

Forord

Jeg vil først takke veilederen min gjennom hele prosessen; Anne Kathrine Larsen. Tusen takk for all hjelp og støtte gjennom hele masteren. Jeg har satt utrolig stor pris på at du alltid har gitt god og konstruktiv kritikk i alle våre samtaler. I samtalene våre har du alltid vært god på å gi tilbakemeldinger og kritikk, samtidig som du har inspirert meg. Jeg har aldri gått fra en veiledningstime og følt meg motløs, og det har vært viktig for meg under prosessen.

Tusen takk til instituttet for Sosialantropologi for den hjelpen jeg har fått der. Jeg har fått hjelp og veiledning fra flere, noe som har vært uvurderlig både i planleggingen av oppgaven og skrivingen.

Jeg vil også rette en stor takk til mine medstudenter på master, både i eget kull og de jeg har møtt fra andre kull. Masterårene på Dragvoll har vært helt fantastisk på grunn av dere. Dere har gitt uvurderlig sosialt selskap og støtte, og bidratt med mange gode tilbakemeldinger på arbeidet med masteren.

Ikke minst vil jeg takke informantene mine ved sykehjemmet. Tusen takk for at dere ville ta meg inn og dele litt av livet deres med meg. Jeg har følt meg virkelig godt tatt imot fra første stund, og dere har hele veien vært åpne og ærlige med meg. Det arbeidet dere gjør til daglig på sykehjemmet er beundringsverdig, jeg håper jeg har klart å formidle noe av dette videre i oppgaven.

Takk til venner og familie for all støtte og oppmuntring gjennom hele min studietid, det hadde ikke gått uten dere! Jeg vil spesielt takke Live Maria Larsen for oppmuntring, sympati, støtte og korrekturlesing i innspurten av oppgaven.

Til slutt vil jeg også rette en stor takk til Olav Magne for tålmodig støtte og oppmuntring i innspurten av oppgaven. Du har alltid formidlet en stor tro på oppgaven min, selv når jeg har vært fortvilet og motløs. Det har hjulpet veldig i innspurten mot å levere.

Nina Skaugvoll

Rasjonell omsorg:

En studie av pleiernes håndteringsstrategier på et sykehjem i Norge

Innhold

Innhold	i
1. Innledning.....	1
Å finne felt	2
Leseguide	3
2. Metodiske betraktninger	5
Så, hva gjorde jeg egentlig?	5
Hvorfor deltakende observasjon?	8
Om å kjenne felten fra før	9
Om å gjøre feltarbeid ”hjemme”	10
Feltarbeid i bedrift	11
Etiske betraktninger.....	13
Oppsummering	15
3. Sykehjemmet Solheim	17
Om sykehjemmet og senteret som driver det	17
Min første morgenrapport og dagen videre	21
Oppsummering	24
4. Teoretisk bakgrunn	25
Organisasjonsantropologi	25
Kulturbegrepet i organisasjoner	25
Institusjonsomsorg	27
Rasjonaliteter og ideologier.....	28
Romlig utforming og sosial interaksjon	29
Historiefortelling	30
Oppsummering	32
5. De store linjene.....	35
Historie	35
Institusjonsarbeid	38
Velferdsstat, makt og ansvar	38
Oppsummering	40
6. Pleierarbeidet og rasjonaliteter	41
Det beste for beboeren.....	41
Uenighet rundt en beboer	44
Problemløsning.....	47

Den fysiske rekonstruksjonen av brukerne	49
Om å ta ansvar	52
Om å bli pålagt ansvar	54
Mellom rutiner og selvbestemmelse	56
Ansvar og arbeidsfordeling	59
Hjelp i etasjene	60
Grenser mellom jobb og privatliv	62
Sykehjemmet og sykehuset	63
Oppsummering	65
7. Romlig utforming.....	67
Ulike rom for ulik adferd	68
Kulisser.....	69
Pleienes fasadeområder.....	70
Pleienes baksideområder.....	75
Fasadearbeid og baksidearbeid.....	81
Oppsummering	82
8. Historiefortelling.....	83
Formell og uformell informasjonsdeling.....	83
Hva ser du søster?	88
Humor.....	93
Oppsummering	94
Avslutning	97
Grenser og rasjonaliteter	97
Rom og dets betydning.....	98
Historier og personifisering.....	99
Hverdag	100
Veien videre	101
Referanser:.....	103
Internettreferanser:	106

1. Innledning

Jeg interesserte meg tidlig i studiet mitt for å fokusere på bedrifts- og organisasjonsantropologi, og det var dermed naturlig for meg å velge felt innenfor dette området da jeg startet på master. Jeg vurderte flere ulike felt, men valget falt til slutt på sykehjem. Jeg hadde tidligere jobbet som ferievikar på et sykehjem på hjemmeplassen min, og hadde dermed både kjennskap til og en interesse for dette feltet. Sykehjem er noe jeg har hatt et eller annet forhold til lenge, også før jeg startet å jobbe der som tenåring, både gjennom min mor som arbeidet der, og som pårørende. Selv om jeg hadde kjennskap til sykehjem var det et bygg som for meg virket veldig skummelt og som jeg følte meg lite komfortabel med når jeg var innom der.

Da jeg startet å jobbe som pleier selv, flere år etter, var det en veldig overgang fra det jeg kjente fra før av. Å møte eldre som var så syke som de var der, både mentalt og fysisk, og hjelpe dem med de mest intime oppgaver var helt fremmed for meg. At man som pleier i tillegg skulle bestemme, til en viss grad, over de eldre var også veldig uvant. Det var ikke bare det fysiske aspektet ved pleien som var tungt, det var i stor grad også det psykiske. Den første tiden min som pleier husket jeg at jeg ikke alltid skjønnte hva jeg skulle gjøre, og hva de andre pleierne gjorde hele tiden. De gikk stadig frem og tilbake og hadde alltid noe å gjøre, og jeg satt ofte med følelsen av at jeg burde gjøre noe, men visste ikke helt hva. Men etter hvert som jeg jobbet flere ferier på sykehjemmet følte jeg at jeg begynte å skjønne arbeidet bedre. Jeg var selvfølgelig ikke like dreven som de som jobbet der oftere enn meg, men jeg følte meg stadig i bedre stand til å se hva som burde gjøres, og jeg lærte at det var *alltid mer å gjøre*. Man kunne ta seg pause og slappe av når de viktigste tingene var gjort, men det var alltid noe annet man kunne finne på. Vasking, rydding, baking, og bare det å være sammen med beboerne. Arbeidet føltes som en evig tilstand hvor man tenkte ”hva burde jeg gjøre nå?” hver gang en oppgave var avsluttet. Å se hva som måtte, og hva som *kunne* gjøres var en viktig del av arbeidet, og noe som måtte læres praktisk gjennom arbeidet, og gjennom samarbeid med andre pleiere.

Hverdagen på sykehjemmet hvor jeg gjorde feltarbeid hadde mye til felles med hva jeg husket fra sykehjemmet hvor jeg var ferievikar, selv om det også var flere ulikheter mellom disse to

sykehjemmene. Sykehjemmene hadde ulik demografisk beliggenhet, noe som ga utslag i hvem som jobbet på sykehjemmet, hvilken bakgrunn de hadde, hvem som bodde på sykehjemmet, og hvilke muligheter og begrensninger omgivelsene ga. Sykehjemmene hadde også ulik størrelse, ulik organisering innad, ulike plasseringer i systemet og ulik arkitektonisk utforming. Arbeidet pleierne gjorde og mange av de rasjonaliseringene de hadde bak avgjørelsene sine var imidlertid ganske likt på de to sykehjemmene. Pleierne hadde mange av de samme dilemmaene de sto ovenfor, og måtte ofte forholde seg til ulike rasjonaliteter når de skulle ta avgjørelser. Særlig sentralt var dilemmaet mellom hva pleierne kunne gjøre og hva de ønsket å gjøre, og den vanskelige definisjonen av hva som var ”beboerens beste” i ulike situasjoner. Dette er tema jeg skal komme nærmere inn på i oppgaven. Kombinasjonen av fellestrekk og ulikheter mellom arbeidet på sykehjemmene har vært nyttig å ha i bakhånd når jeg har tatt for meg de ulike temaene, og gitt en større forståelse av betydningen av den større kulturelle og historiske konteksten pleierarbeidet faller inn under.

Jeg skal i denne oppgaven se på hverdagen på sykehjemmet og arbeidet pleierne gjorde med ulike perspektiver. Problemstillingen for oppgaven er hvordan pleierne i det daglige arbeidet sitt satte grenser og definerte rett og galt i forhold til ulike rasjonaliteter. Avgjørelsene som ble tatt og grensene som ble satt ble gjort med bakgrunn i en større kulturell kontekst, og det er forholdet mellom disse nivåene jeg skal ta for meg i oppgaven min.

Å finne felt

Da jeg hadde bestemt meg for hvilken type felt jeg ville gjøre feltarbeid startet arbeidet med å finne nøyaktig hvilket sykehjem jeg ville være på. Jeg hadde planlagt å finne et sykehjem som ikke var for stort og som ikke var fokusert rundt kun en type beboere og behandling (som for eksempel et sykehjem for demente eller kun for kortidsopphold). Det skulle vise seg å være en kort søken, jeg ble tipset om et sykehjem jeg burde kontakte for å gjøre feltarbeid, som både var passende i størrelse og beliggenhet. Det var et relativt lite sykehjem, noe som var fint med tanke på avgrensning av felten. Jeg ringte og avtalte et møte med avdelingssykepleieren på sykehjemmet, for å presentere prosjektet mitt for henne. Hun virket veldig positiv til dette og sa ja på stedet til at jeg skulle få jobbe hos dem i et halvt år. Noen dager senere kom jeg tilbake til sykehjemmet for å presentere meg og hva jeg skulle gjøre på sykehjemmet på et personalmøte, hvor de fleste av pleierne var til stede. Presentasjonen gikk greit, og det virket ikke som om noen av pleierne hadde noen innvendinger til at jeg skulle komme og studere

dem i et halvår. Jeg var nøye med å presisere at alt skulle anonymiseres i oppgaven, og hvis det var noe de ønsket jeg ikke skulle skrive om trengte de bare si ifra. Dette var da noen måneder før jeg skulle starte på feltarbeidet, og tiden gikk bort til å forberede meg på felt og eksamener. Noen uker før jeg skulle starte tok jeg kontakt med sykehjemmet og avtalte hvilken dato jeg skulle starte, og som en liten påminner på at jeg fremdeles skulle komme og gjøre feltarbeidet mitt der.

Leseguide

I kapittel 2, "Metodiske betraktninger", tar jeg for meg ulike metodiske vurderingene som har ligget til grunn for gjennomføringen av feltarbeidet. Jeg tar der for meg hva jeg konkret har gjort under feltarbeidet, samt noen teoretiske betraktninger som har ligget til grunn for de valgene jeg har gjort og den teoretiske konteksten mitt feltarbeid plasseres under. I kapittel 3, "Sykehjemmet Solheim", følger en presentasjon av sykehjemmet jeg har vært på, hvor jeg beskriver hvordan en dagvakt foregår for å gi et innblikk i hverdagen der, som gjør det lettere å forstå den senere analysen. I kapittel 4, "Teoretisk bakgrunn", kommer en generell gjennomgang av teoriene som danner mye av bakgrunnen for analysen som kommer i hovedkapitlene. Kapittel 5, "De store linjene", er en historisk utredning om sosialpolitikken og sykehjem i Norge. Med dette vil også flere av de sentrale problemstillingene komme frem, og man får en større bakgrunn for å forstå hvordan sykehjemmet er i dag. I kapittel 6, "Pleierarbeidet og rasjonaliteter", kommer jeg inn på hovedproblematikken for oppgaven, grenser og rasjonaliteter i arbeidet på sykehjem. Her går jeg nærmere inn på hvordan arbeidet på sykehjem er og hvordan pleierne konstruerer sin arbeidshverdag, hvordan de avgjør hva som er rett og galt, innenfor de rammene som er satt. Kapittel 7, "romlig utforming", jeg tar for meg den romlige utformingen på sykehjemmet og hvilken betydning den hadde for arbeidet, og hvordan ulike grenser kommer til syne i bruk av rommene på sykehjemmet. I kapittel 8, "Historiefortelling", er temaet hvordan historiefortelling fungerer som en viktig form for kommunikasjon mellom pleierne, og hvordan dette henger sammen med den komplekse arbeidshverdagen de opplever. Oppgaven rundes så av med en avslutning hvor jeg diskuterer det jeg har tatt for meg i oppgaven.

2. Metodiske betraktninger

Så, hva gjorde jeg egentlig?

Jeg gjennomførte feltarbeidet over et halvår i 2009. Siden mitt formål med studiet var å se og forstå hvordan det var å jobbe som pleier ved sykehjemmet, ønsket jeg i stor grad å være deltakende i arbeidet som pleier. Informantene i felten var pleierne som jobbet der, og til en viss grad administrasjonen. Jeg valgte å situere meg i felten som ufaglært assistent, det vil si at jeg jobbet som assistent i pleien, og var med på de arenaene jeg ville ha hatt tilgang til om jeg hadde vært ansatt som ufaglært pleieassistent. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å følge vaktene som var oppsatt for pleierne, for å være på sykehjemmet i samme intervaller som de andre pleierne. I hovedsak fulgte jeg dagvakter og kveldsvakter. I løpet av feltarbeidet var jeg også på to nattevakter, for å se hvordan det var på sykehjemmet til alle tider på døgnet. Nattevaktene skilte seg i midlertidig ut fra de andre vaktene på sykehjemmet, i og med at det var et arbeid som for det meste ble utført av en pleier alene i hver avdeling, og de fleste nattevaktene ble utført av pleiere som jobbet fast på natten og som dermed jobbet lite sammen med resten av pleierne på sykehjemmet. Jeg valgte å fokusere på de som jobbet dag- og kveldsvakt siden de i større grad utgjorde en egen gruppe med pleiere. Vaktene på sykehjemmet var av en fast lengde og varighet, det var bare enkelte vakter som var kortere, ”kortvakter”, hvor en pleier startet litt senere eller sluttet litt tidligere enn vanlig. Jeg fulgte vanlige vakter og var på sykehjemmet enten fra klokken halv åtte om morgenen til tre på ettermiddagen, eller fra klokken kvart på tre til klokken ti på kvelden. Jeg fulgte disse vaktene for i større grad å oppleve arbeidet slik pleierne opplevde det, og det å skulle forholde meg til samme tidsrammer som dem.

Jeg var på vakt på sykehjemmet tre til fire dager i uken, som oftest med en dag pause mellom hver vakt for å føre dagbok fra felten. Jeg jobbet både hverdag og helg, og kvelds- og dagvakter. Jeg jobbet litt flere dagvakter enn kveldsvakter, fordi det var flere pleiere på jobb om dagen, og som oftest skjedde det mer på dagtid. Jeg hadde ikke en formell stilling på sykehjemmet, men gikk ekstra i tillegg til de andre pleierne som hadde vakt da. For hver uke skrev jeg opp på vaktlistene for uken hvilke dager jeg hadde tenkt å være på sykehjemmet, slik at pleierne kunne følge med på når jeg var der og når jeg ikke var der. Sykehjemmet var

delt i to avdelinger, og jeg brukte like mye tid i hver avdeling. Jeg varierte med å jobbe i hver avdeling i tre uker før jeg byttet, og fikk slik en bra innsikt i arbeidet på begge avdelingene.

Min hovedmetode i feltarbeidet var deltakende observasjon, det vil si at jeg deltok i arbeidet som pleier. Siden jeg hadde jobbet flere år som ferievikar på et sykehjem gikk det ganske greit å kunne delta i arbeidet. Da jeg startet feltarbeidet mitt fikk jeg en fast pleier i begge avdelingene på sykehjemmet, som jeg skulle få følge i starten. Dette var noe jeg utnyttet i stor grad, og tilbrakte mye tid sammen med de pleierne for å bli kjent med arbeidet og på avdelingen. Jeg lærte meg etter hvert å jobbe mer selvstendig, når jeg ble mer kjent med rutinene og beboerne på avdelingene, men satte også pris på å kunne ha muligheten til å følge andre pleiere i jobben. Mye av arbeidet med beboerne ble gjort på rommene til beboerne, og ofte var man der alene som pleier. Dette var den delen av arbeidet som var mest i nærkontakt med beboerne, den ”skitne” delen av arbeidet som dreide seg om å stelle og ta vare på beboernes kropp. Ved å være med en pleier på alle stellene hun tok i løpet av dagen, fikk jeg et større innblikk i hvordan pleierne jobbet med stellene de vanligvis tok alene.

Siden jeg ikke hadde en fast stilling ved sykehjemmet hadde jeg mye større frihet til når jeg skulle være på jobb og hvor mye jeg skulle delta i arbeidet. I starten av feltarbeidet tilbrakte jeg mye tid med å gå sammen med pleiere, og tilbrakte også en del tid på fellesarealer (stuene og kjøkkenet) på avdelingen hvor jeg kunne følge med på hva de andre pleierne gjorde, og være med på samtaler. Etter jeg hadde vært på sykehjemmet en stund begynte jeg å anstrenge meg for å jobbe mer selvstendig, og ikke bare følge andre pleiere i arbeidet. Dette var fordi jeg følte jeg manglet en viktig del av opplevelsen av å jobbe som pleier på sykehjemmet; det å jobbe selvstendig og ta ansvar på eget initiativ for at arbeidsoppgaver ble gjort. Jeg hadde ikke noe reelt ansvar den tiden jeg var på sykehjemmet, jeg var der ulønnet og frivillig, og på toppen av de pleierne som skulle være på vakt den dagen. En fullstendig følelse av ansvar fikk jeg dermed ikke, med tanke på at alle de vaktene jeg var på sykehjemmet var jeg en ekstra enn det som var beregnet på arbeidet. Men selv om min tilstedeværelse innebar en 25 %¹ økning i arbeidskraft, var det alltid nok av arbeidsoppgaver for meg å ta meg til. Å anstrenge meg for å jobbe mer selvstendig ble slik en annen tilnæringsmåte til felten, som lignet mer på hvordan det var de gangene jeg jobbet på sykehjem som ferievikar. Jeg lærte meg slik å lese og skjønne rutinene på sykehjemmet bedre,

¹ Ut fra en dagvakt midt i uken, hvor det i utgangspunktet var fire pleiere på vakt.

og få innblikk i noe som var en viktig del av hvordan pleierne arbeidet, og hva arbeidet krevde av dem.

Det meste av informasjonen har jeg fått gjennom deltakende observasjon. Underveis i arbeidet viste det seg å være mange muligheter for å ha samtaler på tomannshånd med pleiere, og med flere pleiere på samme tid. Jeg ordnet ingen konkrete intervjuer med pleierne under feltarbeidet, fordi det ikke alltid passet å skulle ta en pleier ut av arbeidet for å ha et intervju, og fordi det viste seg å være mange muligheter til spontane og uformelle samtaler om forskjellige tema når jeg jobbet sammen med pleierne. Temaene vi snakket om, og spørsmål jeg hadde, kom som oftest opp ut fra konteksten. I arbeidet med beboerne på rommene deres var jeg ofte på tomannshånd med pleierne og fikk informasjon gjennom hva pleierne fortalte meg fortløpende om hva de gjorde, og svar på spørsmål jeg hadde. Ellers deltok jeg også i fellessamtaler mellom pleierne på kjøkkenet, stuene eller pauserommet. Jeg synes i disse sammenhengene det var interessant å høre på de temaene pleierne selv tok opp, og fulgte opp disse med egne kommentarer. I stor grad lot jeg pleierne føre an hva de ønsket å snakke om, og stilte spørsmål etter hvert som det kom opp tema jeg ønsket å vite mer om. Utenom samtaler med pleiere og deltakende observasjon fikk jeg også tilgang til papirer med informasjon som lå på personalrommene, som anamneseskjema og delvis oversikt over sykdommer, men dette er informasjon som jeg i liten grad har benyttet meg av i oppgaven.

Å jobbe som pleier på sykehjemmet ga meg både muligheter for større innsikt i hvordan det opplevdes å jobbe som pleier i det daglige arbeidet, og begrensninger til hva jeg opplevde. Begrensningene kom av at jeg antok en rolle som innebar visse føringer for hvor jeg var til hvilket tidspunkt og hvordan jeg da samhandlet med de andre aktørene. Jeg fikk en større egenopplevelse av hvordan det var å jobbe som pleier, men gikk også glipp av situasjoner fordi jeg ”bandt meg” til ulike oppgaver når jeg jobbet. Jeg fulgte for eksempel i begrenset grad med på det administrative arbeidet, og jeg fulgte ikke beboere og pårørende annet enn i situasjoner hvor det var naturlig for meg som pleier å være sammen med dem. Av flere grunner brukte jeg ikke beboere som primærinformanter (selv om de naturlig nok har sin del av beskrivelsen av det arbeidet pleierne gjorde): jeg ønsket å holde et fokus på pleierne og deres perspektiv på arbeidet. I tillegg var det sterkt begrenset hvor mange av beboerne som var i stand til å forstå min rolle som forsker, og som var i stand til å være primærinformanter. Dette hadde naturlig nok også mye med etikk å gjøre, noe jeg skal komme tilbake til senere i kapitlet.

Hvorfor deltakende observasjon?

Deltakende observasjon er den viktigste feltarbeidsmetoden innenfor angloamerikansk og skandinavisk sosialantropologi (Eriksen 2001). Helt grunnleggende innebærer deltakende observasjon at man ikke bare skal observere de man studerer, men at man også skal delta sammen med dem i det de gjør. Dette er naturlig nok en ganske kraftig forenkling av hva deltakende observasjon faktisk innebærer i praksis, ikke minst hva som menes med å være ”deltakende” sammen med andre mennesker. Noe av den grunnleggende ideen bak deltakende observasjon er å skulle komme nærmere innpå sine informanter og få en større forståelse av deres synspunkt, å forstå deres verden og hva som gir dem mening. Deltakende observasjon er en sentral del av etnografisk forskningsmetodikk. Innenfor etnografien er det lagt til grunn at menneskers erfaringer er helhetlige og systematiske, som varierer historisk og geografisk (Hilden og Middelthun 2002). En stor del av menneskelige erfaringer og kunnskap er også taus og tatt for gitt, man er den i stor grad ubevisst, noe som setter krav til hvordan man tilnærmer seg en helhetlig kunnskap om de menneskene man skal studere. Dette krever at forskeren selv setter seg inn i en sosialiseringssposisjon i forhold til feltet hun studerer, slik at man i større grad kan erfare og forstå menneskers livsverden, og ikke bare høre hva de sier (ibid.).

Det er alltid begrensninger i hvor stor grad man kan være deltakende i ulike situasjoner eller kunne oppnå en full forståelse på lik linje med informantene. Til tross for dette vil det uansett kunne gi en viss innsikt og en større forståelse enn om man hadde holdt seg utenfor og ikke samhandlet med informantene. Man får kontakt med aktørene i deres hverdag, og man får også en egenopplevd erfaring av hvordan det er å leve i den hverdagen. Kunnskapen man sitter igjen med er ikke bare informasjon gitt av informantene gjennom hva de sier og hva de gjør, men også erfaring gjennom egne erfaringer, følelser og tanker.

Det var naturlig nok ulikheter i mine erfaringer og pleiernes, av flere årsaker. Jeg jobbet ”på topp” av de andre pleierne, altså i tillegg til de som skulle være på vakt den dagen. Siden jeg ikke hadde noe konkret ansvar i arbeidet hadde jeg større frihet til å gjøre det jeg ønsket å gjøre, og kunne selv bestemme i hvor stor grad jeg skulle jobbe selvstendig og ta ansvar. Siden jeg gikk ekstra i tillegg til de som skulle være på vakt den dagen, var det også ikke like travelt de dagene som hvis jeg ikke hadde vært der. Mye av tiden jobbet jeg ikke like mye som de andre som var på vakt, og brukte en del tid på å følge pleiere og hjelpe de med det de

skulle gjøre, men det at jeg var der som en ekstra pleier gjorde at man var flere personer til å gjøre arbeidet, og selv om det bare var små ting jeg hjalp til med, gjorde det at arbeidet ble litt mindre travelt. Min deltakelse i arbeidet innebar slik også en form for ”feilkilde” fordi jeg innebar en ekstra ressurs på jobb. En annen mulig feilkilde var hvordan tilstedeværelsen min påvirket hva pleierne snakket om. De fleste var klar over at jeg var der som antropolog på feltarbeid, det vil si at jeg skulle skrive oppgave om sykehjemmet. Til tider ble dette imidlertid litt glemt, og jeg gled av og til mer inn i kategorien ”student”. Man så jo at jeg var der som en ekstra pleier utenom de pleierne som *skulle* være på vakt. Dette var likevel ikke en uvant situasjon for pleierne, det var stadig vekk studenter innom som var der på utplassering. Jeg opplevde likevel at pleierne var åpne når det gjaldt hva de snakket om, og ikke prøvde å skjule noe. Den største forskjellen jeg merket var at noen pleiere av og til ønsket å fortelle meg ting om sykehjemmet og hva de mente om arbeidet som pleier.

En annen ting som skilte min tilstedeværelse på sykehjemmet fra de som jobbet der til vanlig, var bakgrunnen for hvorfor jeg var der. Jeg var der som student som skulle skrive masteroppgaven min om sykehjemmet, og jeg skulle bare være der i et begrenset tidsrom. Selv om jeg også gikk inn for å nå mange av de samme målene som de andre pleierne, som å ta vare på beboerne og gjøre de arbeidsoppgavene som måtte gjøres, hadde jeg andre langsiktige mål. Tiden jeg skulle være der var satt, og jeg skulle bruke det jeg opplevde og lærte der til å skrive oppgave.

Om å kjenne felten fra før

Sykehjem var som nevnt ikke en ny arena for meg, og jeg hadde derfor en formening om hva jeg ville komme til å møte i felten. Mange av de opplevelsene man har i arbeidet som pleier var ikke nytt for meg, jeg fikk ikke et ”kultursjokk” på samme måte som jeg opplevde da jeg startet å jobbe som pleier for mange år siden. Jeg husker fremdeles hvor fremmed arbeidet på sykehjem opplevdes da jeg først startet å jobbe der, jeg hadde ikke kunnet forestille meg hvordan det var å jobbe som pleier på forhånd. Selv om jeg fremdeles husker disse opplevelsene, fikk jeg ikke fordel av å få den sterke opplevelsen av hvordan arbeidet på sykehjem var, og hvordan det skilte seg fra det jeg kjente fra før av. Dette kunne ha gitt en unik innsikt i arbeidet, hvor jeg hadde møtt arbeidet med et helt nytt blikk. Opplevelsen av sykehjemmet jeg var på sett i sammenligning med min tidligere erfaring fra sykehjem ga meg likevel andre fordel med tanke på sammenligning. Jeg har ikke brukt min tidligere erfaring fra

sykehjem direkte i oppgaven, men det danner likevel en del av min erfaringsbakgrunn. Slik var det et naturlig sammenligningsgrunnlag når jeg skulle se på arbeidet på sykehjemmet hvor jeg gjorde feltarbeidet mitt.

Hilden og Middelthon (2002) argumenterer for at den optimale posisjonen for en etnografisk forsker er som ”den informerte outsider”. Det vil si at man har en solid kjennskap til det feltet man studerer på forhånd, slik at man er i stand til å se hva som er relevante tema og områder å fokusere på, samtidig som man kommer utenfra og har en viss distanse slik at man kan se forhold som ”insideren” ikke er bevisst. Gjennom min tidligere erfaring fra sykehjem kjente jeg til mye av arbeidet som ble utført, og hadde også gjort meg flere tanker om hva som ville være relevant å fokusere på og hvilke problemstillinger som ville være aktuelle. Samtidig var jeg ny til arbeidsmiljøet på sykehjemmet hvor jeg gjorde feltarbeidet og så sider ved samhandlingen til pleierne som de selv ikke nødvendigvis var bevisste.

Om å gjøre feltarbeid ”hjemme”

Det er en stadig økende tendens til at antropologer gjør feltarbeid i sitt eget samfunn, ikke bare i småskalasamfunn i fjerne strøk (Rukgåsa og Thorsen 2003). Dette fører til nye utfordringer for antropologen for hvordan feltarbeidet skal gjennomføres, hva man skal vektlegge og de implikasjonene den kunnskapen man formidler har. Dette har blitt diskutert av flere antropologer (ibid.) og har også vært gjenstand for kritikk (Howell 2001). Kathinka Frøystad (2003) har sett på hvordan feltarbeid i Norge bryter med manges forestilling om det ”ordentlige” feltarbeid. Hun har sett på hvordan de metodiske utfordringene er for antropologer som studerer i Norge, og hvordan forestillinger om hvordan et feltarbeid egentlig burde være, kan ødelegge for hvordan man faktisk kan gjennomføre et godt feltarbeid på hjemmebane. Mangelen på samhandlingsdata er blitt vektlagt som en svakhet ved slike studier, hvor hovedinformasjonskilden er intervjuer og muntlige utsagn (Howell 2001), men dette er ikke nødvendigvis tilfelle mener Frøystad (2003). Å gjennomføre et godt feltarbeid på hjemmebane krever at man tilpasser metoden til det feltet man skal studere, som for eksempel i Gullestads (2001) studie av unge husmødre og Marianne Liens (1997) studie av en norsk matvareprodusent. Gullestad gjennomførte feltarbeidet med å følge et nettverk av unge husmødre i Bergen og deres daglige gjøremål (Gullestad 2001). Hun fant sine informanter gjennom å starte med en kvinne og bli kjent med det nettverket hun brukte å omgås, og deltok på de fora de samhandlet i, som i samtaler over en kaffekopp på kjøkkenet. Liens studie tok

plass på markedsføringsavdelingen til en større norsk matvareprodusent, hvor hun så både på samhandlingen mellom de ansatte i avdelingen og på deres kontakt med andre utenfor bedriften og utenfor landet (Lien 1997). De valgene de tok når de valgte avgrensning av felt og informanter var med utgangspunkt i hvordan hverdagen til informantene var og hva som utgjorde deres kontaktnettverk, og ikke nødvendigvis som et geografisk avgrenset område. Jeg valgte å følge hverdagen til pleierne slik den var på sykehjemmet, og ikke følge pleierne utenfor jobben. Dette var fordi det største fellesskapet mellom pleierne tok plass i arbeidet på selve sykehjemmet, og kontakten mellom pleierne utenfor var fragmentert og mindre relevant for de fleste. Jeg valgte også å følge de samme vaktene som pleierne gjorde, dagvakter og kveldsvakter, fordi dette var hvordan pleierne organiserte tiden sin på sykehjemmet.

Avstand og fremmedhet er blitt ansett som nødvendige forutsetninger for å gjøre antropologisk forskning, hvor møtet med noe som er fremmed for en selv gjør at man kan se forbi hva som aktørene ser på som selvfølgeligheter og slik komme til en større forståelse av den virkeligheten de lever i. Dette er noe som blir trukket frem som kritikk av feltarbeid på hjemmebane (Howell 2001), hvor man mener at antropologen ikke greier å se forbi det ”tatt for gitt” og slik går glipp av viktig kunnskap om felten. I dette argumentet ligger det en antakelse om at alle deler av en persons hjemland er kjent, og at man alle har de samme ”tatt for gitt”-hetene, noe som er vanskelig å forestille seg at skulle stemme. Man har mye til felles innad i et land, men det er utrolig mange ulike grupperinger innad som har oppfatninger og væremåter som er ganske fremmede for hverandre. Mitt første møte med sykehjemsarbeid var for meg en skikkelig kulturkrasj, hvor mange av mine oppfatninger og forståelser ble utfordret og endret. Da jeg startet på feltarbeid var denne opplevelsen ikke like sterk, i og med at jeg hadde opplevd mange aspekter ved arbeidet fra før av, men likevel følte jeg meg bra fremmed da jeg startet arbeidet. Pleierne hadde en selvfølgelig måte å orientere seg i arbeidet på, sammen med de andre pleierne, med beboerne og hvordan de brukte rommene. Denne forståelsen hadde ikke jeg, den måtte jeg lære både gjennom å spørre meg frem og gjennom å observere de andre.

Feltarbeid i bedrift

Min studie er ikke bare et som foregår i mitt hjemland, men som også tar plass i en bedrift. Mitt hovedmål har vært å se på det som utspiller seg mellom pleierne (og nødvendigvis også mellom pleiere og beboere) i arbeidet på sykehjemmet. Feltarbeidet mitt var derfor begrenset

innenfor en bygnings vegger, og som foregikk mellom konkrete klokkeslett på dagen. Et sykehjem er en institusjon hvor klientene bor der døgnet rundt, og det er ansatte på jobb til enhver tid. I teorien ville jeg kunne tilbringe all min tid der, men det ville være vanskelig å gjennomføre metodisk.

Et vanlig problem ved studier i bedrifter er mangelen på tilgang og muligheten til å komme nær aktørene man skal observere, og liten mulighet til å kunne bevege seg i de kontekstene som er relevant for aktørene, det er vanskelig å få innpass i organisasjonen når man ikke har en formell plass der (Vike 2003). På dette punktet hadde jeg et fortrinn i forhold til organisasjonen jeg skulle studere. I pleien på et vanlig sykehjem er det mulig å jobbe uten formell kompetanse, og jeg hadde slik en mulighet til å kunne delta i arbeidet i tilnærmet lik grad som flere av de andre pleierne der. Men det var ikke bare det at jeg kunne jobbe der uten kompetanse innenfor området, det var også arbeid nok for at jeg kunne delta i tillegg til de pleierne som brukte å jobbe der til vanlig. Dette betydde selvfølgelig at jeg ikke fikk like stor tilgang til de andre aspektene ved sykehjemmet.

Studier i bedrifter har også blitt unngått fordi det er antatt at det ikke er mulig å studere dem med utgangspunkt i de klassiske antropologiske problemstillingene, som hvordan mening skapes og hvordan mennesker er integrert (ibid.). Dette hviler igjen på en antakelse om at bedrifter er fullt ut rasjonelle systemer organisert etter formelle retningslinjer. Men en organisasjon er ikke bare et formelt system konstruert rasjonelt mot et felles mål, den består også av mennesker i samspill på et uformelt plan, hvor det dannes symbolsystemer, egne verdensbilder og ulike former for mening (Vike 2003, Schwartzman 1993, Jordan 2003). Mitt fokus er i stor grad på samhandlingen mellom pleierne, og hvordan arbeidet består i mer enn å følge formelle retningslinjer. Ved å se på den uformelle samhandlingen mellom pleierne kan man få et større innblikk i hvordan mening skapes, rett og galt etableres og hvordan kunnskap deles mellom pleierne.

