ferdig med stell og mat (de primære behov), så personalet kan få en fortjent pause. Undersøkelsen viser at økt bemanning ikke nødvendigvis resulterer i mer ivaretagelse av pasienters psykososiale behov, men mer innsats i de praktiske gjøremål (ibid). Dette påpeker også informantene i Malmedals studie, ekstra bemanning en dag øker ikke nødvendigvis tiden de bruker på beboerne. Å sitte hos en dødssyk beboer ble heller ikke regnet som arbeid av enkelte i personalet (ibid:72). Det er det synlige arbeidet som kan vise til at du har gjort en jobb som teller. Tiden sammen med beboere regnes ikke som arbeidsinnsats, hvis det ikke samtidig gjøres noe praktisk, som å lage til kvelds eller følge beboer på toalettet.

Ada sier at det var bedre før, for da tok personalet beboerne med på tur og det får de ikke nå lenger. Det kan tyde på at personalet har fått mindre ressurser til å delta i aktiviteter med beboere. En vikar, som tidligere hadde jobbet fast på avdelingen bekreftet det Ada fortalte, at det var større muligheter til å ta beboerne med på tur før, enn i dag. Flere beboere kommenterte at det var for lite personale på avdelingen og enkelte nevnte at de ikke fikk hjelp når de trengte det. Jeg hørte ofte at Anna, som var dement, klaget over hjelpen: *"jeg får ikke hjelp når jeg trenger det"*. Når hun sa at hun var dårlig og ønsket legetilsyn, spurte pleierne om de skulle følge henne i seng. Anna ble villig med til rommet sitt, men sto opp igjen og ikke lenge etter var hun på veg gjennom gangen på let etter noen som kunne hjelpe henne.

At det var få pleiere til å ta seg av de ti beboerne på en ettermiddagsvakt kom fram en ettermiddag Anna hadde vandret mye i gangen på let etter sin mann. En pleier fortalte meg at de ikke kunne fortelle Anna at mannen hennes var død, for det ville kreve ressurser som de ikke hadde. Pleieren forklarte at Anna da sannsynligvis ville bli så lei seg at pleieren måtte regne med å sette seg ned med henne for å roe henne, og det var det ikke tid til.

4.3.5. Oppfatning av tid

Sandvin et al.(1998) fant i sin studie fra bofellesskap for psykisk utviklingshemmede at opplevelsen av tid kan oppfattes forskjellig fra pleiere og beboere. Beboerne opplever tiden (immanent tid) som å "leve i nuet". Den henter ikke mening fra noe som er gjort eller noe de vil oppnå i framtiden. Det de opplever har mening i seg selv,

det å sette seg ned å prate for eksempel gir mening for beboerne. Personalet derimot, er dominert av (progressiv tid) at det de gjør, gjør de for å oppnå noe i framtiden. Når de lager til kveldsmat, eller legger sammen tøy så får det sin mening ved det det leder til i framtiden (da er det gjort klart til måltidet som skal være kl. 18). Når de setter seg ned og prater, leder det ikke til noe de oppnår i fremtiden. Sandvin et al. (1998:90) (som har sett på tid i bofellesskap), mener at de aller fleste gjøremål i bofellesskap har denne progressive karakteren; de er en forberedelse for hva som skal komme. Den progressive karakter skapes i stor grad av personalet og deres måte å strukturere tiden på (arbeidstid og fritid) (ibid). Personalet skal gjøre et visst arbeid den tiden de er der, før de går av vakt. Dermed er det å sette seg ned å prate (i progressiv tid) ikke mye verdt. Mens det å gjøre noe praktisk, får en mening i fremtiden for andre som kommer på vakt. Dette stemmer med det Malmedal fant i sin studie på sykehjem, der personalet fortalte at å sette seg ned med en dødssyk ikke ble sett på som arbeid. For beboere som lever mer i immanent tid, blir det mer mening i å gjøre noe her og nå, som å sette seg ned å prate. Anette ser mening i at pleieren setter seg ned og koser seg, mens pleieren sier: ”*jeg burde vel gjøre noe*”.

Sandvin et al. (1998:100) hevder at organisert og lønnet omsorgsarbeid kanskje alltid vil være henvist til å måtte bevege seg i det feltet av ambivalens som skapes i spenningen mellom det progressive og immanente og spørsmålet er hvordan personalet kan møte denne ambivalensen.

4.3.6. Økt effektivitet og mindre ressurser

Eldreomsorg har over lang tid vært under press for å bli mer effektiv, i følge Håkon Johansen, styreleder i NSF (2010). Det iverksettes gode tiltak for bedre organisering og bedre ledelse, og moderne teknologi tas i bruk. Dette er en kontinuerlig prosess for å bli bedre og å bruke fellesskapets ressurser på best mulig måte. Det settes ofte likhetstegn mellom effektivisering og nedskjæring, og den aller største andelen av kostnaden ved å drive sykehjem er personalkostnader. Det sier seg selv at nedskjæring innebærer færre personer til å delta i omsorg og behandling. Konsekvensen blir ofte at bare de materielle behovene blir ivaretatt; mat, stell og medisiner. Vektleggingen av effektivitet gjør dessverre i perioder de eldre til objekter som skal håndteres (ibid).

I Dagbladet 31.08.2009 (Thorenfeldt 2009) sto det en artikkel om pleiere som stadig går rundt med dårlig samvittighet, fordi de ikke får gitt hjelpen de ønsker, pga økt travelhet og mange ufaglærte i eldreomsorgen. Men etter hvert blir pleierne vant med det, og da går det bedre (ibid). Med andre ord venner de seg til å ikke kunne hjelpe med det beboeren har behov for. Slik blir de en del av kulturen som utfører det mest nødvendige av materielle og fysiologiske behov, mens sosiale og mellommenneskelige behov ikke blir prioritert.

Beboernes rettigheter er styrket i form av nye lover og forskrifter og helseminister Strøm Erichsen uttalte i tidsskriftet Sykepleien 19.01.2010 (Fonn and Mathisen 2010) at sykepleiere bør bli glad i endring. De skal følge med i tiden, omstilling er en del av det å jobbe i dag, og de må endre seg i takt med både den økonomiske og samfunnsmessige utviklingen, sier helseministeren. Men når pleiere opplever at det er for lite ressurser til å gi god individuell pleie, ligger det i pleie- og omsorgsarbeidet mangfoldige muligheter for å skape avstand som kan erfares krenkende, hevder Sæterdal og Heggen (2002:51). På hvilken måte pleiere behandler beboerne på, hvor de har blikket eller oppmerksomheten når de steller dem, kan si mye og gjøre mye for hvordan beboerne oppfatter å bli behandlet med verdighet eller krenkelse (ibid). Involvering uten varhet for beboerens integritet kan oppleves krenkende. Integritet dreier seg nettopp om den menneskelige sårbarhet og om grenser som skal aksepteres.

Å ha mulighet til å prioritere sin egen tid og ta egne valg i hverdagen er for de fleste en selvfølge, men ikke like selvsagt for sykehjemsbeboere. Tidspunkt for å stå opp, spise og dusje følger av faste rutiner. Dette handler om personalets arbeidsforhold, men også om at beboere skal ha noe konkret å forholde seg til. Samtidig gir det lite fleksibilitet og muligheter for å endre på tidspunkt. Denne manglende fleksibilitet og store kontrollpotensialet kan oppfattes som trussel mot beboeres selvstendighet (Nautvik 2008:17). Fordi institusjonen holder mange rutiner, blir det lite rom for individuelle hensyn. Bemanningen er preget av knapphet slik at hver beboer får liten tid til disposisjon. De kan ikke velge.

4.3.7. Oppsummering

Tid og ressurser er med å konstruere virkeligheten i sykehjemmet. I dette kapittelet har jeg sett på hvordan tiden er med på å lage faste vaner og gjøre hverdagen forutsigbar

for beboere. Rutiner preger sykehjemshverdagen, og beboerne opplever at personalet har det travelt, samtidig som de selv kjeder seg. Det å ha rutiner kan oppleves trygt og forutsigbart for beboerne. De vet hva som skal skje og har muligheten til å følge med. Men faste rutiner kan også være med å begrense deres valg og mulighet til å påvirke gjøremål og delta i omprioriteringer ut fra egne behov. Ut fra mine observasjoner ser jeg at det ikke forventes noen deltakelse og initiativ av beboere, de skal kun tilpasse seg og bli hjulpet og servert. At gjøremål blir prioritert forskjellig har også noe med personalet og beboerne opplever tid på ulikt vis.

Pleiere har dagsordenmakt fordi det er de som prioriterer dagsorden (Lyngstad 2003:88). Makt er i følge Lyngstad (ibid:89) når A sin evne til å få person B til å gjøre noe, som er i strid med B sine egne objektive interesser. Så lenge det er personalet som har makten til å disponere både sin egen og beboernes tid ut fra det de synes er viktigst, kan konsekvensen over tid bli at beboere opplever seg mindreverdige. De kommer i en avmaktsituasjon og må frigjøres fra sin undertrykkende posisjon (jfr s.19). Det å ha knappe ressurser kan være med å påvirke behandlingen og gjøremålene som pleierne utfører. Pleiere blir tvunget til å effektivisere, og plages av dårlig samvittighet. For å klare å overleve, tvinges pleiere til å la være å ta inn over seg alle beboernes behov. Det blir det praktiske arbeidet, det synlige beviset på at et arbeid er gjort, som blir prioritert. Arbeid er det å gjøre noe praktisk, selv om det å dekke det sosiale behovet også er en del av pleierens oppgaver på sykehjemmet.

4.4. SAMHANDLINGSMØNSTER

4.4.1. *Innledning*

Utgangspunktet for dette kapittelet er ulike samhandlingsmønstre som viser seg i avdelingen. Hvordan beboerne ser på seg selv og hverandre, vil påvirke hvordan de samhandler. Når beboerne kommer sammen med de andre på avdelingen, vil de prøve å skaffe seg eller ta i bruk opplysninger som de allerede har om hverandre. Beboerne vil bevisst fremstille seg selv på bestemte måter og forsøke å styre og kontrollere de inntrykk de gir. Alt det en person foretar seg sammen med andre, vil virke bestemmende for den oppfatning de andre får av situasjonen (Goffman 1992:209).

Samtidig vil de andre være klar over at vedkommende sannsynligvis vil fremstille seg i et lys som er *gunstig* for ham selv.

Samhandling med de andre beboerne styres av bildet på hvilken atferd som er korrekt i de ulike situasjonene, jfr (Bauman 2004:74). Måten beboerne handler og oppfatter seg selv på, er preget av forventninger i gruppene de hører til. I sykehjemmet vil det være atferdsmessige rammer som opprettholder en sosial orden. Hver og en av beboerne har med seg sine tidligere erfaringer med andre mennesker inn i sykehjemsverden (Goffman 2005:4). De kjente rammene, som faste plasser rundt bordet, kjente tidspunkt for måltid og aktiviteter, rutiner for hvem som snakker og om hvilke tema det snakke om, skaper trygghet og orden, og alle beboerne vet hvordan de skal forholde seg. De som har bodd på sykehjemmet over tid har innrettet seg og kjenner reglene. De som kommer ny til avdelingen, slik Aslaug gjorde under mitt besøk, kjenner ikke alle reglene (kodene) og er ikke etablert i den sosiale orden ennå. Hun må bli kjent med de ulike reglene om hva som oppfattes som korrekt i de ulike situasjonene, først da kan hun utvikle sin rolle i det sosiale fellesskapet. I dette kapitlet vil jeg se på hvordan samhandlingsmønsteret var organisert i avdelingen.

