

Rebekka Bruteig

Sjukeheimen som eit skapt samfunn

Ei kvalitativ studie av samspelet mellom fysisk utforming og helsepersonellets arbeid for å gje sjukeheimsbebuarar ein heim

Masteroppgåve i sosiologi

Rettleiar: Gunhild Tøndel

Juni 2021

Rebekka Bruteig

Sjukeheimen som eit skapt samfunn

Ei kvalitativ studie av samspelet mellom fysisk utforming og helsepersonellets arbeid for å gje sjukeheimsbebuarar ein heim

Masteroppgåve i sosiologi
Rettleiar: Gunhild Tøndel
Juni 2021

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Samandrag

Med ei «eldrebølgje» som stadig nærmar seg har det vore debattar om korleis ein skal dekke dei framtidige behova som vil oppstå i helsetenestene. Sjukeheimar vil vere naudsynte for å dekke desse behova framover og det er difor aktuelt å studere sjukeheimar for å lære om kva som gjer dei til *heim* for bebuarar, og korleis ein skapar denne heimen i dei institusjonelle rammene. For å studere dette søkjer eg å svare på problemstillinga: *Korleis vert sjukeheimsbebuarar sin heim skapa i samspel mellom sjukeheimens fysiske utforming og helsepersonellens arbeid?* Studia tek føre seg rammene for korleis heimen vert skapa og korleis helsepersonell arbeidar for å heimeleggjere sjukeheimen. I lys av interaksjonistiske teoriar undersøker eg korleis heimeleggjeringa skjer og kva dei arkitektoniske rammene av sjukeheimen har å seie for interaksjonen mellom helsepersonell og bebuarar, samt for bebuarar sine handlingsrom.

Eg har nytta ein kvalitativ metode med djupneintervju av fire sjukeheimspersonell, ein sjukeheims-avdelingsleiar og ein arkitekt som har vore med på byggeprosessen av sjukeheimar, i tillegg til eit observasjonsbesøk hos ei sjukeheimsavdeling. Dette har gitt eit datagrunnlag for å undersøkje korleis sjukeheimsbebuarar sine heimar vert skapte.

Gjennom analysa av datamaterialet har eg funne at det er ei kompleks gruppe av aktørar som er med på å skape rammene for heimen i sjukeheimen. Arkitekturen er ein slik aktør som påverkar rammene for heimen og eg finn at sjukeheimen er delt mellom «arbeidsplassens rom» og «heimens rom». Eg har vidare funne at helsepersonell arbeidar med å heimeleggjere «heimens rom» gjennom å skape rom for autonomi og fellesskapskjensle for bebuarane, og å skape ein heimleg estetikk i fellesområda. Dette er noko dei arbeider for i kvardagen, men som også er utfordra av sjukeheimens institusjonelle preg og organisering. Eg finn vidare at sjukeheimens institusjonspreg og helsepersonellens organisering av arbeid set nokre rammer for bebuarane sine handlingsrom og i sin konsekvens for deira oppleving av *sjukeheimen*. Basert på utfordringane med å skape ein heim i dei institusjonelle rammene, foreslår eg avslutningsvis at det kan vere meir hensiktsmessig å snakke om ein husstand enn ein heim i sjukeheimen.

Studia er eit bidrag til å utforske kva som gjer at bebuarar kan oppleve heimlegheit i sine siste leveår, i ein heim som også er prega av institusjonelle og arbeidsmessige eigenskapar.

Abstract

With the pending «eldrebølge», it has been debated how we will cover the future needs of the elderly citizens. Nursing homes will be necessary to help cover these needs. Therefore, it is relevant to study how nursing homes function as homes for residents, and how these homes are created in their institutional framework. To study this, I seek to answer the research question: *How are nursing home residents' homes created in interaction with the nursing home architecture and the work of the health professionals?* The study addresses the framework, in which the home is created, and how health professionals work to make the nursing home become a home for the residents. In light of interactionist theory, I investigate how health professionals create a home and how the nursing home architecture affect the interaction between health professionals and residents, as well as the residents' room for agency.

By the use of a qualitative method, I have interviewed four nursing home health professionals, one nursing home ward leader and one architect that is engaged in building nursing homes. In addition, I have done an observational visit at a nursing home ward. This is the foundation in my investigation on how nursing home residents' homes are created.

Through analysis of the data, I have found that there is a complex group of actors who contribute to create the home in the nursing home. The architecture is one of those actors, and I find that the nursing home is split between “rooms of the workplace” and “rooms of the home”. Further, I have found that health professionals work to make a home in the “rooms of the home”. They do this promoting autonomy and a sense of community for the residents, as well as decorating the common areas in a homely way. The work to make it homely is challenged by the nursing home's institutional features and organisation. I also find that these institutional features and health professionals work affect residents' room for agency, and in its consequences their home.

This study offers a better understanding of how one creates a sense of homeliness for residents in nursing homes characterized by institutional and work-related features.

Forord

Tideleg i masterløpet fekk vi åtvaring av tidelgare studentar om at arbeidet med masteroppgåva ville vere som ei berg- og dal-bane. Eg skjønnte det kanskje ikkje heilt då, men no har eg erfart kva dette eigentleg betyr. Når ein er lengst nede vil ein berre bli ferdig – «kva er det eigentleg eg gjer på? Er det for seint å snu?», men når ein er på toppen av karusellen og *ser alt* – ser samanhengane og korleis ting liksom heng saman – då vil ein berre halde fast i oppgåva og ikkje bli ferdig. I eit elles så kjedeleg korona-år har det vore godt å jobbe med eit slikt altoppslukande prosjekt.

Eg vil først og fremst takke min rettleiar Gunhild Tøndel som gjennom prosjektet har vore ei eksepsjonelt god støtte når eg har trengt hjelp eller stått fast. Eg set stor pris på rommet for kreativitet som har vore i rettleiinga. Eg vil også takke informantane som har tatt seg tida til intervju og som har gjort denne oppgåva mogleg.

Takk til Lørdagsjengen for innholdsrike og velfortente pausar i oppgåvearbeidet. Dokker har haldt motivasjonen min oppe gjennom dette året!

Ein stor takk til pappa, Andrea og Holger for oppmuntring, gjennomlesing og gode språklege tilbakemeldingar. Og ein ekstra takk til Andrea som har vore diskusjonspartner når eg har stått fast og trengte å bli pusha til å sjå det store biletet av oppgåva. Takk for dei vanskelege spørsmåla, dei skal ein ikkje kimse av!

Rebekka Bruteig

Trondheim, Juni 2021

Innhald:

1 «Heimen» i sjukeheimen.....	1
1.1 Kvifor er sjukeheimstematikken interessant å studere?	2
1.2 Avgrensing av tema	3
1.3 Oppgåvas struktur	4
2 Tidlegare forskning og teori.....	6
2.1 Tidlegare forskning på feltet	8
2.2 Den teoretiske tilnærminga	11
3 Metode	16
3.1 Kvalitativt forskingsdesign	16
3.2 Datainnsamling	19
3.3 Behandling av data.....	25
3.4 Kvaliteten av forskinga	27
4 Analyse	33
4.1 Sjukeheimens rom for interaksjon	38
4.2 Heimlegheit – noko ein prøver å få til	49
4.3 Den skapte bebuaren	63
5 Oppsummerande diskusjon	73
5.1 «Heimen» - kva <i>er</i> den eigentleg?	79
6 Avslutning.....	87
Litteratur	90
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	96
Vedlegg 2: Intervjuguide til helsepersonell	98
Vedlegg 3: Intervjuguide til arkitekt.....	100
Vedlegg 4: Intervjuguide til avdelingsleiar.....	103
Vedlegg 5: Godkjenning frå NSD.....	105

1 «Heimen» i sjukeheimen

Heim betyr noko spesielt for kvar og ein av oss. For dei fleste er det knytt til noko positivt - den varme *heimekjensla* og opplevinga av å berre kunne *vere seg sjølv*. Med å fylle den med ting ein liker og menneskjer som betyr noko for ein, vert heimen *eins eigen*. Slik er det – for mange. Heimen endrar seg likevel over tid og ein har gjerne hatt ulike heimar gjennom sitt liv. Frå ein barndomsheim å vekse opp i til ein eller fleire midlertidige heimar. Så planlegg ein kanskje å ha ein heim å slå seg til ro i, før ein går inn i ei meir usikker tid i alderdommen. Medan nokre held seg friske til sine siste år, så finnast det fleire som må flytte frå sin heim og til eit tilrettelagte butilbod. Det er eit stort skifte i livssituasjonen for dei som flyttar inn på sjukeheim - frå å bu i sin eigen heim til å flytte inn i ein institusjon med andre hjelpetrengande eldre. I sjukeheimen har ein ikkje dei same omgivnadane som i ein «vanleg» heim, med tanke på relasjonane den skal romme og korleis den er utforma fysisk. Så kva er det som gjer ein slik institusjon til ein *heim*? Eg vil i denne oppgåva undersøkje dette gjennom to perspektiv: sjukeheimstilsette sine oppfatningar og arbeid for heimeleggjering av sjukeheimen og vidare kva rolle sjukeheims-arkitekturen har i å skape heimen.

Sjukeheimen er eit samfunn som er prega av å både vere ein organisasjon, ein arbeidsplass og ein bustad. Korleis dette samfunnet ser ut endrast over tid etter kva personell som arbeidar der, kva bebuargruppe som bur der og etter endringar i politiske føringar. Tingvold og Magnussen (2018) har sett på korleis sjukeheimens innhald og formål har endra seg over åra. Dei finn at ein har fått meir *spesialiserte* tenester i sjukeheimen, og at brukargruppa er endra. Ei endring i tråd med denne spesialiseringa er at ein kan observere at fleire av sjukeheimane no kallar seg for omsorgs-/helse- og velferdssenter. Det er altså blitt *sentre* med spesialiserte tenester der sjukeheimen er del av eit større og samansett helsetilbod. Det er inne i desse sentra, ved sjukeheimsavdelingane, at heimen skal skapast. Jacobsen (2016) finn i ei 25 år lang studie at sjukeheimane likevel er prega meir av historisk *kontinuitet* enn endring. Særleg er det interessant at han finn at det har skjedd lite endringar i oppfatninga av korleis sjukeheimen *er* i sin natur. I tillegg ser Jacobsen (2016) at sjukeheimane er som «parentesar» i samfunnet, avgrensa frå omverda. Denne avgrensinga undergrev det ideologiske målet om *heimlege* sjukeheimar.

«Heim» som mål for sjukeheimen kan ein sjå frå ulike perspektiv, deriblant politisk. I *Demensplan 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) kjem det fram som eit tydeleg signal at bu-tilboda til eldre med demens bør utformast slik at ein får eit «heimleg miljø». I

Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b) fremjar ein «det nye sykehjemmet» som ei endring frå ein tradisjonell og institusjonsprega sjukeheim, til små bufellesskap. Desse ideologiske strøymingane der ein fokuserer på å *skape ein heim* er interessant å sjå på i lys av at sjukeheimen også er ein *arbeidsplass*. Sjølv om Fleming, Kydd og Stewart (2017) argumenterer for at ein ikkje kan skape ein *ordentleg heim* i sjukeheimen, har helsepersonell eg har intervjua i denne studia sjølv eit bilete av korleis ein kan skape heimen og har eit «aktivt» forhold til tematikken. Også arkitekturen spelar inn på korleis heimen er i ein sjukeheim. I seinare tid har blant anna arkitekturen til sjukeheimar blitt relevant i lys av smittevern under koronapandemien og ein har kanskje fått ei større forståing av viktigheita og funksjonane av sjukeheimsarkitektur (Barstad, 2020). *Rom for omsorg* frå Helse- og omsorgsdepartementet (2016) opnast med eit sitat som fangar viktigheita av arkitektur i helsetenester: «Den lette og lyse stemningen i et rom, er helt avgjørende for behandling av sykdom» (Florence Nightingale (1820-1912)). Arkitektorens rolle for menneskjers helse er altså eit tanke som går langt tilbake i tid. Rapporten *Rom for omsorg* viser også til den politiske interessa ein har for sjukeheimar si utforming og bygg, for å møte behova til ei aukande gruppe av eldre i åra framover.

1.1 Kvifor er sjukeheimstematikken interessant å studere?

Over fleire år har «eldrebølgja» vore diskutert med tanke på korleis ein skal skape helsetenester som kan takle dei auka behova for hjelp og bistand som kjem (Romøren, 2015; Skaar, Brodtkorb, Skisland & Slettebø, 2014). Det vil vere behov for utbygging av fleire sjukeheims plassar for å møte desse behova (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Med spesialiseringa av sjukeheimane (jf. Tingvold & Magnussen, 2018) og andre endringar i dei politiske føringane for eldreomsorga, vert det relevant å følgje med på korleis sjukeheimane også endrast. Korleis sjukeheimen fungerer er viktig å undersøkje også fordi det er eit avgrensa samfunn og dei som bur der i liten grad er delaktig i omverda (Jacobsen, 2016). Sæther (2015) finn at ein i større eller mindre grad bryt med nokre av menneskerettslege forpliktingane i norske sjukeheimar og at det då er særleg viktig å undersøkje kva som skjer i desse «lukka» institusjonane. Vabø (2018) poengterer at mykje av forskning om omsorgsarbeid har hatt fokus på relasjon mellom sjukepleier og bebuar. Ho etterlyser forskning med større fokus på kontekstuelle forhold slik som eit *kvardagsperspektiv* og dei små handlingane og elementa ein ikkje tenkjer over. Å kunne sjå på desse meir kontekstuelle forholda slik som på bygg og utforming der helsepersonellet utfører sitt arbeid, er del av

fokuset eg har. Det kan gi eit betre bilete av situasjonen rundt helsepersonellet og kva det materielle har å seie for heimleggjeringa.

Fokuset eg har på korleis *heimen* vert skapa er også sosiologisk interessant med tanke på kva prosessar som skjer og korleis aktørar jobbar for å oppnå dette. Det er særleg spanande korleis ein skapar ein heim i det som også er ein *arbeidsplass* og korleis desse eigenskapane saman utgjer ein form for sosial orden i sjukeheimen. I oppgåva er det altså eit særleg fokus på korleis ei *heimleggjering* av sjukeheimen skjer. Dette gjer det relevant å studere korleis helsepersonellts arbeid og byggets utforming bidreg til å skape ein heim for bebuarane. Fleming et al. (2017) argumenterer at det kan vere mot si hensikt å ha som mål å skape ein heim i sjukeheimen fordi det uansett ikkje let seg gjere med desse rammene. I tillegg er opplevinga av heim i stor grad individuell og brukargruppa vert stadig skrøpelegare. Med dette i bakhovudet er det *ekstra* interessant å sjå på korleis helsepersonellet *likevel* jobbar for å gjere sjukeheimen til heim for bebuarane, i tråd med dei politiske måla. Ulike sider av denne heimleggjeringa har vore utforska frå før – frå bl.a. det sosiale samspelet mellom bebuarar og pleiarar (Aasgaard, Landmark & Karlsson, 2012), til estetikken og korleis ein pyntar heimen (Cooney, 2012; Fleming et al., 2017), korleis hagestell og andre aktivitetar kan minne ein på eins gamle liv og heim (Newton, Keady, Tseklevs & Adams Obe, 2021; Søgaaard, 2014) og til balansen mellom privatliv og fellesskap, arbeidsplass og heim (Lemos & Pols, 2020). Heimleggjeringa har altså fleire dimensjonar ved seg. Eg ønskjer i oppgåva å gå inn i korleis helsepersonellet arbeider for å skape ein heim og korleis den fysiske utforminga er med på å påverke heimen.