Et annet viktig poeng som er dratt frem i forhold til studier av bedrifter er at man trenger nødvendigvis også et større perspektiv hvor man ser på bedriften eller organisasjonen som en del av en større helhet (Vike 2003, Schwartzman 1993). Det er viktig å merke seg den kulturen organisasjonen er en del av og hvordan dette også spiller inn på den kulturen som dannes innad i organisasjonen. Å se sykehjemmet i lys av større kontekster, som velferdssystemet i Norge og norske forestillinger og tradisjoner rundt temaet "hjem", har vært nødvendig for å oppnå en større forståelse av pleiernes avgjørelser, og deres oppfatning av

arbeidet deres. Vike (2003) skriver om vanskeligheten med å se sammenhengen mellom større kollektive effekter og de private erfaringene til den enkelte, fordi avstanden mellom disse blir stadig større. Men det er ulike måter man kan studere denne sammenhengen i praksis på, deriblant er studiet av formelle bedrifter veldig egnet (ibid.). Disse utgjør en stadig større rolle i livene til folk, og man kan identifisere hvordan de større kulturelle trekkene gjør seg gjeldene innad i en organisasjon.

Vike (ibid.) påpeker at i en formell organisasjon er det spesielt viktig *hvordan* man skaffer informasjon, fordi det er et mangfold av muligheter for informasjonssanking. Man må være klar over de valgene man tar og hvilken kunnskap man får ut av dem. Mitt valg var i stor grad å jobbe som pleier ved sykehjemmet, for å kunne oppleve sykehjemmet fra et arbeidstakerperspektiv. Sykehjemmet hadde en flat organisasjonsstruktur, med en liten administrasjon, og pleierne utgjorde hoveddelen av de ansatte i organisasjonen. Pleierne jobbet også sammen, med ganske like arbeidsoppgaver, slik at det var den innfallsvinkelen jeg mente ville gi meg best innsikt i organisasjonen.

Etiske betraktninger

Det er alltid etiske betraktninger man må vurdere når man er på feltarbeid og når man skriver avhandling, og sykehjem er en arena hvor dette er særlig sentralt. Min hovedmålgruppe var pleierne og det arbeidet de gjorde, men beboerne ved sykehjemmet utgjorde en stor del av dette arbeidet. Beboerne blir slik også en viktig del av beskrivelsene. Dette stiller mange krav til etiske hensyn både når det gjelder gjennomføringen av feltarbeidet, og særlig til hva som skrives i oppgaven. Helt grunnleggende er alle navn (både person- og stedsnavn) anonymisert. Enkelte detaljer i hendelser er også endret på, eller er utelatt, for å sikre at personer ikke kan gjenkjennes utenfor sykehjemmet. Det er likevel min vurdering at disse ikke har betydning for argumentet.

Mitt metodiske fokus i oppgaven er på pleiernes handlinger og utsagn, men beboerne blir som nevnt også ganske viktige i denne sammenhengen. Flere av beboerne var mentalt reduserte og ikke i stand til å forstå min rolle som forsker, og jeg gikk som oftest under kategorien ”pleier” for dem. Jeg fulgte pleierne ganske mye den første tiden på sykehjemmet, og lot det være opp til dem hvordan de ville presentere meg. De fleste beboerne var det ikke hensiktsmessig å forklare mitt forskningsprosjekt, og siden jeg skulle jobbe der ble jeg presentert som pleier for

dem. For de beboerne som var ”klare”, presenterte pleierne meg som forsker og forklarte kort hva jeg skulle gjøre der. Til de pårørende jeg snakket med fortalte jeg også hva jeg gjorde der. Jeg passet på å vektlegge at dette skulle være en anonymisert oppgave, hvor hovedfokuset var på pleierne og deres hverdag, og jeg var heldig og møtte ingen negative innvendinger.

Beboerne på sykehjemmet var i en sårbar situasjon, de var syke og trengte rent fysisk hjelp til intime handlinger, og var ofte ikke i stand til å snakke for seg. En slik studie krever derfor høy grad av refleksjon rundt de etiske perspektivene, og jeg har vært opptatt av hvordan situasjoner hvor beboere er involvert presenteres og hvilken informasjon som deles. For det meste har jeg gått inn for å nevne så få konkrete detaljer som kan knyttes til enkeltpersoner som mulig. Selv om jeg har fått tilgang på ganske mye intim informasjon om beboerne gjennom arbeidet, er dette ikke noe som anvendes i oppgaven, og som ikke har vært direkte relevant for mitt tema og fokus. Erfaringene jeg gjorde meg har uansett vært veldig nyttig for å kunne forstå aktørene bedre. I tillegg til dette lå også et ønske om å hjelpe til mens jeg var der, noe som også kan sies å være direkte relatert til opplevelsen av å være pleier. Man møter ikke bare arbeidsoppgaver, man møter også mennesker i en sårbar situasjon som trenger hjelp på ulike måter.

Det var ikke bare av hensyn til beboerne jeg måtte være bevisst på de valgene jeg tok under feltarbeidet og i oppgaven. Pleierne var som nevnt mine hovedinformanter, og det har vært viktig å tenke gjennom hvordan jeg forholdt meg til dem i felten og hvordan jeg har fremstilt dem i oppgaven min. Selv om pleierne var informert om min rolle på sykehjemmet var det likevel viktig fra min side å tenke gjennom hvordan jeg fremstille informasjonen jeg fikk tak i. Et feltarbeid innebærer at man er nær sin felt og sine informanter gjennom deltakelse på deres arenaer over lengre tid, i mitt tilfelle et halvt år. Dette betyr at man kommer nær informantene og kan kjenne deres verden fra innsiden, og få en forståelse av deres virkelighet. Men det betyr også at informantene i mindre grad vil kunne skjule ting som de kanskje ville ønsket om de bare hadde blitt intervjuet eller deltatt i et forskningsprosjekt utenfor sin arena. Dette stiller krav til hvordan forskeren skal både gjennomføre og fremstille studiet. I mitt tilfelle har jeg vært på en arbeidsplass, og det stiller spesielle krav til hva jeg tar opp i oppgaven min og hva det ville kunne bety for aktørene i etterkant. Selv om alle i oppgaven er anonymisert, vil sannsynligvis aktørene kunne kjenne igjen flere av situasjonene og de personene som var involverte, noe som stiller krav til hva jeg velger å presentere i denne oppgaven og de konsekvensene det vil ha. En antropolog skal alltid jobbe for at forskningen ikke skal skade

menneskene hun studerer (Jordan 2003). Derfor er det veldig viktig å tenke gjennom hvilke konsekvenser det man skriver kan ha for de man har studert.

Et annet poeng som er viktig for meg å ta i betraktning er at min rolle som forsker på sykehjemmet ikke alltid var så tydelig, noe som kunne ha ført til at pleierne glemte at jeg var der for å studere dem, og da kanskje si eller gjøre noe de ikke ville gjort om jeg hadde hatt en mye tydeligere forskerrolle. Måten jeg deltok i arbeidet på sykehjemmet gjorde at jeg lett kunne falle inn i en ”student på utplassering”-kategori, og det var også pleiere som tok feil av dette. Når det ble nevnt, passet jeg på å gjøre klart hva jeg gjorde der, men dette var likevel lett å glemme fordi min deltakelse ikke brøt noe særlig med det vanlige persongalleriet.

Det har vært en utfordring å velge ut hva jeg skal skrive om, og hvordan ulike situasjoner best skal presenteres for å kunne fremstille den virkeligheten jeg møtte på sykehjemmet. Det har vært caser jeg har funnet interessante som ikke er med i oppgaven, som jeg mente kunne kompromittere anonymiteten til enkeltpersoner eller som kunne være skadelig for noen. Men det var nok av interessante caser jeg kunne velge mellom, og jeg mener at innholdet i oppgaven ikke lider under at jeg har hatt visse begrensninger i hva jeg ønsket å fremstille. Å sikre aktørene mot skade som kunne kommet av denne oppgaven har vært min høyeste prioritet, men jeg mener likevel jeg har kunne gitt et godt bilde av virkeligheten til pleierne på sykehjemmet.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg tatt for meg metode i forhold til feltarbeidet mitt og selve skrivingen av oppgaven. Ethvert felt har sine utfordringer, og det er viktig å være klar over de mulighetene man har og de begrensningene man står overfor, og tilpasser feltarbeidet etter det. Etikk har vært et sentralt tema, både under feltarbeidet og i prosessen med skrivingen av oppgaven i etterkant. Det er mange hensyn å ta, ikke bare til primærinformantene mine, som var pleierne, men også ovenfor beboerne. I neste kapittel skal jeg presentere sykehjemmet jeg var på, hvordan det var organisert, hvem som jobbet der og hvem som bodde der.

3. Sykehjemmet Solheim

Min første dag på sykehjemmet startet litt før halv åtte en mandags morgen. Det var isende kaldt ute, dagen før skulle vise seg å være årets kaldeste dag med nesten 15 minusgrader. Jeg var trøtt etter å ha stått opp klokken halv seks, noe tidligere enn jeg vanligvis kryper ut av sengen, men var samtidig spent på hvordan dette skulle bli. Et par måneder tidligere hadde jeg vært innom på besøk for å presentere meg, men det var bare nok til ett minimalt inntrykk av sykehjemmet. Den eneste jeg egentlig hadde hilst ordentlig på og snakket med var avdelingssykepleieren, inne på kontoret hennes. Ellers hadde jeg bare fått et kort glimt av noen av pleierne da jeg presenterte prosjektet mitt og fortalte om hva jeg skulle gjøre under et personalmøte. Etter å ha trasket ute i den kalde vinterluften var det godt å komme inn i varmen. Men hvor jeg skulle nå, hadde jeg ingen anelse om. Kontoret hvor sekretæren satt ved mitt forrige besøk, var tomt. Innenfor der igjen var det derimot en pleier i et rom som så ut til å være et personalrom. Jeg stotret frem noe om at jeg var student og skulle være her på sykehjemmet. Jeg var ikke helt sikker på hvordan jeg skulle formulere meg. Hun spurte om jeg skulle ha pleierklær på meg, og etter jeg svarte bekræftende på dette viste hun meg veien ned til garderobene. Etter å ha fått skiftet, og samtidig fikk hilse på noen av pleierne som skulle være på jobb i dag, gikk jeg opp og satte meg inne på personalrommet sammen med de andre pleierne som skulle på jobb den dagen. På sykehjemmet bodde det også to katter. Den ene brukte visst å være nede i første etasje, og lå nå inne på personalrommet. Etter hvert hoppet den opp i fanget til en av pleierne på jakt etter kos, og ble tatt godt imot.

Om sykehjemmet og senteret som driver det

Norlid senter er et privat foretak som driver Solheim sykehjem for kommunen. De overtok driften av senteret seks år tidligere, og året før begynte de også å yte tjenester til omsorgsboliger ved senteret. Norlid senter er et privat foretak, med Kjersti Olsen som leder og ansvarlig for driften, men samarbeider i stor grad med kommunen. Det er kommunen som bevilger penger til drift, etter hvor stor pleiebelastningen er på beboerne, og kommunen tildeler også beboere til sykehjemmet fra et velferdskontor i byen. Sykehjemmet var et relativt lite sykehjem, med bare et tjuetalls plasser fordelt på to avdelinger. Hver avdeling besto av to

stuer, plassert på hver sin side av et kjøkken. På hver avdeling var det et personalrom som pleierne disponerte. I tillegg var det vaskerom, tøy- og bleielager og personaltoalett.

Vaktene på sykehjemmet

Vaktene på sykehjemmet er delt inn i dag-, kvelds- og nattevakt. Ute i omsorgsboligene er det bare bemannet på dag- og kveldsvakt. Dagvakten er fra klokken 07.30 til klokken 15.00, kveldsvakten er fra 14.45 til 22.00, og nattevakten er fra klokken 21.45 til 07.45. På dagvakt i mandag til fredag bruker det å være fire pleiere i hver etasje. Hver etasje er delt inn i tre grupper med beboere, delt inn etter rekkefølgen på rommene. Det er satt opp en pleier for hver av gruppene, og den fjerde har en såkalt «mellomvakt», hun går altså mellom de forskjellige gruppene og hjelper til. I boligene er det en pleier på vakt på dagen. Når hun ikke har noe å gjøre ute i boligene, kommer hun inn på sykehjemmet for å hjelpe til. På kveldsvakt er det bare to på vakt i hver avdeling på sykehjemmet, og en ute i boligene. I helgene er det tre stykker på dagvakt og to stykker på kveldsvakt på sykehjemmet, og ute i boligene er det likt som ellers i uken med en på hver vakt. Pleierne har ikke turnuser fast for en avdeling, dette er noe som føres på etter at vaktlisten er satt sammen. Vaktlistene er en oversikt over hvem som skal på jobb de forskjellige dagene og er fordelt etter dag-, kvelds- og nattevakt, disse skrives ut av sekretæren for ca en uke av gangen.

Oversikt over hvor mange pleiere som var på jobb på hvilke vakter:

	Hverdager			Helg		
	Dagvakt	Kveldsvakt	Nattevakt	Dagvakt	Kveldsvakt	Nattevakt
Etasje 1	4	2	1	3	2	1
Etasje 2	4	2	1	3	2	1
Boligene	1	1	1	1	1	1

Beboerne

Avdelingene på sykehjemmet var i utgangspunktet vanlige pleieavdelinger, altså ikke spesielt tilpasset enkelte behov som demente eller rehabilitering. Det var 14 beboere i hver avdeling, i andre etasje var det 13 faste beboere og en avlastningsbeboer som var inne bare for en periode av gangen. De fleste hadde enkeltrom, men det var to dobbeltrom på hver avdeling. Det varierte hvor lenge beboerne hadde bodd på sykehjemmet, noen hadde bodd der siden de startet opp på sykehjemmet, mens andre nylig hadde flyttet inn. Selv om avdelingene i utgangspunktet ikke var spesialiserte, var beboerne til en viss grad sortert etter type

hjelpebehov. I første etasje lå den største pleietyngden, der var det flest beboere som var helt pleietrengende. På nesten halvparten av beboerne måtte man være to stykker for å stelle og forflytte dem. I andre etasje var det bare én beboer som man måtte være to stykker på å stelle. I andre etasje var det flere beboere som var i relativt god form fysisk, men demente i ulik grad. Dette ga en annen type utfordring for pleierne.

Det varierte i hvor stor grad beboerne trengte hjelp og hvilken hjelp de trengte, men alle som hadde fast plass på sykehjemmet var avhengig av hjelp eller påsyn døgnet rundt. Det er stor pågang på å få plass på sykehjem, og de som får plass er de mest hjelpetrengende. Noen beboere trengte i hovedsak bare veiledning og oppsyn, man skulle rent fysisk ikke hjelpe dem i så stor grad. Andre beboere var igjen tunge pleiepasienter som rent fysisk ikke var i stand til å bevege kroppen sin selv.

Antall beboere fordelt på antall pleiere på vakt:

	Hverdager			Helg		
	Dagvakt	Kveldsvakt	Nattevakt	Dagvakt	Kveldsvakt	Nattevakt
Etasje 1	3,5	7,0	14,0	4,7	7,0	14,0
Etasje 2	3,5	7,0	14,0	4,7	7,0	14,0

De fleste beboerne hadde en tilknytning til området hvor sykehjemmet lå, og flere var også vokst opp der. Det var stor variasjon i bakgrunnen til de ulike beboerne, noe jeg fikk vite etter hvert som jeg jobbet ved sykehjemmet. De hadde ulike familiebakgrunner, yrkesbakgrunner og oppvekst. Det var ikke så lett å se spor av dette når man så beboerne sitte sammen på stuene, men etter hvert som tiden gikk lærte jeg mye om deres bakgrunn fra beboerne selv, fra pleierne eller fra pårørende.

De ansatte

Det var mange pleiere som jobbet ved sykehjemmet, noen jobbet der fast, mens andre igjen var ekstravakter som kunne tilkalles ved behov. Noen hadde hundre prosent stilling, andre igjen hadde mindre stillinger og kunne ellers bli ringt opp som ekstravakt. I tillegg var det også studenter innom på utplassering ved jevne mellomrom. De som jobbet som pleiere hadde varierende utdannelse og tidligere erfaring. Det var flere ufaglærte, i tillegg til hjelpepleiere, sykepleiere og omsorgsarbeidere. Noen hadde jobbet hele livet sitt på sykehjem, andre hadde jobbet i andre helse- og omsorgsyrker, mens andre igjen hadde jobbet med helt andre ting. Likevel kunne man kjenne igjen en fast base av pleiere som jobbet i hver avdeling. Det var en

klar overvekt av kvinner blant de ansatte, men med noen få menn. Aldersspennet var stort, fra noen på under 20 år, til andre rundt 60.

Administrasjonen til senteret besto av tre personer: Daglig leder, avdelingssykepleier og merkantil. Daglig leder har ansvar for driften av helse- og velferdssenteret, for beboere og pårørende, for ansatte og ansettelse, for bygningsmasse og drift, for studenter, elever og lærlinger og står også ansvarlig ovenfor Trondheim kommune i forhold til kvalitet og økonomi. Avdelingssykepleieren er stedfortreder ved leders fravær, og har ansvar for kvaliteten på tjenestene i forhold til beboerne, for faglig utvikling, veiledning og opplæring i forhold til ansatte og nyansettelser. Hun hadde også ansvaret for samtaler og informasjon til pårørende, og et ansvar for studenter, elever og lærlinger. Merkantil utfører delegerte arbeidsoppgaver i forhold til daglig drift, økonomi, bygningsmasse og reparasjoner, ansatte og beboere. Alle i administrasjonen har også ansvar for HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) på arbeidsplassen. Både leder og avdelingssykepleier deltok til en viss grad i det daglige arbeidet på sykehjemmet, med medisintildeling og hjelp med beboere, men ikke med de vanlige stillene inne på beboerrommene (som jeg observerte).

På dagtid mandag til fredag var det en aktivitør på sykehjemmet. Hun var ansatt av kommunen, ikke av sykehjemmet. Mandag, onsdag og fredag brukte hun å være i andre etasje, tirsdag og torsdag var hun i første. Om morgenen arrangerte hun frokostgruppe for de beboerne som kunne være med på det i den etasjen hun var i. Da satte hun frem pålegg på bordet til beboerne og smurte bare smør på brødkivene hun delte ut, slik at de kunne smøre på selv. Utenom dette hjalp hun også til ved arrangementer som andakt, konserter i kjelleren, kafé for beboere og pårørende og lignende. Hun arrangerte også utflukter for de beboerne som kunne være med på det. Ellers skulle hun generelt aktivisere de eldre i det daglige.

Sykehjemmet hadde også en lege som kom en gang i uken, og så til de beboerne som hadde behov for det. På forhånd før legevisitten ble det satt opp hvilke beboere som skulle undersøkes av eller ha samtale med legen. Disse beboerne var på rommet sitt når legen skulle komme, slik at de kunne ta eventuelle undersøkelser der. Når legen kom, gikk en av sykepleierne sammen med henne inn til de forskjellige beboerne.

Min første morgenrapport og dagen videre

Etter som alle pleierne som skulle på vakt var kommet, og klokken var rundet halv åtte, startet morgenrapporten. Jeg fulgte spent med, dette var det første innblikket jeg fikk av beboerne som bodde på sykehjemmet. En av nattevaktene fortalte om en dame som hadde greid å ta av seg alle klærne i løpet av natten. Hilde, en pleier jeg hadde hilst på i garderoben, brøt ut med «greide hun det?!» og fortalte videre at beboeren hadde truet med å gjøre nettopp dette kvelden før. Hilde var overrasket over at hun hadde greid det, og lo godt av det. Nattevaktene fortsatte med rapporten og fortalte videre om de andre beboerne. Det ble litt flere historier om beboere innimellom, og etter nattevaktene hadde gitt rapport fortsatte pleierne å snakke seg imellom. Alle pleierne som skulle på jobb, både i første og andre etasje, deltok på morgenrapporten på personalrommet i første etasje. Det var litt trangt rundt bordet, men plass til alle. Praten blant pleierne gikk etter hvert over til privat snakk i tillegg til enkelte temaer som omhandlet arbeidet. Noen sjekket timelistene som lå fremme på bordet, hvor det sto hvem som skulle på jobb hvor og slikt. Nattevaktene hadde laget kaffe til dagvaktens start, og satt frem sammen med kopper på border inne på personalrommet. Dagens aviser lå også på bordet, og noen pleiere bladde i dem. Stemningen var generelt veldig god og avslappet. Når klokken nærmet seg åtte begynte folk å reise seg fra plassene. De som skulle opp i andre etasje for å jobbe gikk opp, pleierne nede begynte etter hvert å gå ut i avdelingen. Jeg ble igjen på personalrommet for å snakke med Kjersti, lederen på sykehjemmet, om hvordan jeg skulle gjøre organisere tiden min på sykehjemmet. Hun foreslo at jeg fulgte en pleier fast for å bli kjent med avdelingen og arbeidet, noe jeg sa meg enig i. I første omgang konsentrerte jeg meg om første etasje, og Kjersti foreslo at jeg skulle følge en pleier som het Tine. Hun hadde allerede gått for å starte med arbeidet, og var visst inne hos en beboer. Kjersti viste meg veien, og spurte Tine om jeg kunne følge med henne. Tine sa at det var selvfølgelig greit, og jeg ble overlatt til henne.

Jeg fulgte med Tine og ble med henne inn til de beboerne hun hadde ansvaret for den vakten. I første omgang var det viktigste å få tatt opp de beboerne som var våkne og klare til å stå opp. Etter hvert som de var stått opp og ferdig stelt, tok vi dem inn på stuen og begynte etter hvert å servere frokost. Frokosten var ferdigsmurte brødkiver som nattevakten hadde ordnet i løpet av natten, og satt inn i kjøleskapet. På kjøkkenet var det lister over hva de forskjellige beboerne brukte å spise til de ulike måltidene, men dette viste seg etter hvert å være en lite oppdatert liste. Men først var det viktigste å få tatt opp og stelt alle beboerne, så tok man frokosten etter hvert som man fikk tid. Det var mye å gjøre om morgenen, så den første tiden

var pleierne mest inne på rommene til beboerne, og ellers kunne man bare se dem når de gikk til og fra gjennom gangene. Men etter hvert som beboerne begynte å komme opp, samlet pleierne seg på kjøkkenet eller på en av stuene. Pleieren som var på vakt ute i boligene kom etter hvert inn for å hjelpe til med arbeidet, eller slå av en prat med de andre pleierne. Flere av beboerne i første etasje skulle mates, noe som krevde at en pleier satte seg ned sammen med ham eller henne og tok seg tid til å hjelpe. Dette kunne ta litt tid, så pleieren ble da bundet en stund.

Kjøkkenet ble et slags midtpunkt i løpet av dagvakt, hvor pleierne møttes og snakket sammen. Noen drev og ordnet med maten, noen var opptatt med medisinen (medisintrallen sto på kjøkkenet), andre slo av en prat med de andre. Her kunne man ta seg en kjapp hvil, og snakke med de andre pleierne. Det ble mye snakk om hvor langt de var kommet i arbeidet, hva som gjensto å gjøre og hvem som skulle hjelpe hvem, men også prating om hverdagslige hendelser som hva de hadde gjort i helgen og lignende. Kjøkkenet ble slik et fint område for meg å oppholde meg i når jeg ikke var sammen med Tine. Her var pleierne ofte innom og snakket, og jeg kunne følge med på hva som skjedde på stuene, om jeg skulle gå inn dit.

I ellevetiden var vi ferdige med morgenstell og frokostservering for alle beboerne, og pleierne tok nå lunsjpause. Noen pleiere smurte seg mat på kjøkkenet, og vi gikk etter hvert inn på personalrommet for å spise. Døren til personalrommet sto åpen, det brukte den visst å gjøre mesteparten av tiden uansett. Det var ikke så mye sikt fra personalrommet og ut i avdelingen, de som satt nærmest døren hadde utsikt til litt av den ene stuen, men med dørene åpne både inn til stuene og inn til personalrommet bar lyden ganske godt. Det kan virke som om det å ha døren åpen tjente mer til å gjøre pleierne tilgjengelige om noen ville ha tak i dem, enn å overvåke hva som skjedde på avdelingen.

Merkantilen kom også inn på personalrommet for å spise sammen med pleierne, og samtalen gikk lett. Samtaletema gikk fra hendelser på sykehjemmet, hvordan arbeidet gikk og hva de skulle gjøre videre, til private tema. Noen leste i avisen, og startet en samtale om hva som sto der. Stemningen var lett og latteren satt løst. Tiden frem til lunsjpausen gikk ganske raskt, det hadde vært mye å gjøre og mye for meg å sette meg inn i.

Lunsjpausen var et fint avbrekk fra arbeidet, for selv om jeg ikke hadde hatt like mye å gjøre som de andre pleierne, var det godt å komme seg litt bort fra områdene hvor beboerne var og hvor man skulle jobbe. Selv om jeg ikke nødvendigvis gjorde noe selv, føler man lett at man er på "alerten" når man er i områdene hvor man skal være tilgjengelig for beboerne. Å ta

pause på et rom som var forbeholdt personalet var dermed en lettelse, og det føltes lettere å slappe av enn på for eksempel kjøkkenet.

I tolvtiden startet vi med å ordne klart til middagen. Middagen var ferdiglaget mat i poser, sendt ut fra et sentralkjøkken, som vi varmet opp i en ovn på kjøkkenet. Den ble satt på ca kvart over tolv. Etter lunsjpausen virket det som om stemningen blant pleierne var lettere, og man spøkte mer mellom hverandre. Det ble igjen litt mer travelt rundt middagen. Noen beboere skulle på do før middag og trengte hjelp til dette, og under middagen var det flere som skulle mates, noe som tok en del av tiden til pleierne. Etter middag var det flere beboere som skulle sove middagshvil, og trengte hjelp til å legge seg, og pleierne skulle også rydde opp etter maten. Men det var nå ikke like travelt som på morgenen, oppgavene man skulle gjøre tok ikke like lang tid som morgenstellet, og mye var konsentrert rundt stuene og kjøkkenet nå.

Vi var ferdige med å få lagt de siste beboerne en og en halv time før vekten var over, og hadde dermed ganske god tid. Noen pleiere gjorde nå litt forefallende arbeid, som vasking og bretteing av klær, rydding og tørking av bord på stuene og kjøkkenet, mens andre igjen startet med å skrive rapport for dagen. Rapporten ble skrevet på datamaskiner inne på personalrommet. Etter hvert som man ble ferdige med det man skulle gjøre, satte pleierne seg inn på personalrommet og snakket. Stemningen mellom pleierne var god og avslappet, de snakket som tidligere om både private tema og om hendelser som vedrørte sykehjemmet. De som skrev rapport kunne spørre de andre pleierne om hva de burde skrive i rapporten, eller pleierne kunne diskutere seg i mellom mer inngående tema som hadde kommet opp i løpet av dagen. Blant annet snakket de en del om en av beboerne som nå var på sykehuset. De snakket om hennes tilstand, om noen hadde hørt noe fra sykehuset, og hva som hadde skjedd før hun ble lagt inn. Noen hadde konkret informasjon å komme med, da de hadde hørt hva de på sykehuset hadde fortalt, mens andre var med og spekulerte rundt informasjonen de hadde fått.

De som skulle på kveldsvakt begynte å komme i halv tretiden. Når alle som skulle på vakt var kommet ga pleierne dem en kort rapport om hva som hadde skjedd i løpet av dagen. Det var ikke så mye spesielt å rapportere, så det var fort unnagjort. Etter det satt de og snakket om løst og fast frem til klokken var tre, og vi som hadde vært på dagvakt gikk i garderobene for å skifte og dra hjem.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på en dag på sykehjemmet Solheim og hvordan en dagvakt kan utspille seg. Dette er for å gi et inntrykk av hvordan sykehjemmet var, og sette en kontekst for casene som blir presentert i senere kapitler. I neste kapittel skal jeg ta for meg den teoretiske bakgrunnen for oppgaven og hvilke teorier som vil bli sentrale senere i analysen. Her vil jeg også komme inn på hvordan studier av organisasjoner og institusjoner har utviklet seg frem til i dag, og hvilke problemstillinger som er særlig relevante i slike studier.

4. Teoretisk bakgrunn

Organisasjonsantropologi

Organisasjonsantropologi er en relativ ny retning innenfor antropologi, men en retning som er i stadig vekst. Det har utviklet seg fra Hawthorne-studiet i USA i 1920 og -30 årene, gjennom flere perioder med varierende aktivitet innenfor feltet frem til i dag (Schwartzman 1993). Innenfor organisasjonsantropologi anvendes antropologisk metode og teori i studiet av bedrifter og organisasjoner². Særlig sentralt er kulturbegrepet anvendt på organisasjoner, og hvordan organisasjonen ikke bare er organisert formelt, men også hvordan den uformelle organiseringen mellom de ansatte dannes. En organisasjon eller en bedrift kan defineres som en stabil samling mennesker som jobber sammen med felles aktiviteter for å oppnå konkrete mål (Bittner 1995). En slik organisasjon er stiftet med den hensikt å oppnå nettopp disse målene, så organiseringen vil dermed være bygd opp av rasjonelle og altomfattende planer for handling for å oppnå dette. Et sentralt poeng ved studier av organisasjoner har vært å forstå i hvor stor grad de formelle strukturene som er lagt sier noe om hva som faktisk foregår i organisasjonen, og i den sammenhengen også se på den uformelle organisasjonen innad og hva den har å si for bedriftens funksjon (ibid.). Dette har særlig vært sentralt i forhold til å undersøke hvordan den uformelle organiseringen spilte inn på produktivitet og effektivitet innad i bedriften, og hvordan denne adferden kunne bli kontrollert (Schwartzman 1993). Dette har da også nødvendigvis sterke etiske implikasjoner på de studier antropologer gjør i bedrifter. Marietta Baba (1998) påpeker at antropologer i organisasjoner er for det meste enten ansatt av ledelsen, eller er der med tillatelse fra ledelsen. Dette har implikasjoner på hva man har tilgang til, og man risikerer også at ledelsen bruker den informasjonen antropologen samler om arbeiderne på måter som kan virke negativt inn på arbeidernes arbeidshverdag (Jordan 2003).

Kulturbegrepet i organisasjoner

Kulturbegreper er ofte blitt brukt i studier av bedrifter, med varierende resultater (Hamada 1989). Det er anvendt ulike tilnærminger for å definere og studere kultur i organisasjoner, og Schwartzman (1993) lister opp tre av disse: (1) Kultur som noe aktørene i organisasjonen tar

² Jeg bruker begrepene "bedrift" og "organisasjon" litt om hverandre videre i kapittelet.

med seg utenfra som en ekstern variabel, (2) Kultur som noe som utvikler seg innad i bedriften, hvor kulturen innebærer det uformelle livet og ”shared key values and beliefs” (ibid.: 35), og (3) som i tillegg til det uformelle aspektet ved organisasjonen tar med også den formelle organiseringen og hvordan aktørene forholder seg til den. Den andre tilnærmingen som er listet opp her er blant annet kritisert av Baba (1989) hvor hun setter spørsmålsteget ved tendensen til å beskrive organisasjoner som egne småskalasamfunn. Hun anerkjenner at det er visse likheter mellom disse, men at det likevel er essensielle forskjeller som gjør at småskalasamfunn er en lite egnet metafor til utstrakt bruk. Det Baba blant annet legger vekt på er at organisasjoner for det meste bare utgjør en del av verdenen til deltakerne, hvis man ser på sosialisering og den utstrekningen organisasjonen har i både geografisk og tidsmessig forstand. Ikke minst er også organisasjonen dannet med utgangspunkt i å oppnå et konkret mål, men deltakerne i organisasjonen vil ha flere andre ulike mål i tillegg til dette. I min oppgave har jeg sett både på den kulturen som danner seg innad på sykehjemmet, de trekkene som er spesielt for hva som skjer mellom pleierne. I tillegg til dette har jeg også sett på hvordan den større kulturelle konteksten spiller en rolle for hvordan hverdagen på sykehjemmet er, og hvordan historie, politikk og norske verdier spiller inn på pleiernes tenkesett og avgjørelser.

I denne oppgaven har jeg fokusert på hvordan pleierne håndterer og setter grenser for arbeidet sitt på sykehjemmet. Den uformelle samhandlingen mellom pleierne er i denne sammenhengen sentral for å forstå hvordan pleierne forhandler om hva som er rett å gjøre i arbeidet, og hvordan de konstruerer mening i det de gjør. Arbeidet på sykehjem er et arbeid som på mange måter er grenseløst. Pleierne skal tilby tjenester til brukere, men disse tjenestene er i stor grad omtalt med vage begreper, som at det skal gis ”omsorg” og sørge for ”individuell livsutfoldelse” (St. meld. Nr. 25) for brukerne. Pleiernes ansvar for beboerne spenner over flere felt, hvor det er fokus på holistisk omsorg, og å ta vare på de fleste aspektene ved beboernes liv. Slik sett er arbeidet i teorien grenseløst, men samtidig er det også klart avgrenset i form av hva man er i stand til å rekke over med rådende midler og kapasitet. Det er et begrenset antall pleiere på jobb til enhver tid, og man har begrenset med tid oppgaver skal utføres innenfor. Kommunen har et fast antall sykehjemsplasser, og det er et fast antall stillinger innenfor pleie og omsorg. De avgjørelsene pleierne tar må altså tas i forhold til flere ulike *rasjonaliteter*, og det vil variere hvilken rasjonalitet som blir gjeldende i ulike situasjoner. Dette skal jeg komme tilbake til litt senere i kapittelet.