4.4.2. Vi og de andre

I en sykehjemsavdelingen regnes alle beboerne som ”vi”, de har noe felles. Uttalelser fra enkelte beboere som; ”*vi som bor her*” eller ”...*vi får så god pleie og godt stell...*”, viser at beboerne *vi-er* seg og at de opplever seg lik hverandre og hadde noe felles; de er beboere på samme avdeling. De snakker samtidig om personalet som ”*de*” og vet at de er ulike dem. ”*Personalet er veldig snille her....*” og ”*de steller fint med oss*”. Evnen til å se distinksjoner og foreta inndelinger i verden, innbefatter skillet mellom ”oss” og ”dem”. I dette tilfelle utgjør beboerne ”vi”: vi som bor og oppholder oss det meste av døgnet på avdelingen. ”*De*” derimot er pleierne som er på jobb for å hjelpe beboerne, som har eget kontor, og kommer og går til faste tider. Disse motsetningene er uatskillige, for den ene kan ikke foreligge uten den andre (Bauman 2004:43). At det også er forskjell på de ulike avdelingene kommer fram når en pleier forteller om de to avdelingene i samme etasje. Jeg sitter på kjøkkenet og prater med en pleier og Anette;

Pleier: Det er forskjell på de to avdelingene A og B. På B er det mer stille og rolig, mens her på A er det mer latter og liv.

Anette: Det liker jeg.

Pleier: Når det kommer vikarer fra B til A tar de med seg "den stille og alvorlige atmosfæren", og det liker ikke beboerne her. På B lager de klar maten til kvelds på forhånd, men på A får de som spiser på kjøkkenet smøre maten sin selv, og det liker de.

Her viser pleieren at alle på denne avdelingen, tilhører samme "familie", når hun sier; *at her på A ... og det liker ikke beboerne her*. Anette sier ikke noe om vi, men at *jeg liker det*. Likevel bifaller hun det pleieren sier. Til tross for at noen beboere bruker ordet *vi*, ser jeg ikke noe som tyder på en sterk *vi-følelse* eller sterke fellesskapsbånd mellom beboere som helhet. Det er ikke gitt at ti personer som bor i samme institusjon nødvendigvis har noe stort fellesskap med hverandre. Men det jeg så, var at det dannet seg mindre grupper og allianser mellom to til tre personer. Dette var beboere som hadde et viss felles anliggende eller pratet lettere sammen. Bjelland (1990:534) hevder at for å få bekreftet sin egen selvoppfatning og sitt menneskeverd, må individene ha tilgang på relevante støttespillere, dvs personer som er villige/i stand til å nedtone ulikhet og gi "likeverdige" bekreftelse av ønskede identiteter (Bjelland and Universitetet i Bergen 1990:534). Ellers observerte jeg lite som kunne bekrefte at beboerne *vi*-et seg med hverandre, annet enn når de snakket om pleiere og det som gjaldt mat og stell på avdelingen.

Sykehjemsbeboerne lever med hverandre i en felles verden, men det er ikke gitt at de tar del i hverandres tilværelse (jfr Berger og Luckmann 2000:136). De deler med hverandre hverdagens normale, innlysende rutiner og i følge Berger og Luckmann (ibid:43) kan ikke mennesker eksistere i hverdagslivet uten en kontinuerlig interaksjon og kommunikasjon med andre. Hver dag møter beboerne hverandre til faste tidspunkt; til måltidene, på organiserte aktiviteter, og på veg til og fra rommene sine. Enhver handling som gjentas ofte blir et mønster som etter hvert blir en vane, og som gjentas uten at beboerne må tenke gjennom det, den blir automatisert. Dette oppleves som trygt og forutsigbart, det gjør at beboerne slipper å ta selvstendige valg, og slik kan frigjøre energi til andre ting. Når vanedannelsen går over til typedannelse finner det sted en institusjonalisering, som kontrollerer den menneskelige atferd ved å gi normer for hvilken atferd som skal godkjennes og hvilken som skal gi sanksjoner. Hverdagsvirkeligheten blir *tatt for gitt* som virkelighet, og deles med de andre

beboerne. Dens fenomen er ordnet i mønstre som synes å være uavhengig av beboernes opplevelse av den, og som trenger seg inn i deres opplevelse av fenomenet (ibid:42).

4.4.3. Felles eller bare sammen?

Avdelingslederen på avdelingen fortalte meg at kjøkkenet var samlingspunktet for den sosiale samhandlingen, men jeg så få planlagte, kollektive aktiviteter utenom måltidene. Flere beboere kom likevel til kjøkkenet for sosial samhandling, også når det ikke ble servert mat. Oftest gjaldt det Ada og Alma, men også Anette og Aslaug satt på kjøkkenet enkelte dager utenom måltidet. Det å sitte sammen på kjøkkenet utenom måltidene, innebar ikke alltid at beboerne snakket sammen. Jeg observerte flere ganger beboerne sittende i kjøkkenet sammen, uten at det var noe åpenbar samhandling mellom dem.

Album (1996:28) skriver i sin studie om sykehuspasienter, at å være på samme sted ikke er det samme som å være sammen. I en samling med andre er mennesker oppmerksomme på hverandre, men kan opptre som om de ikke har noe med hverandre å gjøre. Som nevnt observerte jeg beboere (Ada, Alma og Anna) sittende i kjøkkenet uten å delta i samtale som foregikk mellom andre, og med blikket vendt bort fra de som snakket. Men de fikk likevel med seg det som foregikk mellom andre i rommet, og fikk kjennskap til andres meninger og tanker. Album (1996) mener at personer viser hverandre dannet uoppmerksomhet, fordi de mange ganger får vite mye om hverandre, som de av høflighet ikke kommenterer. Å vise høflig uoppmerksomhet, er ikke å være passiv, men aktivt å forholde seg passivt til hverandre, skriver Album (ibid). I et samvær derimot, henvender deltakerne seg aktivt til hverandre, og det innebærer en direkte rettet oppmerksomhet, som når noen snakker sammen. Samtidig som jeg observerte eksempler på slik høflig uoppmerksomhet når andre hadde private samtaler, observerte jeg også flere ganger det motsatte, nemlig at både pleiere og beboere kommenterte det andre beboere snakket om, selv om de ikke var med i samtale. Et eksempel fra feltnotatene var Ada som satt taus i kjøkkenet, med et tomt blikk ut i rommet, mens andre pratet sammen. Hun var tilsynelatende uengasjert i hva de andre snakket om, hun behandlet dem som luft, men så kunne hun plutselig kommentere det andre hadde sagt. Et annet eksempel var når de to demente damene, Anna og Alma satt og pratet sammen, og personalet eller andre beboere korrigerer det de sa til hverandre.

Hver dag var beboerne samlet i fellesrommet til faste tider, men det er ikke gitt at de hadde noe felles. Bjelland (1992:68) presenterer i sin studie fra aldershjem flere faktorer som kan påvirke fellesskapsutviklingen. Beboere må *passse sammen*, de må ha en viss grad av *gjensidighet og jevnbyrdighet*, og en viss grad av *tilhørighet, tilknytning og identifikasjon* til bomiljøet. Dessuten må beboerne ha steder å *møtes og ha noe å møtes om*.

4.4.4. Vennskap – mellom to klare damer

To beboere som hadde mye med hverandre å gjøre og dannet en klar gruppe i avdelingen, var Anette og Anita. De viste at de var relevante støttespillere for hverandre. De satt ved siden av hverandre ved måltidene på kjøkkenet, og Anette fortalte meg at de to gikk på besøk til hverandre. Jeg har også notert i feltnotatene at når de begge var til stede ved måltidet, hadde de samtaler om personlige forhold, som hvordan det gikk med deres barn og barnebarn. Hva de snakket om på sine rom vet jeg ikke, fordi jeg aldri var til stede. Anette fortalte meg imidlertid at: *jeg har et godt forhold til Anita*. I den perioden Anita var innlagt sykehus (denne beboeren var innlagt ca 2 uker mens jeg var i avdelingen) hadde Anette sittet mye alene på rommet sitt. Og for å understreke hvor nære venner de var, fortalte Anette at dagen før Anita ble innlagt på sykehus, hadde hun vært inne på Anitas rom og tatt avskjed. Det var i ingen andre i avdelingen som gikk på besøk til hverandre slik Anette og Anita gjorde. Wadel og Wadel (2007:90-91) omtaler samhandling som det som foregår mellom folk, det vil si at vi har å gjøre med samhandling når en person responderer på det en annen person gjør. Samhandling blir samlet i tre hovedkategorier; *inkorporasjon, bytte og makt-avhengighet*. Videre skriver de at det sjelden oppstår rene kategorier innen samhandling, men at de fleste samhandlingsformer vil inneholde "litt av hver" kategori.

Når det gjelder Anette og Anitas relasjon mener jeg det hører inn under inkorporasjon som Wadel og Wadel (2007:91) skriver har formen "*du gjør noe for meg fordi jeg er den jeg er og du den du er*". Begge var klare damer med omfattende hjelpebehov. Ved å foretrekke hverandre viste de at de hadde omtanke for og støttet hverandre. De viste at de hadde mer til overs for hverandre enn overfor mange av de andre beboerne; som enten var demente eller som de av andre grunner ikke passet sammen med. Både Bjelland (1992) og Gullestad (1989) beskriver dette med å "*passse sammen med*" som

et av kriteriene for å oppnå fellesskapsfølelse. På de private rommene kunne de to klare damene prate sammen uforstyrret, og opprettholde et tilfredsstillende privatliv. Anita fortalte meg at hun hadde bodd på avdelingen i to år. Hun syntes det var trist å høre på de demente, men på rommet sitt kunne hun velge ut hvem hun ville være sammen med. Innforstått er de demente plagsomme og dette gjør at hun velger å være på rommet sitt, framfor på kjøkkenet. Utenom å hilse når hun kom til måltidene, observerte jeg ikke at Anita snakket til andre beboere enn Anette. Også Anette fortalte meg at hun valgte ut dem hun ville ha kontakt med: ”*Jeg synes det er viktig å ha et godt forhold til de andre, men jeg snakker lite med andre enn Alma og Anita*”.

Bjelland (1990) hevder at hvis forskjellene mellom beboere oppleves for store, bryter samhandlingen sammen. Anita og Anette holdt seg for seg selv. Forskjellene var for store til at det ga et grunnlag for samhandling med Anna og Alma. Begge to ga uttrykk for at de syntes det var trist og vanskelig å ha noe samvær med de demente. Selv om Anette snakket en del med Alma, og beskrev henne som en hyggelig dame, så fortalte hun at det var ”*trist å se på de som har Alzheimer som glemmer hele tiden hvor de er*”. Og en annen gang fortalte hun om Alma at: ”*det er helt tomt oppi her*” og pekte på hodet sitt.

Det er ikke lett å samhandle med mennesker som glemmer hvor de er og som snakker om moren sin som om hun fremdeles lever. Å være tvunget til å ha daglig samvær med demente kan oppleves krevende og plagsomt for medbeboere. Beboerne kan oppleve at de har nok med sine egne plager, og blir fortvilet og føler seg hjelpeløs i møte med demente. Å vite hvordan en skal nærme seg og omgås demente kan være utfordrende nok for pleiere, da også for medbeboere. I følge Rokstad (2005:117) er det mange vanskelige følelser; sinne, angst og fortvilelse, som kan dukke opp hos pleiere i arbeid med personer med demens. At medbeboere også opplever dette vanskelig er ikke utenkelig, og kan være en av årsakene til at Anette og Anita velger å møtes på sine private rom. Anette og Anita dannet altså en sterk allianse i avdelingen, men det var også andre som fant noen de *passet sammen* med.

4.4.5. "Jeg er ikke helt med ... det er ikke jeg heller"

Anna og Alma var to damer med demens som holdt mye sammen. Jeg observerte dem hyppig i samtale med hverandre, sittende i hver sin stol i enden av gangen eller på kjøkkenet. Deres samtaler hadde en annen karakter når de satt for seg selv i gangen, enn når de satt i fellesrommet med de andre beboerne. I gangen kunne Anna og Alma sitte lenge å prate sammen og samtalene kunne handle både om nåtid og fortid, og det var ikke alltid så lett for andre å følge med i samtalene. Som nevnt tidligere (kap. 4.1.2) kan personer med demens gi uttrykk for at de befinner seg i en annen tid enn nåtid, og oppfatter verden uavhengig av den tidsepoken i eget liv de befinner seg i (Rokstad 2005:101).