1.2 Avgrensing av tema

Oppgåvas formål er å utforske kva som skjer i samspelet mellom fysisk utforming i sjukeheimen og helsepersonellts arbeid for å skape ein heim for bebuarar. Ut frå dette søker eg å svare på problemstillinga:

Korleis vert sjukeheimsbebuarar sin heim skapa av i samspel mellom sjukeheimens fysiske utforming og helsepersonellts arbeid?

Oppgåva omhandlar korleis helsepersonellet forstår og brukar omgivnadar i sjukeheimen for å skape ein heim i interaksjon med bebuarane, i tillegg til andre aktørar som også er med på å danne sjukeheimens rammer. Med sjukeheim meiner eg institusjonsbygg med avdelingar som har sjukeheims plassar eller heildøgns omsorgsplassar (HDO), altså der bebuarar har vedtak

om døgnkontinuerleg tilsyn. Eg brukar bebuar som omgrep heller enn pasient på grunn av mitt analytiske fokus på det å bu i sjukeheimen. Eg har konkretisert temaet gjennom tre forskingsspørsmål. Det første forskingsspørsmålet er:

1) Korleis legg sjukeheimens arkitektur opp til sosial interaksjon mellom helsepersonell og bebuarar?

I dette spørsmålet er eg interessert i korleis den fysiske utforminga av sjukeheimen påverkar arbeidet til helsepersonellet og vidare påverkar deira interaksjon med bebuarane. Ved å undersøkje dette gjennom helsepersonell sine perspektiv, ser eg på korleis heimen vert skapa i dei fysiske rammene av sjukeheimen. Vidare er neste forskingsspørsmål:

2) Korleis arbeider helsepersonell for å skape sjukeheimen som heim for bebuarane?

Det eg ser etter her er korleis helsepersonellet tolkar «heim» og gjer eit arbeid for å skape heimen for bebuarar. Ein arbeidsplass-versus-heim-tematikk er også relevant for dette forskingsspørsmålet, med tanke på korleis personellet balanserer desse to i sjukeheimen. I det siste forskingsspørsmålet er eg interessert i å undersøkje kva rammer sjukeheimen som heim og arbeidsplass gir for bebuarar sine liv:

3) Kva rammer for sjukeheimsbebuarar sine handlingsrom finst i sjukeheimens utforming og i møte med helsepersonellens arbeid for å gi dei ein heim?

Dette siste forskingsspørsmålet undersøker bebuarane sine liv i sjukeheimen, gjennom kva for handlingsrom dei har i sin eigen heim. Eg svarar på dette ut i frå helsepersonell sine forteljingar om sin arbeidsplass og korleis dei fortel at bebuarlivet går føre seg i sjukeheimen. Gjennom desse tre forskingsspørsmåla søkjer eg å utforske den fysiske utforminga som rammer for interaksjonen mellom personell og bebuarar, korleis personellet skapar ein heim til bebuarane i desse rammene og korleis bebuarane gjennom desse prosessane har eit handlingsrom som *er* deira heim.

1.3 Oppgåvas struktur

I innleiinga har eg skissert oppgåva sin tematikk og kvifor denne tematikken er interessant å studere. Vidare i kapittel 2 presenter eg tidelegare forskning som eg har brukt som grunnlag for denne oppgåva, og dei teoretiske perspektiva som eg vil nytte i analysa og diskusjonen. I

dette kapitlet vert også lovverk og politiske føringar for eldreomsorg og sjukheimsbygg lagt fram som ein inngang til forskingsfeltet.

I det neste kapitlet om forskingsmetode viser eg kva for vitskapsteoretisk perspektiv eg har basert meg på i prosjektet og kva metodiske grep eg har gjort. Eg synleggjer korleis eg har gått fram i innhentinga av data og i analyseprosessen. Til slutt i dette kapitlet vurderer eg kvaliteten av forskinga eg har gjort.

Kapittel 4 inneheld analysa av dei empiriske data og er hovuddelen av denne oppgåva. Eg presenterer og tolkar funn, samt at eg undervegs drøftar desse opp mot teori og tidelegare forskning. Det er eit komplekst kapittel som er strukturert etter dei tre forskningsspørsmåla og der eg søker å forstå dei ulike sidene *sjukeheimen*.

I den oppsummerande diskusjonen i kapittel 5 trekk eg trådane saman frå dei analysekapitla og problematiserer dei funna og poenga som er gjort. Her vil eg særleg kritiske ta føre meg forståingar og skapinga av *heimen*.

Avslutningsvis i kapittel 6 summerer eg kort formålet for studia og kva som er dei mest sentrale funna. Eg vil også gi nokre forslag til vidare forskning.

2 Tidlegare forskning og teori

I dette kapittelet presenterer eg tidelegare forskning på feltet og dei teoretiske perspektiva eg vil bruke for å tolke data som er samla inn. Av tidelegare forskning presenterer eg studiar av sjukeheimar, med særleg fokus på heimlegheit og arkitektur. Til slutt vert dei teoretiske perspektiva gjort greie for. Med inspirasjon frå Clarke (2005) og hennar situasjonsanalyse er eg interessert i å studere den komplekse situasjonen som er i og i tilknytning til sjukeheimar. Dette krev teori som kan brukast pragmatisk og på ulike nivå. Det forhandlingsteoretiske perspektivet til Strauss (1978, 1993) er noko Clarke (2005, s. 109-140) sjølv skriv at passar bra for å studere kartleggingar av «sosiale arena/verder» og vil vere viktig i denne oppgåva. Også Goffman (1992) sin dramaturgiske metafor og Boltanski og Thévenot sine verdiordenar vert nytta. Dei er valt som fortolgingsverktøy for å dykke inn i kompleksiteten av korleis bygg, heimleggjering og helsepersonellens omsorgsarbeid heng saman. Før eg presenterer tidelegare forskning og teori vil eg kort beskrive den samfunnsmessige konteksten for norske sjukeheimar, som ein inngang inn i forskingsfeltet.

Den samfunnsmessige konteksten rundt sjukeheimen

Eg vil her gjere kort greie for kva samfunnsmessig kontekst norske sjukeheimar er del av og kva som kjenneteiknar dei. Dette med særleg tanke på politiske føringar og lovverk for eldreomsorga. Om ein samanliknar Noreg med nabolanda Sverige og Danmark er sjukeheimen som helsetilbod satsa på i større grad, noko som også har samanheng med økonomiske rammer for å drifte tilboda (Daatland & Otnes, 2015; Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018). Daatland og Otnes (2015, s. 20) poengterer at den sterke medisinsk-faglege satsinga på sjukeheimar på 1970-talet kan ha påverka norsk eldreomsorg i ettertid. Tingvold og Magnussen (2018) beskriv ei utvikling av eldreomsorga i Noreg gjennom tre fasar og at vi no er i ei fase der sjukeheimane har spesialisert og differensiert omsorg, behandling og rehabilitering. Dei politiske føringane som har ført til denne spesialiseringa av sjukeheimane har også gjort at det er andre *krav* for å få plass ved sjukeheimen og at brukargruppa difor er endra. Deriblant finn ein menneskjer med ulike demenslidingar, men også grupper som for eksempel lid av rusavhenge eller psykiske lidingar.

Ein reknar med at 80% av sjukeheimsbebuarar har ein form for demens og ei studie har anslått at ca. 70% av desse igjen har atferdsmessige eller psykiatriske symptom gjennom sjukdomsforløpet (Selbæk, 2005; Støback, 2015). Skaar et al. (2014) viser til at institusjonane

ikkje er tilrettelagt tilstrekkeleg for denne brukargruppa, og at det er særleg utfordrande med tanke på personellet som både skal yte god pasientomsorg og møte organisatoriske krav. Dei meiner det vil kunne oppstå etiske utfordringar på grunn av desse utfordringane, deriblant av tidspress.

Sjukeheimar er også forma av lovverk og politiske føringar og desse har særleg påverknad i eit land kjenneteikna av høg tillit til staten, slik som i Noreg (Jacobsen, 2020). Som nemnt er rapportane *Demensplan 2020*, *Rom for omsorg* og *Leve hele livet*-reforma relevante for utviklinga av sjukeheimane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, 2016, 2018). I *Demensplan 2020* vert utforming av bustaden trekt fram som ein del av helsetilbodet og at ein bør lage små bueiningar med «heimleg miljø» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 16). Som del av formålet med *Leve hele livet*-reforma satsar ein på å utvikle kvaliteten av eldreomsorgs-tenestene utan å tilføre nye oppgåver til kommunane – ein vil altså skape meir effektive tenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det er også eit større fokus på at eldre skal bu lengst mogleg heime med hjelp av heimebaserte tenester. Det betyr at dei som først flyttar inn i sjukeheimen vil bli meir pleietrengande generelt som gruppe (Skaar et al., 2014). Brukarmedverknad er også eit politisk mål som ein kan finne i blant anna *Omsorg 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c). Som det vert definert i Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, s. §3-1) skal tenestetilbodet «så langt som mogleg utformast i samarbeid med pasient eller brukar». Christensen og Fluge (2016) finn at dette brukarmedverknads-omgrepet har utvikla seg og at det no er del av ein «medansvars-diskurs», der brukaren sjølv skal ha stadig meir ansvar. Dette seier noko om forventingane ein har frå politisk hald til brukarar av helsetenestene.

Det finst vidare meir lovverk som har betydning for sjukeheimen. Plan- og bygningsloven (2008) legg nokre føringar for korleis sjukeheimen kan utformast, der universell utforming er særleg relevant for sjukeheimen. Arbeidsmiljøloven (2005) gir nokre føringar for både korleis sjukeheimsbygget utformast og korleis arbeidet vert organisert. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) beskriv når helsepersonell kan ta i bruk tvang, som er svært begrensa. Unntak frå tvangslovgivinga kan bli gjort med eventuelle enkeltvedtak for individ. Pedersen, Hem, Gjerberg og Førde (2013) definerer tvang i sjukeheimar nokså breitt ut i frå denne lova og viser at der er nokre «gråsoner» for kva ein rettsleg kan kalle tvang. Dei poengterer også at dette er svært vanskeleg å vurdere i praksis for helsepersonell. Det er ut i frå ei slik brei tolking av lovverket der ein også inkluderer «gråsoner» at eg brukar tvang som omgrep seinare i oppgåva. Sjukeheimen vert altså regulert både som ein arbeidsplass og ein

heim. Dei omtalte lovene og politiske føringane er styrande for sjukeheimen og påverkar både personellet og bebruarane. Dei vert dermed rammer for heimleggjering av sjukeheimen.

2.1 Tidlegare forskning på feltet

Sjukeheimen

Sjukeheimen har vore studert gjennom ulike tilnærmingar. Sørhaug (2017) studerer sjukeheimen som ein eigen *økologi* for å analysere menneskjer sitt samspel med omgivnadane, dette har vore ein inspirasjon for tilnærminga eg har hatt til sjukeheimen. Eg er opptatt av balansen mellom arbeidsplass og heim, samt korleis desse elementa blir samskapt i sjukeheimens samfunn. Også Mjøen (2019) si doktoravhandling tek opp dilemmaa som oppstår mellom politiske ideal og mål, ansette sine arbeidsmåtar og bebruarlivet i bufelleskap for personar med utviklingshemming. Eg har tatt med meg omgrepet «arbeidsplass-logikk» frå denne avhandlinga, som omhandlar måtar arbeidsplassen til helsepersonell tek plass i bustadar.

Vidare har fleire har funne at sjukeheimane er kjenneteikna av eit tidspress blant helsepersonellet, som deriblant går ut over tid til etiske vurderingar (Bollig, Pedersen & Førde, 2009; Gjerberg, Førde, Pedersen & Bollig, 2010), aktivitet og sosiale møter med bebruarane på fellesareala (Ingstad, 2010; Aasgaard et al., 2012). For bebruarar er det motsett der «kjedsomhet er ei grunnstemning og som regel knytt til manglande aktivitet og påverknad frå omgivnadane» (Søgaard, 2014). Søgaard skriv også at tida er ein eigenskap ved heimen og at å «fylle tida» kan gjere sjukeheimen meir heimleg.

Arkitektur og utforming

Arkitektur, som i fysisk utforming og estetikk, er eit fokus eg brukar i denne oppgåva. Arkitektur har påverknad på menneskjer, korleis vi handlar og korleis sosiale fellesskap vert skapt og vedlikehalden (Shah & Kesan, 2007). Det uttrykker symbolske og kulturelle meiningar og påverkar korleis menneskjer interagerer. Nord og Högström (2017) ser også på bygg gjennom eit maktperspektiv. Bygningar er med på begrense kva folk kan *gjere* i bygget og individa inni dei vert «distribuert» og dirigert (Nord & Högström, 2017, s. 7-8). Sidan ein tek bygningar som «gitte» rammer for eins kvardagsliv, er ein gjerne uvitande om bygninga si makt og «distribuering» over ein sjølv. Bromley (2012) og Buse, Nettleton, Martin og Twigg (2017) argumenterer for at helseinstitusjonar sin arkitektur uttrykker dei tankane aktørar

involvert i byggeprosessen har om sjukeheimsbebuarar. Desse arkitektoniske kvalitetane påverkar den sosiale interaksjonen som skal foregå i bygga. Dette maktperspektivet som inkluderer det materielle som ein aktør vil vere underliggande i oppgåva.

Van Steenwinkel, Dierckx de Casterlé og Heylighen (2017) har også sett på samanhengen mellom arkitektur og kjensle av friheit i sjukeheimar, som påverkar det å oppleve seg som heime. Dei ser at ein balanserer rørslefriheit og behov for tryggheit i byggets utforming. Å kunne ta med eigne egedelar når ein flyttar inn i ein sjukeheim vert også trekt fram som noko som gjer at ein opplev seg som heime, og kan brukast i interaksjonen mellom personell og bebuar (Cooney, 2012; Hillestad, 2008; Sørhaug, 2017; Zingmark, Sandman & Norberg, 2002).

Eit siste perspektiv angående arkitekturen av sjukeheimar er korleis rom er utforma og vert brukt. Som Moore (1999) skriv er det interessant å studere kva sosial interaksjon som skjer innan rammene av eit rom. Aasgaard et al. (2012) skriv også om rom i forbindelse med heimlegheit. Dei viser til at sjukeheimsrom har ulike funksjonar, slik som at kjøkkenet vert eit samlingspunkt for fellesskapet og privatromma mogleggjer nærare kontakt mellom enkeltbebuar og helsepersonellet. Zingmark et al. (2002) finn også at kjøkkenet er viktig for interaksjon, slik som når personellet interagerer med bebuarane når dei lagar mat. Kva rom ein har og ikkje ha tilgang til er også viktige arkitektoniske føresetnader. For eksempel er tilgang til hage noko som er sett på som positivt for bebuarens liv og helse (Cooney, 2012; Newton et al., 2021).

Heimlegheit

Heimlegheit eller «homelike(-ness)» er omgrep som har vore brukt i forskning av helsebygg slik som sjukeheimar. Det er ulike versjonar av dette omgrepet og fokuset i denne oppgåva er særleg på «home making», altså heimeleggjering (Lemos & Pols, 2020). Dette omgrepet blir brukt meir om *prosessen* med å skape ein heim og korleis aktørar er med på denne skapinga. Hillestad (2008) poengterer at opplevinga av heim er subjektivt, dette gjeld både for bebuarane i sjukeheimane og dei som arbeider der. Slik vert også heimleggjering av sjukeheimen forstått ulikt blant helsepersonell.