Institusjonsomsorg

Sykehjem er ikke bare en arbeidsplass hvor de ansatte samhandler om å oppnå visse mål som er organisasjonens agenda, det er også et *hjem* for beboerne som har plass der. Sykehjem er som oftest endestasjon for de beboerne som får plass der, en plass de skal bo resten av sitt liv (Jacobsen 2005). I tillegg er det også en medisinsk institusjon og skal tilby behandling til beboerne, en ganske annen rolle enn et *hjem* normalt ville hatt. Sykehjem har altså en dobbel rolle i hvilke funksjoner den skal oppfylle ovenfor beboerne (Hauge 2004). Utformingen av hverdagen på sykehjemmet skal også tilpasses at det både skal være et tilbud, et hjem, til de som bor der, men det skal også være en god arbeidsplass for pleierne som jobber der. I tillegg skal dette utformes innenfor konkrete økonomiske rammer, som setter begrensinger for hva man kan oppnå. Det kan slik lett oppstå interessekonflikter mellom pleiere og beboere på en institusjon, eller mellom hva pleierne *må* gjøre i arbeidet, og hva de egentlig ønsker å gjøre. Pleierne er ansatt for å gjøre en jobb, å få utført visse arbeidsoppgaver innen en bestemt tid, mens for beboerne utgjør institusjonen store deler av livet deres. De fleste beboerne tilbringer hele døgnet inne på institusjonen. Mens rutiner og planer vil være mest forhåndstjenelig for at pleierne skal få utført arbeidet på best mulig måte, vil beboerne ha ønsker og behov som ikke nødvendigvis vil falle innenfor faste rutiner (Garsjø 2003). Dette kan også føre til dilemmaer for pleierne når beboernes ønsker og behov ikke kan oppfylles innenfor de rammene pleierne jobber innenfor.

Totale institusjoner

Goffman har skrevet om egenskaper ved institusjoner i sin bok "Asylums" (1991). Mer konkret har han tatt for seg det han kaller "totale institusjoner", som er en idealmodell hvor særtrekkene til institusjoner er rendyrket og delvis overdrevet for å vise karakteristiske trekk som kjennetegner institusjoner (Garsjø 2003). Med institusjoner mener Goffman (1991) i denne sammenhengen sosiale etablissementer som rom, bygninger eller anlegg. Han mener at alle institusjoner til en viss grad utgjør noe av verdenen til de som bor der, en viss grad av omsluttende tendenser. Men det varierer i hvor stor grad de er omsluttende, hvor totale institusjoner vil være institusjoner som er helt lukket fra omverdenen (for de innsatte), med klare barrierer som låste dører og gjerder som skal hindre de innsatte i å komme seg ut. De innsatte tilbringer altså all sin tid på institusjonen. Dette bryter med den tradisjonelle delingen av moderne samfunn; man sover, leker og arbeider på forskjellige steder, med ulike meddeltakere og under forskjellig autoritet (ibid.). Dette er trekk som kan enkeltvis opptre andre steder enn totale institusjoner, men ikke opptre på samme tid. I totale institusjoner har

man også en klar deling mellom to grupper: innsatte, en stor gruppe som blir ledet, og ansatte, en liten gruppe som leder de innsatte. De ansatte er som oftest integrert i samfunnet utenfor, siden de bare er på institusjonen 7-8 timer om dagen når de er der på jobb. Goffman argumenterer for at slike institusjoner er en sosial hybrid: det er delvis et beboersamfunn og delvis en formell organisasjon, og er uforenelig med en annen samfunnsinstitusjon: familien. Han beskriver hvordan innsattes "selv" blir krenket gjennom flere prosesser, hvor den innsatte blir strippet for sine tidligere statuser og gjennomgår en personlig "defacement". For de ansatte går arbeidet ut på å jobbe med mennesker, det er de innsatte som er objektet de skal jobbe med og det produktet de skal produsere, noe som fører til at de innsatte blir tillagt karakteristikker til livløse objekter. Han beskriver en konstant konflikt mellom menneskelige standarder på den ene siden, og kravet om å drive en effektiv institusjon på den andre siden. Moralen i arbeidet på institusjonen er av en spesiell karakter, hvor de ansatte møter beboerne med det rasjonelle perspektivet til institusjonen (ibid.).

Som tidligere nevnt, er dette en idealmodell, hvor enkelte deler er sterkt overdrevet for å drive frem argumentet og sette det på spissen. Men enkelte trekk kan man gjenkjenne i institusjoner som sykehjem. Et sykehjem er ikke avgrenset i så stor grad av gjerder og låste dører, de største barrierene kommer av beboernes manglende fysiske mobilitet, og deres psykiske tilstand. Beboerne har i teorien rett til å bevege seg utenfor sykehjemmet når de vil, men pleierne og sykehjemmet har et ansvar for og en plikt til å passe på beboerne og hindre dette når det ikke er forsvarlig. De fleste beboerne trengte en ledsager hvis de skulle ut fra sykehjemmet, og noen til å ta vare på seg om de skulle overnatte andre steder, eller så var de ikke i stand til å forlate sykehjemmet nesten i det hele tatt. Beboerne endte derfor opp med å tilbringe mesteparten av tiden sin isolert på sykehjemmet, og var under pleiernes kontroll.

Konflikten Goffman beskriver, mellom å drive en effektiv institusjon på den ene siden og ivareta menneskelige standarder på den andre, fant jeg i arbeidet på sykehjemmet jeg var på. Denne konflikten kan sees på som en motsetning mellom ulike typer rasjonaliteter som kommer til uttrykk i det arbeidet pleierne skal gjøre.

Rasjonaliteter og ideologier

Man kan si at pleierne må i arbeidet sitt handle etter ulike former for rasjonaliteter. Marianne Linnet (2000) har tatt for seg omsorgsarbeid og rasjonaliteter, og skiller mellom fire ulike

former som kommer til uttrykk i arbeidet: (1) omsorgs- og ansvarsrasjonalitet, (2) byråkratisk, økonomisk og teknisk rasjonalitet, (3) faglig/profesjonell rasjonalitet og (4) lønnsarbeiderrasjonalitet (2000: 152). Omsorgsrasjonaliteten er nærmest forbundet med kvinners rolle og arbeidsoppgaver, og er den formen som er knyttet til mer ”myke” verdier, som å ta seg av andre og vise empati.

Profesjonsutdannelse som sykepleien er nærmest knyttet til den første og den tredje formen for rasjonalitet, mens de andre formene spiller inn når dette arbeidet settes i en organisatorisk setting. Arbeidet som skal utføres gjøres innenfor en institusjon som er drevet etter styresystemer som må ta hensyn til byråkrati, økonomi og tekniske forutsetninger, noe som dermed virker inn på de andre rasjonalitetene. I reformer som New Public Management (se underkapittel ”Velferdsstat, makt og ansvar”) er det denne formen for rasjonalitet som blir vektlagt, hvor effektivitet, styring og organisering er sentrale begreper. I en slik styringsform blir disse kvalitetene fremhevet som viktigst for å oppnå et best mulig helsevesen, hvor kvalitet blir sikret gjennom et fokus på effektivitet og økonomisk styring. Alle disse formene for rasjonalitet spiller likevel inn for arbeidet pleierne gjør til daglig på sykehjemmet, og de kan ofte være motstridende.

Romlig utforming og sosial interaksjon

Jeg skal også ta for meg den romlige utformingen på sykehjemmet og hvordan pleierne og beboerne brukte og forholdt seg til de ulike rommene. Rom og bruk av rom er sentralt når man skal se på møtet mellom det offentlige og det private, mellom arbeid og hjem på sykehjemmet. Solveig Hauge (2004) har i sin studie sett på hvordan rommene på et sykehjem bærer veldig motstridende symboler som spriker mellom å symbolisere et hjem, en privat sfære, og et offentlig område. I likhet med noen av temaene jeg har tatt for meg tidligere, viser dette til noen av de innebygde motsetningene og potensielle konfliktene som finner sted på et sykehjem. Men problemet kan ikke ensidig tolkes som en mangel på hjemlighet og intimitet, det kan også være en mangel på offentlige områder innenfor sykehjemmet (Jacobsen 2005). Goffmans (1991) sentrale argument for at en institusjon var uforsonlig med et hjem var nettopp mangelen på skiller mellom de områdene hvor man arbeidet og hadde sin fritid.

Goffman har i boken ”Vårt rollespill til daglig – En studie i hverdagslivets dramatik” (1992) tatt for seg rom og de ulike funksjonene rom har i sosiale interaksjoner og menneskers

fremstilling av seg selv. Han skiller mellom fasade- og baksideområder, som har ulike funksjoner i interaksjonen mellom ulike mennesker. I sin analyse av menneskers hverdagsliv har han brukt begrepsapparatet til teaterverdenen for å forklare individuelle handlingsvalg og interaksjon mellom mennesker. Han mener man kan tolke menneskers handlinger som utspilling av en rolle, hvor mennesker søker etter å gi et visst inntrykk av seg selv ovenfor andre, et inntrykk som man tilpasser situasjonen og de menneskene man interagerer med (ibid.). Inntrykkene man ønsker å avgi avhenger både av hvordan man ønsker andre mennesker skal oppfatte en, og hvordan man ønsker at den/de andre skal reagere på og forholde seg til en selv. I ulike situasjoner vil man overspille enkelte aspekter ved seg selv, og underkommunisere andre, for å opprettholde det inntrykket man ønsker å avgi, og for å tilpasse inntrykket til den relasjonen man ønsker å kommunisere ovenfor den eller de andre man møter. I denne sammenhengen er de områdene hvor man spiller ut sin rolle viktige for hvordan rollen skapes og spilles ut. Et fasadeområde vil være et område hvor man spiller ut sin rolle i samhandling med andre mennesker, mens et baksideområde er et område hvor man kan gli ut av sin rolle, slappe av og planlegge videre rolleopptredener (ibid.). Senere skal jeg se på hva som utgjorde pleierens fasade- og baksideområder på sykehjemmet, og hvilken rolle disse områdene spilte for arbeidet pleierne gjorde.

Historiefortelling

Historiefortelling er en måte for individer i en organisasjon å skape mening i deres verden og deres arbeid (Schwartzman 1993), på samme måte som ellers i livet. Historier forekommer i flere ulike situasjoner, og kan omhandle både en fjern fortid eller noe som nettopp har skjedd. Schwartzman beskriver hvordan aktørene gjennom historier kan (a) kommunisere historiske hendelser og sette de i sammenheng med nåværende aktiviteter; (b) skape stereotyper av sin egen og andre organisasjoner, som gode eller dårlige; (c) innsosialisere nye medlemmer i organisasjonen; (d) konstatere hva som var en suksess og hva som feilet, og ut fra dette trekke moralske konklusjoner; (e) kommunisere informasjon som er for vanskelig eller for truende til å snakke om direkte og; (f) individer kan kommunisere, forme og opprettholde et bilde eller syn på organisasjonen (ibid.: 44). Alle disse punktene var i større eller mindre grad til stede i historiefortellingen jeg observerte i mitt feltarbeid. De punktene som er særlig relevante i min oppgave er punkt (a), (d) og (e). Som jeg skal vise i kapittelet om historiefortelling handler mange av historiene pleierne deler om beboerne og deres opplevelser med dem.

Julian Orr (1996) har i sin studie av kopimaskinteknikere sett på hvordan historiefortelling blant teknikerne spiller en stor rolle i arbeidet deres og hvordan de løste problemer i reparasjoner av maskiner. Ved å dele ”war stories”, historier om problemer teknikerne hadde møtt tidligere, og hvordan de hadde løst dem, kunne de løse nye problemer som oppsto. Teknikerne hadde skriftlige instruksjoner på hvordan maskinene fungerte og skulle repareres, men den viste seg å være utilstrekkelig i møte med de mange ulike problemene med maskinene. For å løse nye problemer de kom over gjennomgikk de tidligere problemer med maskiner, som de enten hadde opplevd selv eller hadde fått fortalt av andre teknikere, og puslet sammen informasjonen for å komme frem til en ny løsning. Kunnskapen teknikerne rådde over var sosialt distribuert, og kommunisert muntlig mellom teknikerne gjennom historier (ibid.). Teknikerne dannet slik et fellesskapsminne seg imellom, hvor alle³ hadde lik tilgang på informasjon og kunnskap innad i gruppen.

Nicolas Eschenbruch (2007) har tatt for seg historiefortelling som fenomen i sin studie av pleierne på et tysk hospice⁴. Eschenbruch registrerte at det var to ulike former hvor informasjon ble sirkulert, i form av ”factual” informasjon og i form av historiefortelling. Han observerte en overflod av historier som ble fortalt mellom pleierne på arbeid, om hva beboere, pleiere eller pårørende hadde gjort, om besøk, om profesjonelle uhell, samtaler av interesse, positive opplevelser eller triste hendelser. Dette kobler han til hospicets fokus på holistisk pleie, hvor hele pasienten er i fokus i arbeidet. Men det var ikke bare det psykososiale aspektet ved beboerne som var gjenstand for historiene, det handlet også om hvordan pleierne selv oppfattet arbeidet og arbeidsplassen. Historiene spilte også en viktig rolle i hvordan pleierne legitimerte sine tidligere handlinger, og la også føringer for hva som ville være rett adferd i fremtiden (Eschenbruch 2007). Historiene kommuniserte moralske retningslinjer for pleiernes arbeid. Disse funnene kan man kjenne igjen fra punktene Schwartzman identifiserte, hvor historier sier noe om hvordan individer forstår sin verden, hvordan aktørene ser på arbeidsplassen sin, vurderer tidligere handlinger og trekker konklusjoner ut fra det og danner moralske retningslinjer for kommende adferd.

Som Eschenbruch, observerte jeg også en stor mengde historier som ble delt mellom pleierne på sykehjemmet jeg var på. Historier ble fortalt i flere sammenhenger og med forskjellige

³ Det var unntak hvor noen ble holdt utenfor, men det var ifølge Orr individuelle saker hvor man ønsket å ekskludere enkeltpersoner. Generelt hadde teknikerne ingen insentiver til å holde tilbake noe informasjon for andre, og alle insentiver til å dele (Orr 1996).

⁴ Et hospice er en institusjon hvor terminale (døende) pasienter kan bo den siste tiden før de dør. Det er fokus på palliativ (lindrende) behandling, hvor døden verken skal fremskyndes eller utsettes (Eschenbruch 2007).

formål. Det kunne være en gjenfortelling av en hendelse man nettopp hadde opplevd, eller en tidligere hendelse som ble gjenfortalt i en ny sammenheng hvor den var relevant. Historier ble fortalt bare for å dele noe man hadde opplevd, for å komme med kunnskap som kunne være relevant i nye situasjoner, eller en kombinasjon av disse. Historiene var en måte å dele erfaringer fra en kompleks arbeidshverdag med kunnskap og opplevelser som var vanskelig å kommunisere. Pleierne jobbet som et team på sykehjemmet, så selv om det var en viss ansvarsfordeling mellom pleierne på vakt, var det til syvende og sist et rimelig likt ansvar for at alt som skulle gjøres ble gjort. Det var derfor viktig for pleierne at man var til en viss grad enige i hva som var rett å gjøre og hva som burde prioriteres i arbeidet. Gjennom å fortelle historier om arbeidet sitt og de utfordringene de hadde møtt, kunne de dele egne oppfatninger av rett og galt, og få tilbakemeldinger fra de andre pleierne.

Kunnskapsdeling var en sentral del av historiefortellingene, og også et tema som er relevant og mye studert innenfor organisasjonsantropologien (Orlikowski 2002). Kunnskap og oppfatninger om hva kunnskap er har endret seg gjennom ulike epoker i historien og frem til i dag (Tsoukas og Mylonopoulos 2004). I senmoderne samfunn er det en økende tendens til å oppfatte kunnskap i form av ”informasjon”, hvor informasjon utgjør abstrakte representasjoner som hevder å representere verden slik den faktisk er (ibid.). Men å se på kunnskap kun i form av ”informasjon”, som abstrakte begreper løsrevet fra virkeligheten, er problematisk når man ser på utøvelsen av kunnskap, og de prosessene som foregår i samhandling med andre mennesker og objekter (ibid.). Filosofen Michael Polanyi (2000) har introdusert begrepet ”taus kunnskap”, ”tacit knowledge”, som beskriver den kunnskapen vi har som ikke klart kan kvantifiseres og identifiseres som et fast sett med informasjon vi besetter. ”Vi vet mer enn vi kan si” (ibid.: 1) skriver Polanyi, og begrepet taus kunnskap beskriver all den kunnskapen vi har, men som man ikke nødvendigvis kan beskrive direkte med ord. Kunnskapen man tilegner seg i arbeidet er ikke et sett abstrakte begreper som kan læres utenom en kontekst, man lærer gjennom praktisk arbeid med oppgaver i samhandling med andre (Tsoukas og Mylonopoulos 2004, Suchman 1987).

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett på noe av den teoretiske bakgrunnen for denne oppgaven, og noen av de teoriene som vil være sentrale senere i analysen. Jeg har gått inn på bedrifts- og organisasjonsantropologi generelt, og sett på ulike tilnærminger til studie av bedrifter i

antropologien. Jeg har også sett på institusjoner og noen dilemmaer som ligger i arbeidet på en omsorgsinstitusjon. Videre tok jeg for meg Norge som velferdsstat for å se på noen av rammene til sykehjemets drift, og sette noen av problemstillingene fra sykehjemmet inn i en større kontekst. Disse temaene danner mye av grunnlaget for oppgaven, og skisserer opp noen av de problemstillingene og temaene jeg møtte i arbeidet på sykehjemmet. Videre tok jeg for meg rasjonaliteter og ideologier, romlig utforming og sosial interaksjon, og historiefortelling og kunnskapsdeling. Disse temaene utgjør tre kapitler i oppgaven hvor casene jeg har valgt ut blir presentert og analysert. Jeg skal i neste kapittel ta for meg litt mer om de store linjene innenfor temaet sykehjem og velferdsstaten Norge, for å sette dagens problematikk i en sammenheng og se hvordan den ideologiske utviklingen har vært innenfor feltet. Velferdsstaten og sosialpolitikk er sentrale begreper i forhold til sykehjemsarbeid, det er innenfor dette området den moderne helse- og sosialpolitikken har vokst frem, som vi skal se på videre.

5. De store linjene

Historie

Starten på sosialpolitikken

De eldste sporene av sosialpolitiske tiltak som er funnet i Norge er landsdelslovene fra 1000- og 1100-tallet (Hjelmtveit 2005). Dette var lover laget av kongen og staten som påla de forskjellige bygdesamfunnene å gi nødvendig hjelp til mennesker som av ulike årsaker ikke greide seg selv eller hadde familie eller slekt som kunne hjelpe dem. Dette ble organisert gjennom legdsordningen, det vil si at de som trengte hjelp gikk på omgang mellom gårdene for å bli forsørget. Ofte var de bare en uke av gangen på hver gård, og om de var i stand til det, kunne de ble satt til å arbeide for å betale litt tilbake til gårdene de bodde på. I 800-900 år var dette den viktigste sosialpolitiske ordningen i Norge, den ble avskaffet gjennom fattigloven av 1900 (ibid.). Fra 1100-tallet var det bestemt at kirken skulle la en fjerdedel av kirkeskatten gå til de fattige, og det var bøndene i sognene som selv forvaltet dette.

Frem til 1500-tallet var det i hovedsak kirken som tok seg av syke og fattige. Ivaretakelsen av fattige var i større grad sett på som en del av kristenplikten, noe gode kristne måtte gjøre. Etter dette var det lokalsamfunnet som tok over oppgaven å ta seg av de fattige og trengende (Garsjø 2003). Det ble opprettet hospitaler, herberger, tukthus, fattighus, aldershjem og lignende anstalter som sørget for husvære, mat og stell til de som ikke klarte seg selv. Flere av disse institusjonene bar preg av å være rene oppbevaringsinstitusjoner som ble brukt for å rydde avvikende individer fra samfunnet. Et annet aspekt er at tukthusene, fattig- og arbeidshusene ga en tilgang til billig arbeidskraft i gode økonomiske tider, hvor det var økt forespørsel etter arbeidere. Institusjonene ga ingen form for behandling, og hadde mer en skremseffekt i forhold til løsgjengeri. De hadde i hovedsak som formål å oppbevare og kontrollere mennesker som ikke klarte seg selv i samfunnet. Dette endret seg rundt starten av 1900-tallet, hvor ideer om behandling og omsorg kom inn i institusjonene (ibid.). Fra midten av 1800-tallet til 1970-80-årene pågikk det en ekspansiv institusjonsutbygging i Norge. Særlig stort var behovet for institusjonsplasser til eldre som ikke klarte seg på egen hånd. Tidligere hadde de blitt tatt vare på av familien, og da hovedsakelig kvinnene som var hjemmeværende.

Men med økt sysselsetting i befolkningen, spesielt blant kvinnene, var det et økende behov for offentlige tiltak for å ta vare på de eldre pleietrengende.

Det var to hovedmålgrupper for disse institusjonene, det var mennesker som var for syke til å motta hjelp hjemme, og sosiale avvikere som var tvangsinnlagt for å skjerme resten av befolkningen. Frem til 1900-tallet var det oppbevaring, kontroll og straff som preget det meste av institusjoner som ble opprettet. Fra reformasjonen på 1500-tallet ble etter hvert fattigdom sett på som synd, hvor det personlige ansvaret ble mer vektlagt og fattigdom var ansett som et resultat av sviktende moral, spesielt arbeidsmoral. De startet da å skille mellom ”rette” og ”urette” fattige, og slik bestemte hvem som var de virkelige trengende (ibid.).

Det kom etter hvert flere fattiglover, men de hadde mye av de samme grunnsynene på fattige som de tidligere lovene. Fattigdom ble sett på som et individuelt problem som gjaldt enkeltpersoner som ikke greide å ta vare på seg selv, og ikke som et resultat av samfunnsmessige forhold. Den egentlige årsaken ble antatt å være av en moralsk art, de fattige hadde endt opp som fattige på grunn av sin dårlige moral. Dermed var hjelpen som ble gitt til de fattige på et minimumsnivå, de skulle få midler til å overleve, men ikke stort mer. Den støtten de fikk ble gitt som en almisse fra myndighetene, og var ikke ansett som noe de hadde *rett* på.

Parlamentarisme og den moderne velferdsstaten

Parlamentarismen ble innført i Norge i 1884, og det var etter den tiden sosialpolitikken for alvor ble utbygd (Hjelmtveit 2005). Mye av det som preger denne perioden er at flere og flere grupper ble differensiert ut av fattiglovgivningen, og tiltakene for disse gruppene ble mer tilpasset den enkeltes behov. Det ble også etablert flere trygder, og disse ble mer universelle og tilgjengelig for alle. Etter andre verdenskrig var hele befolkningen dekket av trygdelovgivning. Et viktig poeng er at fokuset for sosialhjelp skiftet fra individ til samfunn, og man identifiserte grupper i samfunnet som trengte hjelp og støtte. Det sosialpolitiske grunnsynet endret seg under denne perioden, man gikk fra å se på individer som ansvarlige for sin egen situasjon, til å se på bakenforliggende samfunnsmessige forhold som kilde til problemene. Hjelpen som ble gitt til de som trengte det, og gikk fra å bli gitt ut som almisser, til å bli en rettighet alle innbyggerne hadde krav på. Støttenivået ble også høyere, man fikk ikke bare penger til å overleve, men også til å kunne leve et noenlunde verdig liv, noe som igjen ga rom for selvhjelp (ibid.).

Fra 1970 og til langt utpå 90-tallet foregikk det en større avinstitusjonalisering i Norge. Det var fra 60-tallet kommet en økende kritikk til institusjoner og man spurte seg hvor bra det var som behandlings- og omsorgsform. Det ble et større fokus på å hjelpe folk i hjemmene sine, og se etter andre løsninger enn å plassere dem på institusjon. Innenfor eldreomsorgen har det vokst frem flere alternative tilbud som hjemmehjelp og omsorgsboliger. Omsorgsboliger er en slags mellomting mellom en institusjon og det å bo hjemme, hvor beboeren mottar service og omsorg i varierende grad. Dette viser til en større orientering mot åpen omsorg innenfor helse- og omsorgssektoren. På regjeringens nettside kan man lese at omsorgstjenesten i Norge per 2008 hadde over 260 000 brukere, hvorav 42 000 bor på sykehjem og mer enn 167 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsboliger eller eget hjem ("Omsorgstjenesten"). De fleste som mottar kommunale omsorgstjenester er over 80 år. I 2008 ble det utført om lag 121 000 årsverk i omsorgstjenestene, halvparten i sykehjem og halvparten i omsorgsboliger og hjemmetjenester. Omsorgstjenestene utgjorde i 2008 ca 70 mrd kroner, som tilsvarer 28 % av de samlede driftsutgiftene til kommunene (ibid.). Hvis man ser på antall årsverk, er den kommunale omsorgssektoren nå større enn sykehussektoren i Norge.

Å være gammel – før og nå

Situasjonen for eldre har også endret seg en del denne tiden. Antallet eldre i verden har økt kraftig, og da særlig gruppen av de eldste eldre, fra 80 år og oppover (Helman 2007). Befolkningsaldringen i verden har endret seg drastisk i løpet av det 20. århundret. Ved slutten av århundret ble Norge ett av de første landene i verden som fikk lik andel befolkning som var over 60 år som under 16 år (Hagestad 2005). Med økt industrialisering og urbanisering og endringer i familierelasjoner, har den utvidede familiestrukturen brutt sammen, og flere og flere eldre blir overlatt til institusjoner for å ta seg av dem (Helman 2007). I Norge faller mye av ansvaret på det offentlige, og eldre får hjelp og støtte av omsorgsarbeidere, enten på sykehjem eller pleiehjem, eller gjennom hjemmehjelp og andre støtteordninger. Man ser her hvordan sykehjemmet nå har tatt over oppgaver som tradisjonelt har hørt familiesfæren til, noe som gjør sykehjemmet til en spesiell institusjon hvor tidligere separerte sfærer blandes; det offentlige og det private, arbeid og hjem. Samtidig med industrialiseringen i verden, er «det å bli gammel» i mye større grad blitt «medikalisert» (ibid), altså at de fysiske og psykiske endringene som er forbundet med å bli gammel er sett på å være medisinske problemer som skal behandles av profesjonelle innenfor medisin, i stedet for av andre grupper i samfunnet.

Institusjonsarbeid

”Institusjoner” betyr i denne sammenhengen en anstalt eller en stiftelse. Den er begrenset innenfor en bygnings vegger, eller et område, og er organisert med en egen struktur, ledelse og konkrete mål. Det kan altså sees på som et sosialt system som er organisert etter formelle retningslinjer (Garsjø 2003). Det er et område hvor mennesker befinner seg i kortere eller lengre tid, med et konkret formål. Slik utgjør institusjonen en del av verdenen til dens medlemmer, og alle institusjoner har på en eller annen måte omsluttende tendenser (Goffman 1991).

Forholdet mellom hjem og arbeidsplass er et veldig sentralt tema i forhold til sykehjem og lignende omsorgsinstitusjoner. Et sykehjem skal være hjem for beboerne som har fått plass der, samtidig som det er arbeidsplassen til de ansatte som jobber der. Det er en del ulikheter mellom de verdiene som tillegges et hjem og de verdiene som tillegges en arbeidsplass eller en organisasjon. I vestlige land, og spesielt i Norge og Norden er det sterke grenser mellom hjemmet og det som er utenfor (Gullestad 1989). Dette er ofte klart markert med både fysiske stengsler, og gjennom symboler og ritualer som regulerer hvem som får adgang, og som kan brukes til å markere avstand. Gullestad (ibid.) mener det å være veldig hjemmesentrert er et særlig kjennetegn ved den norske kulturen. Hjemmet har en veldig sterk verdi i seg selv, og nordmenn legger mye i hjemmet sitt, samtidig som hjemmet også reflekterer sentrale verdier i kulturen. Sykehjem skal oppfylle mange av de funksjonene et vanlig hjem har, men dette er ikke alltid gjennomførbart. Man ser en motsetning mellom hva som er mest praktisk for at arbeidet skal gjennomføres og hva som opprettholder de verdier et ”hjem” står for. Dette er noe jeg særlig kommer inn på i kapitlet om rom og bruk av rom på Solheim sykehjem. Sykehjemmet var bygd opp for det meste av rom som hadde samme betegnelser som rom i et vanlig hjem: ”rom” (som i private soverom), ”kjøkken” og ”stue”. Men det var flere karakteristikk ved disse rommene som brøt med en ”hjemlig” oppfattelse, og hvordan de ulike aktørene forholdt seg til og brukte rommene avvek også fra dette.

Velferdsstat, makt og ansvar

For å kunne forstå pleierne som jobber på sykehjemmet bedre er det nødvendig å ha med et bredere perspektiv å se på sykehjemmet som en del av en større kontekst, og da vil det være

spesielt relevant å ta for seg Norge som velferdsstat og sykehjemsarbeid som en del av den. Halvard Vike, blant andre (Vike 2001, 2004, Bakken m.fl. 2009), har tatt for seg velferdsstaten, hvordan den har vokst frem og den situasjonen som er i dag. De har særlig hatt et fokus på de frontlinjeansatte, deriblant pleiere. Den norske velferdsstaten har tatt på seg et nesten grenseløst ansvar for det norske samfunnets velferd (Vike 2004). Dette er spesielt i forhold til samfunnets 'svake grupper', som for eksempel de eldre som er avhengige av hjelp til å klare seg. Men samtidig er det offentlig også "lukket" på grunn av de økonomiske og administrative begrensningene som finnes. Som oftest vil behovene overstige evnen til å tilfredsstille, og dette skaper et dilemma. Dette dilemmaet er noe de som arbeider i frontlinjeyrker må forholde seg til på stort sett daglig basis. Det er for eksempel pleierne som jobber på et sykehjem som daglig er i kontakt med pasientene som er avhengige av hjelp. Det er de som daglig må forholde seg til gapet mellom det som burde gjøres, og det som faktisk er gjennomførbart innenfor gitte økonomiske rammer. De slites mellom lojaliteten til arbeidsgiveren på den ene siden, i form av at de har et budsjett de må holde seg til, og lovfestede krav til hvilke ytelser som skal gis og hvordan, og møtet med de pleietrengende med ulike og individuelle behov som pleierne jobber for å dekke. Dette er ofte mål som ikke kan forenes, og for pleierne oppleves det som et personlig, moralsk problem at avstanden mellom disse målene blir for stor. Fordi de er i daglig kontakt med pasientene, er det vanskelig å snu ryggen til og ignorere problemene deres. Arbeidet er et *samvittighetsarbeid*.

Statens grenseløshet er noe av det som i stor grad skiller den fra andre former for bedrifter og organisasjoner (Bakken m.fl. 2009). Moderne organisasjoner setter grenser for hvem som er kundene deres og hva de kan tilby dem, og regulerer dette ofte i form av en pris de setter på de varene eller tjenestene de tilbyr. Men staten skal i teorien tilby hjelp til alle sine medlemmer, uavhengig av betalingsevne. Staten skal ikke tilby et produkt som kan reguleres etter pris, men mer et universelt gode med svært vage avgrensninger (ibid.).

Velferdsstaten har som nevnt i utgangspunktet et særlig ansvar for de "svake" gruppene i samfunnet, men hva som regnes som svake grupper og hvilke krav på hjelp de har endres stadig. Nye grupper identifiseres, og etter hvert som flere får hjelp og støtte er det også andre grupper som igjen kommer svakere ut i forhold til dem og som derfor også vil kreve støtte og hjelp (Vike 2004). Samtidig som velferdstilbudene har blitt mye bedre og mer utviklet, er det også skjedd en eksplosjon i behov, noe som gjør at skillet mellom hva staten har påtatt seg ansvaret for og hva staten har muligheter til å innfri er blitt stadig større (ibid.). Statens problem med å innfri de kravene som stilles blir ofte formulert som et effektivitetsproblem,

den offentlige sektor blir ofte omtalt som treg og ineffektiv, hvor man yter lite til høye kostnader (ibid.). Den offentlige sektoren har i senere tid dratt mye inspirasjon fra styringsfilosofien New Public Management (NPM), en styringsform som er inspirert særlig av litteratur fra USA. Dette er en styringsfilosofi som trekker mye fra private organisasjoner, hvor tjenestene blir omtalt som *varer*, og tjenestemottakerne blir *kunder* (Lian 2007). Hovedideen er at tjenestene skal forbedres uten at det skal gå ut over økonomien. Vike (2004) argumenterer for hvordan dette fører til en ansvarsforskyvning, hvor ansvaret for å oppfylle de velferdsambisjonene som blir fremstilt blir fjernet fra de som sitter med makten til å definere disse. Problemer blir formulert som effektivitetsproblemer, og de førstelinjeansatte sitter med en følelse av utilstrekkelighet når de ikke makter å rekke over det ansvaret de er blitt tildelt (ibid.).

Oppsummering

Jeg har her sett på hvordan velferdstjenestene og velferdsstaten har utviklet seg i Norge og noen av de mest sentrale ideologiske endringene som har funnet sted innenfor feltet. Spesielt har jeg fokusert på helse- og sosialsektoren og institusjoner, som har gjennomgått store endringer frem til de tjenestene man kan se i dag. Selv om man har kommet langt i utviklingen ligger det fremdeles mange utfordringer innenfor denne sektoren, også innenfor institusjoner som sykehjem. Dette er utfordringer som aktørene må forholde seg til på daglig basis og som skaper utfordringer for deres hverdag. Videre skal jeg se på noen av de utfordringene pleierne sto ovenfor i arbeidet på sykehjem, hvor mange former for rasjonaliteter spiller inn på pleiernes avgjørelser.

6. Pleierarbeidet og rasjonaliteter

Som nevnt tidligere er pleierarbeidet et arbeid som spenner over flere punkter og som i teorien er uten grenser, men som samtidig er et arbeid som må utføres innenfor stramme rammer. Det er ikke alltid entydig hva pleiernes rolle og ansvar på sykehjemmet innebærer. Det handler om å gjøre det som er best for beboeren, å gi omsorg og pleie. Hva innebærer imidlertid dette? Med størsteparten av beboerne på sykehjemmet i større eller mindre grad ute av stand til å uttrykke hva de selv ønsker, eller ute av stand til å bedømme hva som er best for dem, er mye av dette opp til pleierne. Det kan være ulikheter mellom hva pleierne mener er rett å gjøre, og hva beboerne selv ønsker. Pleierne må avveie om de beboerens ønsker burde etterkommes uansett eller om det ikke vil være forsvarlig eller riktig for pleieren. Og pleierne skal ikke bare forholde seg til beboerne og hva de mener er best for beboerne, de skal også utføre arbeidet sitt innenfor en viss tid og med visse ressurser til rådighet.