Her er et eksempel fra feltnotatene, en ettermiddag jeg satt i gangen sammen med Anna og Alma.

Anna henvender seg til Alma: *Jeg bor på landsbygden, vet du hvor det er?*

Alma: *Nei, jeg vet ikke det?*

Anna: *Jo, her er landsbystasjonen (peker ved siden av stolen hun sitter i)*

Alma: *Å, er det det?*

Anna: *Ja, og her går vegen forbi (peker bortover korridoren).*

De fortsetter å småprate, om familie og tidligere naboer og venner. Anna lurte på om Alma kan se opp til huset hennes. Hun lurte også på om hun skal dra hjem, eller om hun har en seng her osv. Alma prøver å svare på Anna sine undringer, og innimellom snakker Alma om at den besøkende hun venter på, er sen i dag.

Hvis jeg ser samhandlingen mellom Anna og Alma i lys av Wadel og Wadels (2007:91) kategorier har den en form for bytterelasjon i seg; "hvis du gir meg noe, skal jeg gi deg noe tilsvarende". Den ene fortalte først, og var stille mens den andre svarte eller fortalte noe annet som hun var opptatt av. Det er en gjensidig strøm og motstrøm av ytelser (ibid:98). Bytterelasjoner kjennetegnes ved den forpliktelse til gjensidighet vi pålegger oss selv og andre. De fulgte hverandre, og Alma svarte på det Anna spurte henne om, og Anna fulgte opp med å svare på det Alma sa. Noen ganger handlet samtalene deres om ulike tema, mens andre ganger fant de hverandre under samme tema. Her en annen samtale fra feltnotatene, også her satt de i gangen og pratet sammen:

Alma henvender seg til Anna og spør: *Vet du om når søsteren min kommer på besøk?*

Alma: *Jeg synes hun er sen.*

Alma (til Anna): *Var det du som sa at hun skulle.....?når skulle hun komme? Hun er vel litt sen nå?*

Anna: *det vet jeg ikke for jeg har ikke vært her så lenge, og ikke har jeg tenkt så mye på det heller*

(pause)

Anna: *Jeg vet ikke, for jeg er ikke helt med.*

Alma: *Det er ikke jeg hellerjeg er ikke helt med jeg heller.*

De sitter sammen og har det felles at de ikke er helt med. Selv om den ene ikke helt forstår den andre, så sitter de ved siden av hverandre og samhandler. De tiltrekkes av hverandre og viser med det at de har en tilhørighet. De hører på hverandre, og får tilbakemelding på sine uttalelser, slik opprettholder de regler for en normal samtale. Men som Wadel (2007) også hevder er de færreste samhandlinger rene inkorporasjon, bytte eller makt-avhengighetrelasjoner. Relasjonen mellom Anna og Alma er ikke bare en ren ”bytterelasjon”, for de viser omstanke, omsorg og trøster hverandre, slik Wadel (ibid) omtaler det som karakteriserer vennskap, eller inkorporasjon.

Her er noen eksempler fra feltnotatene:

Alma: *Har du greie på(pause) Å... hør hvor gammel jeg er blitt. Jeg husker ikke.....*

Anna: *ÅÅÅ, da må du bare glemme det.... så plutselig kommer det igjen*
(Anna smiler og ser på Alma).

Her sitter de i gangen og prater sammen, og Alma husker plutselig ikke det hun skal si. Anna har stor forståelse, og kommer med et råd om hvordan hun skal løse problemet, og legger til et oppmuntrende smil.

Her et annet eksempel:

Alma sitter på kjøkkenet ved siden av Anna. De sitter og småprater, og Anna forteller at hun er dårlig. Alma klapper Anna på armen og trøster henne.

Alma: *du er så snill og grei.*

Anna: *du er så god mot meg, det har jeg alltid sagt.*

På avdelingen var det Alma som snakket mest med Anna. Når Anna oppholdt seg i kjøkkenet sammen med andre beboere, satt hun som regel taus, eller klaget over at hun var dårlig. Både Ada og Anette ga uttrykk for at det var slitsomt for dem å høre på klagingen hennes. Dette meddelte de høyt også når Anna var til stede på kjøkkenet.

Ada henvender seg til meg og sier om Anna: *Hun klager hele tiden, hun er alltid så dårlig. Det er så tungt å høre på.*

Når Anna og Alma oppholdt seg i kjøkkenet, ble de ofte avbrutt av andre beboere eller av personalet, selv om det i utgangspunktet var en personlig samtale mellom de to. Her i fasade område var mønsteret for opptreden at Anna ikke skulle klage. Det var andre koder og regler for atferd på kjøkkenet enn i gangen. Goffman (1992:27) bruker betegnelsen *opptreden* om: ”*all den aktivitet en person utfolder i løpet av et tidspunkt som er kjennetegnet ved samvær med en bestemt gruppe iakttakere, og som har en viss innflytelse på iakttakerne. Fasade* bruker Goffman (ibid:27) på den del av en persons opptreden som stadig fremtrer på en generell og fastlagt måte, og som bevisst eller ubevisst tas i bruk av en person under opptreden. Opptreden er altså det Anna og Alma gjør, eller de aktiviteter de utøver i kjøkkenet. Det var klare regler for hvilken atferd som ble godkjent, og hvilke som ga sanksjoner, og deres samtaler ble stoppet i form av irettesettelse både av pleiere og medbeboere. Anna og Alma holdt seg derfor som regel stille i bakgrunnen når de opptrådte på kjøkkenet (scenen). Etter min oppfatning vil de fleste oppleve det som uhøflig hvis andre bryter inn i deres personlige samtaler og korrigerer dem. Jeg opplevde at pleierne og beboerne hadde en forståelse av at det var helt riktig å bryte inn og korrigere de dementes utsagn. Det resulterte ofte i at samtalene mellom Anna og Alma ble oppløst på kjøkkenet, mens i gangen kunne de sitte over lengre tid å prate sammen.

Det oppsto ulike typer samhandlinger på avdelingen. De var de to klare damene med samtaler som kan kategoriseres som inkorporasjon (vennskap), og de to demente damene som hadde samtaler som kan karakteriseres som bytterelasjoner/vennskap.

4.4.6. ”Vi er noen skikkelige kaffikjerringer”

Det var også forskjell på hvor nær relasjonene mellom de ulike beboerne var. Noen relasjoner hadde ikke noe personlig preg, det var mer snakk om hverdagslige ytringer, om maten, pleien eller vær og vind; ”*vi får så god pleie og godt stell*”, ”*vi har det så godt her*”, ”*de gjør ikke forskjell på oss*”, ”*se bladene er blitt gule*”, ”*nå skal det bli godt med mat*”, osv. Å snakke om personlige ting utover det som skjedde på sykehjemmet, og slike hverdagslige, ufarlige og trygge ting, var i mitt påhør, ikke tema hos alle beboerne.

Ada viste liten interesse for å knytte relasjoner med andre beboere. Når hun satt på kjøkkenet hadde hun sin faste plass rett overfor Alma, og de hadde ofte hverdagslige samtaler. I slike ansikt-til-ansikt situasjoner, som i følge Berger og Luckmann (2000:48) er prototypen på sosial interaksjon, framstår Ada og Alma i et levende nærvær som begge tar del i. Så lenge ansikt-til-ansikt situasjonen varer, påvirker deres ”her og nå” hverandre uavbrutt. Begge to oppholdt seg en del på kjøkkenet utenom måltidene, noe som ga mulighet for samtaler som var med å påvirke tilhørigheten og delaktigheten i deres fellesskap. Noen ganger bare satt de der og spiste, mens de andre ganger pratet sammen om maten og pleierne, eller om andre hverdagslige ting. Slike hverdagslige samtaler mellom beboerne kan vedlikeholde hverdagens subjektive virkelighet, i følge Berger og Luckmann (ibid:155). Det viktigste redskap for vedlikehold av virkeligheten er samtalen, og denne måten å være sammen på krever ikke spesielle forkunnskaper. Så når Ada og Alma sitter slik sammen på kjøkkenet, vil det å opprettholde en samtale om hverdagslige forhold være med på å vedlikeholde deres hverdagsliv. De enkle setningene eller ordene sier ikke alt som ligger i budskapet. Ada og Almas ordvekslinger er samtaler som kan tillate seg å være overfladiske nettopp fordi de refererer til rutinene i en *tatt-for-gitt* verden (ibid:44). Det Ada og Alma uttrykker er at de har noe felles. De bekrefter hverandre og viser at de har en felles forståelse av det som skjer. Her fra mine notater:

Alma til Ada: *Vi to sier aldri nei takk til en kaffeskvett*
Ada: *Nei, vi to er noen skikkelige kaffikjerringer.*

I dette utsagnet ligger det mye mer enn at de er glad i kaffe begge to. En ting er at de har noe felles i at de liker kaffe og bekrefter det hos hverandre. En annen ting er at de møter hverandre og fortløpende vedlikeholder sin subjektive virkelighet. De fleste samtaler definerer ikke verdens beskaffenhet med rene ord. Den finner snarere sted på bakgrunn av en verden som i stillhet tas for gitt. Denne bemerkningen om at de begge er kaffikjerringer bekrefter denne verdens subjektive virkelighet. Samtalene jeg observerte mellom Ada og Alma, var av kort varighet. Når flere beboere, pleiere eller jeg var involvert i samtalene, kunne imidlertid Ada og Alma holde samtalene i gang over lengre tid. Da var samtalene mer personlig preget, for eksempel kunne de da handle om oppvekst, bakgrunn, eller personlige tanker og meninger om det å bo på sykehjem.

Dette handlet om de korte hverdagslige og ofte overfladiske samtaler som beboere hadde i avdelingen for å opprettholde hverdagens virkelighet. Både personalet og beboere hadde denne type små hverdagslige samtaler. En annen form for samhandling som også forekom i avdelingen, var uenigheter og diskusjoner mellom beboerne.

4.4.7. Forhandlinger

I enkelte sosiale samhandlinger mellom mennesker, handler det mest om diskusjoner, krangler, kritikk osv mellom partnere i relasjonen. I følge Wadel (1983:21) kan det være en fordel å betrakte slike samhandlingsforløp som en slags *forhandlinger*. Krangler og kritikk som skjer mellom partnere i relasjonen kan ofte vise seg å handle om relasjonen. Relasjonen fremtrer som en variabel. Aslaug var nylig flyttet inn og måtte finne sin status og posisjon i avdelingen, og den sosiale orden kan bli forstyrret når en ny beboer gjør sin inntreden.

I følge Wadel og Wadel (2007:82-83) er en person en sammensatt enhet, bestående av det som kan kalles for posisjoner eller statuser. Å inneha en status kan sammenlignes med å ha en "plass" i en samfunnsmessig sammenheng, som er "plassert" i forhold til andre statuser. Til hver av statusene følger det bestemte rettigheter og plikter, som er nedfelt i lover og forskrifter. Anette og Aslaug har samme status; de er beboere på samme sykehjem. Det jeg observerer på avdelingen er hva Wadel og Wadel (2007:85) kaller for *aktivisering* av statussettet; beboer – beboer, de opptrer i rolle. Men alle beboere aktiviserer ikke sin status på samme måte, beboerne viser sin individualitet og personlighet. Det er det personlige hos statusinnehaveren som tiltrekker vår oppmerksomhet. Selve rettighetene og pliktene tar vi for "selvsagt". Rollen blir påvirket av den sosiale situasjonen beboerne er i.