Fleming et al. (2017) har problematisert at ein set krav om at institusjonar skal utformast som ein «heim» samstundes som det skal fungere som arbeidsplass og møte arbeidsmiljømessige krav. Dei argumenterer for at det er opplevinga av autonomi i eit elles godt fysisk bu-miljø

som gjer at bebuarar kan føle seg heime, når det samstundes er ein arbeidsplass. Autonomi er altså forbunde med heimlegheit i sjukeheimar, men er også eit omgrep som kan tolkast på ulikt sett (Askautrud & Ellefsen, 2008). Det kan handle om *rett* på autonomi, at eins ønskjer og behov skal respekterast, og som ein *eigenskap* hos individ - å handle i samsvar med egne ønskjer.

Heimlegheit er noko som både skapast fysisk og sosialt gjennom materialitet og relasjonar (Buse et al., 2017; Nettleton, Buse & Martin, 2018; Robinson, Colin Reid & Cooke, 2010). I studia frå Aasgaard et al. (2012) såg ein på det sosiale aspektet av heimlegheit, der eit poeng frå konklusjonen er:

Rommenes funksjon og hvordan personalet skaper fellesskapsfølelse i gruppe- og individuelle aktiviteter, har betydning for hjemligheten i skjermede enheter. [...]. Denne studien viser at det kreves profesjonell kunnskap for å vite hvordan en skal bruke rommene. Funnene tyder på at et hjem for personer med demens skapes først og fremst der andre er. (Aasgaard et al., 2012).

Dei påpeikar at ulike rom har ulike funksjonar og at heimlegheit handlar mest om korleis ein *brukar* desse romma og deira funksjonar. Rom har visse forventingar for kva som skal *skje* i dei, slik som at det forventast at det skjer noko sosialt på stua. Kjøkkenet inneheld kvardagsritual slik som måltid. Bebuarane sine rom får funksjonen som ein plass å slappe av på eller å kunne «trekke seg tilbake til». Der er også der meir medisinske «situasjonar» skjer. Jacobsen (2016) finn også at korleis ein bruker fellesområda er viktig for korleis ein skapar heimlegheit og ved å bruke fellesområda på ein ueigna måte kan det gjere at det opplevast mindre heimleg. I tillegg argumenterer han for at lite fokus på plassering av sjukeheimane kan *forhindre* heimlegheit, ved at ein kan skape større fysiske og symbolske avstandar frå omverda.

Fellesskap og relasjonar er altså del av heimleggjeringa. Som Graneheim og Jansson (2006) skriv så fungerer det også motsett - at tapet av relasjonar forbindast med heim*laus*heit. Dette kan opplevast særleg av menneskjer med demens som av ulike grunnar mister sine tidelegare relasjonar. Å skape ei oppleving av «seg sjølv» i relasjon med helsepersonell vert då viktig for å skape ei oppleving av «heim» (Normann, 2008; Robinson et al., 2010). Fellesskapet av bebuarar og helsepersonell i sjukeheimen vert også trekt fram som noko som kan heimeleggjere sjukeheimen (Aasgaard et al., 2012). Også fellesskapet som oppstår rundt

måltida er viktige for bebuarane, då dei deltek i den same ritualiserte interaksjonen uansett kva kommunikasjonsevner dei har (Melheim, 2008).

Heimlegheit forbindast med moglegheitene for å leve *aktive liv*, som kan bidra til å vidareføre eins identitet og kjensle av å ha ei aktiv rolle. Dette kjem til uttrykk bl.a. i forskning om bruk av hagen som ein (kvardags-)aktivitet (Newton et al., 2021). Også tid er eit viktig aspekt av heimlegheit. Korleis tida vert brukt og forstått i institusjonelle rammer påverkar bebuarane si oppfatning av sjukeheimen som heim (Søgaard, 2014). Tida er også veldig strukturert i institusjonen og moglegheita for å bruke tida aktivt er ein del av det som skal til for at det kan bli ein heim for bebuarane (Newton et al., 2021).

Oppsummert kan ein sjå frå tidelegare forskning at arkitektur har ei rolle i å skape samfunn i og rundt bygg. Saman med forskinga på heimlegheit i institusjonar og sjukeheimen som samfunn, vert desse viktige poeng å ta med vidare til analysa.

2.2 Den teoretiske tilnærminga

Denne oppgåva ber preg av eit interaksjonistisk perspektiv med fokus på korleis aktørar samhandlar i og i tilknytning til sjukeheimen. Eg vil først definere dei interaksjonistiske verktøya eg har tatt med, frå dramaturgiske metaforen (Goffman, 1992) og forhandlingsteori (Strauss, 1993). Til slutt greier eg kort ut om Boltanski og Thévenot (2006) sine perspektiv på verdiordenar og rettferdiggjering av handling. Desse teoretiske perspektiva vil eg bruke i analysa og i den oppsummerande diskusjonen for å drøfte dei empiriske data.

Rollespelet i sjukeheimen

Gjennom det interaksjonistiske perspektivet på sjukeheimen er det interessant å sjå på kva *roller* ein finn der og kva som kjenneteiknar dei. Med roller kjem normer og forventingar til korleis ein skal utføre si rolle i ulike samanhengar. I den norske oversetjinga av *Vårt rollespill til daglig* står dette om roller (Goffman, 1992):

Det på forhånd fastlagte handlingsmønster som utfolder seg under en opptreden, og som kan presenteres eller spilles også ved flere anledninger, kan vi kalle en «rolle» eller «rutine». [...] I og med at vi definerer en sosial rolle som utøvelsen av de rettigheter og plikter som er knyttet til en bestemt status, kan vi si at en sosial rolle omfatter én eller flere enkeltroller, og at hver av disse forskjellige rollene kan spilles

av den opptredende ved en rekke anledninger overfor samme slags publikum eller overfor publikum som består av de same personer. (Goffman, 1992, s. 2-3)

Roller har altså nokre predeterminerte handlingsmønstre som ein vil spele ut for andre. I ei sosial rolle har ein også enkeltroller og eg ser desse enkeltrollene som knytt opp til ulike situasjonar og roller ein møter i sjukeheimen. Eg ser at helsepersonell i sjukeheimar er ei slik sosial rolle der ein har enkeltroller tilknytt kollegaer som publikum, bebuarane som publikum, eller administrasjonen/leiinga av sjukeheimen som publikum. Eg ser på roller i denne oppgåva med fokus på prosessen, at roller er noko ein *gjer* og ikkje *er* (Goffman, 1992). Likevel vil eg også i analysa dels sjå på roller som nokon ein «*er*» gjennom å bli tileigna visse eigenskapar av andre. Om ein person har status som *helsepersonell*, spelar ein ut denne om ei rolle i tråd med *normer* og *forventingar*. I tilknytning til dette er «looking-glass self»-omgrep relevant (Cooley, 1902), at ein tolkar «publikum» sine vurderingar og forventingar av seg sjølv. Slik regulerer ein eigen atferd i interaksjon for å leve opp til dei forventingane ein tolkar at andre har til ein.

Også «frontstage» og «backstage» er omgrep frå dramaturgien. Det handlar om å anten vere i rolle «frontstage» der ein forheld seg til forventingar og normer eller å vere «backstage» der ein ikkje treng å forhalde seg til eit publikum (Goffman, 1992, s. 96-98). Vidare i den dramaturgiske metaforen er også fasade og kulissar nyttige omgrep å ta med og som særleg høyrer til å vere «frontstage» (Goffman, 1992, s. 27-33). Goffman definerer fasade som «uttrykksmidler av en fastlagt type som bevisst eller mindre bevisst tas i bruk av en person under ein opptreden» (1992, s. 27). Kulissar er eit slikt uttrykksmiddel der ein bruker materialar for å uttrykke noko og iscenesette handlingar. Ein persons *fasade* kan forståast som «framtoning», som både *fysisk* framtoning og framtoning gjennom *manerar*. Kulissene og framtoning saman utgjer fasaden.

Eg vil ta med meg inspirasjon frå dramaturgi-metaforen til Goffman (1992) for å studere sjukeheimen – som ei scene som er innreia med kulisser, der aktørane spelar ut sine roller og der ein byter mellom «frontstage» og «backstage». Korleis ein speglar seg i andre og handlar ut i frå forventingar vert viktig i oppgåva og verker som ein føresetnad når eg diskuterer bebuarrolla i kapittel 4.3 «Den skapte bebuaren». Eit lite sidesprang til eit interaksjonistisk omgrep som også blir brukt er «å passe på». Det «å passe på», slik Hamran (1991) omtalar det, er del av den spesielle interaksjonen som skjer i sjukehus og har overføringsverdi til sjukeheimar. slik «Å passe på» handlar om å overvake pasientane sin tilstand og ha blikk for

endringar som kan skje hos pasienten. Dette heng saman med personellet sitt konstante ansvar for pasientane sitt liv og helse.

Forhandlingar og sosial orden

Forhandling er eit omgrep som vil bli brukt som verktøy for å utforske sosial interaksjon i sjukeheimen gjennom analysa. Slik Strauss (1978) beskriv sin teori om forhandling er all sosial orden ein forhandla orden. I *Continual Permutations of Action* (Strauss, 1993) har han utvikla «negotiated order» til å bli «processual ordering» for å skifte fokus frå ein handlingsteori til teori om å *handle*. Det er nettopp prosessforståinga av sosial interaksjon som er viktig og som ein særleg ser i fokuset på at avgjersler stadig kan reforhandlast. Å snakke om forhandling handlar altså om prosessar som fører til avgjersler eller einigheiter (Strauss, 1993, s. 255-259). Den forhandla ordenen er heilheita av desse forhandlingsprodukta, altså avgjerslene, som saman skapar ein struktur eller orden i for eksempel organisasjonar. Det er også andre måtar å nå avgjersler enn forhandling, slik som ekskludering av aktørar, manipulasjon eller overtaling.

Rundt dei konkrete forhandlingane finnast ein strukturell kontekst og forhandlingskontekst (Maines, 1979). Desse kontekstane gir nokre føresetnader for forhandlingar og handlar om *kven* som forhandlar med kvarandre, *når*, *kva relasjon* der er og om *kva* (Ritzer, 2004, s. 525-528). Den strukturelle konteksten er dei strukturelle eigenskapane som ber fram forhandlinga, og kan for eksempel vere lovverk. Forhandlingskonteksten er dei føresetnadane som *direkte* påverkar korleis forhandlingane foregår. Eigenskapane i forhandlingskonteksten kan handle om antal aktørar, erfaringa til aktørane, maktforholdet mellom dei, om forhandlinga er open eller skjult, og så vidare.

Forhandling som omgrep brukar eg for å gå inn på den sosiale interaksjonen i sjukeheimen. Eg brukar omgrepet for å sjå på korleis bebuarar og helsepersonell forhandlar mellom seg og kva forhandlingar som vert relevante i ein sjukeheim. Kontekst vil også vere viktig i oppgåva med tanke på for eksempel lovverk, arkitektur og bemanning. Ved å nyttegjere seg eit slikt omgrep kan ein studere korleis det vert skapa ein sosial orden i sjukeheimen og kva desse rammene har å seie for korleis den opplevast som *heim*.

Verdiordenar og logikk

I Boltanski og Thévenot (2006) sin teori om rettferdigging ser ein aktørar sjølv som kritikarar og at det ikkje er berre *forskaren* som har ei kritikarrolle (Larsen, 2013). Dei har altså utforma ein teori *om* kritikk og det er den kritiske kapasiteten til særleg helsepersonellet ved sjukeheimar eg bruker denne teorien til å tolke. Boltanski og Thévenot argumenterer at det er nokre generelle verdiordenar som ligg til grunn når ein rettferdiggjjer av handling og meiningar. Ein verdiorden er ein orden av spesifikke verdiar som ein kan nytte som eit *repertoar* og er grunnlaget for kva ein tolkar som legitimt og «riktig» (Boltanski & Thévenot, 2006, s. 27-28). Teorien omhandlar korleis ein kritiserer frå «sin» ståstad i ein spesifikk verdiorden og mot argument som baserer seg på *andre* verdiordenar. Verdiordenane vert ein måte å fortolke omverda på og som Larsen (2013, s. 44) skriv er verdiordenane «systemer av *logikker* som fastsetter det som anses som verdig i et evalueringsrepertoar». Eg vil også nytte omgrepet logikk for å vise til korleis aktørar nyttar verdiordenar i sine rettferdiggingar. Boltanski og Thévenot (2006) presenterte først seks verdiordenar, men var opne om at der finst fleire. Vidare vert dei originale verdiordenane presenterte (Boltanski & Thévenot, 2006), med inspirasjon frå oversetninga Skarpenes og Hestholm (2007) har gjort:

Den inspirasjonelle verdiordenen verdsett innovasjon og det som gjer at ein kan «føle». Menneskjer som gjer ting med «ekte kjensler» vert verdsette. Rettferdiggingar ut frå denne ordenen viser til kreativitet og inspirasjon.

Den heimlege verdiordenen verdset hierarki og tradisjonar. Manerar, respekt og kontroll, samt «typiske» autoritetar er verdsett.

Den sivile verdiordenen verdset fellesskap, likheit og kollektivets velferd. Det «felles gode» er prinsippet i denne ordenen. Den står i konflikt med den heimlege verdiordenen.

Marknadens verdiordenen verdset profitt, konkurranse og avkasting. Verdiordenen rettferdiggjjer blant anna at «riktig pris skal gi riktig handling».

Den industrielle verdiordenen har produksjon og effektivitet som det som vert verdsett. Planar, metodar og det som effektiviserer er verdifullt fordi det gjer ting forutsigbare. Kritikk mot denne logikken frå andre er at den ikkje taklar spontanitet og at planlegging ikkje er nok for å vere f.eks. effektiv.

Opinions-verdiordenen kan også kallast for berømmelsens verdiorden. Her vert det verdsett å vere berømt, bli gjenkjent og «stor».

Desse verdiordenane er grunnlag for korleis ein rettferdiggjjer sine haldningar og handlingar. Då det er ein svært kompleks teori har eg valt ut verdiorden og rettferdiggjering/legitimering som omgrep eg vil bruke. Eg ser på kva logikk som ligg bak argumenter og fortolkingar som kjem opp i dei empiriske data. Denne teorien vert særleg brukt i den oppsummerande diskusjonen.

Alle dei teoretiske perspektiva som til no har blitt framlagde vil bli tatt i bruk i analysa og diskusjonen. I analysa vert dei mest brukt for å trekke koplingar mellom empirien og teori, og å skissere nokre diskusjonspoeng, medan dei vert brukt for å dykke djupare inn i empirien i den oppsummerande diskusjonen.

3 Metode

I dette kapitlet vil eg gjere greie for prosessen i forskingsprosjektet, slik at det skal vere transparent kva som har føregått og kva vurderingar som er gjort. Først vert val av kvalitativ metode grunngjeve, med ei vitskapsteoretisk posisjonering. Eg kommenterer vidare kort om valet av analyseteknikkar og korleis dei har påverka tilnærming til data. I det neste delkapitlet blir datainnsamlinga og førebuingane gjort reie for, slik at ein får eit grundig innblikk i korleis metoden er nytta i praksis. Deretter omtalast datahandteringa, der det blir beskrive frå lydopptak til transkribering og koding/kategorisering, og til slutt korleis analyseteknikkane *tematisk analyse* og *situasjonsanalyse* vart brukt. Avslutningsvis evaluerer eg prosjektet sin kvalitet, reflekterer over forskingsrolla og etiske problematikkar.

3.1 Kvalitativt forskingsdesign

Vitskapsteoretisk posisjon

Dette prosjektet har eit eksplorerande forskingsdesign der eg nyttar ein kvalitativ metode for å studere forskingsspørsmåla som vart beskrive i det første kapitlet. Det grunnleggande perspektivet denne oppgåva er basert på er eit sosialkonstruktivistisk verdssyn, som vil seie at eg er interessert i korleis ein forstår og har «konstruert» si forståing av sine omgivadar (Creswell & Creswell, 2018, s. 7-9). Dette sosialkonstruktivistiske perspektivet har nær tilknytning til den filosofiske tradisjonen fenomenologi, der ein er interessert i individ si fortolking av omverda (Tjora, 2017, s. 27). Individ sine fortolkingar av omverda, gjennom eins subjektive historie og opplevingar, kan ein kalle *livsverd* og er sjølve studieobjektet i ei fenomenologisk studie (A. Johannessen, Tuft & Kristoffersen, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015). Det er ut i frå denne epistemologiske forståinga at eg gjer intervju av helsepersonell og ein arkitekt for å undersøkje forskningstematikken i dette prosjektet.