Det beste for beboeren

Hva som er rett å gjøre for en beboer er ikke alltid enkelt å avgjøre, selv når beboeren er klar og selv kan si ifra om hva hun eller han ønsker. Det er også andre hensyn som må tas når pleierne vurderer hvordan de skal hjelpe en beboer, som vi skal se i følgende eksempel.

Åshild var en dame som kom inn på sykehjemmet en tid uti feltarbeidet mitt. Hun var klar og oppegående, og i stand til å gjøre enkelte ting selv. Rommet hennes var for det meste innredet med hennes egne saker; møbler, bilder og pyntegjenstander. Bare sengen, nattbordet og skapene var sykehjemsinredning. Hun var en ganske gammel og skrøpelig dame, og trengte hjelp og assistanse til mye av det hun skulle gjøre. Hun kunne selv gå korte distanser, men kunne be om en rullestol til å sitte i om hun ble sliten. Hun gikk sakte og møysommelig, man kunne se at det var tungt for henne å gå. Hun spiste selv, og ordnet mye småting som ansiktsvask under stell selv. Hun trengte imidlertid hjelp til de mer krevende delene av stellet, som påkledning og vasking av kroppen. Åshild var også flink til å si ifra om hva hun trengte hjelp til, og det var klart når man var inne hos henne for å hjelpe henne med stell at hun hadde kontroll over rutine og hva hun ønsket skulle gjøres. Hun kunne ofte si på forhånd hva vi som pleiere skulle gjøre, selv om vi visste det godt fra før av. Det virket som om hun likte å

ha kontrollen, samtidig som hun nok mente det var lettere for alle parter om hun bare sa ifra om hva hun ønsket hjelp til selv. Hun var en hyggelig dame som pleierne likte, hun sa alltid takk og var glad for den hjelpen hun fikk.

Siden Åshild var i stand til selv å kunne si hva hun ønsket gikk stellet av henne ganske greit. Man hadde en fast rutine, og ellers sa hun som sagt ifra om hva man skulle hjelpe henne med. Ellers var pleierne ivrige på å oppmuntre henne til å gå for å prøve å holde kroppen hennes i aktivitet, og hun synes for det meste det gikk greit. En stund etter hun var kommet til sykehjemmet, gikk det en omgang med «farang»⁵ på sykehjemmet. Flere beboere og pleiere var syke med oppkast, diaré og feber, Åshild var en av dem. Med oppkast og diaré hadde hun problemer med å få i seg nok mat og drikke, og ble dermed veldig syk og svak. Den perioden hun var syk, holdt hun seg stort sett bare inne på rommet og fikk maten brakt inn av pleierne. Vanligvis pleide hun å spise i stuen. Da hun var syk ønsket og trengte hun mer hjelp under stell, og gjorde til slutt ikke så mye selv. Etter hun var kommet seg av sykdommen fortsatte hun å ønske mye hjelp. Morgenstellet som jeg presenterte ovenfor skjedde i denne perioden, hvor hun klarte å gjøre en del selv, men ønsket mye hjelp. Tidligere brukte hun å gå med rullator fra sengen og inn til badet, men ønsket nå å bli trillet med rullestol. Hun var fremdeles litt redusert etter sykeperioden, men var på bedringens vei, så pleierne mente etter hvert at hun burde kunne gjøre mer selv, noe som ble tatt opp på en morgenrapport:

Jeg satt sammen med pleierne etter en morgenrapport og diskuterte litt rundt aktuelle saker som var blitt tatt opp under rapporten. En av pleierne på avdelingen som jobbet en del med Åshild, om at hun var blitt for avhengig av hjelp. Hun ga uttrykk for at det virket som om Åshild var blitt mer og mer hjelpeløs, og ikke lenger ønsket selv å gjøre ting som hun faktisk greide selv. De andre pleierne var enige i dette. De snakket om hvordan det for noen beboere gikk det fint å stille mye med i en periode hvor de hadde større behov for det, hvor de så klarte seg fint selv når de var i stand til det, mens andre ikke taklet dette så bra. Noen beboere ble helt avhengig av hjelp, også etter de var blitt friske igjen, og pleierne mente at Åshild var en slik beboer. De var bekymret for dette, de mente hun kom bare til å bli dårligere og mer hjelpeløs hvis hun ikke prøvde å klare seg mer selv. Pleieren som nevnte dette foreslo at de skulle ha et møte om Åshild hvor de kom frem til noen felles retningslinjer for hvordan de skulle hjelpe henne, slik at alle gjorde det likt, og ikke ”dullet for mye med henne”. Pleieren

⁵Omgangssyke

som hadde nevnt dette sa at hun hadde også problemer med å utfordre Åshild til å gjøre ting selv i større grad, pleieren ønsket jo å gi henne den hjelpen hun ba om.

Åshild var en hyggelig dame, og var likt av de fleste. Hun var takknemlig for den hjelpen hun fikk, noe pleierne satte pris på. Da det ble tatt opp under morgenrapporten at Åshild ble «dullet med» for mye, gav pleierne uttrykk for at de lett hjalp for mye når hun ba dem om hjelp til noe. Det var vanskelig å skulle presse henne, og de fleste ønsket å gjøre det hun ba om. Men de mente likevel at det som ville være det beste for henne i lengden ville være at hun skulle klare seg bedre selv. De ville ikke hjelpe beboerne med å være hjelpeløse, sa en pleier ved en anledning. Åshild vegret seg også for å gå ut på stuen, hun synes det var så slitsomt. Pleierne prøvde ofte å oppmuntre henne til å komme ut, i hvert fall til måltidene. Å få beboerne ut av rommet i hvert fall en gang i løpet av dagen, var noe pleierne mente var viktig.

Å ta vare på beboerne og pleie dem innebar ikke bare å gjøre alt de ba om, eller alt man kunne for en beboer. Det innebar også å avgjøre hva de mente var best for beboeren på lang sikt. Å få beboeren til å gjøre så mye som mulig selv var noe pleierne mente var viktig og oppmuntret til, selv om dette ofte kunne ta lengre tid enn for pleierne å gjøre det. Under morgenstellet med Åshild prøvde pleierne å få henne til å gå selv korte distanser, og gi henne tid til å vaske seg selv hvor hun rakk til. At hun hadde fått ekstra mye hjelp når hun var syk, mente pleierne hadde slått negativt inn etter at Åshild var blitt bedre. De karakteriserte henne som en type som ble avhengig av og krevde mer hjelp når hun først hadde fått det i en periode. Hjelpen de nå gav henne ble betegnet som unødvendig hjelp, og noe som ikke førte noe godt med seg i lengden. Hva som var det ”beste for beboeren” hadde endret seg med omstendighetene. Hjelpen hadde endret karakter og blitt noe negativt, noe som de mente var en medvirkende årsak til at hun ikke kom seg raskere enn hun gjorde. Når pleieren tok dette opp som tema under en morgenrapport, begynte hun med å snakke om tilstanden til Åshild, om hvordan hun var blitt dårligere og mer hjelpsløs, selv om hun var kommet seg fra sykdommen. Etter å ha snakket med de andre pleierne, og hørt at de var enige i dette synspunktet, foreslo hun en løsning i form av en utarbeiding av en plan for hvordan de skulle forholde seg til Åshild. Gjennom å ta det opp sammen med andre pleiere, og få bekreftelse på at andre var enige i synspunktene, ble det etablert at det som var best for Åshild var at hun skulle gjøre mer selv og få mindre hjelp fra pleierne. I dette tilfelle kan man si at pleierne anvendte profesjonell rasjonalitet (jfr. Linnet 2000) hvor det behandlingsmessige aspektet ble vektlagt. Omsorgsaspektet ble her på en måte lagt litt bort og sett på som noe som gikk ut over behandlingen av beboeren, hvordan beboeren skulle bli frisk fortst mulig. Pleierne trakk også

frem hvordan de selv ønsket å hjelpe henne så mye som mulig, og de mente de måtte gå mot dette ønsket for å kunne gjøre det som var best for Åshild i lengden.

Her kan man se at pleierne satt med en makt til å definere hva som var best for beboerne, en makt til å definere rett og galt. Men det handler ikke bare om å ha makt til å bestemme over rett og galt, ansvar spiller også sterkt inn her. Pleieren skal handle ”på vegne av pasienten til hans eget beste” (Bakken m.fl. 2009). Det er et sterkt moralsk ansvar for å gjøre det som er best for beboeren. I eksempelet ovenfor mente pleieren at de måtte handle mot både det beboeren ga uttrykk for at hun ville, og det pleieren følte at hun ønsket å gjøre, og gjøre det som var ”best for beboeren”. Og det som ble avgjort som best, var at Åshild skulle gjøre så mye som mulig selv, uten hjelp fra pleierne. Her kan man se hvordan omsorgsrasjonaliteten og profesjonsrasjonaliteten kan virke som motsetninger. Det var profesjonsideologien som sto sterkest i denne situasjonen, og som oftest i andre situasjoner. I utstrekning kan man også se hvordan dette også var et uttrykk for omsorgsideologi; man ville at beboeren skulle få det bedre gjennom å kunne klare seg selv i større grad.

Stell av beboere som var totalt sengeliggende kunne ofte være ganske fysisk tungt, og krevde ganske mye fysisk av pleieren. Samtidig var disse stellene ofte mye mer forutsigbare og rutinerte enn stell av beboere hvor mye av tiden ble brukt til å hjelpe beboeren med å hjelpe seg selv. Det var mye å huske på under stellet når beboeren ikke var i stand til å gjøre noe selv, eller si ifra om hva hun trengte hjelp til, men de kunne likevel være lettere stell i og med at pleierne kunne ha full kontroll over alt som ble gjort. Det var likevel viktig for pleierne å oppmuntre beboerne til å gjøre så mye som mulig selv, selv om dette kunne ta lengre tid. Profesjonsrasjonalitet var slik sett på som mest moralsk riktig, fremfor å gjøre det som var raskest og mest effektivt i et bedriftsperspektiv.

Uenighet rundt en beboer

En vakt jeg var oppe i andre etasje, var en pleier som het Malene på jobb. Hun var ufaglært og jobbet som assistent på sykehjemmet. Vanligvis brukte hun å være nede i første etasje, eller ute i boligene, men fikk av og til ekstravakter oppe.

Vi som skulle opp i andre etasje var gått opp på personalrommet der og så på ukeplanen for å gjennomgå hva vi skulle gjøre den dagen. Malene så at det ikke var satt opp noen fast tømmedag på Sara, en beboer på avdelingen. Malene mente at Sara også burde ha en fast tømmedag, slik som flere av beboerne nede i første etasje hadde, og at hun burde ”henges opp

i seilet” slik at hun lettere kunne få passert avføring. Dette førte hun på ukeplanen. Det var jeg og et par andre pleiere til som var inne sammen med Malene når hun førte på dette, og de andre pleierne var også enige i at hun burde ha en fast tømmedag. De sa at ofte når Sara hadde tømning av seg selv, så kom det i helgene, når de var færre på jobb, og det ble veldig travelt hvis man måtte ta helskift på henne da også. I tillegg ville det være godt for henne å få «tømt seg» mer jevnlig.

”Tømming” betydde at en beboer fikk lakserende midler og fikk ”tømt” seg for avføring. Noen beboere hadde ikke normal tarmfunksjon og trengte jevnlig å få tømt seg for å unngå forstoppelse. Dette var som oftest veldig inaktive beboere, som for eksempel faste rullestolbrukere. Sara tilbrakte hele tiden sin i rullestol eller i sengen, og hadde lite mulighet til å bevege seg. Når Malene snakket om at hun skulle ”hengses opp i seilet” mente hun at Sara skulle henge i seilet like over sengen, og sengen skulle være dekt av engangskladder slik at hun kunne få ut avføringen der.

Uken etter var jeg på dagvakt oppe sammen med Eirin og Heidi. Da de så ukeprogrammet hvor det sto at Sara skulle ha tømmedag og henges opp i seilet, reagerte de. Først spurte de om hvorfor dette var blitt satt opp i det hele tatt, i og med at Sara faktisk fikk tømt seg av seg selv. De virket litt oppgitt over dette, at noen hadde kommet og endret på rutinene oppe på en måte de mente var feil for beboeren. Heidi reagerte veldig på at det sto at hun skulle ”hengses opp i seilet” for å ha tømning. Heidi sa at hun mente det var så forferdelig uverdigg for noen å bli hengt opp på den måten for så og bæsje på kladder lagt på sengen under henne. Hun sa at hun håpet at noe slikt aldri skjedde henne eller hennes mor når de kom på sykehjem. Hun og Eirin snakket så om at det gikk jo an å ha henne på en dostol (en stol med hjul på som hadde åpning midt på, som kan settes over toalettet). Dette hadde de visst prøvd før, og det hadde gått greit.

Eirin og Heidi satte seg altså imot ordningen som Malene hadde satt opp, og brukte andre former for rasjonaliteter når de argumenterte mot dette. Først reagerte de på at noen som ikke jobbet fast på avdelingen hadde kommet opp og endret slik på rutinene deres, fordi de mente rutinene fungerte fint som de var, og tømning var unødvendig. Så gikk de over til å vurdere metoden for tømning, og argumenterte for at det var uverdigg for noen å gjøre noe slikt. En av pleierne trakk inn seg selv og sin mor for å eksemplifisere dette, og markerte slik en nærhet til beboeren, ”det kunne like gjerne vært meg eller en av mine”. For dem ble tømning

unødvendig både av praktiske hensyn, og noe de mente ikke var rett å gjøre mot noen. Det var altså ikke rasjonelt ut fra verken omsorgsrasjonalitet eller behandlingsrasjonalitet.

Samme tirsdag kom Carina, en pleier som brukte å jobbe oppe, på vakt. Hun hadde kortvakt og begynte litt senere, slik at hun var ikke med på denne diskusjonen mellom Eirin og Heidi om morgenen. Carina hadde vært på vakt fredagen når Malene skrev opp Sara på tømning, og hadde vært enig i avgjørelsen. Heidi tok opp temaet igjen på kjøkkenet litt senere på dagen, og da var Carina til stede. Hun forsvarte avgjørelsen med å si at de hadde gjort det før, og selv om Sara først hadde vært imot det, hadde hun etterpå gitt uttrykk for at hun synes det var godt å få tømt seg. Hun poengterte også at Sara hadde fått ut veldig mye avføring da, mer enn vanlig. Selv om hun argumenterte for hvorfor Sara var satt opp på tømning, motsatte hun seg ikke at dette ble endret tilbake.

Carina forsvarte avgjørelsen med å poengtere at Sara fikk det bedre etterpå den gangen de hadde henne til tømning, selv om hun hadde funnet det ubehagelig når de holdt på. Samtidig poengterte hun også at det var kommet mer avføring når de hadde gjort det på den måten, noe som indikerte at det muligens kunne være en bedre måte for Sara å gjøre det på. Hennes argumenter var at det var best for Sara på sikt, selv om det var ubehagelig for henne der og da. Det hele endte til slutt med at det ikke ble noen rutine på å ha Sara til tømning.

Pleierne hadde ulikt grunnlag de kom med argumentene sine på. Malene hadde tatt avgjørelsen om at dette burde bli fast rutine på grunnlag av hennes erfaringer fra første etasje. Som flere av de andre pleiere brukte hun å jobbe litt her og der på sykehjemmet, men var mest i første etasje eller ute i boligene den tiden jeg var på sykehjemmet. Eirin og Heidi jobbet fast oppe i andre etasje, begge i 100 % stilling, og var dermed noen av de faste som brukte å være der oppe. De brukte ulike former for rasjonaliteter bak argumenter for hvorfor hun skulle ha fast tømning eller ikke, men begge hadde fokus på hva de mente var best for beboeren i argumentene sine. Moral er et aspekt som kommer tydelig frem i argumentene. Eirin og Heidi argumenterte for at det fysiske aspektet ved å ha Sara til *tømning* ikke var like viktig som det følelsesmessige aspektet. Verdigheten til beboeren, og med paralleller til egen virkelighet, ble fremhevet som det viktigste argumentet.

Problemløsning

Ikke alle beboerne var like lette for pleierne å kunne hjelpe. Flere av beboerne var demente og det var ikke alltid like lett å få dem til å forstå at de trengte hjelp, og at pleieren var der for å hjelpe. Flere kunne også snakke for seg, og pleierne ville ikke krangle med dem, så det ble ofte en utfordring å kunne hjelpe dem, som i eksempelet under.

Ingunn var en beboer på sykehjemmet som var dement, men i god fysisk form og i god stand til å snakke for seg. Hun brukte å være ganske tidlig våken om morgenen, derfor var hun en av de første jeg gikk inn til når vi tok runden med morgenstell på beboerne. Jeg tok med et vaskefat fra skapet utenfor vaskerommet, hvor de rene vaskefatene sto. Så hentet jeg med meg vaskekluter og håndduk fra tøylageret i gangen. Jeg banket så på døren til Ingunn, åpnet den og gikk litt inn mens jeg sa «god morgen!». Ingunn svarte fra inne på rommet, som forventet var hun våken. Hun satt på sengekanten, halvveis påkledd med bluse og truse på. Jeg glimtet inn på badet og så at det ikke var noen brukte vaskekluter eller håndduker der. Jeg begynte først å spørre henne om hun hadde sovet godt og slikt, og vi snakket litt. Så sa jeg at jeg hadde tatt med vaskekluter og håndduker til henne, så hun kunne få vaske seg. Som vanlig svarte hun med å si «Å, men jeg har allerede vasket meg!». Dette brukte hun å svare. Jeg hadde jo sett på badet at det ikke var noen brukte vaskekluter der, og etter hennes påkledning å dømme var hun nettopp våknet og ikke stått opp ordentlig fra sengen. Jeg prøvde meg på å si «er du sikker på at du ikke ønsker noe hjelp?», men hun bare smilte og sa at alt var i orden og hun trengte ikke hjelp. Jeg prøvde meg frem med ulike tilnærminger noen ganger, men ble høflig men bestemt avvist med at hun sa hun ikke trengte noe hjelp; hun hadde gjort alt selv.

Dette var en ganske typisk situasjon. Siden Ingunn hadde kommet inn på sykehjemmet, hadde pleierne hatt problemer med å få hjelpe henne til å stelle seg om morgenen. En av grunnene til at hun nå hadde fast plass på sykehjemmet var at pleierne mente hun ikke greide å ta vare på sin personlige hygiene, og pleierne måtte passe på henne og hjelpe henne med dette. Pleierne prøvde i starten bare å sette inn vaskefat med vaskeklut og handduk til henne, slik at hun kunne vaske seg selv. Hun var i utgangspunktet i stand til å vaske seg selv, Men siden hun var dement trengte hun veiledning og oppfølging. Vaskeklutene og hånddukene som ble satt inn til henne om morgenen ble ikke brukt, og hun avviste hjelp hvis pleierne tilbød henne det. Hun var selv klar over at hun var på sykehjem, hennes egen alder og de omstendighetene hun var i. Men hun hadde også en del "brister" hvor hun glemte hvor hun var, og ikke lengre tok seg av sin personlige hygiene. Dette var hovedgrunnen til at hun fikk plass på sykehjemmet og ikke lengre kunne bo alene. Både fordi de mente det ikke var greit at hun ikke fikk vasket

seg, men også fordi dette var et tegn på at Ingunn var såpass dement at noe annet kunne gå galt hvis hun var alene, og det var ikke lengre forsvarlig at hun skulle bo for seg selv.

Morgenstellet og den personlige hygien til Ingunn var et problem som ble diskutert mellom pleierne flere ganger. De andre pleierne hadde like erfaringer med Ingunn som meg, hun stelte seg ikke selv og ville ikke motta hjelp fra noen av pleierne. Tilbud om assistanse ble bare møtt med en forklaring fra Ingunn om at hun hadde allerede gjort det selv. Men selv om man kunne se at hun ikke hadde brukt noen av vaskeklutene, eller noe annet som tydet på at hun hadde stelt seg, konfronterte man ikke henne med dette. ”Man kan ikke akkurat si ’nei, du tar feil’ til beboeren heller” uttalte en pleier. Med dette mente hun at man kunne ikke undergrave hva beboeren sa og frata henne selvbestemmelsen. Det var en enighet om at man ikke skulle konfrontere eller kjeffe på beboere, man skulle i stedet prøve å snakke med beboeren og overbevise ham eller henne om å gjøre hva pleierne ønsket. En pleier kalte dette for ”problemløsning”, hun mente at mye av tiden gikk til problemløsning i forhold til beboere. Tvang var ikke et alternativ, pleierne var klare på hva deres grenser var. Man prøvde på ulike måter å overtale beboeren om å gjøre det de skulle gjøre, og for å lykkes i dette måtte man gjerne kjenne beboeren og vite hva som ville fungere og ikke. I dette eksempelet var det klart at det ville ikke fungere å ta en autoritær tone og insistere på at hun stelte seg, det ville være å si at beboeren tok feil, og ville føre til en konfrontasjon. En løsning måtte man uansett komme frem til, så vi fortsatte å prøve. Noen fikk stelt henne, andre fikk ikke gjort det.

Etter noen vakter var jeg blitt mer kjent med Ingunn, så hun kjente meg igjen fra dag til dag. En morgen jeg gikk inn til henne for å prøve å hjelpe henne med morgenstellet, spurte jeg ikke ”skal jeg hjelpe deg?” eller ”trenger du hjelp?”, men sa at jeg kom for å hjelpe henne litt. Ingunn var veldig blid og hyggelig, og mente dette hørtos koselig ut. Jeg ordnet klart vaskevannet og tok med inn på rommet, til sengen hvor Ingunn satt. Jeg forklarte ”her er det en vaskeklut, så du kan bruke den hvis du vil vaske deg i ansiktet” mens jeg ga den våte kluten til henne. Hun tok imot med takk og begynte å vaske seg. Jeg sa jeg kunne hjelpe henne å vaske henne på ryggen, ”siden det ikke er så greit å rekke bak der selv”. Vi lo litt, og hun sa at det hadde jeg jo i grunn rett i. Hun synes det var godt å få litt ryggvask, og da jeg var ferdig ga jeg henne vaskekluten og sa at hun kunne bare bruke den til å vaske seg videre. Resten av vaskingen tok hun selv, og jeg assisterte med å ha klar håndduk etter hvert, og hjalp henne med å finne frem klær fra skapet.

Ved å prøve en ny tilnærming til Ingunn når jeg var inne hos henne om morgenen, fikk jeg assistert henne og sørget for at hun fikk gjennomført morgenstellet. Flere andre pleiere fortalte også etter hvert at de fikk hjulpet henne, og det gikk greiere når man var blitt kjent med henne. Problemløsning var særlig relevant i forholdt til demente beboere som Ingunn, som var i stand til å snakke for seg og kunne ytre meninger.

Jeg har tidligere tatt for meg hvordan pleierne må avgjøre hva de mener er ”det beste for beboeren” i ulike sammenhenger. I stor grad er det opp til pleierne å avgjøre hva det innebærer, og de har også et *ansvar* for å bestemme dette. Problemløsning handlet så om å få overbevist beboeren om å gjøre det pleierne mente var rett, uten å benytte seg av tvang eller andre former for overgrep. Pleierne møtte ofte dilemma hvor beboere ikke ønsket å gjøre noe de burde gjøre, eller når de ville gjøre noe de absolutt ikke burde. Å påvirke beboeren med tvang eller lignende var uaktuelt, og var uansett ikke noe som ville føre frem i lengden.

Spørsmålet om hva som er det beste for beboeren er særlig interessant i forhold til demente beboere. I slike tilfeller kunne det hende pleierne aldri ville få noen bekreftelse fra beboeren at deres avgjørelse var det beste. Beboeren kunne kanskje også være likeglad om de hadde fått gjort som de ville. Beboeren beste ble slik pleiernes definisjon på hva som var ”bra” og hvordan en person burde ha det. Man kan se ulike grunner til at pleierne prøvde å ”styre” beboerne til å gjøre det de mente var best. En viktig grunn var pårørende, som kanskje ikke ønsket å se sin mor, far, søster eller bror oppføre seg ”feil” eller ikke se ”ordentlig” ut. Det kan også sees på som pleiernes ønske om å opprettholde en normalitet for beboerne på sykehjemmet, å opprettholde de sosiale normene til tross for at beboeren ikke lenger var i stand til det. Som bakgrunn for dette kan man se en tanke om å bevare verdigheten til beboerne, å opprettholde de normene beboerne ville levd etter om de ikke hadde vært demente. Kropp og utseende er i denne sammenhengen sentralt, et tema jeg skal se på videre.

Den fysiske rekonstruksjonen av brukerne

Sykehjemsarbeid er beskrevet som skittent arbeid (Lee-Treweek 2003), hvor man er i nær kontakt med kroppsvæsker, og jobber med å gjøre det urene rent. Arbeidet med beboerne på sykehjemmet starter med å ta vare på beboernes kropp, å stelle dem, vaske dem og gjøre dem klar til å møte andre i fellesrommene. Morgenstellet er mer omfattende enn kveldsstellet, og det tar generelt ganske mye tid om morgenen. Man kan se på det som er et ritual hvor

beboernes kroppar rengjøres og pyntes, hvor de gjøres klar til å gå fra sine baksideområder til fasadeområdene, hvor de møtte de andre beboerne. Morgenstellet hadde ofte å gjøre med beboernes kroppsvæsker, hvor beboerne gikk på toalettet, og urin og avføring som var kommet i løpet av natten ble vasket og fjernet. Det var her kanskje den skitneste delen av arbeidet tok plass, hvor det ofte var mye håndtering av kroppsvæsker. De fleste beboerne var inkontinente i større eller mindre grad, og på morgenen var det ofte urin eller avføring som var lekt ut av bleien og i sengen. Med innlegg og bleier sørget man for å få kontroll over og innkapsle urin eller avføring som skulle komme mellom dobesøk. Det var mange regler i forhold til hygiene på sykehjemmet, både formelle og uformelle. Det var regler for hvordan skitne klær og sengetøy skulle håndteres, og hva som skulle finne sted i hvilke rom.

Kropp og grenser

Kroppens grenser og kontroll over de substanser som krysser disse grensene er et sentralt tema innenfor sykehjemsarbeid, og generelt innenfor offentlig helsediskurs (Lupton 2003). Mye av den offentlige helsepolitikken går ut på å kontrollere kroppens grenser, hva som entrer den og hva som kommer ut av den (ibid.). Man blir oppmuntret til å ta ansvar for å opprettholde sin kropps helse, og det finnes mange retningslinjer for hvordan man på best mulig måte skal ta vare på kroppen sin (ibid.). Mary Douglas (1973) beskriver kroppen som et mikrokosmos av samfunnet. Å sette grenser for kroppen blir ikke bare viktig i forhold til personlig identitet, men også som symboler for større sosiale sammenhenger. Douglas' hovedtese går ut på at mennesker ordner virkeligheten gjennom en differensiering av forskjellige kategorier. Man sorterer i forskjellige kategorier, og definerer hva som faller utenfor kategoriene. Det som falt utenfor er hva hun kaller «anomalier» (ibid.). Disse elementene blir ofte sett på som urene ting, de flyter ut over grensene og representerer dermed en trussel mot orden og sammenheng. Det grenseløse er dermed sett på som en trussel, noe farlig. Pleiere forholder seg i stor grad til elementer som krysser kroppens grenser; avføring og urin, blod, puss fra sår og lignende. Disse elementene er sett på som urene. De er en del av kroppen, men allikevel ikke, dermed blir de sett på som anomalier, som noe som ikke hører hjemme noe sted. «Hvis grensene mellom deg og verden brister, går virkeligheten i stykker» skriver Jorun Solheim (1998: 20). Det å sette grenser for seg selv, og for kroppen sin blir dermed essensielt for å opprettholde orden og trygghet. Den siviliserte kroppen innenfor moderne vestlig diskurs er "controlled, rationalized and individualized, subject to conscious restraint of impulses, bodily processes, urges and desires" (Lupton 1995: 8). Opprettholdelsen av grenser kan slik sees på som sentralt for å være et sivilisert menneske.

Med alderdom kommer også forfall av kroppen, som ofte innebærer en minsket kontroll over avføring, vansker med å ta til seg næring, og en generelt dårligere helsetilstand som gjør at man er mindre i stand til å ta vare på sin egen kropp. Det er ikke bare rent fysisk man kan være ute av stand til å kontrollere og ordne kroppen sin, flere eldre lider av demens, og opprettholder ikke lengre sosiale normer for hygiene og kroppskontroll. Det kan komme av at personen har en motvilje til dette, eller at det glemmes. I arbeidet med eldre på sykehjem kommer pleierne i nær kontakt med kroppens grenser, og det som flyter over grensene. Mye av arbeidet besto i å ta seg av beboernes kropp, når de selv ikke lengre var i stand til det, og man kan snakke om en fysisk og sosial rekonstruksjon av beboerne (Dahl-Jørgensen og Damman 2000). Beboerne ble ikke bare vasket og rengjort etter hygieniske krav, pleierne var også opptatt av at beboerne så "ordentlige" ut, og at rommene var fine og pyntet. Pleierne uttalte at de synes det var viktig at rommene var ordentlig ryddet og at det så pent ut der, samt at pleie- og vaskeartikler som såpe, vaskekluter, rekvisitter for stell av sår og lignende var ryddet bort.

June var en beboer som lett fikk fett hår, hvor krøllene etter rulling av hår forsvant etter noen dager, og håret ble liggende flatt. Siden beboerne bare dusjet en gang i uken, eller annen hver uke, var håret hennes mesteparten av tiden ikke så pent, etter pleierens mening. Hun synes det var synd det skulle være slik, og sa at noen ganger brukte hun bare å dusje June selv om hun ikke hadde dusjedag, hvis hun hadde ekstra tid om morgenen. "Jeg blir så trist når June er så stygg på håret" uttalte en pleier som jeg var sammen med under et morgenstell av June. Hun mente det ikke var bra at det gikk så lenge mellom hver gang beboerne fikk dusje, og at det var synd man ikke hadde tid til mer. Når hun fortalte hvordan hun reagerte på at beboeren ikke var så fin på håret, refererte hun til sine egne følelser, hun følte seg "trist" når hun så dette. Denne reaksjonen kom ikke bare av at beboeren ikke så ordentlig ut, men også fordi dette var en del av den jobben hun følte hun skulle utføre. Beboeren fikk dusjet og ordnet håret sitt så sjeldent fordi det ikke var mer tid til det. Pleierne hadde dermed gjort jobben sin innenfor de rammene som var satt opp, men pleieren følte likevel at dette ikke var bra nok. Det var ikke bare snakk her om rene arbeidsoppgaver hun skulle utføre, det var snakk om hva pleieren mente var riktig for beboeren. Beboeren var dement, og det var begrenset i hvor stor grad hun var opptatt av håret og misfornøyd med hvordan det så ut. Ønsket fra pleieren om at hun skulle få dusje oftere var dermed ikke på basis av forespørsler fra beboeren, men ut fra pleierens egen vurdering.

Av og til var det frisør som kom innom på sykehjemmet, og de beboerne som ønsket det kunne få time hos henne. Ingunn, en av beboerne ved sykehjemmet, hadde i utgangspunktet vært usikker på om hun skulle ta permanent hos frisøren eller ikke. Pleierne mente hun ville se veldig fin ut med permanent, og overbeviste henne om å ta det når hun var hos frisøren. Jeg kom på vakt dagen etter, og de andre pleierne som var på jobb sa at jeg måtte bemerke hvor fin Ingunn var på håret etter hun tok permanent. De sa hun kledde det skikkelig godt, og vi måtte være flike til å gi komplementer til henne for det, særlig siden hun hadde vært usikker før hun dro til frisøren. Da jeg møtte Ingunn så jeg med en gang at hun hadde ordnet håret, og ga henne komplementer for det. Hun ble veldig glad for det, og virket fornøyd med håret sitt. Etterpå satt jeg og snakket sammen med de andre pleierne om at Ingunn hadde blitt så glad for komplementer og var så fornøyd med håret sitt. De mente det var så godt å se henne slik, og at det hadde gjort henne bra å få ordnet håret, og få høre at hun så fin ut. De var enige om at hun hadde blitt veldig fin på håret, permanenten hadde virkelig vært en suksess.

Pleierne var veldig glade for at Ingunn hadde blitt så fornøyd med håret sitt, og var opptatt av at vi skulle gi henne komplementer så hun skulle bli glad for det, særlig fordi hun hadde vært usikker før hun tok permanenten. Dette var hvorfor de hadde jobbet med å overbevise henne om å ta permanenten i utgangspunktet, og de var opptatt av at vi som var på jobb måtte huske å gi henne komplementer, så hun skulle få høre at hun så veldig bra ut når hun fikk gjort noe spesielt med håret. I samtalene mellom pleierne rundt dette ble det også nevnt at hun sjeldent brukte penger på seg selv, og de mente det ville gjøre henne bra å få gjort noe ekstra for seg selv. At Ingunn fikk ordnet håret, å få gjort noe ekstra med utseendet sitt, ble koblet til at hun skulle bli gladere, at det ville gjøre godt for henne. Man kan se at beboernes fysiske utseende ble koblet til følelser og hvorvidt de hadde det godt eller ikke. Å se bra ut ville få beboeren til å føle seg bedre. Hvis man ser på hvordan kropp og utseende blir koblet til det å være et sivilisert menneske, det å være en del av samfunnet, kan man se på pleiernes fokus på beboernes utseende som en måte å menneskeliggjøre beboerne.

Om å ta ansvar

En av beboerne fra omsorgsboligene, Jorid, var inne til avlastning på sykehjemmet da jeg startet feltarbeidet. Hun var en fysisk ganske sprek dame, hun gikk ofte rundt i gangene på sykehjemmet med stokken i hånden og smilte og hilste til folk som gikk forbi. Hun var

imidlertid dement, og var tidvis desorientert og, som det kom frem etter hvert, hadde også problemer med å ta vare på sin personlige hygiene.

Under en morgenrapport i slutten av januar, etter hun hadde vært inne på sykehjemmet til avlastning en stund, snakket pleierne om at de måtte følge med henne ganske godt. En pleier fortalte at Jorid hadde lagt ut klær til tørk ut over badegulvet sitt, hvor hun tidligere hadde hatt en «ulykke» hvor hun hadde tisset på gulvet. Hun hadde så nektet pleierne å ta opp klærne hennes. Nattevakten fortalte at hun hadde tilbudt henne å vaske henne nedentil under stellet, men da hadde Jorid blitt sint og nærmest kastet pleieren på døren. En annen pleier hadde visst tatt opp klærne hennes fra badegulvet etter Jorid var sovnet, men så hadde de hørt like etterpå at hun hadde stått opp og lagt de utover igjen, hun hadde visst bare latt som om hun sov. En av pleierne som brukte å være ute i boligene sa at hun hadde funnet mugg under armene hennes en gang mens hun bodde ute i leiligheten sin, etter det hadde gått veldig lang tid fra hun var blitt dusjet eller ble vasket.