Aslaug og Anette er begge beboere, som spiller sine roller på ulike måter. De andre beboerne og pleiere ser ulikt på dem, og de sosiale situasjonene de er i kan være med å forklare hvorfor de handler slik de gjør. Det var nettopp mellom disse to beboere, Anette og Aslaug det oppsto slike konflikter/diskusjoner som jeg heretter vil kalle forhandlinger. Anette og Aslaug hadde det til felles at de satt rett over for hverandre ved spisebordet. De var begge to opptatt av å fremstille seg som aktive og selvstendige

mennesker. Jeg opplevde dem som mentalt klare, (sett ut fra alder og situasjon) og de viste interesse for det som foregikk rundt seg. Anette hadde bodd på avdelingen i mange år, mens Aslaug var ny beboer. De forhandlet om en ønskverdig posisjon på avdelingen. Anette hadde en viktig posisjon i avdelingen dvs hun ble hørt og fikk oppmerksomhet fra sine medbeboere og pleierne. Aslaug ble ofte overhørt. De hadde ellers en del felles, bl.a var de begge interessert i å fortelle om tidligere ferieturer, tidligere ressurser og de deltok begge på felles aktiviteter som ble arrangert på avdelingen. Aslaug viste med sin atferd at han ønsket kontakt med Anette, bl.a. med å oppsøke eller konfrontere Anette med sine kritiske uttalelser/kommentarer. Det var ingen andre som på samme måte tok til orde mot Anette eller var kritisk til hennes utsagn eller handlinger. Men Aslaug som i utgangspunktet ikke alltid deltok i samtalene, tok flere ganger initiativ overfor Anette med kritiske kommentarer eller klager på noe av det Anette sa, og slik satte i gang en slags forhandling med henne. Enkelte ganger førte det til at andre beboere også tok del i forhandlingene.

Her fra notatene mine:

Anette og Aslaug sitter i store rullestoler tvers over hverandre ved bordet. Da er det lett for at fotstøttene til rullestolene kommer borti hverandre under bordet:

Aslaug: *Jeg sitter ikke riktig*

Anette: *gjør det noe om du kommer borti føttene mine?* Smiler, ser direkte på Aslaug.

Aslaug: *Ja det er ikke* (sier noe utydelig) Hun ser ned i bordet og snakker lavt, med en alvorlig mine.

Pleieren kommer bort og retter opp rullestolene slik at de ikke lenger kommer borti hverandre under bordet.

Aslaug: *Jeg har nå prøvd å oppdra deg i flere år.* (henvendt til Anette)

Anette: *Du har ikke vært her i flere år*

Aslaug: *Nei vel, det kan godt hende jeg har vært litt* (sier det lavt og uttydelig, ser ned i bordet. Vanskelig å få tak i det hun sier.

En slags forhandling/diskusjon mellom Anette og Aslaug fortsetter. Ada har sittet stille og sett rett framfor seg, hun har ikke deltatt i samtalene til nå, men bryter nå inn:

Ada: *Du er alltid så negativ og klager på alt.* (ser rett på Aslaug med stirrende øyne og alvorlig mine).

Aslaug: *Det gjør jeg ikke....*

Ada (bryter av): *jo det gjør du, du er alltid så sur.*

Pleier: *Det går så greit så!*

Det blir stille rundt bordet.

Her kommer Anette og Aslaug i en slags forhandling om plasseringen rundt bordet. De prøver å forhandle seg i mellom, men det som skjer er at pleieren ordner opp, lar dem ikke selv gjøre ferdig forhandlingen. Samtalene og samhandlingsforløpet blir ikke overlatt til dem det handler om. Ada reagerer på Aslaugs uttalelser mot Anette som negative, og forteller det til Aslaug i en irritert tone. Når det ikke ordner seg tar pleieren til slutt affære ved å si: ”*det går så greit så*”. Hun demper forhandlingen med et stoppende utsagn. Beboerne innretter seg, og pleieren blir dermed gitt myndighet til å dempe situasjonen. Diskusjonen mellom Anette og Aslaug, gikk over i en forhandling mellom Ada og Aslaug. I min forståelse viser pleieren at hun ikke har forventninger til at beboerne kan ordne opp selv, og tilsynelatende vil hun ikke oppmuntre til at beboerne selv bør ordne opp.

Hvis vi ser på denne forhandlingen i et bytteperspektiv, kan vi tenke at Aslaug ønsker noe av Anette mot at hun gir noe tilvarende igjen. Aslaug tar initiativ til samhandlingen, ved å komme med kritiske kommentarer. Det grunnleggende i bytterelasjoner er at den ene part har noe som den andre part mangler. Anette har sosial posisjon i avdelingen og kan være den som Aslaug føler seg mest lik. En type gode, kan byttes mot en annen type. Partene handler ut fra ulike, men komplementære interesser og verdier. (Wadel 2007:116). Det kan være vedlikehold av den sosiale relasjonen som framtrer som motivasjon for byttesamhandlingen, som ”partnerskap”(ibid).

At pleieren bruker uttrykket ”*det går så greit så*” til beboernes forhandlinger kan være en måte å vise at hun har makt og styring til å bestemme og roe situasjonen i rommet. Det er mulig hun er redd det skal utvikle seg til en større konflikt og gjøre situasjonen utrivelig. Pleiepersonellet har tross alt ansvaret for det *daglige livet* i avdelingen, og til det kreves det at hun har overblikk. Pleieren må være i forkant av situasjoner – skille det enkle fra det kompliserte, vite hva som kan være faretruende signaler, hvor man må gripe inn og når (Hamran 1991:170).

Personalet sitter med definisjonsmakten og leverer premissene for forståelsen i situasjonen (Garsjø 2008:59). Dette viser at pleiere har makt overfor beboerne. Denne makten fremhever beboernes underlegenhet i forhold til pleiere. De innordner seg det pleieren sier. Hadde pleieren latt beboerne få ordne opp i uenigheten seg i mellom, ville dette maktforholdet blitt mer utjevnet. Det kan være vanskelig å si imot pleieren

når hun prøver å stoppe forhandlingen. Beboerne er avhengige av pleieren, de må belage seg på å tåle at andre tar kontrollen, og at de blir ”tilskuere” til det som gjøres med dem, eller på den avgjørelsen som tas av andre. Det kan oppleves som en viss form for trygghet at pleierne har kontroll, men det kan også gi en avmaktsfølelse. Utsagnet ”*det går så greit så*” kan oppfattes som en slags infantilisering av beboerne. Det er slik man noen ganger kan si for å stoppe konflikter mellom barn, fordi vi mener de ikke er i stand til å ordne opp seg i mellom, eller for å bagatellisere hele konflikten.

All menneskelig aktivitet er underlagt vanedannelse. Sykehjemsbeboerne er blitt vant med, og innordner seg når pleierne tar initiativ til å ordne opp. De vanemessige handlingene hvor personalet tar kontroll og korrigerer beboernes atferd blir meningsfylt. De får et rutinemessig preg og lagres som kunnskap og *tatt-for-gitt* som noe som kan brukes i fremtiden (Berger and Luckmann 2000:69). Det gir mening at det er pleieres oppgave å ordne opp når det blir konflikter i kjøkkenet.

Institusjonalisering skjer når forskjellige aktører gjensidig deler vanemessige handlinger inn i typer (ibid). Både beboernes og pleiernes handlinger er blitt underlagt sosial kontroll, de er blitt institusjonalisert. Forventningene ligger i at pleiere skal gripe inn, og begge parter er enig og aksepterer det.

Aslaug som var ny, hadde ikke utviklet sterke relasjoner til de andre beboerne. Hun deltok i fellesmåltider og aktiviteter, men hadde vanskeligheter med å etablere kontakt med de andre, og flere beboerne viste sin motstand mot henne. Hun hadde problemer med å finne de rette kodene. Det er ikke avgjort på forhånd hvem beboerne skal være overfor hverandre. De må gjennom en rolleutforming og rolleutøving ”fortelle” hverandre hvem de skal være. De må kommunisere med hverandre om hvem de vil være og hvem de ikke vil være. Det gjør de ved å framheve det ved seg selv som de mener er betydningsfullt for samhandlingssituasjonen, og ved å dempe det som de ikke finner betydningsfullt. Her kan det se ut som om Anette og Aslaug ikke kom overens om hvem de skulle være overfor hverandre. Dette kan de løse, men da er det nødvendig at de får anledning til å gjennomgå slike forhandlinger (Wadel and Wadel 2007:88).

Bjelland (1990:326) bruker begrepet samhandlingsfelt om de sosiale rammene rundt en persons rolletilpasning. Aslaug måtte tilpasse seg en ny rolle, og det avgjørende

ville være å få tilgang til samhandlingsfelt hvor andre personer var villige til å bygge opp under hennes selvframstilling og identitetshåndtering. Reaksjonen fra personalet og andre beboere var at de grep inn i forhandlingene og stoppet dem.

4.4.8. "Sett deg ned å kos deg"

En ettermiddag satt flere beboere rundt spisebordet på kjøkkenet etter at kaffen var servert, uten at noen pratet sammen. Å sitte passivt sammen i samme rom kan føre til samvær hvis noe skjer som omdefinerer situasjonen til aktivt samvær, skriver Album (1996:71). Det var akkurat det som skjedde denne ettermiddagen. Det var stille i rommet, beboerne drakk kaffe og det var lite samhandling. En pleier tok seg også en kopp kaffe på kjøkkenet, og ble oppfordret av en beboer, Anette, om å sette seg ned og "kose seg". Etter hvert utviklet det seg til et felles (hyggelig) samvær med alle de tilstedeværende beboerne og pleierne. Beboerne engasjerte seg ivrig i samhandlingen rundt bordet.

Her fra feltnotatene:

Det er stille i kjøkkenet.

Anette (ser mot pleieren som går rundt på kjøkkenet): *Sett deg no ned å kos deg.*

Pleier (P): *...jeg burde vel gjøre noe.*

Anette: *Nei sett deg ned.*

Pleieren setter seg ved enden av bordet, alle vender ansiktene mot henne.

Anette forteller at datteren til P er så skjønn.

Alma: *Har du et bilde av datteren din?*

Pleier: *Ja, det har jeg, (finner bilder av datter og sønn og viser til alle).*

Beboerne diskuterer om barna ligner på henne osv. Anna deltar ikke i samtalen.

Pleieren får spørsmål fra en av beboerne om hvor hun bor og om hun liker seg der, og hun forteller om nabolaget og hvilket miljø de har der. Videre forteller hun en episode om noen barn som ikke kan oppføre seg i nabolaget. Beboerne blir ivrig og snakker i munnen på hverandre. De forteller om egne opplevelser.

"Barn i dag er uoppdragne", sier Ada (høyt).

Ada er svært engasjert og de andre beboerne har vansker med å komme til ordet.

Anette prøver flere ganger, men de andre hører ikke på henne. Flere snakker samtidig og ansiktene er ikke lenger bare vendt mot pleieren. Etter hvert deler diskusjonen seg i to grupper.

Samhandlingen mellom beboerne endrer seg når pleieren engasjerer seg i samhandlingen med beboerne. Spesielt når det handler om noe beboerne kjenner seg igjen i. Pleieren engasjerte seg og ga av sin tid, og med det viste hun at det er verdifullt å snakke med og lytte til beboerne. Det øker beboernes selvfølelse og de får bekreftelse på seg selv som personer. Pleieren formidler noe som beboerne kan kjenne seg igjen i og som de derfor kan delta i. Dette medfører at beboerne blir aktive i samtalen. Atmosfæren fra før pleieren engasjerte seg er merkbar, og samværet på kjøkkenet er forvandlet til et fellesskap hvor beboerne deltar på hver sin måte. Ada som ellers ofte sitter taus, deltar her aktivt i samtalen, og hevder sin mening med sterk argumentasjon. Det er ikke som ellers bare Anette som er aktiv, også de andre beboerne er deltagende. Bare Anna sitter taus, men kikker opp og ser mot de som snakker. Samtalene handler om noe de er engasjert i, og da blomstrer fellesskapet. Dette bekrefter det Bjelland hevder at beboere må ha noe å *møtes om* for å utvikle fellesskapsfølelse. Det handlet også om at pleieren prioriterte sin tid til beboerne. ”*Jo mer tid du gir til noe, jo mer gir du uttrykk for hvor viktig dette er for deg.....tiden er den mest dyrebare gave du kan gi til noen*”, leser jeg i en kronikk i BT 11.okt.2010. Kronikken ”*All you need is love*” handler om tid. Det dreier seg om å bry seg *om* og ikke så mye å bry seg *med*, står det i kronikken av familieterapeut Grethe Siljuholtet (Siljuholtet 2010). Beboerne har behov for oppmerksomhet og tid fra omgivelsene. Når de får det av pleierne, fører det til sosial samhandling hvor beboerne deltar på egne premisser.