Utgangspunktet for forskingsprosjektet var eigentleg å gjere eit feltarbeid med inspirasjon frå den etnografiske tradisjonen frå Hammersley og Atkinson (2007) for å utforske interaksjonen mellom helsepersonellet, bebuarane og utforming/estetikk nærare. Grunna koronapandemien vurderte eg feltarbeid som vanskeleg å gjennomføre både med tanke på smittevernsmessige og etiske hensyn, då ein på sjukeheim har mange i risikogrupper. Eg endra då metoden for datainnhenting i prosjektet til hovudsakeleg intervju og kunne fortsatt studere den same tematikken, med litt endringar i forskingsfokuset. Den etnografiske inspirasjonen var likevel med vidare, gjennom for eksempel bruk av teikning, som eg kjem tilbake til. Denne endringa

av prosjektet enda i å ta i bruk element frå situasjonsanalyse (herifrå «SA») for å få betre forståing av *situasjonen* i og ved sjukeheimen, ved å kartlegge relevante aktørar (Clarke, 2005). Eg kjem tilbake til SA seinare i kapittelet. Desse endringane har påverka kva kunnskap eg har vore interessert i å innhente- frå å studere interaksjon ute i feltet til å studere livsverda til informantar. Ved å nærmast ta deler av feltet inn i intervjuet, gjennom teikning og informantar sine betraktningar av situasjonen i sjukeheimen, har eg likevel bevart noko av den heilheitlege forståinga ein har innan etnografien i mitt studie. Det sosialkonstruktivistiske perspektivet saman med den fenomenologiske tilnærminga til individet, gjer at ein har fokus på å undersøkje korleis intervjuobjekt fortolkar og konstruerer sine omgivingar (Kvale & Brinkmann, 2015). Saman med den etnografiske interessa i det kvardagslege og mellommenneskelege og eit situasjonsanalytisk blikk, har eg vidare hatt eit fokus på intervjuobjektets forståingar av den kvardagen dei er del av og kva situasjonar dei er del av i sjukeheimen.

Forskningsstrategi: ei abduktiv tilnærming til data

Gjennom dette prosjektet har eg i stor grad arbeidd abduktivt slik at dei empiriske data har påverka utviklinga av analysa, samstundes som teori og forforståingar har vore del av prosessen undervegs (Thagaard, 2013). Eg har vore inspirert av SDI-metoda som Tjora (2017) har skissert med tanke på at ein går gjennom analyseprosessen med induktive steg framover og «sjekkar» deduktivt tilbake - og at abduksjon tek stadig større plass seinare i analyseprosessen (Tjora, 2018, s. 67-69). Frå denne metoden har eg særleg tatt med inspirasjon for kode-prosessen med fokus på empirinære kodar og å grupperinga av dei, til saman med det å sjekke funna undervegs mot tidlegare forskning og prosjektets problemstilling. Vidare handlar abduksjonen om å veksle mellom teori og empiri, der ein testar eller set empirien i samanheng med generelle observasjonar eller teori (Thagaard, 2013). Slik arbeider ein for å også skape moglegheit for overførbarheit av funna. Det abduktive arbeidet i mitt prosjekt kjem særleg fram i den tematiske analysa. Eg kategoriserte empirien i samspel med tidlegare kunnskap frå feltet, noko som gjer at eg fekk plassert kategoriane i ein større samanheng. Også intervjuguidane har vore påverka av teoretiske forforståingar i noko grad, slik som at arkitektur har ein påverknad i interaksjon med sine omgivingar. Det situasjonsanalytiske perspektivet eg har vore inspirert av som Clarke (2005) beskriv har også vore jobba med abduktivt. Dette med tanke på at eg har hatt nokre forforståingar av at eg ser etter *aktørar* og *relasjonar* i ein sjukeheimens sosiale arena

(Clarke, 2005, s. 1-33), men at arbeidet likevel har vore empirisk forankra - i informantane sine beskrivingar av desse aktørane og relasjonane

Som det delvis har kome fram er eg inspirert av den pragmatiske posisjonen, som framhevar at forskingsspørsmåla er styrande for metodeval og der ein vil unngå å bli fastlåst i *ein* metode og dens reglar (Creswell & Creswell, 2018, s. 10-11). Dei empiriske data vert i stor grad vektlagt gjennom analyseprosessen i dette prosjektet, men fokuset på forskingsspørsmåla har gjort at eg har visse teoretiske og sosiologiske leietrådar i valet av metodiske grep.

Grunngjeving av metodiske val

Ei kvalitativ tilnærming med bruk av intervju og observasjon er nyttig for dette prosjektet, då det kan belyse helsepersonellets opplevingar av og i sjukeheimen. Gjennom å bruke ein eksplorerande kvalitativ metode kan ein utforske informantar sine tankar og erfaringar, og observere det materielle i rommet (A. Johannessen et al., 2006, s. 80-83). Denne metodiske tilnærminga har gjort det mogleg å utforske tematikken og forskingsspørsmåla i dette prosjektet, gjennom intervju med relevante aktørar ved sjukeheimar, eit observasjonsbesøk i ei sjukeheimsavdeling og teikning som verktøy under intervju. Dette har gitt eit datagrunnlag for å kunne forstå korleis helsepersonellet bruker byggets kvalitetar og rom, heimleggjer dei og i interaksjon med desse prosessane påverkar bebuarane sitt handlingsrom.

For å kunne studere meiningar, haldningar og erfaringar nytta eg djupneintervju som hovudkjelde for datainnhentinga (Creswell & Creswell, 2018, s. 188; Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er også eit verktøy som fungerer i tråd med den fenomenologiske tilnærminga, då ein utforskar menneskjers livsverd – det er «livsverd-intervju» slik Kvale og Brinkmann (2015) kallar det. Eg har nytta semistrukturerte intervju slik at informantane sjølve kunne ha ei rolle i kva som kom fram i intervju, då det er dei som har førstehandskunnskap om sine eigne opplevingar. Sjølv om eg i stor grad opna for informantane sine eigne refleksjonar, hadde eg førebudd tema og spørsmål i ein intervjuguide som var førande for samtalen, som eg kjem tilbake til.

Bruken av teikning som eit metodisk verktøy vart til som følgje av den etnografiske inspirasjonen. Det er eit verktøy til bruk i intervjusituasjonen der informanten kan uttrykke seg på andre måtar enn berre med ord, samtidig som det kan leie til vidare samtale (Elsbach & Kramer, 2016; Theron, Mitchell, Smith & Stuart, 2012). Det er dette som har vore tanken

bak å bruke teikning særleg i møte med helsepersonellet, for å fortelje om sjukeheimens fysiske utforming og at ein også kan bruke teikningane som materiale i analysa. Det var tenkt å også fungere som eit «fenomenologisk verktøy» for å få informanten til å gå inn i si eiga forståing av det fysiske rommet – som kanskje elles er kunne vere abstrakt eller vanskeleg å snakke om (Mitchell, Theron, Stuart, Smith & Campbell, 2011).

Observasjonen i prosjektet fungerer som eit supplement til intervjuet og kan på tross av sitt begrensa omfang gje viktige bidrag inn i forskinga (Tjora, 2017, s. 54). Når eg fekk tilbod om omvising på den eine sjukeheimsavdelinga der eine informanten arbeidde, takka eg ja då eg kunne overhalde smittevernshensyn. Slik vart også observasjon ein del av datagrunnlaget. Med observasjon kunne eg til saman med teikningane få eit betre innblikk i den fysiske utforminga av sjukeheimen og studere fortolkingar og ideologiske strøymingar som «er i institusjonsromma» (Silverman, 2004, s. 261-262).

3.2 Datainnsamling

Utval

Eg har gjort eit strategisk utval av informantar i denne studia, der krava til informantar har vore at ein må vere helsepersonell som arbeidar i sjukeheim. Dette skulle sikre at eg fekk data for å svare på mine forskingsspørsmål og problemstilling (A. Johannessen et al., 2006). Eg ville fokusere på denne gruppa for å få eit djupare innblikk i deira opplevingar av sjukeheimen. Særleg ville eg ha kontakt med dei som hadde jobba på sjukeheim også før koronapandemien. Både for at dei kunne ha eit «normalt» utgangspunkt, men også for å ha moglegheit til å bruke koronaperspektivet i intervjuet. Eg tenkte det kanskje kunne gi ein annan dimensjon til intervjuet som eg i utgangspunktet ikkje visste særleg om.

Helsepersonellet har elles mykje kontakt med bebuarar på sjukeheimane og kjenner til romma og rammene i sjukeheimen. Denne gruppa har altså innblikk i både bebuar-livet og organisasjonslivet, som gjer at dei som informantar sit med mykje kunnskap om dei ulike sidene ved sjukeheimen.

På grunn av masteroppgåva sitt omfang var det tenkt at sjukeheims-helsepersonell var eit hensiktsmessig utval. Det vart likevel også relevant å inkludere ein arkitekt i utvalet som kom opp i det eine intervjuet, då den var del av eit byggeprosjekt ved den eine sjukeheim.

Arkitekten kunne gi eit nytt perspektiv frå ein aktør «utanfrå» på kva ein sjukeheim er, samstundes som det også er ein aktør som påverkar sjukeheimar som blir bygga. Arkitektar

som skal utvikle institusjonsbygg har makt både når det gjeld å skape bygget, men også utover arbeids- og buforholda til dei som skal nytte seg av det (Buse et al., 2017; Rijnaard et al., 2016). Dette er eit argument for at det *vart* viktig å trekke inn denne aktøren. Ein avdelingsleiar som melde seg, som også har vore og delvis *er* helsepersonell, vart vurdert som relevant å intervju. Her kunne ein altså få perspektiv frå nokon som er del av dei ulike «sfærane» i sjukeheimen, frå sjukeheimsavdelingane og frå administrasjonen. Det endelege utvalet vart altså utvida frå det som var planlagt gjennom ein snøballmetode.

Rekruttering

Proessen med å rekruttere informantar starta med å sende ein e-post til ein einingsleiar ved den første av to sjukeheimar, kalla «By» i denne oppgåva. Der spurde eg om å få vidare sendt ein invitasjon til intervju med informasjonsskrivet vedlagt til ansette ved sjukeheimen. Då var det ein avdelingsleiar som melde seg til intervju. I anledning dette intervjuet fekk eg telefonnummer til to andre personell ved «By» som ville stille. I tillegg gav avdelingsleiaren namnet på arkitektkontoret som var involvert i sjukeheimsbygging i nærheita av dens arbeidsplass. Eg tok kontakt via e-post til dette kontoret og der stilte ein av arkitektane som informant. Vidare tok eg kontakt med einingsleiar ved den andre sjukeheimen, som eg har gitt det fiktive namnet «Fjorden», der eg fekk nummer til ein avdelingsleiar som vidare gav meg telefonnummer til fire helsepersonell der to meldte seg via SMS. Dei to andre fekk eg ikkje svar frå. Gjennom rekrutteringa av informantar har eg altså satsa på ein snøballmetode etter første kontakt med leiarane i begge sjukeheimane.

Presentasjon av informantane

Til saman har eg 6 informantar: ein arkitekt, fire helsepersonell og ein avdelingsleiar. Utanom arkitekten var informantane fordelt på dei to sjukeheimane som eg har kalla «By» og «Fjorden». Dei fekk desse namna fordi dei gir eit bilete på omgivnadane og konteksten dei er i. «Fjorden» ligg meir ruralt til i eit lokalsamfunn, som mine informantar beskriv det. «By» sjukeheim ligg meir urbant til, der informantane heller beskriv den som «for seg sjølv» og ikkje del av noko lokalsamfunn. Å få informantar frå sjukeheimar som ligg så ulikt til har vore av interesse og viste seg som meir relevant enn forventa. Tabellen under viser kort dei fiktive namna, kva fiktiv sjukeheim dei tilhøyre og utdanning dei har:

Fiktive namn	«Sjukeheim»	Utdanning
Sara	«Fjorden»	Sjukepleiar
Else	«Fjorden»	Helsefagarbeidar
Anita	«By»	Helsefagarbeidar
Beate	«By»	Sjukepleiar
Avdelingsleiar	«By»	Sjukepleiarbakgrunn
Arkitekt	Arkitektkontor	Arkitektur

Intervjuguide

Gjennom semi-strukturerte intervju får ein både styrt samtaletema samstundes som informanten får rom for både å gå djupare i sine svar og å kunne gjere nokre digresjonar som kan vise seg å vere interessante (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162-165). Det er frå dette utgangspunktet at eg laga intervjuguidar tilpassa dei ulike informantane, etter kva som ville vere interessant å få vite om den enkelte sine erfaringar (Creswell & Creswell, 2018, s. 190-191; Tjora, 2017, s. 145-166). Arkitekten fekk spørsmål om sjukeheims-påbygget, utvikling/bygging av helsebygg og korleis ein tenkjer når ein lagar institusjonsbygg i dag. Avdelingsleiarens intervjuguide fokuserte på sjukeheimsbygget, organisering, relasjon til helsepersonellet og liknande. Som det første intervjuet fungerte det også som ei «orientering» på feltet og tematikken. Intervjuguiden som vert nytta for helsepersonellet «ute i avdelinga» hadde blant anna fokus på byggets utforming, arbeidskvardagen og korleis dei tenkjer at bebuarane opplev sjukeheimen som heim.

Intervjuguidane følgjer ein mal etter Leseth og Tellmann (2014, s. 89-90): Ein innleiande del der informantar vert orientert om samtykke til lydopptak og liknande, oppfølgt av nokre "oppvarmingsspørsmål" som til dømes kor lenge dei har arbeidd i yrket, kva utdanning dei har og kvifor dei valte denne retninga. Slik kom ein seg inn på tematikken og ein blei betre «kjend» gjennom forholdsvis enkle spørsmål. I hovuddelen av intervjuguiden var eg ute etter informantens «oppfatningar, erfaringar, meiningar, og grunngevingar om temaet som undersøkast» (Leseth & Tellmann, 2014, s. 90). I for eksempel helsepersonellens intervjuguide var hovuddelen fokusert særleg på oppfatninga av og bruk av sjukeheimsbygget, deira arbeidskvardag og korleis sjukeheimen er ein heim. Mot slutten var det meir opne spørsmål slik som «korleis tenkjer du utforming og arkitekturen påverkar arbeidet ditt?». Slik vart informantane "varme i trøya" og fekk reflektert meir fritt før vi gjekk

inn i avsluttande del av intervjuet. I avsluttande del spurte eg om dei hadde nokre tankar for framtida til sjukeheimane, korleis dei opplevde intervjuet og om dei hadde noko dei ville seie som ikkje hadde kome opp som tema. Eg avslutta med å minne på rettane ein har bl.a. til å trekke seg frå studia og kvar eg kunne kontaktast.

Nokre av informantane gav tilbakemelding på at det var opne spørsmål og ikkje alltid like enkelt å svare for det var så stort. Dette endra eg ikkje då eg synest generelt at dei reflekterte mykje og relevant rundt tema. Det verka meir som at dei var redd for å svare «feil» eller at dei hadde misforstått kva eg spurte om. Det har vore eit poeng i utforminga av intervjuguiden at informantane skal kome med sine *eigne* perspektiv - uansett kva dei har tenkt på og ikkje har tenkt på frå før (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46-47). Dette er eit fundament i den fenomenologiske tilnærminga der informantane sine konkrete idear og tankar, altså deira fortolking av omverda, er utgangspunkt for vidare analyser.