Som nattevakten hadde fortalt, var det ikke lett å få lov til å hjelpe henne med stell, og Jorid greide ikke å ta ansvar for dette selv. Anniken, en pleier som pleide å være ute i boligene, fortalte at de hadde hatt store problemer med det i begynnelsen, men etter hvert som de ble bedre kjent med henne fikk de lov til å hjelpe henne. Diskusjonen rundt Jorid ble tatt opp igjen ved en morgenrapport i uken etter.

Pleierne som snakket om dette mente at det ikke var forsvarlig at hun skulle bo alene ute i leiligheten sin slik som situasjonen hennes var. De hadde for tiden ikke noe ekstra rom til henne, og det var da egentlig ikke plass. Men alle pleierne var enige i at hun ikke kunne sendes tilbake til boligene, og hun burde også få være her på sykehjemmet, fordi mannen hennes bodde her. Det ville være for synd å sende henne til et annet sykehjem da. Det var visst en annen beboer som sto på venteliste på å komme inn på sykehjemmet før Ingunn, derfor ville ikke hun få neste ledige rom. De snakket dermed om å sette henne på rom med Katrine, en beboer som stort sett bare bruker å være på rommet sitt for å sove. Hennes pårørende hadde også sakt at det var greit at Katrine skulle dele rom, så lenge det var en rolig beboer som kom inn. En pleier kommenterte at «det måtte jo ordnes uansett om hun skulle dele rom med noen eller ikke», som betydde at de måtte finne en eller annen løsning uansett, de hadde ikke noe annet valg.

Noen dager senere hadde de avgjort at hun skulle ha fast plass på sykehjemmet, og var flyttet inn på rommet til Katrine før den nye avlastningspasienten skulle komme. Nå ble de jo en

ekstra beboer oppe, noe som ville innebære ekstra arbeid for pleierne i den etasjen. Som løsning ble det sagt at pleieren som var ute i boligene skulle komme opp i andre etasje og hjelpe til med et stell om morgenen, eller andre arbeidsoppgaver, slik at arbeidsbyrden ikke ble så stor. Dette var pleierne som brukte å jobbe i boligene enige i.

I dette eksempelet ser man hvordan pleierne går ut over det ansvaret de i utgangspunktet var pålagt for en pasient⁶, og definerer sitt ansvar som noe bredere. Skulle de fulgt normal prosedyre, skulle de lagt inn bekymringsmelding om tilstanden til Jorid, så ville hun, om den påfølgende utredningen viste at hun ikke var i stand til å bo alene, komme i kø for å få plass på et sykehjem. De mente derimot at det ikke var holdbart at hun skulle dra tilbake til leiligheten sin i det hele tatt. De formulerte det som om de ikke *kunne* sende henne tilbake for å være alene, det ville være uansvarlig. Her ser man hvordan pleierne anvendte omsorgs- og profesjonsrasjonalitet, og ikke tok avgjørelser ut fra hva som var pålagt dem fra høyere hold. Det var påfallende at det ikke var noen, som jeg hørte i hvert fall, som ytret noe mot at de skulle få en større arbeidsbyrde i andre etasje, det var bare snakk om hvordan de skulle løse dette rent praktisk.

Om å bli pålagt ansvar

Sykehjemmet kom opp i en lignende situasjon senere med en avlastningspasient, Haldor, som ikke kunne sendes hjem da oppholdet hans egentlig gikk ut. Haldor bodde til vanlig hjemme sammen med en pårørende, som i stor grad tok seg av ham. Men hun hadde blitt syk, og det ble derfor nødvendig at Haldor skulle inn på avlastning. På denne tiden var det et utbrudd av Norovirus på sykehjemmet. Det var flere sykehjem hvor det var utbrudd av norovirus, og det ble sendt ut et skriv fra folkehelseinstituttet med info om smitte og hvordan man skulle unngå at det skulle spre seg. Flere av beboerne på sykehjemmet var smittet, deriblant Haldor. Da tiden hans på avlastningsrommet egentlig var over, var enda ikke hans pårørende frisk, så hun var ikke i stand til å kunne hjelpe ham hjemme. Haldor var ikke i stand til å være alene uten noen form for hjelp, så sykehjemmet ble pålagt å beholde ham til hans pårørende ble frisk igjen. Det som hadde blitt resultatet av at Haldor fremdeles bodde på avlastningsrommet var at avlastningspasienten som skulle komme etter Haldor, Gry, måtte flytte inn på rom sammen med beboeren Katrine. Gry hadde vært ganske fortvilet over dette, for hun hadde sett for seg

⁶Jeg bruker ordet «pasient» her istedet for «beboer», siden Jorid i utgangspunktet ikke var en fast beboer på sykehjemmet, men var bare innom på avlastning.

et enerom, som hun pleide å få når hun kom inn hit på avlastning. Jeg, og flere av de andre pleierne oppe, snakket med henne og måttet unnskyldte situasjonen. Haldor måtte få et rom alene, for det var ingen andre menn på avdelingen som han kunne dele rom med, og de ville ikke sette ham inn på et rom med en annen dame. Og som når Jorid hadde kommet som ekstra beboer tidligere, passet det best å plassere Gry på samme rom som Katrine. Dette var blitt diskutert mellom pleierne nå og da, og ble etter hvert tatt opp under en morgenrapport:

En fredags morgen etter rapporten var blitt gitt om morgenen, satt pleierne litt igjen på personalrommet. De kom inn på temaet med at det skulle bli nedbemanning i kommunen nå, på grunn av nedgangstidene, og de lurte på hvordan dette kom til å gå ut over sykehjemmene. Det var ikke så lenge siden de hadde fått anledning til å ha en ekstra på jobb i hver etasje, og de var bekymret for at dette ikke kom til å gå lengre. Jannike, en pleier oppe, klagde over at de hadde så mange beboere oppe nå, flere enn det som egentlig var beregnet. Grunnen til at hun tok dette opp var at Haldor bodde der fremdeles, selv om han egentlig skulle dratt hjem. Jannike mente at de egentlig burde være en pleier ekstra oppe nå, fordi det var så mye å gjøre. Paul, sekretæren på sykehjemmet, sa at de fikk for lite penger per beboer til å leie inn flere pleiere. Det de fikk ekstra for å ha Haldor der var bare penger som skulle dekke mat og losji for ham, og det var bare rundt halvparten så mye som det kostet å leie inn en halv enkeltvakt. Paul forklarte at det var bare tilfeldig at han hadde havnet her da. Egentlig skulle en annen pasient komme inn til avlastning da, men det hadde blitt avlyst. Haldor hadde opprinnelig vært på et korttidssykehjem, og når Solheim hadde hatt en ledig plass noen uker, så ble han plassert her. Og når han da ikke kunne reise hjem, hadde kommunen pålagt sykehjemmet å beholde ham. Han sto visst på venteliste nå for å komme fast inn på et sykehjem så fort som mulig, men akkurat nå var det ikke plass noen steder. Når det i tillegg var et utbrudd av norovirus på sykehjemmet, var det ikke mulig å flytte ham før smittefaren var over. Jannicke sa at «de kan jo ikke bare pålegge oss alt mulig», og merkantilen svarte «nei», med en tone som antydte at han var enig i det, men det var rett og slett ikke noe de kunne gjøre med dette.

Sykehjemmet opplevde her på samme måte som med Jorid å ha en beboer ekstra over en periode, men av andre årsaker. Her var de blitt pålagt å beholde beboeren av kommunen, til tross for at de i utgangspunktet ikke hadde kapasitet til det, mens i tilfellet med Jorid var det pleierne selv som avgjorde at hun måtte få plass på sykehjemmet. De ble pålagt et ansvar de mente de ikke skulle ha, og de hadde ikke noen mulighet for å gi ifra seg dette ansvaret. Samtidig var dette også en midlertidig løsning for Haldor, han skulle inn på sykehjem, men måtte stå i kø fordi det ikke var noe ledig. Kommentaren ”de kan jo ikke pålegge oss alt

mulig” ga inntrykk av en generell oppfatning av at ”de” påla sykehjemmet, ”oss”, mye forskjellig, uten tanke for hva som var mulig for sykehjemmet å gjennomføre. Bruken av betegnelsen ”de” indikerte også en oppfattelse av et abstrakt system over dem, og var brukt flere ganger i lignende diskusjoner som en betegnelse på de som bestemte og satte regler. Det var ikke nødvendigvis relevant om det var en spesiell etat, kommunen som helhet eller fra statlig hold det kom pålegg, regler eller lignende, poenget var at det var *noen* som sto over dem og bestemte over deres hverdag, ofte mot hva pleierne mente var rett.

Her ser man hvordan bedriftsideologien, eller byråkratisk, økonomisk og teknisk rasjonalitet og lønnsarbeiderrasjonalitet, kommer til syne og blir spilt frem som viktig. Selv om dette innebar samme mengde ekstraarbeid som i eksempelet med Jorid, var det en viktig forskjell *hvem* som sto bak avgjørelsen. I konflikt med ”dem”, systemet, ble bedriftsideologien fremhevet som viktige argument for at dette var galt. Dette kan man se på som en måte for pleierne å argumentere innenfor samme rasjonalitet som byråkratiet og ”reglene” fulgte.

Mellom rutiner og selvbestemmelse

Pleierne uttalte at de var opptatt av å tilpasse arbeidet etter beboernes ønsker, og dette var også noe som ble uttalt på sykehjemmets hjemmesider. Om morgenen når beboerne skulle begynne å stå opp, brukte pleierne å tilpasse hvem de gikk inn til først og hvem de gikk inn til sist etter når beboerne brukte å være våkne. Det samme gjaldt om kvelden når beboerne skulle legge seg, da brukte pleierne å sitte sammen med beboerne på stuen, slik at de kunne følge med når beboerne ble trøtte og ønsket å legge seg. Men det var ikke alltid man kunne følge hva beboerne ønsket, av flere årsaker. Det var alltid en vurdering av den enes behov i forhold til de andres behov. Vurderinger om hva man skulle gjøre for en beboer ble alltid gjort opp mot det andre man skulle gjøre i løpet av vekten, og om det kom til å gå ut over andre beboere. I tillegg var det veldig faste rutiner for hvordan dagen skulle se ut på sykehjemmet, som bestemte hva som skulle være gjort når. Rutinene var rammene som var satt for arbeidet pleierne skulle gjøre, og var bestemt av vaktrutinene til pleierne og en oppdeling av dagen etter normale hverdagslige rutiner for måltider og søvn. Det var derfor bare innenfor noen marginer man kunne gjøre hva beboerne selv ga uttrykk for å ønske. Noen ganger kunne dette føre til uenigheter med beboere:

Det var en morgen, og jeg og pleierne som var på vakt begynte å bli ferdig med morgenstellet, og holdt på med frokostservering til de siste beboerne som var kommet opp. De fleste beboerne hadde kommet opp allerede, og satt på stuen og spiste frokost, klokken var rundt ti. Jeg sto på kjøkkenet og snakket med noen av de andre pleierne. Tempoet var begynt å roe seg etter stresset med morgenstellet, og vi tok oss tid til å slå av en prat på kjøkkenet mens noen ordnet med frokosten. En av pleierne, som hadde ansvar for gruppe seks, kom inn på kjøkkenet og snakket med oss. Hun fortalte at Edel, en av beboerne på gruppen hennes, enda ikke ville stå opp. Hun var våken, men ville enda ligge lenger. Edel brukte å være motvillig til å stå opp om morgenen, hun sa at det gjorde så vondt å bli stelt, og morgenstellet var veldig anstrengende for henne. Pleierne synes ikke det var bra at hun ble liggende så lenge utover formiddagen, de mente det var godt for henne å komme opp og få frokost på stuen, og det ville uansett være ubehagelig for henne å stå opp senere. Pleieren fortalte at hun hadde gjort en avtale med henne om at hun skulle komme inn til henne igjen klokken halv elleve for å stille henne da. ”Det kan nesten ikke bli noe senere enn da” mente pleieren, fordi ”det blir så kort tid mellom frokost og middag” og videre la hun til: ”i tillegg ødelegger det lunsjpausen vår, hvis hun plutselig skal stå opp klokken elleve”. Dette sa de andre pleierne seg enige i, og de mente også at halv elleve var det seneste hun kunne stå opp. Klokken elleve var det lunsjpause for pleierne (en lunsjpause som ikke var lønnet på dagvakt hverdager), og stellet av Edel kunne ta ganske lang tid. I tillegg skulle Edel også få frokost når hun var stått opp, noe som også tok en del tid siden hun selv ikke klarte å spise, og en pleier måtte hjelpe henne under hele måltidet.

I dette eksempelet brukte pleieren forskjellige rasjonaliteter for å forklare hvorfor hun mente Edel ikke burde ligge så lenge om morgenen. For det første mente de at det ville være bra for beboeren å ”få komme opp”, å komme fra rommet til fellesstuen. At beboere ”kom opp”, altså sto opp fra sengen og kom inn på fellesstuen sammen med de andre beboerne, var ofte fremhevet som noe positivt. At noen ville ligge i sengen en stund på morgenen var greit, og pleierne mente det var fint å kunne ”dra seg litt” om morgenen. Men ble det for lenge ble det sett på som noe negativt. Edel ga ofte uttrykk ovenfor pleierne at hun var nedfor, sliten og hadde mye vondt. Hun var veldig negativ, og flere pleiere hadde uttalt at de mente dette var ganske tungt. I dette tilfellet ble det å ”komme seg opp” sett på noe som ville være bra for Edel, og som ville gjøre dagen hennes bedre. At hun ville ligge lengre i sengen om morgenen ble sett på som et uttrykk for at hun var i dårlig humør, og ikke bare som ”kos”. Det var ikke så mye de kunne gjøre for Edel ellers, hun var ganske syk og redusert, og ville bare bli

dårligere. Hun kunne ikke gjøre så mye selv og hadde mye smerter, men hun var klar og hadde talen i behold. Hun tilbrakte ikke så veldig mye tid på stuen, ville ofte stå opp sent og legge seg tidlig, i tillegg til at hun var inne på rommet til ettermiddagshvilen og enkelte turer i løpet av dagen. Etter maten ønsket hun ofte å få komme inn på rommet sitt igjen. At hun skulle komme opp om morgenen ble derfor en av de aktivitetene hun faktisk gjorde i løpet av dagen, og jo tidligere hun kom opp jo mer kontakt fikk pleierne med henne, og hun fikk selskap.

Videre gikk de over til å argumentere for at jo lengre hun lå om morgenen og utsatte frokosten, jo mindre tid gikk det mellom frokost og middag, og da ville hun fremdeles være mett når middagen ble servert. På grunn av måten maten ble tilberedt og pakket på forhånd, kunne den ikke varmes opp flere ganger etter den var varmet første gang på sykehjemmet uten å bryte mattilsynets regler, og mye av middagen ble dermed kastet etter måltidet. På grunn av dette var det liten fleksibilitet i når de ulike beboerne kunne spise middag, alt måtte serveres samtidig. Frokosten var det større fleksibilitet rundt, det var kald mat man kunne servere til beboeren når de var stått opp og man hadde tid. Pleierne var også opptatt av at beboerne skulle spise de måltidene som ble servert. De fleste beboerne spiste relativt lite til hvert måltid, og pleierne snakket ved noen anledninger om at de var bekymret for at beboerne ikke fikk i seg den næringen de hadde behov for. Når Edel da spiste sen frokost, og dermed spiste lite middag, fikk hun i seg mindre næring enn om hun hadde hatt mer tid mellom måltidene. Siden middagstiden var fast, ville de at hun skulle komme opp tidligere og få frokosten tidligere. I disse to argumentene kan man se at det var omsorgs- og profesjonsrasjonalitet som var mest gjeldende. Å komme opp om morgenen var sett på som godt for både kropp og sjel, noe som ville bedre dagen til Edel.

Til slutt argumenterte pleierne også med at når Edel sto opp så sent som hun gjorde, gikk det ut over pleiernes lunsj. Det var mulig å ta pausen litt senere, siden det var en stund til middagen. Middagen var den tiden etter morgenstellet hvor det var viktigst at alle pleierne var tilstede og deltok i arbeidet. Men hvis pleieren utsatte pausen måtte hun spise alene, og gikk dermed glipp av det felles samværet med de andre pleierne under lunsjen. Lunsjen var en viktig pausearena hvor pleierne sammen kunne trekke seg tilbake fra arbeidsområdene og slappe av. Dette skal jeg ta nærmere for meg i et senere kapittel. I tillegg var ikke lunsjen betalt for pleierne, de hadde en halvtime fra klokken elleve til klokken halv tolv hvor de hadde en ubetalt lunsjpause.

Rutinene ved sykehjemmet var altså ganske regelmessige, hvor døgnets rytmer var fastsatt i et system for de ulike aktivitetene. Flere av pleierne uttalte ved noen anledninger at det måtte bli en endring i rutinene for sykehjemsarbeidet. De forklarte at rutinene som var nå var beregnet på hvordan rutiner de eldre var vant med fra de var unge, men mente også at man snart måtte snakke om å endre på disse fordi man fikk inn en ny generasjon eldre på sykehjem. De dro paralleller til seg selv og sin hverdag, og sa at de ville nok ikke spise middag klokken ett, det var alt for tidlig. De mente også at de ikke ville ønske å stå opp så tidlig, eller legge seg så tidlig som det som var vanlig nå. Derfor mente de at det ville være nødvendig med en endring i de vaktordningene som var nå, med endring for når dagvakten og kveldsvakten skulle foregå.

Ansvar og arbeidsfordeling

Pleierne fortalte om en morgen hvor en pleier under morgenstellrunden ikke hadde fått gjort det hun skulle gjøre, fordi hun brukte for lang tid på en beboer. Pleieren hadde ansvaret for en gruppe på fem beboere, hvor en av beboerne skulle dusjes som en del av morgenstellet. Etter dusjingen skulle hun rulle håret. De fortalte hvordan pleieren hadde brukt lang tid på både dusjingen og rullingen av håret i etterkant, og ingen av de andre beboerne på gruppen hennes var blitt tatt opp i løpet av den tiden. Det var begynt å bli sent på morgenen, og de andre pleierne hadde dermed tatt over de andre beboerne slik at de ble stelt og fikk komme opp. Pleierne beskrev hvordan de var irriterte over dette, de mente hun ikke hadde tatt det ansvaret som var hennes, noe som hadde pålagt de andre mer arbeid. En av pleierne fortalte videre hvordan pleieren hadde kommet inn på kjøkkenet mens de holdt på med maten, så hadde hun sagt at hun skulle ordne håret til beboeren som hadde dusjet, akkurat når de skulle starte med middagsserveringen. Da hadde pleieren sagt ifra om at det ikke var greit, det var viktigere å komme i gang med middagen, og at alle måtte hjelpe til.

Å ta seg tid med beboere og yte litt ekstra var noe som pleierne verdsatte, men ikke når det gikk ut over de andre arbeidsoppgavene man måtte gjøre i løpet av en dag. At en pleier ikke gjorde sin del av arbeidet var noe de fleste pleierne mislikte sterkt. Selv om pleieren i eksempelet ovenfor hadde jobbet hele tiden, hadde hun ikke gjort det de andre pleierne mente var det viktigste å prioritere, og slik forsømt de arbeidsoppgavene hun skulle gjøre. Selv om ansvaret for stellet av beboerne var fordelt i grupper mellom pleierne, hadde alle pleierne på avdelingen et overordnet ansvar for at alt som skulle gjøres ble gjort. For pleierne ble dette

som et ”nullsumspill”; det noen ikke gjorde, var det noen andre som måtte gjøre. Det var ikke vel ansett å etterlate arbeid til andre som man burde ha gjort selv, for eksempel til neste vakt.

Det var kveld og en viktig fotballkamp på tv, og en av beboerne ønsket å sitte oppe og se på den til den var ferdig. Men kampen var ikke ferdig før klokken var over ti på kvelden, altså etter at kveldsvaktene var ferdige for dagen. De to pleierne jeg var på vakt sammen med virket usikre på hva de skulle gjøre, men kom frem til at han måtte få se ferdig kampen, siden han ønsket det. Selv om de hadde virket nølende når de tok det opp, mente de at det var jo ikke slik at de kunne tvinge ham i seng, og han måtte jo få lov å se ferdig kampen. De skjøt inn en kommentar om at nattevakten måtte nesten bare stille beboeren for kvelden, og det burde gå greit.

Her ble stellet av en beboer flyttet til en annen vakt, fordi han ønsket å se en fotballkamp på tv. Behovene og ønskene til beboeren ble veid opp mot problemet rundt å skyve arbeid over på en annen vakt. Når tidsskjemaet ikke ble overholdt, ble det mer arbeid til pleiere på andre vakter, noe som kunne slå ut i konflikter. I eksempelet hadde pleieren konkret nevnt at dette burde jo gå greit for nattevakten, for å vektlegge at dette var ikke så veldig mye arbeid som ble flyttet over til den andre vakten. I tillegg hadde de også vektlagt at de ikke kunne tvinge ham i seng, som begrunnelse for at de ikke fikk gjort dette stellet på denne vakten. Bedriftsrasjonaliteten, å overholde systemet for hvilke oppgaver som skulle gjøres når og til hvor lang tid, ble her vurdert som en mulig kilde til uenighet med nattevakten. De avgjorde imidlertid at det var viktigere at arbeidet ble tilpasset hva som var best for beboeren, og endringen var ikke så stor at den ville gå så mye ut over nattevakten.

Hjelp i etasjene

På sykehjemmet var det i tillegg til pleierne som jobbet inne på sykehjemmet, en pleier som jobbet ute i boligene. På sykehjemmet hadde de en muntlig, uformell ordning med at pleieren som jobbet ute i boligene skulle komme inn på sykehjemmet å hjelpe til når hun ikke hadde noe å gjøre ute i boligene. Det var blitt poengtert at hun skulle bare hjelpe til om hun hadde tid til overs. Men dette var ikke en problemfri ordning, noe som ble tatt opp under en morgenrapport:

Rapporten var blitt gitt fra nattevaktene for begge etasjene, og pleierne satt nå igjen på personalrommet og snakket. To pleiere fra andre etasje tok så opp temaet med ekstra hjelp i

etasjene. De mente at de i andre etasje fikk mindre ekstra hjelp enn de nede i første. Slik som det var nå måtte de ringe ned i første etasje for å spørre om hjelp, noe de mente var en dårlig ordning. De synes det var ubehagelig å ringe ned etter hjelp fordi det indikerte at de trengte ekstra hjelp akkurat til det tidspunktet, at det var noe de ikke klarte med alene. De fortalte at de fikk jo gjort alt de skulle gjøre i løpet av dagen, men det ble ofte veldig travelt, og de fikk mindre pausetid på slutten av vekten i forhold til i første etasje. De fortalte at de ønsket mer jevnlig hjelp fra første etasje. Slik som det var nå var det personavhengig om de fikk hjelp i løpet av dagen, og slik skulle det ikke være, mente de.

Noen dager senere ble dette tatt opp mellom to pleiere nede i første etasje, den ene pleieren brukte å være ute i boligene og den andre jobbet fast nede i første etasje. Det var en kveldsvakt, og jeg satt sammen med dem ved spisebordet i en av stuene og snakket.

Pleieren fra boligene, Anniken, fortalte at hun synes det var mye krav til at de i boligene skulle hjelpe så mye til inne på sykehjemmet, og hun følte at uansett hva de gjorde så ble det feil. Det var mye å gjøre ute i boligene, noe hun mente ikke alle tenkte på når de mente de fra boligene skulle hjelpe så mye til. Videre fortalte hun at det ble lett slik at hvis de hjalp til i første etasje ble de i andre sure, og omvendt. Hun synes det var dårlig gjort mot de som jobbet i boligene at flere av pleierne på sykehjemmet forventet at de fra boligene skulle komme inn på sykehjemmet og hjelpe til, og de takket ikke for hjelpen de gav. Andrea, pleieren som jobbet i første etasje, sa seg enig i dette, og sa at hun selv spurte sjeldent om hjelp, det var bare hvis det var noe ekstra de måtte ha hjelp til hun spurte. Anniken var enig i dette, og la til at Andrea brukte også å være takknemlig og takke for hjelpen de fikk. Anniken sa også at hun mente det var nede i første etasje de trengte ekstra hjelp mest, for det var der det var mest tunge beboere. «Men det er jo slik det er nå, situasjonen kan jo endre seg raskt» la hun til.

Når man ser på argumentene de brukte for deres side av saken, ser man en del ulikheter i hvordan man oppfattet situasjonen. Pleieren ute i boligene følte at det var mye press på de ute i boligene for at de skulle hjelpe så mye til inne på sykehjemmet, og la vekt på at det var ikke en selvfølge at de skulle hjelpe til inne på sykehjemmet. Hun likte ikke at det ble forventet at hun skulle hjelpe til så mye inne på sykehjemmet, det var bare noe hun skulle gjøre hvis hun hadde tid til overs. Hun fremhevet også hjelpen som en type *gave*, hun ønsket å få takk for det ekstra arbeidet hun gjorde.

I tillegg fokuserte de også på at de trengte mer hjelp i første etasje, fordi det var flere tyngre beboere der som man måtte være to stykker på for å stelle. De to pleierne fra andre etasje

argumenterte derimot ut ifra at pleieren i boligene var mye og hjalp til i første etasje, men kom sjeldent opp i andre etasje uten å bli bedt om dette. De så på dette som urettferdig, og ga uttrykk for at de ønsket at pleieren i boligene skulle komme opp i andre etasje jevnlig, uten forespørsel. For dem var ikke ordningen med å ringe og be om hjelp en god ordning, fordi det sjeldent oppsto situasjoner hvor de følte de trengte akutt hjelp. Slikt sett hadde de en ganske lik innstilling som Andrea fortalte at hun hadde. Andrea sa hun sjeldent ba om hjelp, og fremhevet med dette at hun ikke forventet at pleieren i boligene skulle hjelpe til. Dette var også det pleierne i andre etasje ga uttrykk for, at de ville ikke be om hjelp om det ikke var absolutt nødvendig. Det de mente var problemet, var at første etasje fikk mer jevnlig hjelp i og med at pleieren fra boligene brukte å være en del der, og de mente det var urettferdig at de ikke fikk den samme hjelpen uten at de måtte be om den.

Grenser mellom jobb og privatliv

Det var lunsjpause og jeg satt sammen med pleierne inne på personalrommet og snakket. Temaet var om hjemmesykepleien og hvordan det var å jobbe der. En pleier fortalte at det i nabolaget hennes var flere eldre beboere som jevnlig fikk besøk av hjemmesykepleien, og fortalte at datteren hennes en dag hadde foreslått; ”kan du ikke heller bare jobbe her mamma?”. Hun fortalte at hun da hadde tenkt ”aldri i livet!”, og hun og de andre pleierne lo godt. Hun gikk videre med å si at hun kunne ikke forestille seg å jobbe i samme nabolag som hun bodde, og møte på klientene sine hele tiden, uansett om hun var på jobb eller ikke. Dette sa de andre pleierne seg enige i. En annen pleier fortalte at hun en dag hadde møtt en pårørende til en beboer på sykehjemmet på butikken når hun var der og handlet. Hun beskrev det som at personen kom bort til henne og spurte om hvordan det gikk med beboeren, og pleieren følte det var veldig ubehagelig å stå ”midt i kassen på Rema” og snakke om beboerens tilstand.

I dette eksempelet ga pleierne klart uttrykk for at de synes det var problematisk å skulle møte beboere eller pårørende utenom arbeidet. Den første pleieren la vekt på at hun ønsket å skille hvor hun arbeidet og hvor hun hadde sin fritid. For henne ble det en invadering av hennes privatsfære hvis hun risikerte å møte på sine klienter utenom arbeidet, i hvert fall i stor utstrekning. Den andre pleieren fortalte om et møte med en pårørende på fritiden, på en offentlig plass. Det hun mente var problematisk, var når den pårørende begynte å spørre om hvordan det gikk med beboeren, og pleieren følte det var ubehagelig å snakke om det ”midt i

kassen på Rema”. Hennes fortolkning av problemet var tosidig: det var både det at det var ubehagelig å ”møte jobben” på fritiden, og at hun følte at det ikke var passende å snakke om beboeren og hvordan beboeren hadde det på en offentlig plass.

Flere av pleierne som jobbet ved sykehjemmet var også pårørende selv. De hadde nære slektninger som bodde på sykehjem, eller mottok hjemmetjenester. En lunsjpause snakket de om hvor slitsomme pårørende som jobbet i helsevesenet var; de skulle rette på alt og hadde alltid noe å klage på. Etter å ha snakket om dette sa en pleier ”tenk hvor ille vi er da!”, noe som frembrakte latter blant pleierne. De snakket videre om at man som pleier på jobb så litt annerledes på ting enn når man er pårørende; ”det er annerledes når det er personlige følelser involvert”, fortalte en pleier. Slik kan man se at de skilte mellom hvordan man som pleier forholder seg til en beboer og hvordan man som pårørende forholdt seg til dem. Det at man hadde personlige følelser for en beboer gjorde at man reagerte annerledes, og at man kanskje stilte høyere krav. Slik fortalte de om et skille mellom rollen som pleier og rollen som pårørende, at man reagerte ulikt etter hvilken rolle man hadde. Men med dette fortalte de også om hvordan deres rolle som pleier spilte inn på andre felt, at de som hadde en bakgrunn som fagpersonell stilte høyere krav til annet fagpersonell.

Sykehjemmet og sykehuset

Sykehjemmet var ikke bare en lukket institusjon som bare forholdt seg til personene innad, de var også i kontakt med personer og institusjoner utenfor. De som jobbet ved sykehjemmet måtte ofte forholde seg til sykehuset, når beboere måtte innom der, noe som ikke alltid gikk like greit. Sykehjemmet og sykehuset er to ganske ulike former for helseinstitusjoner, hvor pasientene (eller beboerne) hadde ulike roller. Pleierne på sykehjemmet fortalte at når en person hadde sykehjemsplass og måtte på sykehus, ble de ofte sendt tidlig tilbake fra sykehuset fordi det var forventet at sykehjemmet skulle bidra med mye av den rehabiliterende behandlingen. Hvis en pasient var hjemmeboende kunne de bo lengre på sykehus og motta rehabilitering der etter for eksempel en operasjon, mens for en sykehjemsbeboer skulle de motta slik behandling på sykehjemmet. Denne behandlingen skulle foretas i tillegg til de vanlige rutinepleierne hadde ansvaret for på sykehjemmet. Dette gjorde at det ikke alltid var like lett å få anledning til en slik ekstrabehandling for en beboer, i hvert fall ikke i så stor grad som ville vært mest mulig gunstig.

En beboer som hadde vært på sykehuset med et brudd og blitt operert for det, ble sendt tilbake til sykehjemmet kort tid etter. Beboeren var veldig redusert og trengte nå en del ekstra hjelp til de daglige rutinene, i tillegg til at hun skulle få rehabilitering etter operasjonen slik at hun skulle bli bedre. Pleierne uttrykte at de var oppgitte på grunn av dette, de hadde lite ekstra ressurser å ta av, særlig når beboeren trengte enda mer hjelp i det daglige. De var redde for at de ikke kunne gi henne god nok behandling, og at hun dermed ikke ville kunne komme seg like bra som om hun hadde fått opptrening i større grad en de hadde mulighet til å gi. Dette ga en ond sirkel med at pleiebelastningen økte siden beboeren var såpass mye dårligere, og videre kunne denne belastningen vedvare når beboeren ikke ville bli opptrent tilstrekkelig etter operasjonen. Pleierne uttrykte frustrasjon over at en pasient som var hjemmевærende ville kunne få dette tilbudet på sykehuset, mens det var forventet at de skulle kunne ha kapasitet til å gjøre det på sykehjemmet siden pasienten var beboer der.

Ved et annet tilfelle hadde Berit, en beboer, vært inne på sykehuset etter et fall på sykehjemmet. De hadde funnet et lite brudd, men det ville helbrede raskt av seg selv hvis hun bare tok det med ro. Hvordan det gikk med beboeren ble tatt opp på en morgenrapport på sykehjemmet etter de hadde vært i kontakt med sykehuset, og der kom det frem misnøye med sykehuset:

Berit hadde kommet hjem fra sykehuset, og det gikk visst greit med henne. Hun hadde bare et lite brudd i bekkenet, som kom til å leges av seg selv bare hun holdt seg i ro og man var forsiktige under stell av henne. I samtalen med de på sykehuset hadde det kommet frem at de hadde en del kritikk av sykehjemmet. De mente Berit hadde hatt et liggesår på foten som hun hadde fått på sykehjemmet, men pleierne mente at det hadde hun ikke hatt da hun dro fra hjemmet. Et liggesår kunne være ganske alvorlig på en eldre person som lå mye og satt mye i ro i en rullestol, som Berit. Det var vanskelig å få det til å gro, og det kunne fort bli større og infisert om det ikke ble behandlet. En pleier sa at de kledde av og på henne strømper hver dag, og ville merket om hun hadde liggesår. Fordi det var noe som lett kunne oppstå på eldre sengeliggende beboere, samt var vanskelig å behandle, var pleierne veldig obs på liggesår og jobbet for å forhindre dem. De på sykehuset hadde også kritisert sykehjemmet på grunn av noen medisiner hun hadde fått, noe pleierne reagerte på. Det var legen på sykehjemmet som hadde bestemt det. Pleierne mente hun var veldig dyktig, så det var nok gode grunner til dette. En pleier la til at legen kjente jo beboerne, og visste nok dette best. Sykehuset hadde så videreformidlet sin kritikk av sykehjemmet til de pårørende, som da hadde vært ganske

misfornøyde. En pleier fortalte at de på sykehuset brukte å snakke stygt om sykehjemmet til de pårørende. Det var veldig unødvendig mente pleierne.