Slike fellesskap observerte jeg ikke så mange av mens jeg var i avdelingen, og det var avhengig av hvilke pleierne som var på vakt, noe beboerne også kommenterte:

Ada: Det kommer an på hvem som er på vakt. Noen klarer å skape et miljø som gjør det trivelig å være sammen med de andre på kjøkkenet.

4.4.9. ”Vi har det godt her”

Når personalet var til stede i fellesrommet, snakket de ofte høyt. Dette gjorde det vanskelig å ha flere samtaler i rommet samtidig, og medførte bl.a. at beboerne hadde vansker med å ha samtaler mellom to og to. Oppmerksomheten ble rettet mot det pleieren sa eller gjorde når de var til stede, mens beboerne ble stille tilhørere. Jeg var et par ganger til stede ved starten eller avslutningen av måltidene og observerte at personalet snakket høyt med alle, eller med enkelte av beboerne. Dette samsvarer med Solveig Hauges studie, om at det var personalet som tok initiativ til samtaler og

vedlikeholdt samtalene mellom beboerne. Sluttet personalet å snakke, eller forlot rommet, stilnet praten, og det ble taust, skriver Hauge (2004).

Her fra feltnotatene:

Ada og Alma sitter på kjøkkenet og prater. Det er Ada som forteller noe, mens Alma lytter, og kommer med kommentarer og spørsmål innimellom. Anna kommer inn og setter seg, og hun og Alma begynner etter hvert å prate sammen. Ada fortsatte imidlertid å snakke til meg.

En pleier kommer inn på kjøkkenet i raskt tempo, snakker høyt om hva de skal ha til middag, og at klokken snart er 12 og da er det musikkstund.

Beboerne stopper å snakke og retter oppmerksomheten mot pleieren som etter kort tid går ut av kjøkkenet igjen.

Pleieren som kommer inn i rommet, observerer ikke at beboerne sitter og snakker sammen, hun kommer bare med noen praktiske opplysninger som hun vil gi til beboerne som sitter der. Men hun bryter faktisk av samtalene, og det resulterer i at beboerne slutter å samhandle. Det blir stille.

Et annet eksempel:

En ettermiddag rett før kvelds sitter det noen beboere i kjøkkenet. Det er en del samtaler mellom to og to beboere. En pleier kommer inn og begynner og servere maten. Ved måltidet er alles oppmerksomhet rettet mot pleieren som serverer. Pleieren holder samtalen i gang, og prater med alle rundt bordet.

Beboerne som har samtaler før pleieren kommer for å servere kvelds, stopper sine samtaler når pleieren ankommer kjøkkenet. Det er ikke pleieren som bryter av i den forstand, men de overlater til pleieren å holde samtalen i gang. Det er mer som de forventer og ønsker, eller er vant med at det er pleieren som skal ha ordet under måltidet.

En annen gang sitter Ada og jeg på kjøkkenet når Alma kommer inn og setter seg ved siden av meg. Hun tar opp et kort fra Spania, som ligger på bordet og spør om jeg kan lese det for dem. Jeg leser fra kortet og spør om noen av dem har vært i Spania? Alma svarer nei, mens Ada har bodd 8 år i Spania og forteller hvordan det var. Mens vi sitter og har denne samtalen, kommer en pleier inn på kjøkkenet.

Her fra feltnotatene:

En pleier kommer inn på kjøkkenet og snakker høyt i telefonen. Ada ser mot pleieren og mister tråden i det hun snakket om. Det blir stille.

Når pleieren går ut av kjøkkenet fortsetter Ada å snakke.

Til tross for at kjøkkenet er et fellesrom, blir det definert som pleiernes rom, og tilhører personalet. Det mener jeg fordi personalet beveger seg fritt rundt i rommet, og har ingen restriksjoner på hvor de oppholder seg. Beboerne derimot beveger seg begrenset i rommet. Enten sitter de ved spisebordet, ofte på sin faste plass, ellers setter enkelte seg ved vinduet. Beboerne har faste plasser som gir trygghet, noe både Alma og Ada kommenterer. Dette er et mønster av orden som har dannet seg i kjøkkenet, og personalet definerer hva som skal gjøres og hva som skal snakkes om. Dette vet alle beboerne, og innretter seg etter mønstret. Album (1996:109) hevder at personalet på sykehuset ser på pasientlivet som tom tid, dvs at når det ikke er personalet til stede, foregår det ikke noe som gjelder for pasienten. De snakker ikke om noe ordentlig. Overført til sykehjemmet og det jeg observerte, kan det oppfattes som at pleieren snakker høyt og bryter inn i samtalen fordi de ikke har noe forståelse for at det skjer noe interessant når ikke de er til stede.

Fra feltnotatene:

Alma og Ada sitter og prater sammen på kjøkkenet. En pleier kommer inn og sier: *Vi har det godt her!*

Ada: *Ja, det har vi. De er så greie her og så er det så god mat. Men før var det mange flere folk her på kjøkkenet og vi pratet og koste oss. Nå er det så få her.....*

Pleieren går ut av kjøkkenet uten å si noe mer.

Pleieren som kommer inn i rommet ser at noen sitter ved bordet, men er ikke opptatt av hva de har sammen og hva de prater om. Hun bryter inn med sitt budskap; *vi har det godt her*; uten å ta hensyn til dem som sitter der og hva de har for en sosial samhandling. Hun følger heller ikke opp samtalen, når Ada svarer på hennes utsagn. Det er pleierne som er aktørene og setter dagsorden. Beboerne er brikker som innordner seg i mønsteret som dannes.

Dette handler om hva beboerne blir vant med etter å ha bodd på sykehjemmet en tid. De deler sin virkelighet med de andre på avdelingen, både medbeboere og pleiere, og setter ingen spørsmålstegn ved det. Det sosiale mønsteret er at personalet kontrollerer hva som skal sies, hva som skal skje og beboerne opprettholder dette mønsteret når ikke pleierne er til stede.

4.4.10. Sosial kontroll

Det som skjer på avdelingen er blitt underlagt sosial kontroll. Det at aktiviteter er blitt en vane for beboerne gjør at de ikke trenger definere hver enkelt situasjon på nytt (Berger and Luckmann 2000:71). Et eksempel er at både beboere og pleiere har erfart at Anna klager på at hun er dårlig, og sett at klagingen blir mindre eller i hvert fall usynlig for dem, når hun blir fulgt til rommet. Både pleiere og beboere får fred en stund. Med andre ord; det hjelper. Reaksjonen på at Anna er dårlig, er da å tilby henne følge til rommet. Dette takker Anna som oftest ja til, til tross for at hun ofte kommer tilbake til fellesrommet etter kort tid. En dag en pleier spør om hun skal følge Anna til rommet, reagerer Alma ved å si; *så heldig du var nå*. Anna er ikke så sikker, for hun er redd pleierne skal glemme henne, men da sier Ada og Alma i kor; *det gjør de ikke*. De reagerer positivt på at Anna blir fulgt til rommet, og sier ofte at de opplever det slitsomt å høre på Anna som klager. At de begge to applauderer reaksjonen fra pleieren om å følge Anna til rommet, kan forstås slik at de har et felles ønske om å bli kvitt ”klageren”.

Å ha flere samtaler i fellesrommet var vanskelig, både fordi andre overhørte og korrigerste det som ble sagt, og fordi noen snakket så høyt at det ikke var mulig for de andre å høre hverandre. Mange hadde kommunikasjonsvansker fordi de hadde nedsatt hørsel eller talevansker av ulike slag. Hvem som eide rommet og kontrollerte scenen var tydelig også når det gjaldt andre beboere enn de demente. En ettermiddag satt en pleier og leste avisen høyt for Anette. Jeg satt ved siden av Aslaug, som satt rett overfor Anette og jeg oppfattet det slik at hun ikke hørte på pleieren som leste. De andre beboerne satt stille og drakk kaffe.

It: *Liker du å følge med i det som står i avisen.*

Aslaug: *Nei*

Pleier: *Jo det gjør du!*

Aslaug svarer ikke.

Når pleieren er til stede i rommet, følger beboerne med på hva hun gjør. Hun har også oversikt over hva de andre snakker om og hva de gjør på, selv om hun leser for Anette. Hun kommenterer og holder orden på det som skjer. I dette tilfelle brøt hun inn og korrigerste det Aslaug sa, noe som gjorde at Aslaug avsluttet samtalen. I en tilsvarende samtale, et annet sted ville det vært uhøflig å bryte inn i en slik samtale. Som Album (jfr kap. 4.1) hevder, kunne pleieren vist høflig uoppmerksomhet ved å ikke kommentere det hun hørte i Aslaugs samtale med meg. Her irettesatte hun Aslaug i

påhør av andre, og viste sin makt og hennes underlegenhet. At personalet på denne måten bryter inn i andres samtaler, viser at det er personalet som setter dagsordenen på kjøkkenet.

Beboerne følger også opp den sosiale kontroll av andre beboere, når pleiere ikke er til stede i fellesrommet. Her en dag Anette, Ada og Alma satt sammen på kjøkkenet:

Alma: *Jeg tror jeg må dra hjem*

Anette og Ada: *Du bor jo her, og har sengen din her*

Alma: *Nei, det har jeg ikke, jeg har aldri sovet her.*

Ada: *Jo, vi har alle senger og rom her.*

Alma: *Men, jeg kommer jo hjemmefra.*

Ada og Anette: *Nei, det gjør du ikke!.*

Alma: *Nei vel, så har jeg ikke vært hjemme.*

Ada sier med høy stemme: *Du har fast plass her sånn som oss.*

Alma sier ikke mer.

4.4.11. Oppsummering

Mennesket er et sosialt vesen i den forstand at dets bevissthet og handlinger er sosiale fordi de alltid forholder seg til andre mennesker, skriver Madsen (2006:193). Vi er sosiale vesener og vil bli bekreftet av likesinnede (Bjelland 1992). Derfor er vi på let etter noen vi passer sammen med. I et samfunnsarbeiderperspektiv må det finnes et kollektiv. Det jeg har løftet fram i dette kapittelet, er at beboerne viser interesse for å samhandle med hverandre. Det forteller de selv, og jeg ser også at de søker hverandre, de som passer sammen. Det dannes fellesskap og små allianser i avdelingen. De som finner og bekrefter hverandre, som nedtoner ulikhet og fremmer det som gjør dem lik. Dette fellesskapet ble ikke alltid verdsatt hos personalet, og førte til at samhandlingen ble brutt. Grunlaget for å hente fram sine ressurser for å bedre sine levekår ble dermed hindret, og gruppen fikk ikke utviklet sin kompetanse til selv å handle i fellesskap for å endre sin situasjon (Twelvetrees 2002:93).

Et større fellesskap handlet om relasjoner mellom pleiere og beboere. Wadel (2007:97) bruker begrepsparet *makt-avhengighet* som *relasjonelt begrep*. Makt hos pleiere blir i et slikt perspektiv noe som har sitt grunnlag i beboernes avhengighet. Spørsmålet da er hva som etablerer, vedlikeholder og endrer avhengigheten. Beboerne er avhengige av pleieres hjelp, og pleierne står derfor i en maktsituasjon over for dem.