Intervjua i praksis

Grunna smittevernshensyn vart intervjua gjennomført på forskjellige arenaer. Fire intervju vart gjennomført som videosamtale på "Microsoft Teams", eitt på telefon, medan to vart gjennomført på informantens arbeidsplass. Eit par av informantane ved «By» hadde eg litt knapp tid med, då det hadde skjedd ei misforståing angående tidsbruken. Dette påverka kor lang tid eg fekk brukt på oppvarminga i tillegg til at eg måtte kutte nokre få spørsmål i hovuddelen av intervjuguiden. Eg fekk likevel dekt alle tema, då eg kutta det eg vurderte som dei minst relevante delspørsmåla.

Under intervjua var det også tydeleg at fleire hadde mykje på hjarte om sin arbeidsplass. Det kunne nokre gongar vere vanskeleg å styre samtalen tilbake til dei relevante tema, og særleg når det var tema som det verka som dei hadde sterke meiningar om. Eg vurderte nokre gongar at det var betre å la dei snakke ut, då det heller kunne styrke tilliten mellom oss i intervjusituasjonen gjennom at dei følte seg høyrd i tema dei var opptatt av (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 114-131). Dette kunne påverke intervjuet positivt vidare. Likevel var dei fleste flinke til å kome tilbake til tema sjølv, om dei snakka seg utanfor det.

I tillegg til å bevisst bruke teikning og observasjon som teknikk, er det også andre materielle sider ved intervjusituasjonen slik som kroppsspråk og utforming av rommet ein intervjuar i som påverkar utfallet av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 125-130). To av intervjua vart gjennomført på sjukeheimen der informantane arbeidde. Rommet var eit kombinert

møterom og fellesstue med vindauge mot inngangshallen. Ein fekk då eit innblikk inn i sjukeheimens materialitet og eg fekk møtt informantane på deira sin arbeidsplass, der dei møtte i arbeidsuniformer. Dette kan ha påverka både positivt og negativt. For meg som forskar gav det eit innblikk i sjukeheimen og moglegheit for å observere deira arbeidsplass. For informantane kan det både ha gjort at dei var meir «i situasjonen» slik at dei gav meir utfyllande svar, men det kan også ha gjort at dei vegra seg for å seie visse ting for eksempel i tilfelle kollega eller sjefar hadde kome inn eller kunne høyre frå utsida. Dette er vanskeleg å vite, men eg opplevde likevel i intervjuet at dei ikkje var redde for å snakke både kritisk og meir generelt.

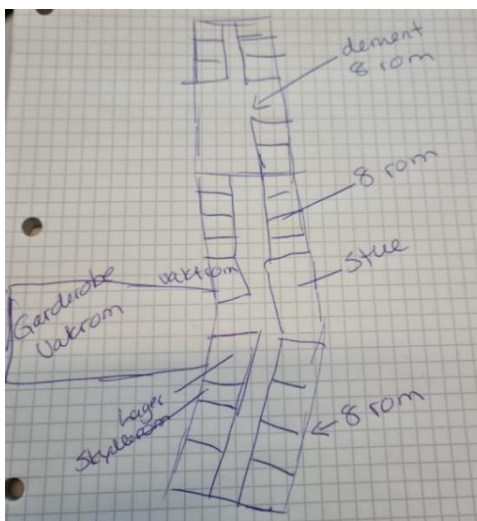
Eg møtte på utfordringar med tanke på det non-verbale i nokre av intervjuet. Det eine av dei fysiske intervjuet vart gjennomført med munnbind og det gjekk ut over bruken og tolkinga av kroppsspråk, som er ein viktig del av intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 126-127). Med munnbind opplevde eg det som vanskelegare å vere den lyttande forskaren når ein ikkje kunne vise ordentleg ansiktsuttrykk, samt at det var vanskeleg å tolke når informanten var ferdig eller ville seie meir. Det var noko vanskelegare å *styre samtalen*, då ein ikkje kunne vise med ansiktsuttrykk av ein ville ta ordet. Dette var også utfordrande med telefonintervjuet som vart gjort med avdelingsleiaren, då eg som forskar måtte kome med fleire samtykkande ord som «ja» «å?» osv. for å vise at eg lytta og at eg ville høyre meir (Tjora, 2017, s. 169-171). Med litt etterheng i telefonlinja førte det også til at vi plutsleg snakka i munnen på kvarandre. Det løyste seg greitt då eg oftast lot informanten få fortsette å snakke, så lenge eg ikkje såg behov for å styre samtalen ein annan veg. Dei digitale intervjuet gjekk også greitt føre seg, med unntak av noko trøbbel med at bilete og lyd hang seg opp ved det eine intervjuet. Også her mangla ein noko kroppsspråk i intervjusituasjonen, men det var betre enn over telefon. Desse utfordringane kan ha påverka kvaliteten av intervjudata som vart innhenta, men eg meiner at det ikkje har påverka i veldig stor grad då vi løyste problema som oppstod undervegs i intervjuet.

Observasjon og teikning under intervjuet

Som nemnt fekk eg gjort eit observasjonsbesøk i anledning intervjuet som var gjennomført ved den eine sjukeheimen, i tillegg til dei observasjonane som er ein naturleg del av intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 125-130) Informanten Anita tilbydde meg ei omvising ved den eine avdelinga ho arbeidde ved. Anita viste meg gjennom korridorane, inn i kjøkkenet der fleire av bebuarane sat og der ein førebudde til middag, via stua og så via

korridoren der pasientromma var og tilbake til inngangen. Det var vanskeleg å kommunisere til dei eldre gjennom munnbindet eg hadde på om kven eg var og kvifor eg var der, men med hjelp av informanten forklarte vi undervegs til bebuarane at eg var forskar og berre skulle sjå korleis det såg ut der. Eg fekk ikkje vite noko personlege opplysningar om bebuarane og gjorde ikkje opptak frå denne turen. Alt som vart dokumentert var notat eg gjorde i etterkant om korleis det såg ut og eit par setningar Anita sa undervegs.

Under intervjuet, og i forkant for to av dei, vart informantane bedne om å teikne si avdeling som ei planteikning, for å bruke som eit utgangspunkt for samtalen. Eg gav ikkje noko spesifikke «instruksar» anna enn å be dei om å teikne avdelinga si frå «fugleperspektiv» eller som planteikning. Slik kunne eg observere kva dei brukte tid på å teikne og kva dei utelét i teikninga. Eg tenkte dette kunne vere interessant både å ta med vidare i intervjuet og som del av observasjonsdata. Når det i intervjuet var vanskeleg å forklare noko blei kartteikninga brukt for å vise eller framheve eit poeng. Det var midtvegs i intervjuet og i forkant av spørsmål om byggets utforming at eg spurde dei om å teikne karta. Då hadde vi hatt samtale på nesten ein time og eg tenkte at vi då hadde fått ein viss grad av tillit slik kjensla av å «prestere» var lågare. Eg poengterte til samtlege at teikninga ikkje var for å vurdere kor flinke dei var, då flesteparten gav kommentarar som «eg er ikkje så flink å teikne, då». Under er det to teikningar, den til venstre frå «Fjorden» og den til høgre frå «By». Teikningane var alle nokså like, så eg har valt å vise ein frå kvar av sjukeheimane for å gi eit inntrykk.



Teikning 1: "Fjorden" sjukeheim



Teikning 2: "By" sjukeheim

Arkitekten brukte 3D- og 2D-visningar av sjukeheimen undervegs i intervjuet. Dette kom frå den sitt initiativ og fungerte godt under intervjuet som verktøy for å snakke om bygget. Sidan

dette var midt i prosessen med å skissere bygget, fekk eg også eit innblikk i korleis arkitekten har tenkt før entreprenørar eller andre har gått inn å evt. kutta eller tillagt element. Det kan gjere at ein fekk betre innblikk i kva arkitekten tenkte i utgangspunktet, med mindre påverknad frå andre.

3.3 Behandling av data

Transkribering og koding

Etterkvart som eg gjennomførte intervjuva var det neste steget å transkribere. Eg skreiv lydopptaka ned til tilnærma normert nynorsk, men ord som var vanskelege å oversetje frå dialekt eller ord som stod fram som særleg viktige vart beholdt (Tjora, 2017, s. 173-175). Å gjere ei normalisering av språket bidreg også til å sikre anonymiteten. Pausar og leiting etter ord frå informanten si side er også interessante vidare i analyseprosessen og eg har av den grunn skrive transkripsjonane detaljert.

Eg arbeidde med datamaterialet i fleire omgangar. Fyrst leste eg gjennom alle intervjuva, deretter markerte eg delar som var interessante for forskingsspørsmåla og problemstillinga. (L. E. F. Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 284-285). Markeringane skreiv eg ned for hand som empirinære kodar, for å bevare innhaldet frå intervjudata til analysa (Tjora, 2017, s. 197-203). Undervegs skreiv eg ned tankar og assosiasjonar til kodane, likt empirisk-analytiske referansepunkt, for å bevare funn og perspektiv gjennom prosessen (Tjora, 2017, s. 204-207). Eg kopla inn tankar frå observasjonsbesøket her. Igjen gjekk eg gjennom desse kodane og markerte viktige eller «berande» ord i kodane, som start på kategoriseringsprosessen. Ord som bl.a. «heim», «pynt», «velferdsteknologi», «oversikt», «kjøkken», «institusjonsprega» og «korridor» gjekk igjen. Herifrå gjekk analyseprosessen to veger: tematisk analyse som hovudfokus og ei situasjonsanalytisk kartlegging av sjukeheimen som supplement. Desse krev ulike framgangsmåtar.

Tematisk analyse

I tråd med Johannessen et al. (2018, s. 283-300) si tematiske analyse er kodane kategorisert på tvers av datamateria og informantar. I denne prosessen fekk eg utelukka kodar som enten fall utanfor prosjektets fokusområde eller som berre vart funne hjå enkeltinformantar. Til slutt kom det opp fleire ulike kategoriar: «Ro i avdelingane», «Det regulerte fellesskapet», «Tilgjengelegheit og overvaking», «Hjemlighet», «Roms funksjon», «Empati i sjukeheimen»,

«Ruter/bevegelsesmønstre i bygget», «Estetikkens funksjonalitet», «Forholdet til omverda», «Kaotisk arbeidskvardag» og «Bebuarkvardagen». Gjennom å skrive ut kategoriane med forskningsspørsmåla i bakhovudet kunne eg jobbe vidare med det som viste seg å vere relevant og setje dei saman i hensiktsmessige tema som dei kjem fram i analysekapittelet (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 294-312). Også den gryande teoretiske tanken om å sjå data gjennom «forhandlings»-omgrepet starta å spele inn i denne prosessen. Den tematiske analysa enda opp til å bli to av dei tre delane som vert presentert i analysekapittelet: «Heimleggjering» med og «Den skapte bebuaren».

Situasjonsanalyse

I tillegg til det tematiske fokuset ønskja eg også å kartlegge sjukeheimen som situasjon med inspirasjon frå Clarke (2005) si situasjonsanalyse. Det er to typar kartleggingar som er gjort. Den første kartlegginga var av *aktørar* som kom opp i intervjuar som relevante for sjukeheimen. Dette er gjort med inspirasjon frå særleg Clarke (2005, s. 109-116) si beskriv av «social world/arena maps». Denne kartlegginga vert presentert i innleiinga av analysekapittelet. Som Clarke (2005, s. 56-57) skriv er også denne typen kartlegging knytt til å utforske forhandling og sosial orden slik Strauss (1978, 1981, 1993) beskriv det. Dette fordi forhandlingar skjer i møte mellom aktørane dei sosiale arena og verdane.

Den *andre* kartlegginga er gjort med *inspirasjon* frå Clarke (2005), men er mindre forankra i hennar rammeverk. Som vist i analysekapittelet 4.1 har eg gjort ei kartlegging av sjukeheimen som «arkitektonisk einheit», med bakgrunn i dei deskriptive forklaringane frå informantane. Kartlegginga går ut på at eg har sett på kva rom som finst og korleis dei vert brukt, samt kva dei arkitektoniske og estetiske kvalitetar dei innehar. Her har også den tematiske analysa vore involvert, ved å sjå på «roms funksjon» og «estetikkens funksjonalitet». Teikningane og notata frå observasjonen vart særleg relevante til denne kartlegginga.

Eg har altså brukt det situasjonsanalytiske perspektivet noko pragmatisk og har ikkje gjort ei analyse etter «malen» på grunn av oppgåva sitt omfang. Eg har likevel gjort to korte analyser av: 1) aktørar som er del av sjukeheimens sosiale arena, og 2) sjukeheimsbygget som «situasjon» og kva som skjer i den. Desse situasjonsanalysene, altså kartleggingane, i tillegg til den tematiske analysa er grunnlaget for analysekapittelet.

3.4 Kvaliteten av forskinga

Etiske refleksjonar

I eit forskingsprosjekt dukkar det gjerne opp nokre etiske vurderingar og refleksjonar, og desse vil synleggjere her. Forskaren sin integritet er av stor betydning når ein gjer intervju, fordi ein brukar seg sjølv som verktøy for datainnhentinga (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Det er difor også strenge etiske krav til forskaren om å vere refleksiv og vise gjennomsiktigheit av val som er gjort og kva som har skjedd i praksis gjennom prosjektet. Gjennom å skrive utfyllande om prosjektet i denne metoddelen har eg forsøkt å gjere nettopp dette.

Creswell og Creswell (2018) skriv at dei to viktigaste tema å reflektere over kring forskarrolla er tidelegare erfaringar og korleis dei formar fortolkingar forskaren gjer. Eg har sjølv arbeidd som vikar ved ulike sjukeheimsavdelingar – frå skjerma til heilt opne avdelingar. I tillegg har eg arbeidd i andre kommunale bustadar. Desse erfaringa har vore opphavet for interessa i ulike buformer og særleg korleis dei institusjonsprega bustadane fungerer som rammer for bebuarar og arbeidarane. Mi erfaring er at helsepersonellens arbeidsmåtar og tilnærming til bebuarar er særleg ulik mellom sjukeheimane (institusjonsbygg) og bustad for born/vaksne med utviklingshemming (bolig). Når eg har fokusert på sjukeheimar er det fordi eg har vore interessert i dei meir «totale kvalitetane» og eg opplever ein dissonans mellom korleis dei opplevast i praksis og kva ein høyrer om bl.a. i politikken.

Dette har vore noko førande i utforminga av tema og forskingsspørsmål og har påverka kva fokus som er valt i denne oppgåva. Å ha ei slik erfaring med feltet eg studerer kan også gi meg ein «bias», slik at eg fokuserer på og *ser* visse sider. Eit eksempel på dette kan vere det at eg har opplevd sjukeheimen som «total» allereie før eg starta å studere den, i staden for å vere open og «uvitande» i møte med feltet. Gjennom prosjektet har eg gjort ein innsats i å vere bevisst på mine tankar og erfaringar, slik at eg i større grad kan «legge dei vekk» når eg har intervju og arbeidd med datamaterialet. Eg meiner også at erfaringane nettopp har gjort at eg har *funne* tematikken til dette prosjektet og ser ei viktigheit av at det vert forska på.

Kvalitetsmåla

Korleis ein skal måle kvaliteten i kvalitativ forskning er omdiskutert, men nokre omgrep går likevel igjen som «anerkjende» mål. Eg tek vidare utgangspunkt i Tjora (2017, 2018) sin bruk

av pålitelegheit, gyldigheit og konseptuell generalisering som mål for forskinga si kvalitet.