Her ser man en konflikt hvor sykehuset kritiserte den behandlingen en beboer fikk på sykehjemmet, mens sykehjemmet mente kritikken ikke stemte, og virket oppgitt over dette. I tillegg mente de at det var galt av sykehuset å snakke negativt om sykehjemmet til de pårørende, og mente dette var noe de brukte å gjøre ovenfor de pårørende. Når de snakket om kritikken angående medisineren til Berit hadde de påpekt at legen på sykehjemmet som hadde gitt henne medisinen kjente Berit, og dermed visste bedre enn de på sykehuset hva som var bra for henne i lengden. I tilfeller som dette kom det fram en underliggende konflikt mellom sykehjemmet og sykehuset, hvor sykehjemmet mente de var urettferdig behandlet av sykehuset. Sykehuset på sin side hadde kritisert den medisinske behandlingen en beboer hadde fått på sykehjemmet, som de mente hadde gjort Berit dårligere. Informasjonen som ble delt var en pleiers gjenfortelling av hva som var blitt sagt i en samtale med sykehuset. Det virket som om de andre pleierne kjente seg igjen i konflikten mellom de på sykehuset og de på sykehjemmet, som ble skissert i gjenfortellingen.

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett på noen sider ved hverdagen på sykehjemmet. Pleierne står ovenfor mange utfordringer i arbeidet, og det er ikke alltid gitt hvordan ulike problemer skal håndteres og løses. Vi har sett hvordan pleierne bruker ulike former for rasjonaliteter når de kommer frem til hva som er rett å gjøre i ulike situasjoner, og det varierer hvilken rasjonalitet som spiller sterkest inn. Det kan også lett være ulikheter mellom pleierne om hvordan de skal forholde seg til ulike problemer, og hvilken rasjonalitet som er den viktigste. Dette legger grunnlag for konflikter mellom pleierne; konflikter det ikke alltid er like lett å løse når man er uenige om grunnlaget for avgjørelser. Slike konflikter kan løses enten ved at de som sitter med størst innflytelse og makt på området bestemmer, slik som i tilfellet med Sara og tømmedagen. Der var det pleierne som jobbet fast på avdelingen som avgjorde hvordan rutinene skulle være. Noe som gikk igjen i argumentasjonen til pleierne var hva de mente var best for beboerne, men hva dette innebar var ikke alltid like entydig, eller like enkelt å bestemme. Det var mange ulike perspektiv å forholde seg til; hva som ville gjøre beboeren fornøyd i en gitt situasjon, hva som ville være best for beboeren på sikt, og hva som ville være best å gjøre i forhold til de andre beboerne ved sykehjemmet, og hva pleierne mente var

moralsk rett. Pleierne måtte også forholde seg til rammeverk i form av tidsbegrensninger og ressursene de hadde til rådighet. Omsorgsrasjonaliteten og profesjonell rasjonalitet var ofte de formene som var regnet som mest moralsk rett blant pleierne. Disse ble lettest koblet opp mot hva som var regnet for å være ”beboerens beste”, og kjernen i hva pleierarbeidet besto av. Mens rasjonalitetene som gikk mer mot bedriftstankegang, økonomisk og teknisk rasjonalitet, ble i større grad referert til som nødvendige ”onder”, aspekter som det var vanskelig å komme utenom. Disse utgjorde ofte hvordan man *måtte* handle, uttrykt som satte begrensninger i arbeidet man ikke kom utenom.

I neste kapittel skal jeg se nærmere på rommene på sykehjemmet og hvordan disse ble brukt av både pleiere, beboere og andre besøkende. Rommene hadde ulik betydning for de forskjellige aktørene, noe som ga seg uttrykk i hvordan de forholdt seg til og brukte rommene. Jeg skal se på hvilke områder som utgjorde baksideområdene og fasadeområdene, for å bruke Goffmans termer, og hvem som hadde kontrollen i de ulike rommene.

7. Romlig utforming

Rom og arkitektonisk utforming danner i stor grad faste rammer for interaksjon mellom mennesker. Det åpner for muligheter og det gir også begrensninger. Rom er imidlertid ikke bare en objektiv størrelse som man passivt manøvrerer seg i, det handler også mye om hvordan man *tenker om* rom og områder. Menneskers oppfatning av rom er viktig for hvordan interaksjonen mellom de menneskene foregår. Det setter rammene, samtidig som det kan si mye om hvordan menneskene forholder seg til hverandre. Hvordan den romlige utformingen utsorterer og samler folk på ulike måter er en av de viktige funksjonene til arkitektur (Hall 1968). Jeg skal i dette kapittelet ta for meg hvordan pleierne brukte og forholdt seg de ulike rommene på sykehjemmet, og hvordan man på én måte kan se rom som rammene for arbeidet deres, og på en annen måte hvordan bruken av rommene var et produkt av deres egne forestillinger om arbeidet og rollen til de ulike aktørene.

Jeg har i tidligere kapitler tatt for meg hvordan pleierne takler en kompleks arbeidshverdag hvor de møter krav som ofte kan være motstridende, hvordan i arbeidet handlet ut fra ulike rasjonaliteter. I dette kapittelet skal jeg se på betydningen den romlige utformingen på sykehjemmet har for pleiernes arbeid. Med utgangspunkt i Goffman (1992) skal jeg ta for meg pleiernes fasade- og baksidområder på sykehjemmet, og hvilken relevans disse hadde for arbeidet til pleierne. Jeg vil se på hvordan pleierne forholdt seg til de ulike rommene, og analysere dette i forhold til norske oppfatninger om hjem og hvordan et hjem "skal" være. Sykehjem er et bygg som både er hjem og arbeidsplass, hvor det private (hjemmet) og det offentlige (arbeidet) møtes. Dette danner grunnlag for ulike motsetninger i arbeidet. Jeg skal bruke Gullestad (1989) og hennes analyse av "hjemmet" og oppfatninger rundt dette i Norge som utgangspunkt for å se på hvordan pleierne forholdt seg til sykehjemmet som "hjem" for beboerne.

Ulike rom for ulik adferd

Goffman (1992) fokuserer på hvordan ulike rom og områder har ulike betydninger for hvordan man spiller ut rollen sin. Han skiller mellom to typer områder som har ulike normer for adferd; fasadeområde og baksideområde. Baksideområde er et område som gjerne er adskilt fra de andre områdene, med mulighet for å lukke ute andre personer med vegger eller dører. Her kan man gi slipp på fasaden og rollen man spiller på fasadeområdet, og slappe av. Videre kan man har åpent motsi den rollen man spiller på fasadeområdet, og man kan her planlegge den opptredenen man skal utføre i fasadeområdet. Det kan være et friområde hvor en arbeider kan få fri fra de krav som stilles på de områdene hvor arbeidet skal utføres. Mens fasadeområde er et område for formell adferd, vil baksideområdet være et område for uformell adferd. Men hva som defineres som formell eller uformell oppførsel er ikke entydig, det vil som oftest være variasjoner, selv om det som oftest tenderer mot den ene eller den andre retningen (ibid.). I analysen av pleierne på sykehjemmet vil den formelle adferden i hovedsak være arbeidet de utfører, og størsteparten av områdene på sykehjemmet vil være områder som de utfører arbeid på, altså fasadeområder.

Sykehjemmet er ikke bare et område for arbeid, det utgjør også beboernes hjem. De fleste rommene var som tidligere nevnt rom hvor pleierne arbeidet, men disse rommene var i utgangspunktet *beboernes* rom, deres områder. Navnene på rommene viste også til sykehjemmet som et hjem; stue, kjøkken, bad, beboernes rom. Pleiernes oppfatning av rommene og sorterting av hvilke handlinger som hørte til hvor spilte seg også i tradisjonelle oppfatninger om disse rommene. Gullestad (1989) tar for seg fire ulike typer for mentale skiller som viser seg i utformingen og bruken av våre boliger: (1) Privat/offentlig, (2) barn/foreldre (generasjonene), (3) kvinne/mann og (4) natur/kultur (ibid.: 52-53). Når jeg skal se på sykehjem som hjem, vil det være mest relevant å se på punkt 1 og 4, de to andre gjør seg ikke (like) gjeldende på et sykehjem som i et privat hjem⁷.

På sykehjem kan man i tillegg finne en annen type mentalt skille: mellom pleiere og beboere. I dette skillet ligger det et skille mellom hvem som *bor* på sykehjemmet og hvem som *arbeider* der, og også et skille som sier noe om hvem som har kontroll og hvem som er mer passiv. Dette skillet gir seg utslag i hvordan sykehjemmet er utformet med bakgrunn i disse to gruppene, og hvordan man forholder seg til rommene ulikt. Som nevnt innledningsvis spiller skillet privat/offentlig en litt mer spesiell rolle på sykehjem enn i et privat hjem. Det er skillet

⁷ Skillet kvinne/mann kunne vært interessant å sett på i forhold til hvordan mannlige og kvinnelige pleiere bruker rommene ulikt, men det vil gå utenfor tematikken jeg skal ta for meg i denne oppgaven.

mellom det offentlige og det private Gullestad nevner som det viktigste skillet i boligen (ibid.: 53). Hun viser at ulike rom i boligen har ulik grad av hvor private de er, hvor stuen er det mest offentlige rommet, mens soverommet er det mest private. Dette kan også spores i skillet mellom natur og kultur, hvor ”stuen er husets kulturelle hovedscene” (ibid.: 54). Natur knyttes gjerne til områder hvor de mer konkret fysiske behovene blir tilfredstilt, som på badet og toalettet, og soverommet.

Kulisser

Kulissene er artefakter plassert i rommene som brukes. Det kan være møbler, dekorasjon og ellers andre elementer. De kan være plassert for å avgi et spesifikt inntrykk eller brukes i en opptreden, eller det kan være kulisser som er plassert der av andre, som man ikke har kontroll over. Generelt består offentlige rom av kulisser man ikke har kontroll over, mens man i private områder har full kontroll over kulissene (Goffman 1992). Det kan være en fordel å ha full kontroll over kulissene, for man kan da tilpasse dem til det inntrykket man ønsker å gi med rollespillet sitt. Men kulisser kan da også gi inntrykk man ikke ønsker å avgi, å avsløre noe man ønsker å skjule. Når man er på hjemmebane vil man for det meste ikke kunne skjule de faktiske forhold som er tilstede. Kulissene i et rom kan si mye om hva rommet brukes til, møblement og interiør på et sted som er assosiert med en viss type forestilling kan være med på å kaste en slags ”magi” over stedet (ibid.). Kulissene setter slik noen rammer for den interaksjonen som vil foregå der. Rom vil også være innredet etter det rommet skal brukes til, og man vil i fasadeområder være mer opptatt av å arrangere kulisser for å gi det inntrykket man ønsker.

På et sykehjem har pleierne som oftest en begrenset innvirkning på de kulissene som brukes, på møbler og interiør. Interiøret må være praktisk i bruk, og det er også begrenset med midler å bruke på dette. Kulissene på sykehjemmet besto for det meste av møbler og interiør beboerne hadde med selv, stort sett bare plassert på beboernes egne værelser, og møbler og interiør som var kjøpt inn av sykehjemmet eller som var stilt til rådighet av kommunen. Det var pleierne som ryddet og ordnet møbler, pyntesaker og andre innretninger, og slik kan man se på pleierne som de som kontrollerte kulissene. Det var ikke bare på stuen og kjøkkenet pleierne hadde kontroll, men de hadde også i stor grad kontroll over beboernes rom. Det var pleierne som holdt rommene ryddig, og sørget for at det så ordentlig ut.

Jeg skal nå videre ta for meg noen av de viktigste rommene, hvor det meste av arbeidsaktiviteter foregikk, og se på bruken av disse. Bruken hadde også sammenheng med hvilket forhold pleierne hadde til de ulike rommene. Først skal jeg ta for meg det som utgjorde pleiernes fasadeområder, for så å se på de områdene pleierne definerte som sin ”back stage”.

Pleiernes fasadeområder

De aller fleste rommene på sykehjemmet var rom som pleierne på en eller annen måte hadde tilgang til og kunne entre på eget initiativ⁸. Personalrommene og kjøkkenene var rom forbeholdt pleierne og deres arbeid, hvor beboere og pårørende i utgangspunktet ikke skulle delta. Fellesstuene og beboernes rom, som i utgangspunktet var beboernes områder, var områdene hvor pleierne utførte mesteparten av pleiarbeidet. Pleierne og beboerne hadde ulik bruk av rommene på sykehjemmet, og hva som utgjorde fasadeområder og baksideområder for dem varierte.

Fellesarealene var de områdene som generelt var tilgjengelig for både beboere, pleiere og besøkende på sykehjemmet. Disse besto av de to stuen som var i hver avdeling, gangene på avdelingen med tilhørende karnapper, og gangene utenfor avdelingene. Gangene utenfor avdelingene ble ikke brukt mye til annet enn gjennomgang. Ytterdøren førte inn i gangen i første etasje, og her kunne man også ta trapp eller heis opp i andre etasje eller ned i kjelleren. Den tiden jeg var der brukte pleierne gangene som pauseområde et par ganger når det var omstendigheter som gjorde at personalrommene ikke kunne brukes. Siden disse områdene ikke hadde noe konkret bruksområde i de daglige rutine, og ble bare brukt unntaksvis. Den tiden jeg var på sykehjemmet observerte jeg at sofakrokene i gangene ble brukt av og til når man hadde samtale med en pårørende, når en pleier hadde samtale med en student på opplæring, eller hvis personalrommet var opptatt når det var lunsjpause.

To av de viktigste fasadeområdene til pleierne var stuen og beboernes rom, hvor det meste av arbeidsaktivitet i løpet av en dag foregikk.

⁸ Unntakene var kontorene til merkantilen og avdelingssykepleieren og medisinerrommet. Kontorene var pleierne bare innom om de skulle snakke med de på kontoret (selv om merkantilens kontor ofte ble brukt som gjennomgang til personalrommet når man skulle samles til morgenrapporten). Medisinerrommet var det bare sykepleierne med medisinsk ansvar hadde nøkkel og adgang til, og som pleierne bare hadde adgang til når de hadde tillatelse på en eller annen måte.

Stuene – møte mellom pleiere og beboere

Stuene på avdelingene var i hovedsak beboernes stuer, det var der de tilbrakte mesteparten av dagen når de var våkne. Rommene var utstyrt med TV, sofakrok, lenestoler og spisebord med stoler. På en av stuene i hver etasje var det et piano som ble brukt av og til, og i en stue i første etasje var det et akvarium. Noen beboere satt i rullestol og brukte ikke stolene på stuen, mens andre satt i lenestolene som var der. Flere av beboerne hadde faste plasser, enten en bestemt lenestol, eller en plass hvor rullestolen deres som oftest ble plassert. I hvor stor grad de hadde faste plasser eller skiftet sitteplass varierte med hvor mobile de var; jo mer de kunne bevege seg på egen hånd, jo mer kunne de variere hvor de satt. Pleierne brukte også stuene mye, men det var som oftest i samhandling med beboere. Pleierne var på stuene da de for eksempel skulle hjelpe beboere ved måltider og lignende, eller hvis de hadde tid til overs og kunne sitte sammen med beboerne. Under dagvakt satt ikke pleierne så mye inne på stuen utenom mating i forbindelse med måltider. Dette var i hovedsak fordi det var som oftest mye å gjøre andre steder. I løpet av kveldsvakten brukte pleierne derimot å tilbringe mer tid på stuene. Særlig etter kveldsmaten, når beboerne etter hvert ønsket å legge seg, brukte pleierne å sitte på stuen sammen med beboerne og se litt på tv, lese i blad eller snakke. Beboerne ønsket å legge seg til ulike tidspunkt i løpet av kvelden, og med å sitte sammen med dem på stuen kunne pleierne med en gang se når noen ønsket å gå til sengs. Noen beboere sa selv ifra når de ønsket å legge seg, andre brukte de å følge med på når de så trøtte ut, og spørre dem da om de ønsket å legge seg. Slik ble det mer praktisk i forhold til arbeidet å sitte på stuen.

Pleiernes bruk av stuen bar ofte preg av å være arbeidsrettet på en eller annen måte. Stuene var beboernes områder, og dermed også områder hvor pleierne skulle arbeide. Når man var på stuene måtte man følge med; var det noen som trengte hjelp? Var det noe arbeid man burde gjøre?

En formiddag satt jeg og en annen pleier på en av stuene uten noe spesielt å gjøre, mens de andre pleierne var opptatt andre steder, og pleieren kommenterte at hun ble alltid litt usikker i slike situasjoner, hun sa med et smil at hun tenkte ”er det noe jeg egentlig burde gjøre nå?” i slike situasjoner. Jeg kjente godt den følelsen, og sa meg enig i dette. Jeg la til at jeg følte det som ”når alle andre var opptatt med noe, burde ikke jeg også egentlig være opptatt?”, noe den andre pleieren smilte og sa seg enig i.

Hvorfor man kunne føle det slik hadde også med tiden på dagen å gjøre. På formiddagen var det ofte en del å gjøre, selv om det også var rolige perioder, som i dette eksempelet. Men det

handlet også om rommet vi oppholdt oss i. Stuen var et arbeidsområde, det var lett å føle seg utilpass om man ikke hadde noe å gjøre mens man satt der. Mye av arbeidet på sykehjem avhang av at man selv sjekket og holdt seg oppdatert på hva som burde gjøres, og man satt ofte med følelsen av at det alltid var noe *mer* man kunne gjøre. Om det ikke var noe konkret arbeid på stuen, burde man da ikke oppsøke andre steder og se om det var noe annet man burde gjøre? Det var imidlertid ikke slik at pleierne aldri satt i stuen uten en konkret arbeidsoppgave å ta seg til. I rolige perioder, som i eksempelet ovenfor, kunne man sitte der i påvente av noe å gjøre. Med å sitte på stuen kunne man også følge med på om det var noen som trengte hjelp, og være i nærheten av beboerne som var oppe.

En dagvakt jeg var på vakt var personalrommet opptatt i tiden etter middag, litt før klokken to. Dette var den perioden hvor vi stort sett var ferdige med arbeidet for vekten og skulle begynne å skrive rapport. Vi fikk høre at rommet var opptatt til klokken halv tre, så vi måtte vente med å skrive rapport til da. Flere av beboerne lå og sov middagshvil, mens noen få satt igjen i stuen og slappet av etter middagen. Vi var tre stykker som var ferdige med det vi skulle gjøre, og satte oss ned i den ene stuen. En av pleierne kommenterte ”dette er jo også en del av arbeidet, å sitte sammen med beboerne”, og den andre pleieren sa seg enig i dette.

Med å si dette presiserte pleieren at deres tilstedeværelse der var en del av arbeidet, de satt altså ikke bare der og hadde pause. Vanligvis på denne tiden brukte pleierne å sitte på personalrommet, de kom inn etter hvert som de ble ferdige med arbeidet. Her satt de og skrev rapport for de beboerne de hadde hatt ansvar for, og snakket seg imellom. Det var en rolig periode, og man kunne slappe av og ta det med ro. Men når de måtte sitte på stuene virket det som om pleieren følte hun måtte presisere at dette var arbeid, at de ikke brukte stuen som pauserom. Stuen var i utgangspunktet var deres arbeidsområde, ikke et pauserom. Dette beskriver skillet pleierne satte mellom personalrommet, som var deres pauseområde, og stuen, som var deres arbeidsområde.

Pleiernes ”rollespill” i fasadeområdene kan sees på som et ”spill” for beboerne, pårørende og andre utenforstående. Det var disse de holdt en profesjonell rolle ovenfor. Men det var også på mange måter en rolle man holdt ovenfor andre pleiere. Når man var i arbeidsområdene var man i arbeidsmodus.

Beboernes rom

Beboerrommene var i utgangspunktet utstyrt med seng, nattbord, stål lampe og en godstol med et lite bord, men beboerne hadde mulighet til å innrede rommene med egne ting. Kun skapene og baderomsmøblementet var fast. Det varierte veldig hvordan rommene var innredet, fra de som hadde bare sykehjemsinnredningen, til de som hadde innredet stort sett hele rommet med egne møbler og ting. Noen var avhengige av flere tekniske og medisinske hjelpemidler, som gjorde at rommene i større grad var innredet med sykehjemsartikler og hadde et mer "klinisk" utseende. Rommene hadde uansett et preg av sykehjemmet i form av standardiserte toalettartikler, handduker, vaskekluter og sengetøy som sykehjemmet forsynte. Det var hygieniske krav og effektivitetskrav de måtte ta hensyn til. Standardisert sengetøy som kunne sendes til vaskeriet var lettere og kjappere for pleierne enn hvis det var beboernes egne ting, for da måtte de bruke tid på å sortere dette, og passe på at de ikke ble borte eller ødelagt i vask. Sengetøyet ble også kokevasket, på samme måte som hånddukene og vaskeklutene, slik at de overholdt de hygieniske kravene.

Beboernes rom var i utgangspunktet områdene til beboerne, deres baksideområder. Det var her de ble vasket, kledd og stelt for å være klar til å møte andre. Men det var også pleiernes arbeidsområder, det var her det meste av det "skitne" pleiearbeidet foregikk. Rommene til beboerne var derfor et ganske spesielt område for pleierne å forholde seg til. På den ene siden hadde pleierne full "kontroll" på rommene. Det var de som ryddet, redde sengen, la klær inn i klesskapet, sørget for at det var nok av såpe, sjampo og andre toalettartikler på badet; på den andre siden var rommene beboernes private område, deres hjem. Videre følger et eksempel på hvordan en pleier gjennomførte et morgenstell på rommet til en beboer.

Det var en dagvakt og vi var i gang med morgenstellet på avdelingen. Jeg hadde ikke noe å gjøre, så Heidi, en av pleierne, spurte meg om jeg kunne hjelpe henne med en beboer som man måtte være to stykker for å stelle, noe jeg takket ja til. Heidi tok med seg et vaskefat med vaskekluter og noen håndduker fra tøylageret i gangen, og vi gikk sammen bort til rommet til beboeren. Heidi banket kort på døren og gikk inn. Hun startet med å si "god morgen!" i det hun kom inn i rommet, beboeren var våken. Heidi fortsatte med å småprate litt med henne, om hvordan det gikk i dag og hvordan været var. Så fortsatte Heidi med å finne frem det hun trengte til stellet og sette det klart på nattbordet. Beboeren var ikke så veldig mobil, så stellet foregikk i sengen. Selv om Heidi hadde vært og hentet ut mye av det hun trengte til stellet og gjort klart på forhånd, hadde hun ikke husket alt. Hun måtte inn på badet igjen et par ganger

og hente ting hun hadde glemt. Hun virket litt oppgitt over seg selv og sa ironisk ”godt planlagt stell!”. Underveis i stellet ble skittenklær lagt i en haug på gulvet, og nesten ingenting ble ryddet mens vi holdt på. Når beboeren var ferdig stelt og vi hadde fått henne over i rullestolen, tok jeg henne med ut på stuen for å servere frokost, mens Heidi ble igjen på rommet for å rydde.

For å se om en beboer var våken om morgenen og klar til stell, måtte man som oftest inn på rommet for å se. Det varierte fra pleier til pleier hvordan de brukte å entre rommet, noen banket kort på døren først, noen sa ”god morgen” i det de kom inn i rommet, andre igjen var mer tilbakeholdne og så etter om beboeren var våken før de ga noe lyd fra seg. Dette varierte naturlig nok også fra hvilken beboer de gikk inn til. Noen beboere brukte å være våkne tidlig om morgenen, andre sov lett og våknet da man banket på og sa god morgen, andre igjen sov lenge og måtte vekkes når det ble sent på formiddagen. I eksempelet over, banket Heidi bare kort på døren før hun gikk inn i rommet og gjorde seg til kjenne med et ”god morgen!”. Beboeren vi gikk inn til hadde problemer med å snakke, og greide kun å utrykke korte setninger hviskende. Det hadde derfor ikke noe for seg å vente på svar, så Heidi gikk rett inn. Lyden av banket på døren og at hun snakket markerte at hun entret rommet til beboeren, og gjorde seg klart til kjenne.

Dersom beboeren viste seg å være våken og ønsket å stå opp, var det tid for pleieren å sette i gang med arbeidet. Pleieren bevegde seg da fritt i rommet, og fant fram alt hun trengte til stellet av beboeren. Pleieren tilrettela rommet slik at beboeren kunne stå opp og komme på badet for morgenstellet, eller gjøre klart til stell i sengen om det var nødvendig. I eksempelet ble Heidi oppgitt over seg selv når hun ikke hadde alt klart på forhånd. Det var også pleierne som i løpet av dagen sørget for å rydde på rommene, og at det så ordentlig ut der. Klær ble hengt opp på knagger på badet, eller lagt til vask om de var skitne. Stelleartikler ble fjernet fra soverommet og ryddet inn på badet, sengen ble redd og gjerne lagt sengeteppe på. Ellers så man over rommet om det var noe annet som skulle ordnes. Det varierte hvor mye pleierne gjorde på rommet etter hva de mente var nødvendig, men alle sørget for å holde det ryddig til en viss standard. Ryddingen ble vanligvis tatt til slutt, etter at beboeren hadde kommet ut av rommet og var blitt tatt vare på. Kontrollen og ordningen av rommet foregikk for det meste når beboeren ikke var til stede, det var forventet at alt skulle være i orden når beboeren skulle bruke rommet. Dette var både for beboerens del, og for de andre pleierne som skulle bruke rommet senere.

Slik blir også beboerrommene en del av pleiernes område. Det var pleierne som hadde ansvaret her, og de som i stor grad bestemte hvordan det så ut på rommet. I utgangspunktet var det beboernes kulisser, satt der for at det skulle bli trivelig for dem, men det var pleierne som ordnet kulissene og hadde ansvaret for dem. Rommene og hvordan de så ut ble slik også et uttrykk for jobben pleierne gjorde, ikke som representerende for beboerne. Pleierne var opptatt av at rommene skulle se pene ut i fall beboerne fikk besøk og de skulle ønske å bruke rommet. Om rommene var velholdte ble sett på som et veldig klart tegn for pårørende om det ble gjort et ordentlig arbeid på sykehjemmet eller ikke. Beboernes ”hjemmebane” ble slik til et ytre kjennetegn som sa noe om arbeidet pleierne gjorde.

I fasadeområdene ble det meste av arbeidet med beboerne utført, men hva som foregikk på pleiernes baksideområder var også viktig i arbeidet. Dette skal jeg ta for meg videre.

Pleiernes baksideområder

Pleiernes baksideområder vil jeg i hovedsak definere som de områdene hvor de ikke jobbet direkte med beboerne, det vil si kjøkkenet og personalrommet. Pleierne jobbet i begge disse rommene, med matlaging på kjøkkenet, rapport og annet papirarbeid på personalrommet. I disse rommene møtte imidlertid pleierne ikke beboerne og trengte ikke holde sin rolle ovenfor dem. Dette utgjorde derfor pleiernes baksideområder, hvor pleierne kunne slippe fasaden sin, og koble av fra de kravene som stilles på de områdene hvor arbeidet skal utføres. Dette var områder for uformell adferd, for spøking og historiefortelling blant pleierne. Det var variasjoner mellom adferden på kjøkkenet og på personalrommet, og dette ga mulighet for forskjellig adferd, som jeg skal se på videre.

Kjøkkenet

Kjøkkenet var plassert midt mellom stuen på avdelingen, med inngang fra begge stuen og fra midten av hesteskogangen. Dørene inn til kjøkkenet brukte som oftest å stå åpne, bare av og til ble skyvedørene som førte inn til stuen lukket helt eller delvis igjen. Dørene var vanligvis bare lukket for korte perioder, som når flere pleiere var samlet på kjøkkenet og sto og snakket sammen i en rolig periode, og dermed kunne ta seg en pause. Det var her pleierne laget frokost til beboerne, forberedte middagen og basen for servering av maten. Kjøkkenet var relativt velutstyrt, og det var lagt opp til at pleierne kunne bake av og til, og ellers gjøre enkel matlaging. Det var kjøleskap, fryser, ovn, benker og skap på kjøkkenet, og

medisintrallen til avdelingen sto ved den ene døren. Her ble medisinkardexen, oversikten over hvilken medisin hvilken beboer skulle ha, oppbevart, og medisinene var låst inne i vognen. Dette rommet ble hyppig brukt av pleierne under måltidene, som mye av aktiviteten til pleierne var sentrert rundt. Kjøkkenet ble dermed et område for mye aktivitet hvor pleierne ofte møttes i løpet av dagen. Det var et rom som var sentralt plassert i avdelingen, i midten av stuene og med åpning ut mot gangen og utgangen til avdelingen.

Kjøkkenet i avdelingene var ikke et rent baksideområde. Det var i nær kontakt med stuene, og et rom man oppholdt seg på under arbeidsperiodene. Rommet hadde likevel noen trekk som gjorde at jeg vil behandle det som et baksideområde. På hver side av kjøkkenet, ved dørene til stuene, hang det lapper som presiserte at kjøkkenet var forbeholdt personalet. Arkene var henvendt til pårørende. Det var presisert at pleierne ved sykehjemmet satt veldig pris på at de var på besøk, og om det var noe de trengte var det bare å kontakte en pleier, så kunne pleieren hente det de måtte trenge på kjøkkenet. Dette rommet var altså i utgangspunktet forbeholdt pleierne, og et område delvis skjermet fra fasadeområdene. Selv om det egentlig kun var pleierne som skulle ha adgang til dette området, var både beboere og pårørende innom, selv om dette ikke skjedde så ofte. Pleierne jagde aldri ut noen som kom inn på kjøkkenet, eller prøvde å påpeke at det bare var pleierne som hadde adgang.

Dette var i dagene etter en ny beboer var kommet inn til avlastning på sykehjemmet. Dette var hans første opphold på sykehjem, og det var i utgangspunktet planlagt at han skulle tilbake flere ganger. Han ble raskt dårligere av sykdommen sin, og ville etter hvert trenge omsorg og tilsyn døgnet rundt. Han hadde nå fått plass i rotasjonen om avlastningsrommet, og gjennom dette skulle hans pårørende få avlastning, og han kunne gjennom dette starte med å venne seg til å bo på sykehjem. Dette var en tung periode, både for beboeren og for hans nærmeste pårørende, Sylvia. Sylvia var innom hver dag og besøkte ham, og snakket også denne tiden mye med pleierne. Hun kom inn på kjøkkenet en dag jeg var på vakt, og kom for å snakke med to av pleierne som sto der. De var blant de faste og kjente derfor Sylvia. Pleierne spurte henne om hvordan det gikk med henne og med beboeren, og Sylvia fortalte. Hun var tydelig preget av situasjonen, og begynte nesten å gråte når hun snakket. Pleierne trøstet henne og lyttet til det hun hadde å fortelle.

Den pårørende var innom kjøkkenet og snakket med pleierne flere ganger den tiden beboeren var på avlastning der, og pleierne tok alltid i mot henne. I tilfellet ovenfor ble kjøkkenet brukt som et område hvor en pårørende kunne oppsøke pleierne og snakke om forhold med

beboeren som var vanskelig for dem. Det var en plass å møte pleierne mens de var i arbeid og uten å bryte inn mens de hjalp noen andre beboere. Kjøkkenet ble slik en mellomting mellom personalrommet og stuene. Det var en plass hvor den pårørende kunne snakke litt skjermet med pleierne, men uten å få en følelse av å bryte inn i en pause.

Kjøkkenet var et område hvor pleierne kunne stoppe opp og ta seg en kopp kaffe mens de snakket sammen, men uten å måtte gå ut til personalrommet. Det var i umiddelbar nærhet av stuene og beboerne, men likevel skjermet fordi det var et eget rom. Det var ikke stoler der inne, så man måtte stå. Dette gjorde også at dette ikke var et rent pauserom, og at man ikke gikk helt i pausemodus. Man sto oppreist, og var klar til å kunne gå og gjøre noe annet om det var nødvendig. Kjøkkenet ble hyppig sirkulert av pleierne i løpet av vekten, særlig i løpet av dagvekten, som var den travleste tiden. Hvis man trengte hjelp under morgenstellet, kunne man gå inn hit for å se om det var noen der som kunne hjelpe. Om man akkurat var ferdig med noe og ikke hadde noe umiddelbart å gjøre, gikk man gjerne dit. Man kunne da snakke med de andre, høre hva de gjorde, og finne ut om det var noe man skulle gjøre eller hjelpe til med, eller rett og slett bare slå av en prat. Som tidligere nevnt, var mye av arbeidet sentrert rundt måltidene og dermed også kjøkkenet. Kjøkkenet ble slik et naturlig knutepunkt for pleierne under arbeidet.

Utseendemessig var kjøkkenet et rom som bar mer preg av å være et "arbeidsområde". Mens man prøvde å pynte stuene og rommene slik at de fikk et mer hjemlig preg, bar kjøkkenet mer preg av å være et arbeidsområde kun for pleierne. Det var flere grunner til dette. Siden kjøkkenet var et område hvor mat ble behandlet, var det strenge hygienekrav hvor man skilte mellom rene og skitne soner. I tillegg skulle matlagingen til ganske mange personer gå raskt og effektivt, og organiseringen av kjøkkenet var tilpasset dette. Stekeovnen var en stor industriovn, spesielt praktisk for å varme opp de store pakkene med middag. At kjøkkenet bar mer preg av å være arbeidsrom passet også sammen med at det var i hovedsak pleierne som hadde tilgang til og brukte rommet. Dette var et arbeidsrom hvor pleierne vanligvis ikke var i direkte kontakt med beboerne, og ble slik et rom som var bare "arbeidsplass" og ikke "hjem" i tillegg.

Adferden til pleierne på kjøkkenet bar preg av å være avslappet, ofte med mye snakking dem imellom. Samtaletema varierte fra konkret arbeidsrelatert informasjon til hverandre, til historiefortellinger og til private samtaler. Pleierne kunne lufte frustrasjoner til de andre her, og de kunne henvende seg til noen andre hvis det var noe de lurte på. Jeg tilbrakte en del tid

på kjøkkenet under feltarbeidet. Det var en fin plass hvor jeg kunne oppholde meg når jeg ikke hadde noe annet å gjøre, og hvor jeg samtidig kunne møte pleierne som var innom. Når jeg sto der kunne også pleierne henvende seg til meg hvis de trengte hjelp til noe, og jeg kunne følge med på hvordan arbeidet gikk.