5. AVSLUTNING/DRØFTING

I dette avsluttende kapittelet vil jeg drøfte mine funn i lys av samfunnsarbeid og min problemstilling. Tre spørsmål har stått sentralt i oppgaven: hva som preget kommunikasjonen og samhandlingen i avdelingen, hvordan allianser og fellesskap dannes og hvilke betingelser og barrierer for deltagelse sykehjemsbeboerne har i hverdagslivet.

5.1. Innledning

I stortings melding nr 25 (2005-2006), om mestring, muligheter og mening står det at: *brukerne skal tilføres økt makt og innflytelse og i størst mulig grad settes i stand til selv å ta valg.* Med andre ord legges det til grunn at brukere, herunder sykehjemsbeboere, skal myndiggjøres i forhold til egen livssituasjon. Ut fra min studie ser jeg at det er et stort sprang fra det sykehjemsbeboere opplever i dag, og det stortingsmeldingen legger opp til. Videre viser meldingen at det ikke bare forutsettes en myndiggjøring, men også ansvarliggjøring av brukere, dvs det forventes aktiv deltakelse og sterkere innflytelse for de som mottar tjenester.

Som nevnt tidligere i oppgaven (s.18), handler samfunnsarbeid om å assistere folk til kollektiv handling, og jeg stilte spørsmålet om det er realistisk å forvente at sykehjemsbeboere vil kunne ta initiativ til å handle i fellesskap? Ledwith (2005:1) hevder at *community development* starter i folks hverdagsliv og er grunnlagt på en myndiggjøringsprosess (empowerment) og deltagelse. Empowerment innebærer en form for kritisk utdanning som oppfordrer folk til å sette spørsmålstegn ved sin virkelighet (Ledwith 2005). For å få det til på sykehjemmet må beboerne myndiggjøres og få høy grad av deltagelse. Med deltagelse mener jeg mer enn praktiske gjøremål, også det å delta i avgjørelser, kunne hevde sin mening, delta i diskusjoner og bli lyttet til når en forteller sin historie, medregnes her. For at det skal kalles samfunnsarbeid må det være kollektiv handling og uten en følelse av ens egen personlige selvstendighet, vil kollektiv handling være svekket, skriver Ledwith (2005). For beboerne er det nødvendig å opprettholde en personlig identitet for å danne allianser. Uten denne personlige identiteten er det lett for at allianser brytes ned i usikkerhet, sinne og annen atferd som oppstår pga lav selvfølelse (ibid).

5.2. Fellesskap

Kommunikasjon og samhandling er nødvendig for å danne allianser og utvikle fellesskap. I min studie kom det fram at beboerne var både interessert og viste evne til kommunikasjon og samhandling. Det kom fram at de ønsket gode forhold til sine medbeboere, og mine observasjoner viser også at enkelte oppsøkte hverandre aktivt. Jeg så lite til at beboere dannet et stort fellesskap hvor alle identifiserte seg som gruppe. Jeg observerte riktignok et større fellesskap, som gjaldt de seks beboerne som spiste de fleste måltid sammen i kjøkkenet. Det var ved måltidene de viste dette fellesskapet, og grunnen til fellesskapet var at de hadde noe å møtes om, nemlig måltidet. Ellers skjedde det lite i kjøkkenet som de kunne *møtes om*, noe Bjelland (1992) mener er en av faktorene som må være tilstede for at fellesskap skal dannes. Det var likevel et par ganger jeg observerte at flere enn to beboere, utenom måltidene, viste tegn til å danne et større fellesskap. Det var en gang en pleier satt seg ned og bidro til samtaler om et tema som engasjerte alle, i dette tilfelle barneoppdragelse (jfr kap. 4.4.8). De tilstedeværende beboerne ble så involverte i samtalen at de ble sittende på kjøkkenet etter at måltidet var over, selv etter at pleieren forlot dem for å gjøre noe praktisk arbeid. Dette viser at beboerne var i stand, og hadde vilje til fellesskap når det ble lagt til rette for det, og når de hadde noe *å møtes om*.

Mindre fellesskap derimot, så jeg mer av. To og to beboere fant noe til felles, som de kunne enes om, eller hvor de fikk bekreftelse hos hverandre. De kategoriserte og fant det som forente dem, og dannet allianser. Vi blir den vi er i samspill med andre, og ethvert "selv" er forskjellig fra alle andre. En felles struktur gjør likevel at vi kan være medlemmer av et menneskelig fellesskap (Mead 2005:190). I min studie så jeg flere tegn til at beboere oppsøkte andre beboere for fellesskap. De satt i gangen og pratet sammen og selv om de ikke alltid forsto hverandre, viste de en felles tilhørighet og "glede" i disse samtalene, jfr samhandlingene mellom Anna og Alma. Selv om begge var demente, var det noe som forente dem; *jeg er ikke helt med....det er ikke jeg heller*. Andre dannet sterkere allianser og gikk på besøk til hverandre på rommene sine, og jeg så beboere som hadde samtaler over bordet på kjøkkenet, jfr Alma og Ada: *vi er to kaffekjerringer*. Likeledes var det beboere som tok initiativ og utfordret til samtaler og forhandlinger når de satt overfor hverandre rundt spisebordet (jfr Aslaug og Anette). Selvets dannelse er en sosial prosess, og gjennom språket hører vi oss selv og bedømmer våre handlinger og ytringer i forhold til andres reaksjoner (Mead 2005:191).

5.3. Deltakelse

Beboernes deltakelse i hverdagslivet, som er et annet kriteriet for samfunnsarbeid, var begrenset. Beboere har rett på medvirkning, (jfr Pasientrettighetsloven 1999 § 3.1, og Forskrift for sykehjem 1988), men spørsmålet er om det er reell medvirkning? Sherry Arnsteins (1969:221-223) modell, viser deltakelse på ulike nivå med ulik grad av makt til innflytelse, på en stige med trinn fra 1 til 8. De nederste trinn; manipulasjon og terapi innebærer ingen deltakelse, mens øverste trinn er borgermakt og full deltakelse. Det er de profesjonelle, herunder pleiere som planlegger, behandler og er ansvarlig for organiseringen av beboernes hverdag. Beboernes medvirkning kan sies å være en slags passiv medvirkning, eller en "liksom" medvirkning. I stedet for å kartlegge for å endre beboernes muligheter til deltakelse, prøver pleierne å hjelpe/helbrede hver enkelt beboer. Sett i forhold til denne modellen oppfatter jeg sykehjemsbeboere på de to nederste trinnene med liten reell medvirkning. I det å bli bevisst denne gradering av deltakelse i et sykehjem, gjør en det mulig å starte en endring av betingelsene. Kritisk bevissthet handler om å sette spørsmålstegn med det vi tar for gitt (Ledwith and Campling 2005). Å bli bevisst i hvilken grad det legges opp til deltakelse i en avdeling, både for pleiere og beboere, kan være med på å endre forhold vi ellers tar-for -gitt. Et eksempel er beboerne som ble stoppet av pleiere når de kom opp i forhandlinger, og ble fratatt sin myndighet til å ordne opp seg i mellom, som voksne ansvarlige mennesker. At pleiere stoppet forhandlinger mellom beboere er sikkert gjort i beste mening, men "*å hindre kommunisering er å redusere mennesket til ting*", i følge Freire (1999:115). Beboere godtar dette og nedvurderer seg selv fordi de har gjort undertrykkernes mening om til sin egen, og er et karakteristisk trekk ved de som blir undertrykket (Freire and Nordland 1999:46). I følge Twelvetrees (2002:84) vil ikke nødvendigvis de berørte (her beboerne) se behovet for å ta kampen opp for mer deltakelse i hverdagen, men tvert imot sette pris på den hjelpen de får.

Deltakelse er et av flere viktige begrep i samfunnsarbeid, i følge Minkler (2005:35), men også i følge Sudmann og Henriksbø (2009) er sosial deltakelse et vilkår for samfunnsarbeid. For at beboere skal kunne delta i daglige gjøremål, må betingelser og muligheter for deltakelse være til stede. Personalet og sykehjemsbeboere er en del av den sosiale orden på sykehjemmet i en tatt-for-gitt virkelighet. Som vist i kap.4.3.3 har pleierne det travelt, det er mange oppgaver som skal utføres i løpet av en vakt som preges av progressiv tid hvor alt som prioriteres av arbeid, gjøres for å oppnå noe i framtiden. Beboerne som opplever tiden immanent, har ikke kontroll over det som skal prioriteres, det de opplever har mening i seg

selv, det å sette seg ned å prate gir mening for beboerne (jfr når Anette ville at pleieren skulle sette seg ned og kose seg). At pleiere setter seg ned med beboerne for å høre på deres historier, har betydning for dem og viser at det de forteller har verdi. Men det er ikke beboerne som avgjør eller som har frihet og mulighet til å velge. Pleierne har definisjonsmakt og prioriterer hva som skal gjøres, både for seg selv og beboerne. Pleiernes hegemoni medfører at de "eier" rommene, ved å føre ordet, ha de sterkeste stemmene, og handle. Beboerne er stille tilhørere og passive mottakere av hjelp. Både pleiere og beboere er innforstått med, og innretter seg etter denne sosiale konstruksjonen.

Solveig Hauge (2004) viser i sin studie at fellesskapet bryter sammen når personalet forlater rommet. I min studie så jeg også at personalet sørget for samtale i fellesrommet, og når de forlot stedet, ble det ofte stille. Dette mønsteret var "*nedfelt i veggene*", slik at både pleiere og beboere delte oppfatningen at pleierne som var tilstede i eller ankom rommet, hadde overblikket til å styre både samtaler og situasjoner. Jeg observerte også at beboere hadde samhandling som pleiere avbrøt eller som ble avsluttet i det pleiere kom inn i rommet. Personalet var ikke nok oppmerksom på den samhandlingen eller så den ikke som verdifull. Samhandlingen mellom beboerne ble ikke vektlagt som likeverdig samhandlingen mellom pleier og beboere. Ledwith (2005:62) hevder at stemmen er et uttrykk for selvfølelse, og gir tro på at vi har noe relevant og verdifullt å si. Blir vi ikke hørt, stilner stemmene og det blir taust.

Tradisjonelt regnes sykdom som grunn til at eldre ikke kan delta som tidligere. Et spørsmål er om eldre slutter å delta pga sykdom, funksjonsvikt eller om de erfarer at omgivelsene skaper hindringer for deres deltakelse. Beboerne i min studie var alle svært hjelpetrengende og hadde nedsatte funksjoner, men viste likevel at de hadde ressurser. De tok initiativ, de ga uttrykk for å ville gå ut, ringe familien, være med å tilrettelegge og være til nytte. De tok initiativ til samtaler og aktiviteter. De fortalte historier, når jeg viste interesse for dem. De engasjerte seg når tema de kjente seg igjen dukket opp. Men jeg så også tegn til passivitet (jfr kap. 4.3.2), manglende kompetanse til å delta og sykdom. Men igjen, det finnes et mangfold av eldre på sykehjem. Folk blir ikke mer lik, selv om de blir eldre, kanskje tvert i mot, med et levd liv bak seg, er sjansen for å ha ulike behov, ressurser og bakgrunn langt større. Astrid Nøkleby Heiberg uttaler at: *vi kan miste nysgjerrigheten og forventningene til det som skjer rundt oss, hvis ikke samfunnet forventer noe av oss som har blitt eldre* (Bøhle 2003:150).

5.4. Myndiggjøring

Myndiggjøring eller empowerment er en tredje faktor for samfunnsarbeid.