Pålitelegheit

Pålitelegheita av forskning heng saman med refleksjon og gjennomsiktighet av forskingsprosessen og at ein framstiller data riktig, nettopp at det er påliteleg det eg har gjort, funne og tolka i oppgåva (Tjora, 2017, s. 235-238). Ved å nytte empirinær koding og å kontinuerleg gå tilbake til transkripsjonane for å sjekke sitat og koder opp mot sin kontekst, meiner eg at pålitelegheita har vorte styrka. Også å greie ut om forskarrolla og eventuelle «bias», forskingsprosessen og vala som har blitt tatt, er med på å styrke pålitelegheita. Dette metodekapittelet er eit forsøk på å skape ein slik transparens. Bruk av lydopptakar styrkar også pålitelegheita då ein får bevart samtalen slik den faktisk var fram til transkripsjonen.

Eit anna poeng Tjora (2017) trekk fram om pålitelegheit er at ein bør gjere greie for kva sitat som er valt i analysa og kvifor ein har valt å framstille poeng gjennom desse sitata. Omfanget av prosjektet er for lite til å legge fram alle kategoriar og sitat som er interessante. Når eg har funne sitat til analysa har eg valt dei som både utfyllande og kortfatta poengterer omtalt tematikk, slik får lesaren eit godt innblikk i informantens utsegn utan at det vert for langt. Det kan likevel vere at nokre poeng hadde vorte betre belyst ved å bruke eit lengre sitat eller del av samtalen mellom meg og informanten. Nokre gonger har eg vald sitat som er meir "satt på spissen" og som difor kanskje ikkje viser breidda i informantane sine meiningar like godt. Dette kan påverke pålitelegheita i oppgåva, ved at eg framstiller data på ein viss måte for lesarane. Likevel meiner eg at eg har balansert desse utsegna med utsegn som representerer det fleire sa i intervjuet. Eg viser også tydeleg kven sitatet høyrer til og om det inneheld meiningar som går igjen hos dei andre eller ikkje.

Det semistrukturerte intervjuet kan problematiserast med tanke på moglegheitene for å etterprøve, samanlikna med metodar som baserer seg på meir standardisert datainnsamling. Likevel kan ein ved bl.a. å dokumentere godt for intervjuguidane og endringane som skjer undervegs, gjere at metoden vert mogleg å diskutere i ettertid og å sikre ei betre pålitelegheit til det som har blitt gjort (Marshall & Rossman, 1999). For å vidare gjere intervjuprosessen gjennomsiktig og bidra til større pålitelegheit, har eg lagt ved intervjuguidane som vart brukt. Eg vil likevel nemne at alle intervjuet utarta seg ulikt gjennom informasjon som kom opp undervegs og kva informantane reflekterte mest rundt. Desse guidane gir eit *innblikk* inn i dei planlagde temaa eg ville dekke, men eg spurde også spørsmål som ikkje står i intervjuguiden.

Også problematikken som har blitt nemnt rundt videosamtale, intervju med munnbind og telefonintervju kan påverke intervjumateriellets kvalitet og pålitelegheit til dataa. Ein kunne ikkje bruke og tolke kroppsspråket som vanleg, og dette er problematisk med tanke på kor viktig det er i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan har påverka kva og kor mykje informantane fortalde om dei ulike tema. I tillegg var det nokre få tekniske problem, som påverka gangen i sjølve intervjuet.

Gyldigheit

Tjora (2017, s. 232-234) kortfattar gyldigheit til *relevans* og *presisjon*. Relevans handlar om bl.a. forholdet eins prosjekt har til feltet og samfunnet elles - om det har ein samfunnsmessig og fagleg relevans. Eg har i innleiinga vist kvifor eg meiner temaet er relevant å studere og i det førre kapittelet gjorde eg koplingar til feltet eg studerer for å bygge opp under gyldigheita av mitt prosjekt.

Med tanke på gyldigheit som *presisjon* omhandlar dette i kva grad «[...] *dei svara vi finn i vår forskning, faktisk er svar på dei spørsmål vi forsøker å stille*» (Tjora, 2017, s. 232). Dette heng særleg saman med val av metode for å finne svar på forskingsspørsmål/problemstilling, og som nemnt har dette endra seg gjennom dette forskingsprosjektet. Sjølv om intervju til slutt enda opp med å bli valt som framgangsmåte, var feltarbeid det som i utgangspunktet vart sett på som best for å undersøkje tematikken. Dette kan vere verdt å sjå i lys av kritikken mot «intervjusamfunnet» (Atkinson & Silverman, 1997; Ryen, 2002), at ein bruker intervju i stor grad utan at det er godt nok fagleg begrunna og at ein ikkje er klar nok på *kva data* ein får av intervju (Silverman, 2017). Ein må vere på vakt for å bruke djupneintervju berre fordi det er lett tilgjengeleg, særleg når andre metodar kan vere meir relevante (Tjora, 2017, s. 118).

Dette er eit poeng å ta med i denne oppgåva, då eg tenkjer feltarbeidet kunne gitt meir utfyllande svar på den opprinnelege problemstillinga. Etter endringar av fokuset undervegs meiner eg at det likevel var nyttig å gjere intervju. Ved å gjere ei fenomenologisk tilnærming i problemstillinga og fokusere på helsepersonellets *opplevingar* og korleis dei fortel at dei brukar romma og estetikk, har intervjuforma likevel passa. Og som eg har beskrive har eg behaldt inspirasjon frå etnografien, slik at dei empiriske data gir grunnlag for å svare på forskingsspørsmåla som er basert på den same tematikken. Blant anna gav observasjonen eit nyttig perspektiv, då eg som forskar fekk dei estetiske inntrykka «rett inn» og ikkje berre gjennom informantane sine fortolkingar (Creswell & Creswell, 2018, s. 188-189). Endringa

medfører likevel eit svakare datagrunnlag for å kunne studere interaksjon og utforming som elles kunne ha vore observert. Som Hammersley (2008, s. 98-100) poengterer er den radikale kritikken mot intervju ikkje så kraftig at det impliserer at ein bør kutte dei ut, men at ein bør ta med seg poenget om at ein bør vere meir varsam for kva slutningar ein trekk ut i frå *intervjudata*. Dette har vore naturleg å bli bevisst på gjennom endringane som skjedde i forskingsdesignen.

Vidare kunne det ha styrka gyldigheita å intervju sjukeheimsbebuarar, då det er mykje fokus på dei utan at dei sjølve er representert i utvalet. Bebuarane sine liv i sjukeheimen er eit viktig aspekt gjennom resten av oppgåva og ein kan problematisere at eg studerer bebuarlivet i sjukeheimen utan å intervju dei. Likevel er det ei avgrensing som er gjort pga. oppgåva sitt omfang og koronasituasjonen. Det hadde også oppstått etiske problemstillingar om eg skulle intervju denne gruppa, angående vurderingar av samtykkekompetanse og andre problem med pålitelegheit f.eks. med tanke på demenssjukdom.

Det hadde også vore ein fordel om det var fleire informantar enn 6 stykk då det kunne ha bidratt til at ein fekk nye innspel. Dette kunne styrka prosjektet med tanke på generalisering, om ein ser på det som eit mål for også den kvalitative metoden, og gyldigheita (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148-150). Likevel opplevde eg at det vart ei slags «metning» av data når eg intervju dei to siste blant helsepersonellet (Tjora, 2017, s. 143). I dette prosjektet har det vore meir interessant å gå djupare i tema med færre informantar, enn å kunne sikre meg fleire. Om eg skulle intervju fleire ville eg som nemnt ha valt å få inn bebuarar i prosjektet, og dette hadde vore lettare å gjennomføre utanom koronasituasjonen.

Generaliseringspotensial

Det tredje målet på kvalitet som Tjora (2017) presenterer er generaliserbarheit og der *konseptuell generaliserbarheit* er den generaliseringa han argumenterer for i forbindelse med SDI-modellen. Denne generaliseringa handlar om å utvikle konsept eller teori som kan brukast og vere gyldige i andre caser eller utval. Ved å jobbe fram slik teori/konsept kan ein implementere det på andre typar fenomen eller det same fenomenet i ein annan situasjon/case. Eg tenkjer også at det er ei slik generalisering eg har jobba fram mot i denne oppgåva, i tillegg til ei moderat generalisering (Tjora, 2017, s. 238-248). I denne studia har eg poeng som kan overførast til andre institusjonar der det bur bebuarar eller pasientar. Særleg med tanke på kva som gjer ein institusjon til ein *heim*, som er det eg i stor grad undersøker i

denne oppgåva. Det kan også overførast til kva som gjer at ein opplever heim i *andre* kontekstar – kanskje hos ein vertsfamilie på utveksling eller i ein fosterheim. Studiet kan også knytast opp til spørsmålet «kva er ein heim?» og altså å sjå på «heim» som eit meir generelt sosiologisk fenomen.

4 Analyse

I dette kapittelet vil eg presentere funna frå intervjua og observasjonane for å belyse kva for ein heim som vert skapa i samspelet mellom fysisk utforming og helsepersonellens arbeid i sjukeheimen. Ved å nytte dei teoretiske perspektiva som er beskrive i kapittel 2 vil eg sjå på desse funna med ei interaksjonistisk tilnærming og med særleg eit blick for forhandlingar som skjer mellom aktørane. Tema som er inkludert i analysa gir eit grunnlag for å undersøkje delar av sjukeheimens økologi, sett gjennom brillene til informantane (Sørhaug, 2017). Til å byrje med vil eg gi eit innblikk i kva for ulike aktørar som deltek i å forme sjukeheimen, fordi det gjev eit bilete av korleis heimleggjering som prosess også skjer i samspel med aktørar utanfor sjølve sjukeheimsavdelingane. Kommuna og andre aktørar er med på å danne rammene for bebuarar sin heim og helsepersonellens arbeid, og er difor viktig å belyse. I det første analysekapittelet 4.1 vil beskrivingar av dei ulike romma i sjukeheimen bli framlagt og diskutert for å svare på forskingsspørsmålet: *Korleis legg sjukeheimen sin arkitektur opp til sosial interaksjon mellom helsepersonell og bebuarar?* Her presenterer eg helsepersonellet sine beskrivingar av romma sin utsjånad og særleg korleis romma vert *brukt* av dei sjølve, bebuarane og evt. andre aktørar. I kapittelet 4.2 «Heimlegheit» er fokuset på kva helsepersonellet tenkjer gjer sjukeheimen til ein heim, og korleis dei jobbar med dette gjennom særleg å skape rom for autonomi, fellesskapskjensle og at det er estetisk heimleg for bebuarane. Det siste delkapittelet omhandlar «bebuaren» og dei rammene som helsepersonellet fortel om som påverkar og avgrensar «bebuaren» sitt handlingsrom. Her fokuserer eg særleg på korleis helsepersonell fortolkar bebuarane som ei gruppe og beskriv deira kvardagar. Dette heng saman med å undersøkje handlingsrommet bebuarar har, slik det kjem fram i intervjua. I tillegg legg eg fram kva personellet fortel om sine eigne arbeidskvardagar, og korleis dei ulike formene for rutinar kan verke å skape visse rammer for bebuarlivet. Etter desse analysekapitla der empirien har stor plass, vil eg i diskusjonen ta føre meg temaa frå analysa kritisk og i lys av problemstillinga. Før dette vil eg som del av denne introduksjonen til analysa beskrive aktørane som har tilknytning sjukeheimen, for å kartlegge sjukeheimen sin sosiale arena.

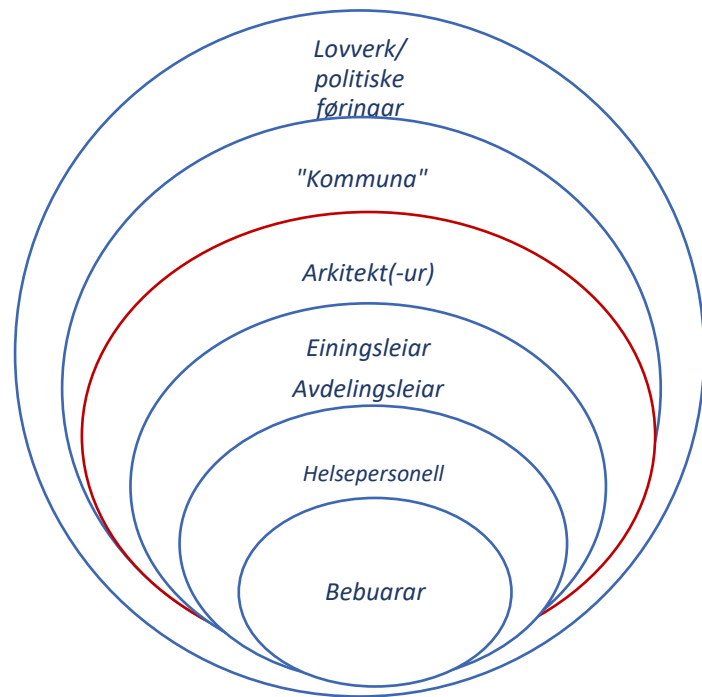
Aktørar tilknytt sjukeheimen – ei kartlegging av den sosial arenaen

Gjennom inspirasjonen frå Clarke (2005) sitt situasjonsanalytiske rammeverk ønskjer eg å kartlegge dei aktørane som kom fram i intervjua som delaktige i å skape sjukeheimen og særleg å skape den som ein heim. Likt «social worlds/arena maps» ser eg etter aktørane som

tilhøyrar sjukeheimens sosiale arena (Clarke, 2005, s. 109-116). Kartlegginga eg har gjort er hovudsakleg basert på informasjon frå informantane. Aktørane i Figur 1 er funne i datamaterialet og er sentrale for å kunne diskutere og forstå faktorar som påverkar heimleggjinga av sjukeheimar. Vidare vil eg vise korleis dei ulike aktørane er relaterte til sjukeheimen.

Figur 1 viser seks ulike aktørar makro- til mikro-nivå:

Lovverk/politiske føringar, «kommuna», arkitekt(-ur), leiarar, helsepersonell og bebuarar. Dei er som «sosiale verder» som deltek i sjukeheims arena (jf. Clarke, 2005).



Figur 1: Aktørar involvert i sjukeheimane.

Som figur 1 viser, så er det aktørar på ulike nivå som påverkar kvarandre, sjukeheimen og bebuarars situasjon i "heimen". Også arkitekturen

og lovverket vert difor her omtala som aktørar, fordi dei deltek i samspelet i og rundt sjukeheimen. «Kommuna» er ei samling av aktørar som både jobbar nær bebuarane i sjukeheimen og som jobbar med utforminga av sjukeheimstilbodet «utanfrå».

Ytst i figuren er *lovverket og politiske føringar*. Desse heng også saman med rådande ideologiar i samfunnet og kva ein meiner er «riktig og galt» til ulike tider. Sjukeheimen vert påverka av lovverk og politiske føringar gjennom rammene dei set for drifta av sjukeheimen, rettigheter for bebuarane, arbeidsmiljø og så vidare. Som allereie nemnt i tidlegare kapittel vert sjukeheimen påverka av nye formuleringar av lovverk og politiske målsetjingar. Lovgiving som omhandlar tvang, bygg og formål med sjukeheimsordninga er døme på dette. *Leve hele livet*-reforma er vidare ei politisk målsetjing der ein motiverer kommunane til omstilling gjennom økonomisk støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). *Demensplan 2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) og *Omsorg 2020* (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2015b) er del av denne reforma og som nemnt vert det der råda til å tilrettelegge for små og «heimlege» miljø i sjukeheimane.