Personalrommet

Mens kjøkkenet bar mer preg av å være en mellomting mellom bakside- og fasadeområde, var personalrommet så å si et rent baksideområde. Dette var pleiernes rom, og var arkitektonisk plassert delvis for seg selv. Personalrommene var stort sett like i første og andre etasje, og plassert likt i avdelingen. I første etasje var inngangene til personalrommet enten gjennom kontoret til merkantilen, eller fra gangen vis-à-vis den ene stuen. I andre etasje kom man inn fra gangen, på samme måte som i etasjen under. Personalrommet var vinkelformet, som man kan se av illustrasjonen (se vedlegg 1). Med vinkelformen var det begrenset innsyn til og utsyn fra personalrommet, til tross for at døren brukte å stå åpen. På én vegg var det skap med diverse materiell i, på en annen vegg var det datamaskiner og hyller med diverse skriftlig informasjon om beboerne og sykehjemmet. Interiørmessig skilte disse rommene seg også fra de andre rommene på sykehjemmet. Møblene var for det meste kontormøbler, ingen sofaer eller lenestoler. Det var skap og hyller for oppbevaring av papirmateriale, og diverse pleierekvisita. I tillegg var det skrivebord for pc-ene, med tilhørende kontorstoler. Personalrommene var laget for å kunne ha rapporter mellom vaktene, og for å oppbevare kontormateriell og informasjon som pleierne skulle ha tilgang til.

Personalrommet var forbeholdt pleierne, noe både innredningen og beliggenheten la opp til. Mens kjøkkenet og stuen var plassert midt i avdelingen, midt i hesteskogangen, var personalrommet på yttersiden av gangen, mot fremsiden av sykehjemmet. Pårørende som skulle ha tak i noen på personalrommet, brukte bare å kikke inn døren for å få kontakt med de som var der, som i følgende eksempel:

Vi satt inne på personalrommet og hadde lunsjpause. Det var ganske mange pleiere på vakt, så det var ganske fullt rundt bordet. En dame som var på besøk hos en av beboerne tittet inn døren og sa ”hallo” for å få oppmerksomheten. Hun sto utenfor i døråpningen og lente seg svakt innover for å få kontakt, og pleierne så på henne. Hun sa det var en beboer borte i gangen som spurte etter hjelp, så en av pleierne som satt ytterst spratt opp og ble med henne bortover gangen.

Damen som var innom holdt seg til døråpningen når hun skulle ha kontakt med en pleier, og trådte ikke inn i rommet med hele seg. Det var tydelig at hun følte dette rommet var eksklusivt pleiernes rom, og ville ikke trå over dørstokken. Selv om det ikke var noen fysiske barrierer eller presiseringer om at dette var eksklusivt pleiernes rom (som lappene som hang ved hver side av kjøkkenet), var det tydelig at hun følte dette var et rom hun ikke kunne entre like fritt som for eksempel fellesstuene. En grunn til dette kan være at flere har en oppfatning av personalrom og pauserom som noe eksklusivt for de ansatte. Disse områdene var baksideområde utenforstående ikke skulle ha tilgang til. Under dette lå det kanskje også en antakelse om at konfidensiell informasjon ble delt her.

Heller ikke beboerne hadde for vane å gå inn på personalrommet. Dette hadde nok mye med plasseringen av rommet, som vanligvis ikke var i den daglige "ruten" til noen av beboerne. Men en gang i blant var det noen som kom innom der, som i dette eksempelet:

Vi satt inne på personalrommet og hadde lunsjpause. En av pleierne hadde bursdag, så hun hadde med kake som vi spiste. Det var fullt rundt bordet, og god stemning. En beboer kom sakte inn døren og spurte hva dette var for noe. Han var dement, og var ofte oppe og vandret. Merkantilen, som satt ytterst og nærmest døren, trakk fram en stol og sa han kunne komme og sette seg. Et kakestykke ble skjært til ham, og han fikk en kopp kaffe i hånden. Han så overrasket ut og sa "oj, dette var jo koselig!". Pleierne gjenopptok praten, og beboeren satt og spiste kaken og drakk kaffe. Når han var ferdig reise han seg og gikk ut igjen.

Beboeren ble her ikke jaget ut, og ble derimot velkommet inn og tilbydd en plass. Dette viser at personalrommet var ikke en absolutt grense, det var muligheter for å være der inne selv om man ikke var pleier. Men det er viktig å merke seg at dette ikke var vanlig. Beboerne brukte stort sett aldri å være innom der, det var også sjeldent de gikk forbi rommet i det hele tatt. I dette eksempelet var det en dement beboer som var ute og vandret, og som kom innom personalrommet ved en tilfeldighet. Han virket klart forvirret over situasjonen, og lurte på hva som skjedde der. Han kom ikke innom for å søke hjelp, slik som det som oftest var tilfellet når en beboer kom bort til personalrommet. Det var derfor ingen grunn for pleierne å reise seg, og siden dette var en litt mer spesiell lunsj, med felles kake til alle, ble han invitert inn og servert kake. Utenforstående ble altså ikke ekskludert totalt fra personalrommet, men det var likevel flere faktorer som gjorde at andre vanligvis ikke kom inn på rommet i utgangspunktet. Beliggenheten var en viktig faktor, man så tydelig at den lå bortenfor stuene, som var det mest åpne oppholdsrommet på avdelingen. Selv om utenforstående ikke ble ekskludert fra

personalrommet under pauser og lignende, var det nok situasjoner hvor dette ikke ville være slik, som under rapporten mellom vaktene.

Kjøkkenet hadde noen av de samme sperrene som personalrommet. Det var et rom som i utgangspunktet var forbeholdt pleierne, med plakater ved her inngang som sa at ingen hadde tilgang til disse rommene utenom pleierne. Og det var heller ikke vanlig at beboere eller pårørende kom inn på kjøkkenet og var der, men det skjedde likevel oftere enn på personalrommet. Dette kan man se i sammenheng med at kjøkkenet var et mer "mellomområde", mens personalrommet var i større grad skilt ut som et eksklusivt pleierområde. Kjøkkenet er også et rom man vanligvis finner i et hjem, til motsetning fra kontorer eller pauserom.

Spisepausene foregikk også på personalrommet. På dagvaktene på ukedagene hadde pleierne en halv times ubetalt lunsjpause. Spisepausene på dagvaktene startet som oftest rundt klokken 11.00-11.30, men dette varierte med hva som passet best med arbeidet. Spisepausen på kvelden brukte å foregå rundt klokken 16.00-17.00, hvor pleierne ofte kunne spise restene etter middagen til beboerne den dagen⁹. Hvor lang pause pleierne hadde varierte ofte med hvor mye arbeid de hadde å gjøre på avdelingen. På en rolig dag kunne pleierne ha ganske lang pause, ut over halvtimen som var satt opp, men på travle dager ble pausen gjerne kortere enn den oppsatte tiden. Alle pleierne på avdelingen brukte stort sett å ta pause samtidig, og de samlet seg da på personalrommet.

Mens kjøkkenet var et område hvor man kunne stoppe opp litt og pause litt mellom arbeidet, eller mens man ventet på noe å gjøre, var personalrommet brukt til matpausen, hvor pleierne konkret gikk ut av arbeidsområdene for å ta seg en pause. Personalrommet var også et rom som markerte overgangen mellom vaktene. Her ble hver vakt startet og avsluttet. Formelt var det rapporten som markerte overgangen, med gjennomgang av vaktene som hadde gått, slik at neste vakt var oppdatert på hva som hadde skjedd. Pleierne brukte også å samles på personalrommet før rapporten på dagvaktene og kveldsvakten. Da brukte de tiden til å slappe av sammen, mens pleierne etter hvert skrev rapport inn på dataen. Her satte de seg ned når de var stort sett ferdige med arbeidet for vaktene, og kunne koble av med uformelle samtaler. Personalrommet markerte også starten på en ny vakt, og pleierne brukte å sitte sammen her en liten stund før de satte i gang med arbeidet.

⁹ Det var ikke tillatt å varme opp igjen mat som var blitt varmet til middag og servere til beboerne, men pleierne kunne forsyne seg av denne maten. Alt som ikke ble spist samme dag, eller som ikke kunne serveres kaldt til beboerne senere, ble kastet.

Fasadearbeid og baksidearbeid

Stuene og beboernes rom var de viktigste arenaene for pleiernes arbeid med beboerne. Det var disse rommene beboerne i hovedsak brukte, og det var her pleierne skulle hjelpe dem med det de trengte. Det var imidlertid pleierne som hadde kontroll over disse rommene; de ordnet kulissene og sørget for at alt var som det skulle. Disse rommene var pleiernes ansvar, og hvordan det så ut der var dermed et uttrykk for pleiernes arbeid. Dette var også arenaene hvor pleierne møtte beboerne og pårørende - hvor pleierne gikk inn i sin rolle som pleiere. De var der for å arbeide, å hjelpe og ta vare på beboerne. Et viktig poeng var at det var ulikt arbeid i stuene og på rommene, som reflekterte hva som var beboernes bakside- og fasadeområde. På rommene var det vasking og stelling av beboernes kropp, noe som skulle foregå på de private områdene, uten påsyn av andre. Dersom pårørende var på besøk og det ble nødvendig med stell eller toalettbesøk for beboeren brukte pleierne å ordne det slik at dette ble gjort på bak lukket dør på badet til beboeren, eller de tilbød de pårørende å vente utenfor.

På en av vaktene jeg var til stede på, var ektemannen til en beboer kommet på besøk før beboeren var blitt stelt. Pleieren hadde da spurt mannen om han kanskje ville vente utenfor mens stellet foregikk, men han hadde sagt at det gikk bare bra, han kunne være der. Pleieren hadde visst funnet det litt ubehagelig at den pårørende skulle se på stellet av beboeren.

Her var det ubehagelig for pleieren å få et ”utenforstående publikum” til arbeidet med beboeren på baksidområdet, fordi arbeidet omfattet de mest intime delene ved stellet. Dette var en situasjon som vanligvis var forbeholdt pleieren og beboeren alene, og kanskje med hjelp fra andre pleiere. Men en pårørende ble i denne situasjonen en utenforstående for pleieren, en som ikke vanligvis brukte å se denne delen av arbeidet med beboeren. Man kan se på dette som ulike nivåer av hva som var bakside og hva som var fasadearbeid. På en måte var dette fasade for pleieren, hun skulle arbeide med en beboer. Samtidig var dette et arbeid som var på baksiden for annet publikum. For pleiernes rolle var både beboere og pårørende publikum, men på ulike nivåer. Pleierne utførte arbeidet direkte i kontakt med beboerne, mens de pårørende bare observerte arbeidet som ble gjort.

Oppsummering

Jeg har i dette kapittelet tatt for meg de ulike områdene pleierne oppholdt seg i gjennom dagen, og vist hvordan forskjellige rom ble brukt på ulike måter. Den kanskje viktigste delingen mellom rommene var mellom hvilke rom som utgjorde baksideområde og fasadeområde for pleierne. Fasadeområdene var i hovedsak de områdene hvor pleierne jobbet direkte med beboerne og møtte pårørende, mens baksideområdene var de rommene som stort sett bare pleierne hadde tilgang til. Baksideområdene er, i følge Goffman (1992), områder hvor man kan koble av, slappe av og tre ut av rollen man har i fasadeområdene. Denne definisjonen stemmer delvis på disse rommene som pleierne bruker. Kjøkkenene og personalrommene fungerte som egne områder hvor pleierne helt eller delvis var utenfor kontakt med beboerne, hvor pleierne kunne snakke sammen og holde en uformell tone. Her kunne man snakke om beboerne og om arbeidet, og planlegge hvordan man skulle arbeide videre. Det var områder for å ta opp spørsmål om det var noe man lurte på, og hvor man kunne uttrykke meninger om rett og galt. Slik brukte pleierne disse områdene til å diskutere og forhandle den rollen de hadde ovenfor beboerne. Videre kunne de etablere felles retningslinjer for hva den rollen skulle innebære. Goffman (ibid.) skriver også at baksideområdene var et område hvor de opptredende åpent kunne motsi den rollen de ikledde på fasadeområdene. I hvor stor grad dette skjedde blant pleierne, kan diskuteres. Rollen de hadde som pleier var en rolle de også spilte ut ovenfor hverandre. De var på jobb, og de var pleiere hele tiden mens de var på jobb. Selv om pausene var preget av uformelle samtaler, historiefortelling og spøk, var også jobben sterkt nærværende. Mange av temaene de snakket om var relatert til jobben, enten det var diskusjoner relatert til den jobben de skulle gjøre, eller historier som hadde utgangspunkt i hendelser de hadde opplevd på jobben. Baksideområdene var imidlertid også et område for pleierne der de kunne fortelle morsomme historier fra arbeidet.

I neste kapittel skal jeg ta for meg kommunikasjonen mellom pleierne, som blant annet innebar å fortelle hverandre historier relatert til arbeidshverdagen. Det kunne være alvorlige historier, triste eller morsomme historier. Baksideområdene for pleierne var sentrale arenaer for pleiernes deling av slike historier. De utgjorde områder hvor pleierne kunne dele kunnskap, få utløp for frustrasjoner, og danne fellesskap seg imellom. Å ha egne områder hvor pleierne kunne møtes og snakke sammen var viktig for fellesskapet. Det bidro til å skape enighet mellom pleierne og ga en mulighet til å dele historier fra en felles hverdag.

8. Historiefortelling

Noe jeg merket meg i løpet av feltarbeidet var at veldig mye av kommunikasjonen besto av historier pleierne fortalte til hverandre, både i mer formelle sammenhenger som under rapporten, men også i uformelle samtaler. En stor del av historiene dreide seg rundt hendelser som var relatert til sykehjemmet, og mange av disse historiene dreide seg igjen om beboerne og hendelser som vedrørte dem. Det er mange årsaker til at historiefortelling var en så viktig del av kommunikasjonen mellom pleierne, og jeg skal vise hvordan ulike aspekter ved arbeidet som pleier gjorde historiefortelling som en gunstig form for kommunikasjon.

Formell og uformell informasjonsdeling

Arbeidet som pleier på et sykehjem er et arbeid som på den ene siden er grenseløst på mange måter, men på den andre siden sterkt avgrenset i de rammene som er satt. Rammene består av økonomiske og praktiske begrensninger, av rutiner for arbeidet og de idealer som ligger til grunn for arbeidet. Det er også et arbeid hvor man ikke bare må forholde seg til beboernes spesifikke preferanser, men også til behandlingsmessige og medisinske retningslinjer. For å opprettholde denne standarden i arbeidet krever det en kontinuerlig flyt av informasjon mellom vaktene og de ulike pleierne. På sykehjemmet var dette markert med en rapport som ble avlevert muntlig ved overgangen mellom hver av vaktene, samt en del skriftlig informasjon som var tilgjengelig for de ansatte. Det var imidlertid ikke bare gjennom disse kanalene informasjon ble utvekslet; mye av informasjon ble fortalt gjennom historier som pleierne delte. Historiene var en del av den uformelle kommunikasjonen mellom pleierne, og foregikk utenfor og som supplement til de formelle formene for informasjonsutveksling. De formelle formene for informasjonsregistrering og utveksling besto i hovedsak av rapportene, både skrivingen av rapport og den muntlige overleveringen ved vaktskifte, og skrevet informasjon om beboerne som ble oppbevart i permer på personalrommet. I tillegg til dette var det også informasjonslapper som var tilgjengelige ulike steder på sykehjemmet, som oversikter på rommene til beboerne om hvilke inkontinensprodukter de brukte i løpet av dagen, og en oversikt på kjøkkenet over hva de ulike beboerne spise til måltidene og om de eventuelt hadde spesielle dietter (som laktosefri, eller diabetiker). Rapporten som ble skrevet

om beboerne etter hver vakt ble skrevet inn på et felles datasystem for hele kommunen. De muntlige rapportene som ble gitt ved vaktskifte hadde en avsatt tid på 15 minutter, men lengden kunne variere etter hvor mye som var nødvendig å si. Under rapporten satt de fleste påtroppende pleierne med en liten blokk de noterte i underveis. Her er et eksempel på hva som kunne bli skrevet om en beboer i rapporten fra nattevakten til dagvakt:

NN: ville ikke ha nattmedisin. Sovet ved tilsyn.

Rapporten var altså veldig kort. Noen få hovedpunkter ble nevnt, som at hun ikke ville ta nattmedisinen og en bemerkning om at beboeren hadde sovet om natten de gangene nattevakten hadde sett inn til beboeren i løpet av natten. Rapporten fra nattevakten kunne være ganske kort om beboeren hadde sovet hele natten, da var det som oftest ingenting å bemerke. Her ble det nevnt at hun ikke hadde tatt medisinen sin for natten, noe som var informasjon fra kveldsvakten. Dette ble likevel nevnt fordi det var relevant at hun hadde dagen før fått en dose mindre medisin enn vanlig, noe som kunne gi seg utslag i formen til beboeren samme dag. Da dette ble fortalt på rapporten supplerte nattevakten med å fortelle litt mer rundt omstendighetene når beboeren skulle legge seg og få nattmedisinen:

Beboeren hadde visst vært litt irritert og sagt til pleieren ”den bruker jeg jo aldri å ta!” da pleieren prøvde å gi henne medisinen. Nattevakten fortalte videre at beboeren hadde visst også vært ganske sur fordi pleieren mente hun måtte ha sengehesten oppe, noe hun mente tydet på at beboeren var i generelt dårlig humør den kvelden.

Hva som ble skrevet i rapporten, og notert av pleierne som hørte på, var altså en veldig forkortet versjon av hva som faktisk ble fortalt under rapporten. Under overleveringen av rapporten fortalte nattevakten hva beboeren hadde sagt i situasjonen og i tillegg lagt til en ekstra informasjonsbit om beboerens humør den kvelden, for å gi en større forståelse av hvorfor beboeren hadde oppført seg som hun gjorde. For å forstå det som ble fortalt krevde det også at tilhørerne til en viss grad kjente beboeren fra før av. Beboeren var dement, men i stand til å snakke for seg. Dersom en beboer ikke vil ta medisin har ikke pleierne lov til å tvinge henne til det, og man kan ikke gjøre annet enn å rapportere videre. Forklaringene rundt hvorfor hun hadde nektet å ta medisinen kan også sees på som en måte å forklare hvorfor det ikke hadde vært mulig å gi beboeren medisinen, en forklaring som viste at det lå utenfor deres kontroll fordi beboeren hadde vært i dårlig humør den kvelden.

På kontoret ble det oppbevart diverse informasjon om beboernes bakgrunn og personalia, men det var varierende hvor oppdatert informasjonen var. For noen beboere var det fylt ut

anamneseskjema, men det var lenge siden, og det var ikke for alle beboerne dette var fylt ut. Informasjonen om beboernes matvaner var også utdatert og mangelfull. Det oversikten mest ble brukt til var å sjekke hvem som hadde diabetes, laktoseintoleranse eller andre dietter. En av de første dagene på sykehjemmet startet jeg å kikke i disse matlistene da jeg skulle lage frokost til en beboer. For sikkerhets skyld henvendte jeg meg til en pleier for å få bekreftelse på at beboeren jeg skulle lage frokost til foretrakk jordbærsyltetøy på brødskiva. Det var ikke så mye annet pålegg som var listet opp som mat han likte. Pleieren jeg spurte svarte litt nølende ”jaa... han liker jo det... men han liker jo også(...)” også begynte hun å ramse opp flere andre typer pålegg. Jeg skjønnte at matlistene ikke var så veldig mye å gå etter. Det var pleierne som selv visste mest om hva de ulike beboerne likte. Jeg oppdaget også etter hvert at stort sett ingen av de andre pleierne brukte disse matlistene til vanlig når de skulle forberede mat til beboerne.

I tillegg til informasjonen som ble oppbevart på kontoret hadde beboerne også hvert sitt medisinkort i medisinkardexen på sykehjemmet. Det var en oversikt over de ulike medisinene beboerne skulle ha til de forskjellige tidene på dagen. På hver vakt var det en pleier med medisinsk kompetanse som hadde ansvar for medisinen og delte ut denne. Når medisinen var gitt, krysset pleieren av i kardeksen (medisinen var på forhånd målt opp og plassert i medisinsbrett for hver beboer). Ellers var det også noe informasjon skrevet på lapper som hang på noen av badene. Der hang det en oversikt over hvilke bleier beboeren brukte til hvilken tid på dagen, og noen enkeltlapper som var hengt opp med spesifikke beskjeder som: ”husk at NN må ha på strømpebukse når det er kaldt!”. Slike lapper ble som oftest laget hvis det var noe som lett ble glemt, og skulle fungere som en påminnelse som hang i det området hvor man måtte huske det. Oversikten over hvilke inkontinensprodukter beboerne brukte var lite oppdatert, og ble stort sett ikke brukt den tiden jeg var der.

Mye av den skriftlige informasjonen om beboerne var altså ofte ganske utdatert, og bare sporadisk brukt blant pleierne som jobbet på sykehjemmet. Det som ble skrevet i den formelle rapporten på datamaskinen var en veldig forkortet utgave av det som ble fortalt under den muntlige rapporten. En stor del av informasjonsflyten på sykehjemmet gikk gjennom uformelle og muntlige samtaler mellom pleierne, dette skal jeg se på videre.

Den formelle informasjonen som ble nedskrevet i rapporten var kortfattet og konkret. Den ble listet opp som enkelthendelser uten å gjøre mye rede for omstendighetene rundt og uten noe større vurdering av situasjonen, en ren oppramsing av ”informasjon”. I den muntlige

overføringen av rapporten derimot, tok pleierne ofte med en vurdering av hendelsen (om det var noe som hadde skjedd), hvor de kunne spekulere i årsakene som lå bak hendelsen, og vurderinger om hva, eller om, de skulle gjøre noe med dette videre. Det var variasjoner i hvor lang rapporten var. Den kunne for eksempel bli lang hvis pleierne tok lengre diskusjoner rundt en beboer eller en hendelse underveis, men som oftest brukte de å kommentere at slike diskusjoner kunne man ta etter rapporten var gitt. Slikt skilte pleierne mellom den formelle informasjonsutveksling som gikk ut på å dele konkret informasjon fra foregående vakt til neste vakt, og diskusjon rundt og vurdering av denne informasjonen satt i kontekst, og hvilke forklaringer som kunne ligge bak informasjonen og eventuelle implikasjoner. Ut fra diskusjonene tok de også avgjørelser på hva de burde gjøre videre.

Jeg har tidligere tatt for meg hvordan pleierne i arbeidet tar avgjørelser på bakgrunn av ulike rasjonaliteter som gjør seg gjeldende i arbeidet, og setter slik grenser for hva arbeidet innebærer. Disse avgjørelsene tas også på grunnlag av kunnskap om arbeidet som pleierne besitter. Det handler om kunnskap til å utføre arbeidet og til å bedømme rett og galt i gitte situasjoner. Kunnskap er ikke objektiv og uforanderlig, den er i stor grad kontekstspesifikk, og "sannheten" i en konklusjon vurderes ut fra den validitet den har i konkrete kontekster (Baba 2003). Kunnskap i arbeidet på sykehjem er i høyeste grad kontekststavhengig, og det skjer stadig forhandlinger om hva som er rett å gjøre i ulike situasjoner.

Det var ikke bare rundt rapporten informasjon ble utvekslet mellom pleierne, det foregikk en jevn utveksling av informasjon mellom pleierne under arbeidet i løpet av vekten. Et sentralt møtepunkt for pleierne, i hvert fall på dagvakten og med litt mindre hyppighet på kvelden, var på kjøkkenet. Kjøkkenet var som tidligere nevnt pleiernes område. Her kunne tema som var blitt nevnt på rapporten tas opp igjen til diskusjon mellom pleierne, og eventuell ny informasjon som var kommet opp kunne deles.

Under en morgenrapport jeg deltok på var det snakk om en beboer som het Ingrid, som hadde kommet seg ut i løpet av natten. Dette var i starten av året, og det var enda rimelig kaldt ute. Beboeren var da blitt lagt inn på sykehuset.

Nattevaktene startet med rapporten og de kunne fortelle at Ingrid hadde kommet seg ut av sykehjemmet i løpet av natten. Hun var blitt funnet litt bortenfor sykehjemmet av et avisbud, som hadde ringt ambulansen slik at hun ble fraktet på sykehuset. Hun var blitt funnet i nattøyet sitt og uten sko på bena, og med flere minusgrader ute hadde hun visst vært i ganske dårlig stand. Pleierne virket veldig bekymret over dette og lurte veldig på hvordan det gikk

med henne, og hvordan dette kunne gått til. De diskuterte kort om hvordan hun kunne ha kommet seg ut, det var ikke så lett å komme seg fra avdelingen i andre etasje og ut ytterdøra i første, særlig uten at noen hadde hørt noe. En pleier kommenterte at det var bra at det gikk som det gikk, at hun hadde blitt oppdaget og blitt sendt til sykehus. En annen kommenterte ”men hva hvis...?” og lot dette bli hengende i luften, som en kommentar på at det kunne gått virkelig galt.

Rapporten fortsatte så videre til de andre beboerne, og det ble etter hvert tid for pleierne å starte arbeidet. Denne rapporten hadde tatt ganske lang tid siden det var skjedd noe så spesielt, og siden dette var en såpass alvorlig hendelse hadde den blitt diskutert først, før de gikk over til å rapportere fra de andre beboerne. Senere på dagen hadde de vært i kontakt med sykehuset og fått vite litt mer om hvordan det gikk med henne. Dette ble så delt mellom pleierne i første etasje (hvor jeg var den dagen) på kjøkkenet deres.

En av pleierne kunne fortelle at beboeren hadde hatt en kroppstemperatur på bare 26 grader da hun kom til sykehuset. Hun var visst stabil nå, men de visste ikke hvordan hun kom til å være når hun skulle tilbake på sykehjemmet. Pleierne gikk så videre til å diskutere rundt hvordan Ingrid hadde kommet seg ut den natten, og de var nå enige om at det var egentlig ikke noe rart at hun hadde klart det. Ingrid var litt mentalt redusert, men i god fysisk form. Hun kunne gjøre mye selv, trengte som oftest bare litt veiledning. De hadde fått med seg at hun hadde lært seg å åpne ytterdøren, som om ettermiddagen og natten var låst, man måtte trykke på en knapp ved siden av døren for å åpne den. Hun hadde visst også lært seg å betjene heisen, så de mente hun sikkert hadde tatt den ned. Selv om hun var i ganske god fysisk form til å være en eldre dame, var trappene tunge for de fleste sykehjemsbeboere å forsere. I tillegg til dette brukte Ingrid å være forferdelig stille. Det var derfor ikke rart at hun hadde greid å komme seg ut uten at noen av nattevaktene hadde registrert det, mente pleierne. Det ble foreslått at de kunne låse grinden til trappen i andre etasje for å forhindre slikt, men dette ble avvist siden de mente hun mest sannsynlig brukte heisen uansett, i tillegg til at brannforeskriftene forhindret dem i å låse den porten.

Slik ble hendelsen tatt opp både som en historie under rapporten, og senere utbrodert og diskutert blant pleierne i en mer ”uformell” samtale. Ny informasjon som var kommet ble delt, og de diskuterte videre rundt omstendighetene. Pleierne diskuterte også hvordan hun kunne ha kommet seg ut, og slik gjennomgikk de også om det hadde vært noe som kunne vært gjort for å forhindre dette, eller noe som kunne gjøres senere. Pleierne så ut til å komme frem

til en enighet om at det var ikke noe de kunne gjort for å forhindre det, beboeren var rett og slett i såpass god form og kunne orientere seg så bra at hun kom seg ut på egen hånd.

Hva ser du søster?

Hva ser du søster i din stue?

En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt grisert og rotet hvor hun har ligget.
Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE - der er mer!
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.

Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16 med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn.
Jeg er mor med små barn, jeg bygger et

hjem,

mot alt som er vondt vil jeg verne dem.

Og barna vokser med gråt og med latter.

Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene og nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.

Så dør min mann, jeg blir ensom med
sorgen

og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn med hjem
det er så mye som opptar dem.

Borte er alle de gode år,
de trygge, glade og vante kår.

Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra
meg.

Ryggen blir bøyd og synet svikter -
jeg har ikke krefter til dagens plikter.

Mitt hjerte er tungt og håret grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert og minnes;
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.

Men det som er aller mest tungt å bære
er det at EVIG kan INGENTING være!

Hva ser du søster? - En tung og senil
og trett gammel skrott? - Nei.

Prøv en gang til!

Se bedre etter - alt som du kan finne;
et barn, en brud, en mor, en kvinne!

Se meg som sitter der innerst inne!

Det er MEG du må prøve å se - og finne!

(ukjent)

Dette diktet hang på et av personalrommene på sykehjemmet, og er også et dikt som er blitt brukt i flere lærebøker innenfor helse- og omsorgsfag. Det handler om at en eldre beboer er ikke bare en ”tung og senil gammel skrott”, det er også et menneske, et menneske som har opplevd et langt liv med gleder og sorger. På et sykehjem hvor pleie og omsorg av eldre mennesker blir underlagt et system som skal forholde seg til økonomi, ressurser og sterkt avgrenset tid kan beboere lett bli til passive objekter. Beboernes kropper er sentrum for mye av arbeidet som finner sted på sykehjemmet, og man kan gå fra å omtale og vurdere beboerne som mennesker til objekter (Lee-Treweek 2003, Dahl-Jørgensen og Damman 2000). Ofte kan de arbeidsoppgavene som går ut på å pynte beboerne og det fysiske stedet av dem bli prioritert over samtaler og samvær med beboere, rett og slett fordi det er det som synes best når arbeidet er gjort og er de oppgavene som er lettest å kvantifisere og som er mest konkrete (Vike 2001).

Når pleierne planla arbeidet ble de oppgavene de skulle gjøre ramset opp og man beregnet hvor god tid man hadde ut i fra hvor lang tid man trodde man kom til å bruke på de ulike oppgavene. Oppgavene ble ramset opp som hvor mange stell (av beboere) man hadde og om man ”hadde dusjing”, som betydde at en av beboerne på gruppen til pleieren skulle dusjes. Morgenene var travle og stell og servering av frokost til beboerne var prioritert først. For å rekke over alt som skulle gjøres innen den tiden det skulle gjøres på, måtte man planlegge, og hjelpen til beboerne ble kvantifisert i konkrete oppgaver som skulle gjøres. Når de snakket om å hjelpe en beboer med å stå opp og med morgenstellet sa de at man skulle ”ta opp” beboeren, og de snakket om morgen- og kveldsstellet som at man skulle ”ta et stell”. Når pleierne snakket sammen under morgenrutinene for å oppdatere hverandre på hvor langt de var kommet i arbeidet og hvor mye som gjensto, snakket de ofte om hvor mange stell man hadde tatt, og hvor mange stell de skulle gjøre. Denne formen for formuleringer indikerte at beboeren var et passivt objekt som forskjellige handlinger skulle utføres på, og pleieren var den aktive parten i hendelsen. En slik oppfatning av beboerne og det arbeidet de gjorde bar tydelig preg av en form for bedriftsrasjonalitet, hvor tid, ressurser og effektivitet var de viktigste variablene for arbeidet de gjorde. Å kun følge slike former for rasjonalitet vil føre til at viktige aspekter ved arbeidet forsvinner, som helhetlig omsorg og møtet med beboere som mennesker med flere ulike behov. Selv om pleierne ved sykehjemmet viste tendenser til en slik objektifisering av beboerne gjennom sjargong og måten arbeidet ble planlagt på, var det også andre aspekter hvor pleierne personifiserte beboerne. Gjennom deling av historier om beboerne, både om hendelser i nåtid på sykehjemmet og om beboernes fortid, fikk pleierne kommunisert en større dimensjon til beboerne:

I en rapport snakket noen av pleierne om en av beboerne i andre etasje på sykehjemmet. Hun var en gammel dame som het Gunvor og var dement. Temaet for samtalen var alle historiene Gunvor brukte å fortelle. Når pleierne snakket med henne fortalte hun ofte om ting hun hadde gjort de siste dagene og hva hun skulle gjøre de nærmeste dagene. Hun fortalte om at hun hadde vært på handletur nede i byen forleden dag, og hvordan hun hadde mistet alle tennene sine da hun hadde falt på sykkel for et halvårs tid siden. Hun fortalte også om avtaler hun hadde; at hun måtte komme seg til tannlegen snart, for hun hadde time der. Gunvor var en gammel dame på noen og åtti år, og hadde sittet i rullestol lenge, og var aldri utenfor sykehjemmet den tiden jeg var der. Det var imidlertid ikke den virkeligheten hun forholdt seg til, hun snakket om et ungdomsliv hvor hun var frisk og rask. Pleierne sa det var så fint å høre på disse historiene. Det var morsomt å høre henne legge ut om alle disse hendelsene på en så

livaktig måte. Gunvor kunne til tider også være ganske krass og sarkastisk. Hun var en dame med bestemte meninger om ting, og kunne komme med kommentarer om de andre beboerne dersom de gjorde noe hun ikke mente var rett. Pleierne gikk videre til å snakke om hvordan hun hadde vært som ung. Hun var ganske fin i språket, og var alltid kledd fint, og hadde mange fine drakter og bluser. Hun hadde visst jobbet som kontordame som ung, noe som var spesielt for den tiden hun hadde vært ung. En pleier sa hun skulle gjerne ha kjent henne da hun var ung, hun virket som en veldig fascinerende person.

For meg ga denne rapporten meg en ny forståelse og dimensjon til Gunvor og hvordan hun var. Jeg hadde tidligere hatt litt vanskelig å forholde meg til henne, og jeg følte jeg ikke helt kom over ens med henne. Hun kunne være veldig frekk og kunne komme med kritiske kommentarer om hva man gjorde. Det var greit nok å takle at hun var spydig mot meg, jeg bare lot vær å reagere på det, jeg var jo klar over at hun var dement. Kjeftet hun derimot på andre beboere, måtte man nesten si noe. De andre pleierne kunne da komme med kommentarer til henne som ”du må ikke være så hissig Gunvor”, for å være litt avvæpnende. Ikke det at hun nødvendigvis reagerte på det. Etter jeg fikk høre mer om hvordan de andre pleierne så på henne og hvordan hun var, og fortalte om hvordan de hadde snakket med henne om de historiene hun fortalte, begynte jeg å tilnærme meg henne på en ny måte. Når hun skulle opp fra sengen om morgenen, måtte hun tas opp med en ståheis, fordi hun ikke greide gå selv. Det kunne være ganske ubehagelig for henne og noen ganger kjeftet hun og akket seg når man tok henne opp, og det ble stort sett feil uansett hva jeg gjorde. Så begynte jeg å spørre henne mer om hva hun skulle gjøre denne dagen og slikt mens jeg hjalp henne. Hun begynte da å fortelle, og hele prosessen med å få henne i heisen og opp av sengen gikk stort sett knirkefritt og uten klager. Etter dette snakket jeg også mer med henne inne på stua, og hørte på flere av historiene hennes. Hun kunne fremdeles være frekk og spydig, men etter hvert som jeg ble bedre kjent med henne ble dette lettere å forholde seg til.