Empowerment handler i følge Minkler (2005:34) om å øke livskvaliteten ved å få større herredømme over livet og mulighet til å endre sin tilværelse. Det er ikke noe andre gjør med deg, men noe du selv kan oppnå. At beboere for eksempel får anledning til å delta i avgjørelser som ukens middagsmeny, eller hvilket bilde som skal henges opp i avdelingens fellesrom, vil ikke nødvendigvis være empowerment. Men det kan medvirke til økt selvfølelse, kontroll og oversikt over hva som skal skje i hverdagen, og kan føre til det Bracht et.al.(1999:86) definerer som psykologisk empowerment. Det kan gi beboeren opplevelsen av respekt for sitt menneskeverd og kan være med å bedre livskvaliteten. Får beboeren større innflytelse på det vedkommende opplever som viktig, og beboerne som gruppe får større makt til å bestemme hvordan ressursene på sykehjemmet skal anvendes, ville de slik jeg forstår det, oppnå det Bracht (1999:86) kaller for community empowerment.

Slik jeg vurderer sykehjembeboernes situasjon behandles de som mennesker med liten evne til medvirkning. De tilpasses og styres mer etter institusjonens behov. Freire (1999:28-29) hevder at for å overvinne undertrykkelse må en først bli klar over dens årsaker og utvikle sin evne til kritisk tenkning ved det Freire kaller for frigjørende pedagogikk. Det går ut på ”å utvikle evnen til å oppfatte den måten de, eksisterer på i verden, og se verden som en virkelighet i forandring, og ikke som en statisk virkelighet” (Ibid:67). Beboerne må oppmuntres til dialog, refleksjon og handling. For å oppnå dette må det stilles kritiske spørsmål og reflektere over hvem som bestemmer på sykehjemmet i dag, og hva om dette endres? Målet er å utvikle enkeltindividenes personlige ressurser, eller at de får høre sin egen stemme, og få bevissthet om sin egen verdi (Ledwith and Campling 2005:6). Som Askheim et.al. (2007:41) skriver; kvinnebevegelsens slagord fra syttiårene har et poeng: ”Ingen vil føle seg undertrykt før de har en visjon om noe bedre”. Det å vite at andre sykehjem har klart å tilrettelegge for å gi bedre innflytelse og myndiggjøre beboere til å være mer delaktig i sin hverdag, kan endre vårt syn på sykehjemsbeboernes potensialet og mulighet for endring, jfr Lotta pleiehjem i Danmark (jfr kap. 2.2 s. 21)

5.5. Er samfunnsarbeid mulig og ønskelig?

Som nevnt er det avstand mellom det jeg leser i Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) om hva beboere skal få tilrettelagt og hva jeg ser i min studie. (Jfr Anettes sterke ønske og behov for

å komme seg ut en fin høstdag, som fikk avslag, mens det i stortingsmeldingen slås fast at kommunen har plikt til å tilby dette. Ledwith (2005:3) hevder også at samfunnsarbeid altfor ofte blir trukket inn i regjeringens politiske dagsorden fordi det er en trend, fremfor å bruke midler på å sette det ut i livet.

Samfunnsarbeid er en ukjent metode i sykehjemsverden. Om det er mulig er også et spørsmål. Likevel kan det være nyttig å finne ut, eller evaluere om samfunnsarbeid kan være et bidrag i å oppnå mer myndiggjøring av beboerne. Mange handlingsplaner og stortingsmeldinger legger vekt på at eldre også skal få delta i samfunnet, selv om de har funksjonsnedsettelse eller ikke kan delta så aktiv som tidligere. Det står også i planene at det skal legges mer til rette for at de skal kunne delta. Det vil si at de betingelser som skal til for at de eldre kan delta om ønskelig blir tilrettelagt. Og at det aktivt fjernes hindringer som fratar dem mulighet til å delta. Her kommer ord som myndiggjøring og deltakelse inn (Stortingsmelding nr.25 2005-2006).

I og med at beboere lever i en undertrykkende eller det som jeg har kalt en taus kultur, vil første steg være å ”gjøre opp status” (Minkler 2005:391). Mitt prosjekt kan i lys av samfunnsarbeid være et lite bidrag mot å gjøre opp status for å bli klar over ressurser, kapasitet og utfordringer sykehjemmet og samfunnet står overfor i forhold til beboernes myndiggjøring (ibid). Slike observasjoner og samtaler som Minkler (ibid) nevner kan gi nyttig faktabaserte øyeblikksbilder av de oppgavene som må planlegges på gitte tidspunkt. Ut fra disse observasjoner kan en trekke konsekvensene for samfunnet. Minkler (ibid) viser til et program hvor de flere ganger gjennom en slik evaluering, gjorde opp status og brukte både prosessen og resultatene for å legge til rette for en fellesskapsfølelse hos deltakerne.

Som nevnt vil Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) gi brukerne større valgfrihet og individuell tilpasning som igjen vil gi større uavhengighet og selvbestemmelse. Den beste måten å sikre dette på er å gi brukerne selv *større makt*, står det i meldingen. I følge Bauman og May (2004:81) kan makt best forstås som det å kunne forfølge fritt valgte mål for våre handlinger, og å rå over de nødvendige midlene til å realisere dem. Makt er altså noe som setter oss i stand til å handle. De som har mindre makt, eller er *maktesløse*, kan få sin valgfrihet begrenset av andre menneskers beslutninger og deres evne til å fastlegge våre handlinger. ”*Så vil du bli brukt, så må du ta makt*”, skriver forfatteren av diktet jeg har med i begynnelsen av oppgaven. Hvordan kan beboere gjøre det? For at beboere skal kunne ta

makten må noen gi slipp på den makten de har (jfr kap.2.1 s.20). Det betyr at pleiere må gi fra seg noe av sin makt på avdelingen. Selvsagt ser jeg at dette vil gi konsekvenser for pleiere, ledere og andre involverte i sykehjemsverdenen. Mange vil protestere, også sykehjemsbeboere.

Twelvetrees (2002:113) presenterer ansikt-til-ansikt tilnærmingen som en måte å nærme seg samfunnsarbeid blant sårbare mennesker. Han kaller det *spesialist community*. I sykehjem vil det innebærer en tilnærming hvor samfunnsarbeideren må sette av tid og oppmerksomhet til å *lytte* til det beboerne forteller om sine behov. Dette for å kunne starte der folk er og når de selv ønsker det. Beboerne må gis kontroll over sin tid, få prioritere sine gjøremål, og ikke minst få satt av tid til å bli lyttet til, for å høre hva de vil og gi dem reell makt og innflytelse, noe også stortingsmelding nr. 25 legger opp til.

5.6. Konklusjon

Min studie har synliggjort at den sosiale konstruksjonen i sykehjemmet kan være en av årsakene til at beboere oppleves som passive og tause. Denne tause kulturen som tross alt finnes i avdelingen, legger grunnlaget for den kommunikasjon og samhandlingen som eksisterer. Det som også kom fram er at beboere har samtaler og danner allianser i avdelingens fellesrom eller på sine private rom. Men det kan se ut som pleierne ikke er oppmerksom nok, og derfor ikke legger merke til beboernes samtaler. Det kommer fram av observasjonene at samtaler brytes, av beboerne selv eller personalet i det pleiere trer inn rommet.

Om dette er grunnlag for å starte samfunnsarbeid er usikkert, men en videre kartlegging slik Minkler (2005) foreslår med å gjøre opp status, for å kartlegge ressurser, kapasitet og utfordringer i forhold til beboeres myndiggjøring, kan være nyttig. At det er behov for samfunnsarbeid, innforstått som myndiggjøring og deltakelse for beboere ser jeg som helt reelt, sett i lys av det stortingsmelding nr. 25(2005-2006) legger opp til for fremtidige sykehjemsbeboere.

6. REFERANSER

7. VEDLEGG

7.1. Informasjonsbrev til informanter/pårørende med samtykkeerklæring

Informasjon om forskningsprosjekt i sykehjem:

Mitt navn er Ingrid Thorkildsen. Jeg er sykepleier og masterstudent i samfunnsarbeid ved Høyskolen i Bergen. Som avsluttende masteroppgaven ønsker jeg å undersøke det sosiale livet på sykehjem. En av årsakene til at jeg er interessert i dette, er at det finnes lite kunnskap om det sosiale livet på en sykehjemsavdeling. For å få mer kunnskap om det sosiale livet i sykehjem, ønsker jeg å tilbringe en del tid sammen med dere som bor der, fordi det er dere som vet best hvordan livet på sykehjem oppleves. Jeg kommer til å være sammen med dere, i stuen og i de andre fellesområdene, snakke med dere og delta på fellesaktiviteter.

Samtidig som jeg skal observere vil jeg sette opp en utstilling med bilder fra Bergensbrannen i 1916, og følge dere rundt og samtale om bildene. Jeg vil ha med meg en notatbok hvor jeg vil notere det jeg mener kan belyse hvordan det er å leve i sykehjem. Jeg vil være i avdelingen i løpet av september 2009.

Det skriftlige materialet oppbevares trygt og konfidensielt under prosjektperioden. I den publiserte masteroppgaven vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes. Prosjektet vil utføres på avdelingen i september/oktober i 2009. Resultatet av studien vil bli publisert i en mastergradsoppgave som skal være ferdig innen 2010.

Det er frivillig å være med og du har muligheten til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du velger å trekke deg vil det ikke få noen konsekvenser for videre behandlingstilbud eller annet. Alle innsamlede data om deg vil bli anonymisert.

Dersom du har lyst til å være med i studien, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen før den returneres til meg.

Masteroppgave - Ingrid Thorkildsen

Hvis du ønsker flere opplysninger kan personalet kontakte meg, eller du kan ta kontakt direkte på tlf. 91836803. Du kan også kontakte min veileder Helge Folkestad ved Høgskolen i Bergen, avd for helse- og sosialfag på tlf. 55 587852.

Med vennlig hilsen
Ingrid Thorkildsen
Vognstølbakken 8
5096 Bergen

Samtykkeerklæring:

Jeg har lest/blitt forklart informasjonen om studien og fått utlevert en egen kopi av denne.

Jeg samtykker frivillig til å delta i prosjektet.

Dato: _____

Signatur

Forskers underskrift

7. 2. Informasjonsbrev til ansatte/institusjon

TIL ANSATTE

Informasjon om forskningsprosjekt i sykehjem

Mitt navn er Ingrid Thorkildsen og jeg er sykepleier og masterstudent i samfunnsarbeid ved Høyskolen i Bergen. Som avsluttende masteroppgaven vil jeg undersøke det sosiale livet på sykehjem.

En av årsakene til at jeg er interessert i dette, er at det finnes lite kunnskap om det sosiale livet på en sykehjemsavdeling. For å få mer kunnskap om det sosiale livet i sykehjem, ønsker jeg å tilbringe en del tid i sykehjemmet sammen med beboerne, fordi det er de som vet best hvordan livet på sykehjem oppleves. Jeg kommer til å bruke tiden til å være sammen med beboerne, snakke med dem, sitte sammen med dem og delta i fellesaktiviteter. I tillegg vil jeg sette opp en utstilling med bilder fra Bergensbrannen i 1916 og jeg vil gjerne ta med de beboere som ønsker det rundt i utstillingen.

Jeg vil ha en notatbok hvor jeg skriver ned de observasjoner og samtaler som jeg mener belyser det sosiale livet i sykehjemmet. Disse opplysningene skal senere analyseres og danne grunnlaget for en skriftlig mastergradsoppgave.

Jeg vil være i avdelingen i september/oktober 2009.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og notatene makuleres når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010.

Det vil være avdelingsleder ved sykehjemmet som vil ta kontakt med aktuelle deltakere til prosjektet. Jeg vil ikke kjenne til identiteten til de som forespørres før eventuelt samtykke til deltakelse. Det er frivillig å delta i studien og dersom noen velger å trekke seg vil det ikke få noen konsekvenser for videre behandlingstilbud eller annet. Alle har anledning til å si i fra om de ønsker å delta eller ikke.