Husbanken er ein aktør som ut i frå lovverket har mandat til å gi tilskotsmidlar til bygging av sjukeheimar, mot at ein møter diverse krav slik som «normalisering og inkludering» av bygget (Husbanken, 2019; K. Johannessen, 2017). Som Mjøen (2019) skriv er desse krava, og då særleg *normalisering*, ideal som har vore satt høgt i utforming av butilbod/-tenester. Det har i dei seinare åra har vore mindre fokus på dette og meir på *sjølvbestemmelse* som ideal. «Normalisering og integrering» kjem i lita grad fram som eit mål i intervju med mine informantar. Dette gjeld både i intervjuet med arkitekten og med helsepersonellet som fortel at sjukeheimane er synlege som institusjonsbygg og geografisk «avgrensa» frå lokalsamfunnet – altså motsett frå integrering. Ideala for helsebygg endrar seg altså og det gjer at ein må utforme bygg tilpassa dei rådande ideologiske ideane. Etter kvart som *Leve hele livet*-reforma vert gjennomført vil ein kanskje sjå andre typar sjukeheimar som er mindre og meir «heimlege». I rapporten *Rom for omsorg* omtalast fokus på småskala butilbod og skilje mellom privat- og fellesareal ved bygg av bustadar for heildøgns omsorg:

Småskala botilbud med lokaler som en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, i tråd med anbefalingene i Omsorg 2020, ser ut til å gi de beste forutsetningene for de fleste brukergrupper med heldøgns omsorgsbehov. Byggene bør ha tydelig skille mellom privatareal og fellesareal, og legge forholdene godt til rette for beboerens familie og sosiale nettverk. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 6)

Ein kan sjå nokre underliggande ideologiske tankar om normalisering og integrering av HDO-bustadar, som også inkluderer sjukeheimsplassar. Også rom for relasjonar med «omverda» og privatliv vert vektlagd. Det er ei endring frå korleis ein ville utforme institusjonar for berre nokre tiår tilbake, då det skulle vere meir sjukehus-aktig utforming (Jacobsen, 2016). Slik kan ideologiske strøymingar som uttrykt i lovverk og politiske føringar påverke sjukeheimen og korleis *heimen* vert utforma.

Aktøren *kommuna* som vist i Figur 1, vel eg her å definere som eksterne aktørar som påverkar sjukeheimen utanfrå. Dette inkluderer eksterne påverknadsfaktorar som dømevis sjukeheimspolitik, økonomi og budsjettering, prosjektarbeid knytt til bygging av sjukeheimar og tildeling av sjukeheimsplassar. Interne aktørar som helsepersonell og kommunalt tilsette vel eg difor å trekkje inn som eigne aktørar mot sentrum av figur 1. Dei kommunale aktørane må også forhalda seg til lovverket og dei politiske føringane. Innføre

kommuna er det også «underaktørar» som har påverknad på sjukeheimane. *Aktivitørar* er aktørar som jobbar nært bebuarane med å aktivisere dei. I tillegg vert det nemnt av informanten Anita at det kjem aktørar frå kommuna som set inn kunst ved den eine sjukeheimen, utan at dei får lov å flytte eller ta ned kunstverka. Ho meiner stilen ikkje passar inn i sjukeheimen og til den gruppa som bur der. Desse kommunale aktørane har altså påverknad på ulike måtar på korleis sjukeheimen vert utforma både fysisk, organisatorisk og sosialt.

Vidare er *arkitekturen* ein aktør som påverkar identitet og handlingsrom for tilsette og bebuarar ved sjukeheimen. Tilknytt til arkitekturen finn ein aktørar som arkitektar, brukarmedverknadsgrupper, entreprenørar, og andre som tek del i å forme dei fysiske rammene ein skal bu og arbeide i. Som vist med den raude linja i Figur 1 har eg vald å setje ei linje mellom aktørar som påverkar sjukeheimen utanfrå og innanfor. Aktørar som entreprenør og arkitektar er eigentleg eksterne aktørar i figuren, medan arkitekturen er ein sentral del av interaksjon *innad* i sjukeheimen. Sjukeheimsarkitekturen er viktig for aktørane i sjukeheimen, og alle informantane var klare på at utforminga er viktig for korleis sjukeheimen *fungerer*. Som Sara seier på spørsmål om utforminga har noko påverknad på bebuarane sitt liv: «Ja, det *veit* eg at det gjer», før ho fortel om korleis særleg tilrettelegging gjennom handtak på bada, ingen dørstokkar og liknande har påverknad på for eksempel fare for fall. I intervjuet med arkitekten kom det også fram korleis ein ved hjelp av ulike løysingar og arkitektoniske kvalitetar vil skape visse funksjonar. For eksempel var det å skape eit naturleg bevegelsesmønster gjennom fellesromma i avdelingane trekt fram som positivt. Det kunne bidra til å minske frustrasjon for bebuarane, samanlikna med rom og korridorar som berre enda i ein vegg. Arkitektur medverkar og har makt over interaksjonen med dei som er *i* eller *ved* den (Buse et al., 2017; Nettleton et al., 2018; Nord & Högström, 2017; Shah & Kesan, 2007), og er difor ein viktig aktør for korleis sjukeheimen vert skapa som ein heim.

Innad i sjukeheimen finn ein gjerne ein einingsleiar som har det «øvste» ansvaret *i* sjukeheimen. I intervjuet med helsepersonellet verker det som at leiaren ikkje er direkte involvert i livet på avdelingane, men har kontakt med særleg avdelingsleiarar, tillitsvalte, verneombod og liknande. Under einingsleiaren er altså avdelingsleiar som også er del av sjukeheimen *innad* og er ansvarleg for si eiga avdeling. Denne leiaren verker i begge sjukeheimane å vere meir involvert *ute* i avdelingane og bistår med sjukepleiar-faglege vurderingar. Det er likevel ikkje der hovudarbeidet ligg for avdelingsleiaren, men i anna «kontor»-arbeide.

Vidare har ein *helsepersonellet* som jobbar ute i avdelinga – både med det helsefaglege og medisinske, miljøarbeidet og kjøkkenarbeidet. Innerst i Figur 1 har ein *bebruarane* som har sjukeheimen som heim. Helsepersonellet og bebruarane si rolle som aktørar i sjukeheimen vil bli belyst gjennom resten av analysekapittelet frå 4.1-4.3.

Aktørane i Figur 1 har alle ein påverknad på sjukeheimen og korleis den skapast som ein heim. Som vist er det ulikt kor stor påverknad aktørane har og det er ulikt kor *synleg* påverknaden er. I tillegg er det nokre aktørar som ikkje vert nemnt i denne kartlegginga av aktørar som vist i Figur 1, deriblant reinhaldarar, pårørande, frivillige, skuleklasser og andre som også deltek på ulike måtar i sjukeheimen. Desse er også viktige for sjukeheimssamfunnet, men på grunn av mi avgrensing i problemstilling og forskingsspørsmål er desse utelatt. Eg har i denne delen gitt eit overblikk over aktørar som er relevante for heimeleggjeringa av sjukeheimen, og som er relevante gjennom resten av oppgåva.

4.1 Sjukeheimens rom for interaksjon

Som i ein vanleg heim har romma i sjukeheimen ulike «funksjonar». Med funksjon meiner eg kva *funksjon eit rom har* i heimen, kva forventingar ein har og korleis rommet vert brukt i interaksjon mellom aktørar. Dømevis kan eit kjøkken ha funksjonen å vere ein stad for matlaging, eting og sosialt samvær – jamfør i ein «vanleg» heim. Interaksjon og handlingar som skjer i kjøkkenet ved ein sjukeheim er forhandla fram mellom helsepersonellet, bebuarane og den fysiske utforminga – og er del av den sosiale ordenen i sjukeheimen.

Perspektivet på kva funksjon romma har i den sosiale ordenen i sjukeheimen er rammeverket for dette delkapittelet. Analysa er basert informantane sine skildringar av dei ulike romma i sjukeheimen, korleis dei ser ut og kva som plar skje i dei. I tillegg har eg observasjonsdata frå ei avdeling ved «By» som beskrive i metodekapittelet. Interesse for å undersøkje romma sine funksjonar handlar om å forstå kva for ein heim ein kan skape i sjukeheimen. Kva som kjenneteiknar romma og kva det forhandlast om vert då interessant. Særleg er sjukeheimens todelte utforming som både arbeidsplass og heim relevant å undersøkje. Denne analysedelen er difor strukturert etter kva rom som er kjenneteikna som heim, og vidare kva rom som er kjenneteikna som arbeidsplass. Før dette er det interessant å sjå på arkitektens kvalitetar sin funksjon i sjukeheimen og korleis det også bidreg til det heimlege miljøet.

Estetikken funksjonalitet

I forlenging av arkitekturen har *estetikk* også ein funksjon i sjukeheimen. For eksempel fortel helsepersonellet om å bruke bilete av lokalnatur for å roe bebuarar, å bruke gamaldagse møblar for å gjere det heimekoseleg, og å setje inn plantar for å få «liv i gangane». Arkitekten seier at: «Så det er mange spørsmål som ein tenkjer kanskje er estetiske, men som også er like mykje funksjonelle, då», og fortel vidare om eit konkret eksempel:

Arkitekt: Og på same måten som der vi har nokre sånne retningsendingar, så prøver vi å legge nokre sånne hyggelege opphaldsroms-soner. Og det kan du seie er estetisk, men samtidig er det også funksjonelt på den måten at dei som bur der – det er jo veldig positivt å legge opp til bevegelse for eksempel.

Når ein arbeidar med å utforme bygget kan altså estetikken brukast for å skape visse funksjonar, slik som å få bebuarane til å bevege seg meir. Gjennom å skape slike funksjonar er også arkitekten og dei andre i byggeprosjektet med på å forme kva for interaksjon og handlingar som skal skje sjukeheimsbebuarane sin heim.

Vidare uttrykker arkitekten på spørsmål om estetikk at økonomi er styrande når ein bygg sjukeheimar, slik at ein må vege opp estetiske kvalitetar mot andre krav til bygget:

Arkitekt: Så det perspektivet er på en måte ikkje – i og med at det ikkje er stilt krav til det på same måte som det at det er krav til ventilasjonsmengde, luftmengde i et rom, så er det liksom ikkje så lett alltid å argumentere for det når du er stilt ovanfor at «her må vi ned til den prisen». Ikkje sant. For at ein del ting må du berre møte krava til. Så, ja, det er nok en stor utfordring i mange prosjekter at en del sånne der arkitektoniske og estetiske kvalitetar blir skjert bort undervegs i prosessen.

Kvalitetar som elles kunne spelt inn som funksjonar ved bygget vert altså tatt bort i økonomiske vurderingar om kva som må kuttast i. Dette økonomiske aspektet ved forhandlinga om sjukeheimens arkitektur ser ein også igjen i det arkitekten fortel om som eit ønskje om «effektiv drift». Å forme bygget slik at ein kan jobbe *effektivt* i det, er noko arkitekten fortel om frå samarbeid med aktørar dømevis frå kommuna. Slik beskriv arkitekten sider ved «effektiv drift» ein må tenkje på i utforminga:

Arkitekt: For viss ein teiknar det litt - med ei lita endring i korleis en planlegg dette, kan jo det få konsekvens for for eksempel kor mange nattevakter en må ha på jobb. For å, ja... Det har jo veldig mykje å seie for effektiv drift, da. Det blir jo stadig større krav til effektiv drift, har eg inntrykk av.

Det er altså forventingar om korleis ein bygg sjukeheimane ut i frå økonomiske hensyn og særleg å legge opp til eit bygg som krev minst mogleg bemanning. Dette kan ein gjere ved å legge til rette for korte avstandar, moglegheit for å ha oversikt og at ein kan ha minst mogleg bemanning. Slik har arkitekturen også ein funksjon i organiseringa av arbeidet og i sin konsekvens korleis heimen vert «driven». Her ser ein også balansegangen mellom arbeidsplass og heim i vurderingane av arkitektoniske kvalitetar. Den arbeidsmessige sida handlar om å vere tidsmessig og økonomisk effektiv, medan ein for heimen sin del vil ha desse arkitektoniske og estetiske kvalitetane som arkitekten fortel om. Mellom anna omhandlar desse kvalitetane materialval på byggets veggjar, der det gjerne blir valt billigare og meir institusjonsprega materiale enn det som er foreslått av arkitektane. Slik påverkar dei økonomiske hensyna frå kommuna om heimen til bebuarane vert meir eller mindre synleg som *institusjon*. Desse vala i byggeprosessen både speglar kva ein verdsett ved sjukeheimen, samstundes som desse vala påverkar dei fysiske rammene framtidig. Estetikken verker å bli legitimert gjennom at den er *funksjonell* i møte med aktørane som opererer med ein meir

økonomisk logikk - den må ha ein funksjon for å vere verdt å behalde. Å ha ekstra opphaldsrom eller å skape hyggelege soner i sjukeheimen vert rettferdiggjort med at bebuarane får noko å gå til og er difor bra for deira helse. Eit perspektiv på estetikken som noko verdifullt i seg sjølv verkar å ta mindre plass.

Heimens rom

I sjukeheimen har bebuarane begrensa tilgang til romma som er der og eg ser på romma dei *har* tilgang til som del av heimen deira. Kjøkkenet, stua, korridoren og bebuarrommet er dei viktigaste romma i heimen ekstrahert frå mine data. I tillegg er der fellesstuer for avdelingane, men som ikkje vert brukt under koronatida og vart difor mindre relevant. Desse romma som eg kallar for «heimens rom» er ikkje unntatt arbeidsplassens nærvær, men er det som for bebuarane utgjer heimen. Det er i desse romma at bebuarar møter helsepersonellet i interaksjon.

Kjøkkenet

Kjøkkenet er eit viktig rom der helsepersonellet utfører fleire arbeidsoppgåver og ein møtast i fellesskap med bebuarane gjennom dagen. Med tanke på utforminga av rommet er det både ved «By» og «Fjorden» ei avgrensing mellom spisestuedelen av kjøkkenet og kjøkkenets arbeidssonar. Som Sara fortel er det på grunn av hygieniske årsakar. Kjøkkenets arbeidssoner blir beskrivne som kvite og «sterile» i utsjånad. Anita beskriv kjøkkenet ved «By»:

Anita: Kjøkkenet er litt meir institusjonsprega vil eg seie, med det... Ja, det er jo sånn som det kjøkkenet der [peiker på kjøkkenhjørne i rommet, kvit og enkelt]. Ganske likt. Men det er jo liksom – det er kombidamp... Du kjenner ikkje noko god matlukt. Du får jo middag ferdig og rett i ovnen. Viss vi ikkje bakar og gjer noko ekstra ut av det, då. Elles så er det... Vi har jo litt blomster og dukar og sånn, men det er litt det – vi har ikkje fått mala og fått så veldig mykje på veggane enda. Så det er litt meir institusjonsprega inn på der ja, det er det. Ja. Eg trur ikkje det er sånn dei hadde det, nei, ikkje 80-90-åringane, nei. Det er meir moderne, sånn som det er no skulle eg til å seie. Alt er lyst og... Dei er jo litt meir vant med mørkare eller meir fargar, trur eg.

Kjøkkenet er altså «institusjonsprega», sjølv om dei har fått pynta noko i delen som bebuarane er i. Dei lyse fargane tenkjer Anita at bebuarane ikkje er vant til, og skapar meir av

institusjonspreget. Det er heller ikkje noko *matlukt* i dette kjøkkenet og rituala rundt å *lage mat* er begrensa til å smøre brødsiver. Dette gjeld også ved «Fjorden» som har eit eige kjøkken i underetasja som lagar mesteparten av maten. Matlukt er noko som vanlegvis er forbundet med kjøkkenet og opplevinga av heim, men er tatt ut av kjøkkena på sjukeheimsavdelingane.