Gunvors historier kunne blitt sett på som bare symptomer på en sviktende mentalhelse, og hennes frekke og spydige kommentarer kunne blitt omtalt som et problem pleierne måtte overkomme for at dagene skulle være så rolige som mulig, men de ble oppfattet på en annen måte. I historiene pleierne delte om henne på rapporten ble de omtalt som noe av det som gjorde Gunvor til Gunvor; hennes person. De opplevelsene de hadde med henne på sykehjemmet ble satt i sammenheng med hvordan de trodde hun hadde vært som ung, og ble supplert med den informasjonen de hadde om hennes fortid. For meg som ikke kjente henne

så godt (dette var relativt tidlig i feltarbeidet mitt) ga dette meg en ny måte å se henne på, og gjorde det også lettere å forholde meg til henne videre.

Pleierne hadde ofte en ganske god kjennskap til beboernes bakgrunn og fortid, noe som kom frem i historiene de delte om beboerne. Det kunne være beboeren som selv hadde fortalt om dette, eller pårørende de hadde snakket med. Denne informasjonen var som oftest ikke skrevet noe sted men ble delt muntlig mellom pleierne i form av historier. Pleierne virket generelt opptatt av beboernes fortid og historier om dem, og delte gjerne med de andre pleierne om de visste noe. En beboer som kom på avlastning på sykehjemmet hadde med seg et velutfylt anamneseskjema, hvor det sto mye informasjon om beboerens historie, interesser han hadde eller hadde hatt tidligere, og tema som kunne være interessant for beboeren å snakke om. Flere av pleierne sa at et slikt skjema var utrolig bra å ha, og de skulle ønske at flere beboere hadde fått utfylt et slikt skjema.

Det var ikke bare en fjern fortid som pleierne fortalte om i sine historier. De hadde også historier om beboerne som tok sted den tiden de hadde vært på sykehjemmet. Linn var en beboer som var sterkt redusert, både mentalt og fysisk. Hun satt i rullestol til vanlig og snakket stort sett ikke. Hun trengte hjelp til alt hun skulle gjøre i løpet av en dag, og pleierne måtte ta avgjørelsene for henne fordi hun ikke greide å uttrykke seg. Jeg hadde enda ikke vært med å stille henne, og siden hun for det meste satt i ro i et hjørne av stuen hadde jeg ikke hatt så mye med henne å gjøre, og kjente ikke henne så godt. Siden hun trengte så mye hjelp måtte man være to pleiere for å stille henne, og en morgen fikk jeg bli med en annen pleier og hjelpe til med stellet.

Linn var den siste tiden blitt en del dårligere enn hun hadde vært tidligere, og lå nå mye av dagen i sengen. Hun snakket ikke, bare kom med lyder nå og da, som en slags roping. Pleieren jeg var sammen med sa det var synd når beboerne ble så dårlige, og det var trist å se henne slik hun var nå. Pleieren fortalte videre om hvordan Linn hadde vært tidligere. Hun brukte visst å synge mye og det var så koselig å høre henne synge, synes pleieren. Hun fortalte at Linn hadde vært mentalt redusert siden hun kom til sykehjemmet, men var i starten i mye mer kontakt med omverdenen og greide å uttrykke seg. Hun hadde også vært i stand til å gå selv.

Informasjonen pleieren ga var ikke var skrevet noe sted, men noe som pleieren visste av egen erfaring. Når jeg skulle være med pleieren og hjelpe Linn for første gang, valgte pleieren å

dele historier og kunnskap om Linn med meg etter hvert som vi jobbet. På en måte kan det synes at slik informasjon ikke hadde noen direkte relevans for arbeidet. At Linn hadde vært i bedre form tidligere, og hvordan hun hadde vært da hadde ikke noe konkret å si for det arbeidet vi gjorde med henne der og da. Men gjennom å dele en slik historie om Linn fikk jeg vite mer om hvordan hun var, og pleieren som fortalte fikk delt av sine tidligere erfaringer. Det ga en større forståelse av hvor syk hun var nå, i forhold til hvordan hun hadde vært.

Gjennom å fortelle slike historier kunne man gi en større dimensjon til beboerne, en kontinuitet hvor personens fortid og tidligere hendelser ble fortalt for å bedre kjenne personen nå. Man fikk en annen dybde i forståelsen av beboerne, mer enn bare informasjon om hvilke sykdommer de hadde, en beregning av hvilken pleietyngde de utgjorde og mer enn den kortfattede rapporten som ble avlevert ved vaktskifte. Slike historier kan sees på som en måte for pleierne å skape mening i det de gjorde, en menneskelig kontakt som var mer enn bare papirer og arbeidsoppgaver. Da en beboer døde på den ene avdelingen under feltarbeidet mitt kommenterte en pleier ”Det er trist når slikt skjer, man knytter seg jo til dem”. Historier var en måte for pleierne å snakke om beboerne på som ikke bare omhandlet arbeidsoppgaver. Beboerne ble noe mer enn bare objekter som oppgaver skulle utføres på, de ble personifiserte og noe mer personlig enn bare ”arbeid”. Å forholde seg slik til beboerne var et uttrykk for at pleierne i større grad brukte en omsorgsrasjonalitet enn bedriftsrasjonalitet. Møte med beboerne var noe mer enn bare oppgaver satt i et system.

Humor

Humor var en viktig bestanddel av historiene som ble fortalt på sykehjemmet, og ofte var det historier om beboerne som ble delt. Veldig mange av anekdotene som ble fortalt mellom pleierne var med et morsomt poeng, og som frembrakte mye latter blant tilhørerne. Veien var også kort fra humor til alvor, og tilbake igjen. Når en pleier fortalte en humoristisk historie kunne tonen i samtalen raskt gå over til å bli mer alvorlig.

I en morgenrapport fortalte pleierne om en beboer som hadde vært inne på sykehjemmet til avlastning. Hun var dement, men klarte seg selv til en viss grad. Det var i hovedsak fordi mannen hennes, som hun til daglig bodde sammen med, skulle få avlastning, at hun hadde korte opphold på sykehjem. Hun hadde visst vært irritert over dette, og når noen hadde sagt til henne at mannen hennes måtte jo få hvile seg litt og slappe av alene, hadde hun svart ”da kan han bare reise til Amerika!”. Dette hadde pleierne ledd godt av. Hun virket som en bestemt

dame, og denne kommentaren sa mye om hennes personlighet. Like etterpå hadde en pleier lagt til at ”det var jo trist av det skulle være slik”, som hentydet på at det var en vanskelig situasjon med et ektepar hvor den ene parten er begynt å bo dement. Pleierne snakket videre om at det var en tung situasjon for både henne og mannen hennes når hun var så redusert mentalt.

I denne historien var det en dement dame som var hovedpunktet for den humoristiske vinklingen. Hun hadde ikke forstått hvorfor mannen hennes skulle trenge avlastning ved at hun skulle inn på sykehjem. Hun kom derfor med en kvass bemerkning, sikkert ikke helt uten humoristisk undertone selv, til dette. Like etter hadde samtalen dreid seg inn på at situasjonen i sin helhet var i grunnen ganske trist. Det var ikke en lett situasjon når en dement skal inn på avlastning på sykehjem for at en pårørende skal få slappe av, men ikke forstår dette og motsetter seg det.

Ved å tulle på den måten kan man tolke det som en motsigelse av den rollen de spilte ut for beboerne. Ovenfor beboerne la pleierne i stor grad vekt på konfliktunngåelse, og på å gjøre det som var best for beboeren, enten med å etterkomme ønsker, eller med å overbevise beboeren om å gjøre det som pleierne mente var rett. Dersom en beboer kranget eller var sint og irritert på pleieren, reagerte hun med å ignorere det, eller være uberørt. Men på personalrommet kunne pleierne fortelle om disse hendelsene, gjerne som en morsom historie, eller si, halvveis på spøk, hvor irriterte de ble. Baksideområdene ble slik rom hvor pleierne kunne få utløp for sin frustrasjon, og slik motsi den rollen de inntok ovenfor beboeren. Humor fungerte slik som en slags ventil for pleierne, en måte pleierne kunne luften og ufarliggjøre vanskelige tema. De fungerte slik som Schwartzmans punkt (e) om historiefortelling i bedrifter: En måte å kommunisere informasjon som er for vanskelig eller for truende til å snakke om direkte (1993: 44, se kapittel 3 i denne oppgaven, ”Teoretisk bakgrunn”).

Oppsummering

Jeg har nå tatt for meg hvordan historiefortellingen spilte en viktig rolle i kommunikasjonen mellom pleierne, og utgjorde en viktig del av hvordan pleierne arbeidet. Historiefortellingen spilte en viktig rolle i hvordan pleierne utførte arbeidsoppgavene og la grunnlag for en viss enighet om hva arbeidet skulle innebære. Et annet viktig aspekt med historiefortellingen var også hvordan fellesskapet mellom pleierne ble dannet gjennom en slik utveksling av historier.

En stor del av arbeidet pleierne gjorde var alene med beboerne. Det kunne være på rommene deres, eller på stuen hvor man kunne i perioder være den eneste pleieren der. Gjennom å dele historier om det arbeidet man hadde gjort, og høre andres historier kunne pleierne dele sine erfaringer og i større grad sin arbeidshverdag med sine kollegaer. Slik dannet pleierne i en viss utstrekning et felles bilde av virkeligheten, hvor man kunne kommunisere hva man mente arbeidet skulle innebære. Pleierne kunne slik danne seg et mer helhetlig bilde av hverdagen på sykehjemmet.

Historiefortelling var en formidlingsmåte som passet med kompleksiteten i hva de ville formidle. Historiene kunne være både morsomme, alvorlige og informative. De kunne være en måte å lette på trykket for pleierne, for å dele mye av det arbeidet de gjorde alene med de andre pleierne, en måte å skape sammenheng i arbeidet, eller bare utdyping av ren informasjon. Ved å høre historier fra andre pleiere om deres erfaringer fikk man et større sett erfaringer som kunne komme til nytte ved nye utfordringer.

Avslutning

Grenser og rasjonaliteter

Gjennom de ulike kapitlene har jeg sett på hvordan arbeidshverdagen på sykehjemmet var. Arbeidet er komplekst og med mange motsetninger i seg. Som Goffman så på i boken "Asylums" (1991), er institusjoner en sosial hybrid: det er både et "hjem" for de som bor der, og en arbeidsplass for de som jobber der. Et hjem og en arbeidsplass er to områder som i utgangspunktet har veldig ulik organisering. I en bedrift skal arbeiderne produsere noe mest mulig effektivt, og adferden er begrenset innenfor visse rammer. På en institusjon som et sykehjem er det derimot beboerne som er "objektene" pleierne skal jobbe med, og det "produktet" som skal produseres. I møtet med kravet om effektiv organisering og med knappe ressurser, vil det lett være tendenser til at beboerne blir tillagt karakteristikk til livløse objekter (ibid.). I arbeidet finner man en motsetning mellom menneskelige standarder og individuell tilpasning på den ene siden, og krav til effektiv drift av en organisasjon på den andre. Linnet (2000) definerte noen av disse motsetningene i fire ulike former for rasjonaliteter som gjør seg gjeldende i omsorgsarbeid.

I et større perspektiv kan man se hvordan de motstridende rasjonalitetene som gjør seg gjeldende i pleie- og omsorgsarbeid også kan finnes på systemnivå. Den norske velferdsstaten er på mange måter grenseløs i ansvarsomfang. Staten har et ansvar for alle sine innbyggere, og skal sørge for "de svake" gruppene. Velferdsstaten har i Norge ekspandert kontinuerlig siden andre verdenskrig, og stadig nye grupper av "svake" defineres (Vike 2004). Samtidig er også staten sterkt begrenset av de økonomiske og praktiske rammene som er satt (ibid.). Med ekspansjonen av velferdstjenestene har det da blitt et stadig større gap mellom hva staten skal gjøre, og hva som er mulig å gjennomføre. Med dette gapet har det også blitt et større gap mellom hvem som har makten til å definere hva som skal gjøres og hvem som har ansvaret for å gjennomføre det (ibid.). Gapet mellom hva som skal gjøres og de ressursene som er til rådighet er det i stor grad de førstelinjeansatte som må forholde seg til. Det er de som møter brukerne av tjenestene på daglig basis. Dette fører til dilemmaer hvor pleierne på den ene siden må forholde seg til de strukturelle rammene som er satt og tenke ut fra en bedriftsrasjonalitet, og på den andre siden ønsker å opprettholde de verdiene som ligger til grunn for velferdsstaten og i møtet med andre mennesker som trenger hjelp.

På sykehjemmet Solheim kom flere rasjonaliteter til syne i begrunnelsene for valgene pleierne tok. ”Det beste for beboeren” var noe som kom frem som viktigst for pleierne, men det var ikke alltid det var like lett å avgjøre hva dette var. Omsorgsrasjonalitet og profesjonell rasjonalitet var de formene for rasjonalitet pleierne som oftest refererte til, men disse kunne være motstridende. Hva som var best for beboeren var ikke alltid hva beboeren selv ga uttrykk for å ønske. Pleierne var klare på at de ville være noe mer enn bare ”tjenere” for beboerne, de skulle også gjøre hva som var best for beboerne på sikt. Pleierne diskuterte ofte hva de mente ville være best for beboerne, og i disse diskusjonene ble argumentene begrunnet innenfor enten omsorgs- eller profesjonsrasjonalitet.

Pleierne måtte også forholde seg til de strukturene som var satt med de resursene som var til rådighet. Dagen på sykehjemmet var delt inn etter vaktene til pleierne, og rutinene for hva som skulle skje når var faste og tilpasset disse vaktene. Pleierne jobbet hardt med å rekke å gjøre det de mente var best i et behandlingsmessig og omsorgsmessig perspektiv, men de måtte gjøre det innenfor de tidsrammene som var satt. Med strategier som problemløsning jobbet pleierne for å få beboernes behov og ønsker til å passe inn med institusjonens rasjonelle krav til rutiner og effektivitet.

Rom og dets betydning

Man kan kjenne igjen de motstridende elementene som finnes på en institusjon i den romlige utformingen. Sykehjemmet var i stor grad bygd opp av rom som var typiske for et hjem; stue, kjøkken og soverom. Rommene skilte seg likevel fra et tradisjonelt hjem, fordi de også var tilpasset arbeidet som skulle foregå der. Den symbolske meningen til de ulike kulissene kolliderte tidvis med hverandre, og ga et inntrykk av både å være ”hjem”, men også helt tydelig en ”institusjon”. Det var variasjoner i hvordan rommene til beboerne var innredet; noen hadde nesten bare privat interiør, andre igjen hadde bare sykehjemsmøblement. Alle rommene bar imidlertid preg av å være institusjonsrom. Den standardiserte utformingen av rommene og de tilhørende toalettene, samt sykehjemsinteriør som senger og sengetøy vitnet om at det ikke var soverom i private hjem.

Hvordan pleierne og hvordan beboerne brukte og forholdt seg til rommene varierte også. For pleierne var nesten alle ”hjem”-områdene arbeidsområder, hvor de var ”front stage” med beboerne. Det var også pleierne som i stor grad hadde kontroll over kulissene i disse

rommene, og rommene ble slik en representasjon for pleiernes arbeid, ikke som beboernes hjem.

I boken "Vårt rollespill til daglig – En studie i hverdagslivets dramatikk" (1992) har Goffman diskutert hvordan rom spiller en viktig rolle for adferden til mennesker, og hvordan mennesker kommuniserer. Han har definert to hovedtyper av rom: "front stage" og "back stage", eller fasadeområde og baksideområde. Hvordan type rom man er i legger føringer for adferden, og hva man gjør i et område spiller inn på hva man gjør i et annet.

For pleierne var det personalrommet som var deres "back stage", området hvor de kunne til en viss grad slippe rollen sin og slappe av. Personalrommet representerte for pleierne det området hvor de startet og avsluttet vekten sin, hvor de gikk inn i arbeidsmodus på sykehjemmet. Rapporten var et bilde inn i hverdagen på sykehjemmet for de pleierne som kom på vakt, og et referat og en avslutning for de som gikk av.

Kjøkkenet var et viktig område for pleierne i arbeidet. Det var et mer spesielt rom, fordi det var litt mellom fasade- og baksideområde. Det var i hovedsak bare pleiere som hadde tilgang, men som samtidig var i umiddelbar nærhet for beboerne, og med innsyn som gjorde pleierne tilgjengelig for henvendelser når de sto der. Rommet ble hyppig besøkt og brukt under arbeidsperiodene, og var på grunn av sin funksjon et senter hvor man møttes i arbeidet. Pleierne kunne her gå litt ut "back stage", samtidig som de ikke helt fjernet seg fra sitt fasadeområde; rommene hvor de møtte beboerne.

Historier og personifisering

Mye av kommunikasjonen mellom pleierne var gjennom å dele historier seg imellom. Historiefortelling har mange funksjoner, og var et viktig aspekt for hvordan pleierne skapte mening i hverdagen sin og tok valg i arbeidet. Julian Orr (1996) har i sitt studie av kopimaskinteknikere gjort rede for hvordan historiefortelling, eller deling av "war stories", spilte en viktig rolle i hvordan teknikerne løste arbeidet sitt. Gjennom å fortelle historier om situasjoner teknikerne hadde vært oppe i, sto de også sterkere til å løse fremtidige oppgaver ved å trekke kunnskap fra tidligere erfaringer.

Gjennom å dele historier fra arbeidet sitt fikk pleierne anledning til å forklare sine valg og den rasjonaliseringen som lå bak. Slik kunne de skape forståelse for valgene sine ovenfor sine

kollegaer, og kommunisert hva man mente var rett å gjøre i arbeidet. Som nevnt, var det ikke alltid like lett å avgjøre hva som var rett å gjøre i ulike situasjoner. Gjennom å fortelle historier kunne pleierne gi en bedre begrunnelse for deres valg, og slik skape forståelse.

Eschenbruch (2007) har skrevet om historiefortelling på et hospice, og relaterte historiefortellingens funksjon til hospicets fokus på holistisk omsorg. Ved å fortelle historier fikk man kommunisert mer enn bare ren opprømsning av ”informasjon”.

På Solheim sykehjem observerte jeg at historiefortelling ga muligheten til å gå bort fra ren bedriftsrasjonalitet og effektivitetsperspektiv når man snakket om beboerne. Gjennom å fortelle historier fikk man kommunisert mer rundt beboerne enn bare de arbeidsoppgavene som skulle gjøres. Man fikk i større grad kommunisert et bilde av ulike beboeres personlighet. Pleierne delte også kunnskap de hadde fått om beboernes liv tidligere, og satte slik beboerne inn i et større perspektiv. Valgene pleierne tok i arbeidet var også begrunnet i hvordan de oppfattet beboerne. Ikke alle beboerne var i stand til å si hva de mente og hva de ønsket, så mye av dette var opp til pleierne å avgjøre. Gjennom å dele historier om beboerne skapte pleierne seg et bilde av hvordan beboerne var, og prøvde å handle ut fra denne kunnskapen. Dette var kunnskap som var vanskelig å kvantifisere og si enkelt med ord. Gjennom å beskrive hendelser og sette de i sammenheng, kunne man øke denne formen for taus kunnskap om beboerne.

Hverdag

I pleie- og omsorgsarbeid og i institusjoner er det flere motstridende sider og rasjonaliteter som spiller inn. Disse danner et grunnlag for konflikt og uenigheter, og er i seg selv forhold det kan være vanskelig å jobbe under. Hva som er det beste å gjøre i arbeidet er ikke alltid like lett å se, og det er flere forskjellige faktorer som det er viktig å ta hensyn til. Likevel er det også mekanismer som demper disse konfliktene og danner grunnlaget for å skape enighet. Solheim sykehjem hadde en romlig utforming som dannet grunnlaget for at pleierne kunne ”tre ut” av arbeidsområdene, og sammen planlegge arbeidet sitt ”back stage”. Mens det på den ene siden var det menneskelige aspektet som kompliserte arbeidshverdagen, var det også dette som ble trukket frem som det mest positive med arbeidet. Mennesker passer sjeldent inn i et standardisert mønster, og dette krasjet med bedriftsrasjonaliteten og tanken om effektivt arbeid. Det var imidlertid det menneskelige aspektet som pleierne satte mest pris på i arbeidet.

Det var det de jobbet for når de ville få kabalen for dagens aktiviteter til å gå opp, og det var samhandling med beboerne pleierne savnet når det ble for travelt.

Veien videre

Velferdsstaten er i stadig endring, og med det endrer også helse- og omsorgssektoren seg. 1. januar 2012 utrulles samhandlingsreformen, en av de største reformene innenfor helsesektoren på mange år ("samhandlingsreformen"). Med den skal sektoren gjøre seg klar til å møte eldrebølgen og de fremtidige helseutfordringene i Norge. Ansvar skal allokere fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, pasienter med komplekse behov skal få et bedre og lettere pasientforløp, og dette skal også redusere kostnadene i helsesektoren på sikt. Problemet med økte krav til sentralisering av spesielle tjenester skal løses med at kommunene får større ansvar for pasienter, slik at de skal kunne behandle før, etter og i stedet for sykehusinnleggelse. Fordi det er billigere å gi tjenester i kommunene, er tanken at veksten i utgifter i helsesektoren skal stabilisere seg. Endringene vil gi store utfordringer for kommunene videre, og øke presset i en sektor som allerede er presset. Likevel kan det også være en mulighet for å løfte helsetjenestene i kommunene. Med å kunne tilby mer spesialiserte tjenester vil behandlingen for brukerne bli bedre, samtidig som det også kan gjøre kommunen til en mer attraktiv arbeidsplass. Dette krever imidlertid at gjennomføringen av reformen planlegges godt i de enkelte kommunene, og at man tar inn over seg alle de aspektene pleie- og omsorgssektoren dekker over. Sektoren er ikke bare en rasjonell organisasjon som fungerer etter standardiserte prinsipper om effektivitet og avkastning, det handler om mennesker som trenger hjelp og omsorg. De førstelinjeansatte som jobber med brukerne må vises tillitt til det arbeidet de utfører, og man får håpe at de aldri tar fullt ut inn over seg bedriftsrasjonaliteten og handler mot brukerne ut fra denne.

Referanser:

- Baba, Marietta L (1989): Organizational Culture: Revisiting the Small-Society Metaphor. I: *Anthropology of work review*. Vol. 10, 3, 1-19
- Baba, Marietta L. (1998): The anthropology of work in the fortune 1000: A critical retrospective. I: *Anthropology of work review*. Vol XVIII, 4, 17-28.
- Baba, Marietta L. (2003): Working knowledge goes global: Knowledge sharing and performance in a globally distributed team. I: *Anthropology of work review*. Vol XXIV, 1-2. 19-29.
- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., Vike, H. (2009 [2002]): *Maktens samvittighet*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Bittner, Egon (1995): The concept of organization. I: Smircich, L. og Calás, M. B. (red.): *Critical perspectives on organization and management theory*. University Press, Cambridge.
- Dahl-Jørgensen, C. og Damman, S. (2000): Kjønn, arbeid og grensesetting blant kvinner i frontlinjeyrker. I: Bjerring, B. et al (red.): *Hvor går grænsen?*. Samfundslitteratur, Gylling
- Douglas, Mary (1973 [1970]): *Natural Symbols*. Pelican Books, England.
- Eriksen, Thomas Hylland (2001 [1993]): *Små steder - store spørsmål*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Eschenbruch, Nicholas (2007): *Nursing stories: life and death in a German hospice*. Berghahn, New York.
- Frøystad, Kathinka (2003): Forestilingen om det ”ordentlige” feltarbeidet og dets umulighet i Norge. I: Rugkåsa, M. og Thorsen, K. T.: *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Gyldendal akademiske, Oslo.
- Garsjø, Olav (2003): *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Goffman, Erving (1991 [1961]): *Asylums*. Penguin Books, London.

- Goffman, Erving (1992 [1959]): *Vårt rollespill til daglig – En studie i hverdagslivets dramatik*. Pax Forlag, Oslo.
- Gullestad, Marianne (2001 [1984]): *Kitchen table society*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Gullestad, Marianne (1989): *Kultur og hverdagsliv*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hagestad, Gunhild O. (2005 [1968]): Aldring. I: Frønes, I. og Kjølrsrød, L. (red.): *Det norske samfunn*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Hall, Edward T. (1968): Proxemics. I Low, S. M. og Lawrence-Zúñiga, D. (red.): *The anthropology of space and place*. Blackwell Publishing,
- Hamada, Tomoko (1989): Perspectives on organizational culture. I: *Anthropology of work review*. Vol 10, 3, 5-7.
- Hauge, Solveig (2004): *Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir? –ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Dr. polit. Avhandling. Universitetet i Oslo: det medisinske fakultet, Oslo.
- Helman, Cecil G. (2007 [1984]): *Culture, Health and Illness*. Hodder Arnold, London.
- Hilden, Per Kristian, og Middelthon, Anne-Lise (2002): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – et etnografisk perspektiv*. I: Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr. 25, 2002; 122: 2473-6.
- Hjelmtveit, Vidar (2005): Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I Stamsø, Mary Ann (red.): *Velferdsstaten i endring*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Howell, Signe (2001): Feltarbeid i egen bakgård: noen refleksjoner rundt nyere tendenser i norsk antropologi. *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 1-2: 16-24.
- Jacobsen, Frode F. (2005): *Cultural discontinuity as an organizational resource: Nursing in a Norwegian nursing home*. NLA-forlaget, Bergen.
- Jordan, Ann T. (2003): *Business anthropology*. Waveland press, Inc., Illinois.

- Lee-Treweek, Geraldine (2003): Women, resistance, and care: an ethnographic study of nursing auxiliary work. I: Harper, D. A. og Lawson, H. M. (red.): *The cultural study of work*. Rowman & Littlefield.
- Lian, Olaug S. (2007): *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Lien, Marianne (1997): *Marketing and modernity*. Berg, Oxford.
- Linnet, Marianne (2000): Køn og rationalitet i omsorgsarbeidet – hva betyr det for forandringsprosesser? I: Bjerring, B., Bottrup, P, Holt, H. og Kold, V. (red.): *Hvor går grænsen?* Samfundslitteratur, Gylling.
- Lupton, Deborah (2003 [1994]): *Medicine as culture*. Sage Publications, London.
- Lupton, Deborah (1995): *The imperative of health – public health and the regulated body*. Sage publications, London.
- Orlikowski, Wanda J. (2002): *Knowing in practice: Enacting a collective capability in distributed organizing*. Organization science, vol. 13 (3): 249-273.
- Orr, Julian E. (1996): *Talking about machines*. Cornell University Press, London.
- Polanyi, Michael (2000 [1966]): *Den tause dimensjonen*. Spartacus forlag, Oslo.
- Rugkåsa, Marianne og Thorsen, Kari T. (red.) (2003): *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Schwartzman, Helen B. (1993): *Ethnography in organizations*. Qualitative Research Methods Vol. 27. Sage Publications, Newbury Park.
- Solheim, Jorunn (1998): *Den åpne kroppen*. Pax Forlag, Oslo.
- Suchman, Lucy (1987): *Plans and situated actions*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Tsoukas, Haridimos og Mylonopoulos, Nikolaos (2004): Introduction: What does it mean to view organizations as knowledge systems? I: Tsoukas, H. og Mylonopoulos, N.: *Organizations as knowledge systems*. Palgrave MacMillian, New York.

Vike, Halvard (2001): Likhetens Kjønn. I: Lien, M. Lidén, H. Vike, H (red.): *Likhetens Paradokser*. Universitetsforlaget, Oslo.

Vike, Halvard (2003): Formelt organiserte verdener. I: Rukgåsa, M. og Thorsen, K.T. (red.): *Nære steder, nye rom*. Gyldendal akademisk, Oslo.

Vike, Halvard (2004): *Velferd uten grenser*. Akribe, Oslo

Internettreferanser:

St.meld. nr. 25: ”Mestring, mulighet og mening”:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> (hentet 26.04.11)

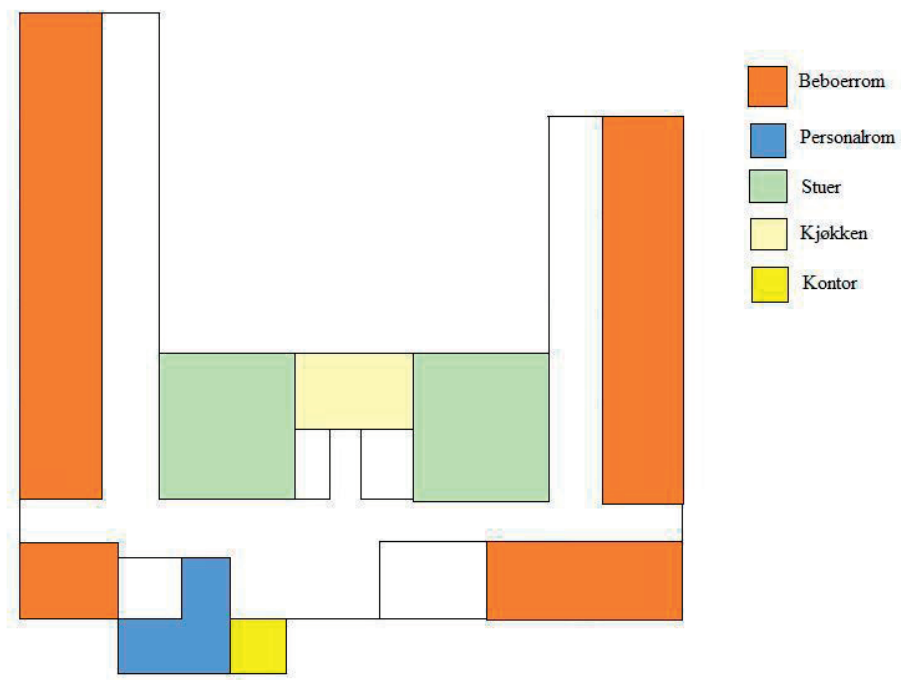
”Samhandlingsreformen”:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=636967> (hentet 10.05.11)

”Omsorgstjenesten” http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407 (hentet 26.04.11)

Vedlegg 1: Plantegning over sykehjemmet

Tegningen er stilisert, og laget for å gi et visst inntrykk av hvordan avdelingene på sykehjemmet så ut. Avdelingene var i for det meste likt utformet.



Vedlegg 2: Ordliste og forklaringer

På sykehjemmet var det en del hjelpemidler med ulike navn som ble brukt, som jeg kommer til å nevne i teksten. Her kommer en oversikt over noen av de ulike hjelpemidlene og hva de var, slik at forklaringen ikke trenges i teksten. Dette er for å gjøre lesingen lettere, jeg merket etter hvert som jeg skrev at det var flere ord og ting som måtte beskrives nærmere, og jeg har derfor valgt å ha en ordliste over disse fremfor å beskrive en og en i fotnoter i teksten. Det er verdt å merke seg at dette er de betydningene som ble brukt på det sykehjemmet jeg var på, det kan også finnes andre betydninger for dette.

Heis: det var to typer heiser på sykehjemmet, **ståheis** og **takheis**:

Ståheis: en innredning som var beregnet på beboere som kunne stå selv, men som hadde vansker med å gå. Beboeren plasserte beina sine på en plate nederst på heisen mens hun eller han satt på en stol eller i en seng. Pleieren plasserte et **seil** under armene og bak ryggen på beboeren som ble festet i heisen. Beboeren holdt seg så fast like ved der seilet ble festet, og når pleieren heiste opp heisen ble beboeren løftet opp av seilet mens hun eller han brukte egne ben til å stå på. Slik kunne beboeren forflyttes dit det var nødvendig. Heisen var ikke festet i noe, og hadde små hjul under så den kunne trilles dit det var nødvendig. Flere beboere på avdelingen delte på samme heiser, og heisene ble oppbevart på gangen og sto der til ladning mellom brukene.



Figur 1 Ståheis, illustrasjonsbilde

Takheis: denne var festet i taket på de rommene hvor denne ble brukt. Bare beboeren på rommet brukte heisen, og den kunne ikke flyttes. Den var beregnet på beboere som ikke kunne stå eller gå selv. Her ble det brukt et større seil som gikk under hele beboeren, med festepunkter som gikk mellom bena og på hver side av skuldrene. Seilet ble plassert under beboeren som lå i sengen, og festet i heisen som var på en skinne i taket. Så ble beboeren heist opp i seilet, og forflyttet med at heisen ble dratt bortover skinnen den var festet i, bort til stolen hvor han eller hun skulle sitte. Seilet ble så fjernet, og tatt på igjen når beboeren skulle forflyttes tilbake.



Figur 2 Takheis, illustrasjonsbilde

Seil: Innredning som ble brukt til heisene, som man kan se på illustrasjonsbildene ovenfor. Dette var tøystykket som vekten til beboeren hvilte på. På sykehjemmet ble det brukt to typer seil, ett til hver av heisene. Seilet som er avbildet på den første figuren er ikke helt lik det seilet som ble brukt på sykehjemmet, dette var for det meste bare et tykt band som gikk under armene på beboeren og som var festet i hver ende i heisen.

Sengehest: Dette er en innredning som var på de fleste sengene på sykehjemmet. Det var en slags grind på langsiden av sengen som kunne tas opp for å forhindre at personen i sengen falt ut. Denne kunne tas opp og ned etter behov, og ble som oftest brukt når en beboer lett falt ut av sengen om natten.

Anamneseskjema: Et skjema med informasjon om beboerens bakgrunn, hobbyer og interesser. Dette var et skjema som ble brukt i forhold til demente, som et redskap for å få bedre innsikt i hvordan beboeren var og hvilke samtaleemner som ville være relevant i

samhandling med beboeren. Dette skjemaet ble fylt ut med en pleier og en pårørende som kunne fortelle om beboeren.

Medisinkardex: Et mappesystem for lagring av skriftlig medisinsk informasjon om beboerne. Her lå det skjema for hvilken medisin den enkelte skulle ha, og ark for avkrysning når medisinen var gitt.