Masteroppgave - Ingrid Thorkildsen

Hvis det er noe du lurer på kan du kontakte meg på tlf. 91836803, eller sende epost til Du kan også kontakte min veileder Helge Folkestad ved Høyskolen i Bergen, avd for helse- og sosialfag på tlf

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS og REK (Regional Etisk Komite for Medisinsk forskning).

Med vennlig hilsen

Ingrid Thorkildsen

Vognstølbakken 8

5096 Bergen



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Ingrid Thorkildsen
ingrtho@online.no
Vognstølbakken 8
5096 Bergen

Vår ref	Dato
2009/830	09.10.09

Ad. prosjekt: Fokus på sykehjemsbeboeres sosiale liv

Det vises til din søknad, datert 09.09.09 der en søker om dispensasjon fra taushetsplikten for å innhente observasjoner på en sykehjemsavdeling hvor det også bor demente. Prosjektet var oppe i møte 20.08.09 og ble da vurdert å falle utenfor komiteens mandat. Begrunnelsen for dette var at det kun inngår marginale individuelle helseopplysninger i prosjektet.

REK Vest v/leder behandlet saken. REK Vest kan ikke gi dispensasjon fra taushetsplikten for å innhente observasjoner på sykehjemmet. Menneskene som skal observeres må, på forhånd, avgi sitt samtykke. For mennesker som ikke innehar samtykkekompetanse må samtykke fra pårørende innhentes. REK Vest anbefaler at du anvender mal for samtykkeerklæring, den finner du på <http://helseforskning.etikkom.no> under "ofte stilte spørsmål."

Vedtak:

REK godkjenner ikke at observasjonsmateriale innhentes uten samtykke fra dem observasjonene gjelder (såkalt dispensasjon fra taushetsplikten).

Vennlig hilsen

Jon Lekven
leder

Oyvind Straume
førstekonsulent

Ny ordning fra 01.07.09:

En gjør oppmerksom på at denne søknaden er vurdert i henhold til helseforskningsloven, som ble satt i kraft 01.07.09. Dette innebærer at REK fra og med denne dato har kompetanse til å godkjenne opprettelse og endring av forskningsbiobank, å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt og å gi tillatelse til bruk av personopplysninger til forskning. Saker som er søkt Helsedirektoratet,

Postadresse: REK Vest Postboks 7804 5020 Bergen	E-post: rek-vest@iuh.no Hjemmeside: http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99	Besøksadresse: 2. etasje, sentralblokken, Haukeland universitetssykehus
--	--	---	---

Org no. 874 789 542

NSD eller Datatilsynet vedrørende ovennevnte, vil utelukkende bli behandlet av REK. Dette for å unngå parallellbehandling av saker nå i overgangsfasen.

REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4. Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

7.4. Vedlegg

Svaret fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS) blir vedlagt papiirutgaven.

6. REFERANSER

- Album, D. (1996). Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus. [Oslo], TANO.
- Alver, B. G. and Ø. Øyen (1997). Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis. [Oslo], Tano Aschehoug.
- Andersen, Ø. (2010, 01.07.2010). "24 av 25 vil ikke jobbe på sykehjem." Dagbladet
Retrieved 12.11.2010, from
<http://www.dagbladet.no/2010/07/01/nyheter/innenriks/helsepersonell/helse-norge/12382624/>.
- Arnstein, S. R. (1969). "A ladder of citizen participation." Journal of the American Planning Association 35 (4): 216-224.
- Askheim, O. P., B. Starrin, et al. (2007). Empowerment: i teori og praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Auerbach, C. F. and L. B. Silverstein (2003). Qualitative data: an introduction to coding and analysis. New York, New York University Press.
- Bauman, Z. and T. May (2004). Å tenke sosiologisk. Oslo, Abstrakt forl.
- Berger, P. L. and T. Luckmann (2000). Den samfunnsskapte virkelighet. Bergen, Fagbokforlaget.
- Bergland, Å. (2006). Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv, Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo: 90 + div. pag.
- Bjelland, A. K. (1990). Sorgerne glemmer jeg, minnerne gjemmer jeg... av beboernes identitetshåndtering i aldershjem, Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Bergen: 2 b.
- Bjelland, A. K. (1992). Livsløp og livshistorier: fire bidrag til en livsløpsforståelse av alderdommen, Oslo, Norsk gerontologisk institutt.
- Bondevik, M. (2000). De eldste eldre: erfaringer og refleksjoner. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Bracht, N., L. Kingsbury, et al. (1999). "A Five-Stage Community Organization Model for Health Promotion: empowerment and partnership strategies." Health promotion at the community level 2: 83-104.
- Bøhle, S. (2003). Når årene kommer: samtaler om den tredje alderen. Oslo, Gyldendal fakta.
- Danermark, B. (2005). Sociologiska perspektiv på funksjonshinder och handikapp. Lund, Studentlitteratur.
- Drageset, J. (2009). Health-related quality of life among nursing home residents. Bergen, Department of Public Health and Primary Health Care, Section of Nursing Sciences, University of Bergen: 1 b. (flere pag.).
- Fangen, K. (2004). Deltagende observasjon. Bergen, Fagbokforlaget.
- Folkestad, H. (2003). Institusjonalisert hverdagsliv: en studie av samhandling mellom personale og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning. [Bergen], Universitetet i Bergen.
- Fonn, M. and B. Mathisen. (2010). "Bør bli glad i endringer!" Sykepleien 19.01.2010
Retrieved 12.08.2010, from
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_documento_id=309311.
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgn omsorg og pleie. (1988). "
", from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html>
- Freire, P. and E. Nordland (1999). De undertrykte pedagogikk. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Fugelli, P. and B. Ingstad (2009). Helse på norsk: god helse slik folk ser det. Oslo, Gyldendal akademisk.

- Garsjø, O. (2008). Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker- og brukerperspektiv. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Gilje, N. and H. Grimen (1993). Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. Oslo, Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (1967). Anstalt og menneske: den totale institusjon socialt sett. [København], Paludan.
- Goffman, E. (1992). Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik. Oslo, Pax.
- Goffman, E. (2000). Stigma: om avvigerens sociale identitet. Oslo, Pensumtjenesten.
- Goffman, E. (2005). Interaction ritual: essays in face-to-face behavior. New Brunswick, N.J., Aldine Transaction.
- Grimen, H. (2004). Samfunnsvitenskapelige tenkemåter. Oslo, Universitetsforlaget.
- Grue, L. (2006). "Funksjonshemming, retorikk og forståelse." Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo.
- Gullestad, M. (1989). Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge. Oslo, Universitetsforlaget.
- Gullestad, M. (1996). Hverdagsfilosofier: verdier, selvforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge. Oslo, Universitetsforlag.
- Hamran, T. (1991). Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten. [Oslo], Gyldendal.
- Hanssen, S. S. (2009). "Mannlige pleiere viser mest omsorg." Dagsavisen Retrieved 28.11.2010, from <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article442527.ece>.
- Hauge, S. (2004). Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?: ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. [Oslo], Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. **no. 208**: V, 230 s.
- Hustad, A. E. (1997). "Total institusjon - total stillstand?" Nordisk Sosial Arbeid nr. 2: s. 66-74.
- Hutchinson, G. S. (1999). Samfunnsarbeid i sosialt arbeid. Oslo, Universitetsforlag.
- Johansen, H. (2010). "Eldreomsorg og livskvalitet " Retrieved 11.12.2010, from https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_sub_doc_id=335087&p_document_id=335087
- Kirkevold, M., K. Brodtkorb, et al. (2008). Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Ledwith, M. (2005). Community utvikling; en kritisk tilnærming. J. Campling and M. Ledwith. Bristol, UK, Policy Press: xvi, 196 s.
- Ledwith, M. and J. Campling (2005). Community development : a critical approach. Bristol, UK, Policy Press.
- Lyngstad, R. (2003). Makt og avmakt i kommunepolitikken: rammer, aktører og ideologi i det lokale folkestyret. Bergen, Fagbokforlaget.
- Madsen, B. (2006). Sosialpedagogikk: integrering og inkludering i det moderne samfunnet. Oslo, Universitetsforl.
- Malmedal, W. (1998). "Noen må følge bedre med": om overgrep i sykehjem. Trondheim, W. Malmedal: 6, 119, 117 bl.
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo, Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). Hospitalet, mennesket og verdigheten. Den Mangfoldige velferden: festskrift til Anne-Lise Seip. Oslo, Gyldendal akademisk: S. 159-173.
- Martinsen, K. and K. Wærness (1991). Pleie uten omsorg?: norsk sykepleie mellom pasient og profesjon. Oslo, Pax.
- Mead, G. H. (2005). Sindet, selvet og samfundet: fra et socialbehavioristisk standpunkt. København, Akademisk Forlag.

- Minkler, M. (2005). Community organizing and community building for health. New Brunswick, N.J., Rutgers University Press.
- Moen, K. E. and G. Holthe (2004). Lever fire ganger lenger, NRK PULS.
- Moser, I. (2005). "On becoming disabled and articulating alternatives. The multiple modes of ordering disability and their interferences." Cultures Studies **19 No. 6**: 667-700.
- Nautvik, K. T. (2008). Eldres mulighet for autonomi og privatliv i sykehjem: en strukturert intervju/spørreskjema-undersøkelse blant 83beboere og 109 ansatte ved 6 sykehjem i Bergen kommune 1996/1997. Fyllingsdalen, Betanien diakonale høyskole.
- Nord, R., G. Eilertsen, et al. (2005). Eldre i en brytningstid. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Pasientrettighetslov. (1999). "Lov om pasientrettigheter av 2.juli 1999." from http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&.
- Ringdal, K. (2007). Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen, Fagbokforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2005). Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre. Tønsberg, Forlag aldring og helse.
- Sandvin, J. T., M. Søder, et al. (1998). Normaliseringsarbeid og ambivalens: bofellesskap som omsorgsarena. Oslo, Universitetsforlaget.
- Siljuholtet, G. (2010). All you need is love. Bergen Tidende Bergen.
- Skatvedt, A. (2002). Fortellinger om kjærlighet: om kommunikasjon i alminnelig samvær mellom behandler og klient. [Oslo], Blå kors forl.: 70 s.
- Skog, O.-J. (2006). Skam og skade: noen avvikssosiologiske temaer. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Solvang, P. (2000). "The Emergence of an us and them discourse in disability theory " SJDR Volume 2, No. 1.
- Statistisk sentralbyrå SSB. (2010). "Befolkningsframskrivning 2010-2060." from <http://www.ssb.no/emner/08/05/10/oa/201004/brunborg.pdf>.
- Stortingsmelding nr.25. (2005-2006). "Mestring, muligheter og mening Fremtidas omsorgsutfordring " Retrieved 10.11.2010, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html>.
- Sudmann, T. T. and K. Henriksbø (2009). "Hva kan samfunnsarbeid være i 2009?".
- Svare, H. (2009). Menn i pleie og omsorg: brødre i hvitt. Oslo, Universitetsforlaget.
- Svaar, P. and T. Risberg. (2006). "Frykter sykehjemmet mer enn døden." Retrieved PULS NRK, from <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/5769392.html>.
- Sætersdal, B. and K. Heggen (2002). I den beste hensikt?: "ondskap" i behandlingssamfunnet. Oslo, Akribe.
- Söder, M. (2005). Forskning om funksjonshinder : problem, utmaningar, möjligheter. Lund, Studentlitteratur.
- Thorenfeldt, G. (2009, 31.08.2009). "Jeg har konstant dårlig samvittighet." Retrieved 12.03.2010, from http://www.dagbladet.no/2009/08/31/nyheter/valg_2009/valg09/eldre/eldreomsorg/7883404/.
- Twelvetrees, A. (2002). Community work. London, Palgrave.
- Wadel, C. (1983). Dagliglivets organisering. Oslo, Universitetsforlaget.
- Wadel, C. and C. C. Wadel (2007). Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