Vidare kan ein sjå at kjøkkenet i stor grad vert brukt til sosiale møter. Ved «By» fortel Anita at helsepersonellet og bebruarane samlast mykje der, særleg fordi helsepersonellet har mykje av arbeidsoppgåvene sine knytt til kjøkkenarbeid. Anita seier dette om rommet som ein plass for sosialt samvær: «Så stuene våre blir heller ikkje veldig mykje brukt, nei. Så dei sitt på kjøkkenet om dei vil vere sosial og så trekker inn på rommet når dei vil vere aleine, da». På kjøkkenet fortel ho at dei kan ha songstund eller høgtlesing frå avisa, og Anita fortel vidare: «Det er mange gode samtalar rundt det bordet eigentleg, og det er litt hyggeleg». Ved den andre sjukeheimen bruker dei kjøkkenet noko mindre verker det som, og Else seier dette: «Ja, det er stort sett til måltid at vi er innpå der. Det hender seg at vi set oss ned saman med dei der då.» Datamaterialet frå begge sjukeheimane syner kjøkkena som viktige møtepunkt gjennom dagen, der ein samlast rundt måltid til faste tider.

Bebuarane er mykje på kjøkkenet ved «By» fordi det er der helsepersonellet bruker mykje av tida si, slik Anita fortel:

Anita: Men det er frykteleg mykje kjøkkenarbeid, ja. [...] Og så skal det lagast, serverast, ryddast av, dekkes på på nytt og ja, så veldig veldig mykje kjøkkenarbeid, då. Men det ser eg jo og at pasientane - dei trekkast til der vi er. Så dei vil jo ofte sitte på kjøkkenet. Vi bruker stua veldig lite egentlig...

Kjøkkenet er der helsepersonellet både utfører sine praktiske arbeidsoppgåver rundt måltida, medan dei også jobbar med bumiljøet - å skape eit sosialt fellesskap. For bebruarane kan kjøkkenet vere eit naturleg samlingspunkt – då ein gjennom eit heilt liv har møtast til kvardagsritual rundt mat der. Likevel vert bebruarane nesten som «på besøk» med tanke på at dei serverast og ikkje hjelper til på kjøkkenet. Dei må forhandle mellom sine eigne roller som bebruar og besøkande – og mellom å vere frontstage og backstage jamfør Goffman (1992). For å kome til frukostbordet verker det dømevis som ei norm å måtte stelle seg for dagen. Else seier:

Else: Vi veit stort sett kven som liker å stå opp på morgonen, og kven som liker å ligge utpå litt. Så vi går først til dei som vi veit vil opp først. Og dei får moglegheita

til å ligge over frukosten og, om det er noko – vi er kanskje litt gamaldags i den tankegangen at alle skal opp til frukost og sånn.

Slik verker det å vere ei forventning om å stelle seg - gjere klar fasaden – før ein møter frukostfellesskapet.

Stua

Utanom kjøkkenet er stua også ein plass der fellesskapet møtast i sjukeheimen. Ved begge sjukeheimane er stuene rett ved kjøkkenet og er det rommet som er lettast å ha oversikt over frå andre rom. Der er også tillaga med ulike sitjegrupper og ved «By» hadde dei kjøpt inn ei slik sitjegruppe av gamaldagse møblar frå «Finn.no». Som Anita seier er stilen «godt og blanda» på stua. Der er møblar som er over 100 år gamle saman med moderne stolar og TV. Ved «Fjorden» har dei meir hjelpemiddel-møblar, stolar som er gode å sitje i og som ein lett kan vaske trekket på. Sidan sjukeheimen er ganske ny har dei ikkje pynta stua noko særleg, men vil få ein interiørdesigner som dei kjenner til å hjelpe til med dette. Som Else seier er det lurt med ein som har sansen for det litt *gamle* og som kan legge seg ein plass i mellom alle meiningane til personellet, fordi: «vi er jo 40 damer på ein plass, så då er det 45 meiningar».

Sjølv om stua ved «Fjorden» opplevast som behageleg med tanke på farge- og material-vala, er den noko liten. Sara fortel at det blir litt trengt når der er fleire bebuarar med store rullestolar og Else seier at «Dei blir sittande liksom midt på golvet der i rad og rekke [hehe]» når fleire skal sjå på TV. Stua er altså særleg møblert for å sitje i grupper eller foran TV-en, og det er verker å vere ulike tankar korleis dei bør vere pynta – frå det heilt moderne til det gamaldagse.

Det er i tida mellom måltida og stellet at bebuarane gjerne oppheld på *stua* og særleg ved «Fjorden». Informantane fortel at på stua så set personellet på TV-en, og at ein kan snakke saman, ha høgtlesing av avisa eller kike ut på livet utanfor bygget. Sara fortel at dei prøver å ha ei stuevakt gjennom dagane for å passe på bebuarane og å bidra til det sosiale miljøet. Bruken av stua er ulik mellom dei to sjukeheimane, som eg allereie har nemnt. Under intervjuet når eg ba Beate ved «By» om å teikne avdelinga, teikna ho ikkje inn stua på «kartet». Når eg vidare spurte om dei har noko stue på avdelinga, fortalte ho at det var det – og at den var ganske stor. Det kan berre vere tilfeldig at informanten gløymde å teikne inn stua, men samstundes er det interessant at ein ved same sjukeheim omtalar stua som ein «gjennomgang» og ein plass ein oppheld seg lite i. Beate seier dette om stua:

Beate: Det blir ein sånn gjennomgang til oss, men vi set jo pasientane inn her og dei sit jo og kikkar på TV-en då. Det er mest her dei sit og pratar, på kjøkkenet, og er sosiale. Inn på stua er dei sosiale med at dei sit saman og ser på TV [hehe].

Ved «Fjorden» verker stua meir som ei gjennomgangsåre for pleiarane, og for bebuarane vert ein eit fellesskap rundt TV-en. Her møtast ein ikkje så mykje mellom personell og bebuarar, og rommet blir nesten som eit «pauserom» frå kjøkkenet. Ved «By» kom det også fram at om det skulle gjennomførast aktivitetar, slik som treningssykling med VR-briller, så var det på stua ein hadde plass til det. Då må den «syklande» setjast opp meir eller mindre midt i stuerommet med innsyn frå gang og kjøkken.

Det verker som at stua sin funksjon er nokså lik ved «By» og «Fjorden» med tanke på at TV-en er sentral for aktivitet og fellesskap. Likevel er det ganske ulikt korleis personellet deltek i det sosiale samværet. Der ein ved «Fjorden» har meir fokus på å ha nokon til å «passe på» og «regissere» fellesskapet, er stua meir ei gjennomgangsåre i «By» og det sosiale finn heller stad på kjøkkenet. Begge stuene er utforma slik at dei er lette å ha oversikt over og verker å vere rom der bebuarane mest møtast i stille fellesskap rundt TV-en.

Bebuarromma

Bebuarromma er ut frå intervju med informantane eit av romma som helsepersonellet oppheld seg mest i. Det er særleg arbeidsoppgåver rundt stell som skjer der. For bebuarane er det det einaste rommet dei har åleine – frå dei andre bebuarane. Rommet er eit opphaldsrom, soverom og bad/«stellerom». Dette er rommet der dei sjølve har størst innflytelse og kan spegle sin eigen identitet i pyntegjenstandar og møblar. Farge- og materialval er likevel allereie valt av andre, «By» har kvite veggjar med furu-vindaugskarmar medan «Fjorden» har ein «behageleg» grønfarge og eikepanel. Ved begge sjukeheimane seier informantane at det er store og fine rom med eigne bad. Badet er ved «Fjorden» utforma med mykje hjelpemidlar for bebuarane, slik som handtak og hev-senk-funksjonar på do og vasken. Som eit par andre poengterer Else at ein *helst* ser at ein bruker standardmøblementet som er der og ikkje tek med så mange eigne møblar, då dette vert ei ekstra arbeid for reinhaldsarbeidarane. Elles er bebuarane fri til å henge opp bileter og ta med anna pynt - der var også eit tilfelle med ein bebuar som hadde tatt med sitt eige orgel inn på rommet. Innreiinga av bebuarrommet skjer gjerne saman med pårørande, og for dei som ikkje har pårørande må helsepersonellet ta over denne oppgåva. Det er altså mogleg og meininga å tilpasse bebuarrommet til bebuaren i stor

grad. Likevel ser ein også eit snev av arbeidsplassens nærvær i at ein for eksempel har god belysning på romma slik at ein har medisinsk undersøkingslys ved behov. Også takheis er noko som minner mindre om heim og meir om ein arbeidsplass – sjølv om det også er ei gode for bebuaren.

Informantane fortel at nokre av bebuarane heller oppheld seg på sitt private rom enn på stua og kjøkkenet. Der strikker dei, ser på TV eller liknande. Elles er dei på rommet når dei søv, og ved stell. Bebuarrommet har altså ulike funksjonar og er i stadig forhandling mellom å vere det private sove- og opphaldsrommet, og eit rom for arbeid og stell. Når helsepersonellet kjem inn i rommet må bebuarane og personellet i interaksjonen forhandle om sine roller - som bebuar eller pasient og helsepersonell eller gjest. Slik vert bebuarrommet potensielt eit rom for stadig reforhandlingar, der bebuarane og helsepersonellet skiftar roller – og med det kjem også ulike maktforhold. Som pasient er ein i større grad underlagt det medisinske og helsemessige arbeidet, medan ein i rolla som bebuar av eit rom har makt over kva som skal skje der. Helsepersonellet har likevel fokus på at bebuarane skal få bestemme sjølve korleis det ser ut og kva som skal skje der. Slik har bebuarrommet ein tvitydig funksjon i heimen, som både det mest heimlege og som arbeidsplass.

Korridorar og uteområde

Utanfor bebuarromma finn ein *korridorane*, som verker å vere eit «trimrom» for både bebuarane og helsepersonellet. Korridorane vert omtala som lange og av fleire som institusjonsprega eller at dei gir ein sjukehusfølelse. Som arkitekten nemner kan lange korridorar verke vanskeleg å orientere seg i, særleg for bebuarar med demens, slik som også Sara fortel om. Ved «Fjorden» har dei laga til små sitteplassar gjennom gangen. I enden av den kan ein sitte i kvilestolar og sjå ut vindaugget. Informantane seier at dei motiverer eller prøver å få dei eldre til å gå turar i gangane for å halde seg i bevegelse, noko som understrekar korridorane sin funksjon som «trimrom». For personellet verker det også som eit trimrom, fordi dei fortel om at dei «spring» mellom dei ulike romma gjennom arbeidsdagen. Anita fortel at det blir mange skritt om dagen, og at det er lange avstandar. Korridoren vert altså også ein del av heimen til bebuarane, som eit rom å trimme i.

Det siste som er med på å utgjere heimen er *uteområda*. Her kan ein nyte sola eller spasere ein tur i hagen eller rundt bygget. Likevel verker det noko vanskeleg å kome seg *ut* av bygget

ved «Fjorden», då dører helst skal vere låste. Ved «By» er hagen inngjerda med ein enkel lås, og Beate fortel om kvifor:

Beate: Ja, for oss følast det tryggare ut. Og det er jo tryggare for pasientane. Dei merker jo ikkje det sjølv – dei seier ikkje noko på det heller. Så det er jo enkelt-tilfeller sjølvsagt. Om det er nokon som har kome i ei psykose og har lyst å klatre over gjerdet. Og får seg ikkje ut og står og rister i grinda, ikkje sant. Det er jo enkelttilfeller som har førekome. Men som regel så enser dei det ikkje. Dei som er dement, dei går rundt om kring og kikkar på plantane. Dei tek livet med ro.

Ein skal altså halde seg innanfor sjukeheimsområdet og Beate fortel at dei som evt. klarar å opne låsane vurderer ein om må ha GPS-alarm på slik at dei ikkje «forsvinn». Heimen vert altså prega av ei avgrensing til omverda, og som personellet ser på som ei trygghet for seg sjølv og for bebruarane.

Det å ha tilgang til hage og å kunne arbeide i den kan gjere at ein vidarefører noko av eins tidelegare identitet og rutinar frå heimen, og særleg for eldre med demens (Newton et al., 2021). Det er lite forskning på korleis ein bruker hagar i sjukeheimane og det verker som det heller ikkje er ein bevisst del av personellets arbeid med bebruarane. Det vert brukt for å få frisk luft, røyke eller varme seg i sola – og slike meir passive aktivitetar. Dei uttrykker at dei heller ikkje har tid til å stelle i hagen, og ved «By» fortel informantane at den eine av dei to hagane vert stelt av ein pårørende. Å kunne stelle i hagen er ein faktor som kan gjere at ein opplever heimlegheit, gjennom å bli stimulert i aktivitet ein har kjennskap til frå før (Cooney, 2012). Hagen verker som ei forlenging frå stua, ein plass å vere i fellesskap utan at det nødvendigvis skjer så mykje.

Arbeidsplassens rom

Vaktrommet vert omtala som eit knutepunkt for dei fleste informantane, der ein får koordinert arbeidet og får oversikt gjennom rapportering av informasjon mellom helsepersonellet. Det er også ei av sonene som bebruarane ikkje har tilgang til. Gjennom faste tider for «rapport», der av- og påtroppande helsepersonell møtast, blir informasjon om bebruarane overført. Informantane fortel om viktigheita av *informasjonsoverføringa* på vaktrommet og som vart ekstra tydeleg under koronasituasjonen, då ein skulle dele seg i to under rapporten for å overhalde smittevernshensyna. Dette varte i berre nokre dagar før ein ikkje klarte det lengre. Ved «Fjorden» har dei også delt opp rapporten slik at ein berre møtast

med si avdeling, men som Else seier så har det blitt vanskelegare å ta på seg ekstravakter i andre avdelingar når du ikkje kjenner til kva som der gjeng føre seg.

Sara fortel vidare om vaktrommet i den nybygde sjukeheimen «Fjorden»:

Sara: Vi har liksom sånn oversikt. Før så var stua ganske langt unna vaktrommet, no så er vi tvers over gangen. Og vi har glassvegg, så vi ser inn. [...]

Intervjuer: Ja, merker dokker noko på bebruarane, dette med glasvegger – korleis dei reagerer på det?

Sara: Ja [hehe]. Vi merker det [hehe]. Dei vil gjerne – det er jo som for oss, så er det ei veldig trygghet i å sjå pasientane og sjå at dei ikkje dett og sånn. Og for dei så er det ei veldig trygghet å sjå at vi sit der. Så det blir veldig mykje sånn vinking. Om vi har oppe persienna så kiker dei over [hehe]. Gjer dei. Så er det litt sånn, det er litt komiske situasjonar der då. Men stort sett så trur eg at det gjer at det er nærheit sjølv om dei ikkje høyrer oss, så ser dei at det er nokon der.

Det er altså ein interaksjon på tvers av vaktrommet – som eit reint arbeidsrom – og til den heimlege stua. Bebruarane vert trygga på stua, av personellet som ikkje er i same rom ein gong. Oversikta ein får på vaktrommet handlar altså både om å vere oppdatert på informasjon om bebruarane, men også om å fysisk ha moglegheit for å ha oversikt over bebruarane gjennom glasveggane. «Å passe på» er eit omgrep Hamran (1991, s. 48-51) brukar i forbindelse med å følgje med og å overvake ein pasient sin tilstand på sjukehusavdelinga, og ein kan sjå frå mine data at blikket på endringar og sjukdomsbilete også er viktig del av arbeidet i sjukeheimen. I sitatet frå Sara beskriv ho det som ei trygghet å kunne sjå *kvarandre* – dette kan handle om ei trygghet for bebuaren at ein blir tatt vare på som sjuk og for pleiarane er overvakinga ei trygghet for å kunne leve opp til sitt konstante ansvar for deira liv og helse (Hamran, 1991, s. 54-56)

Vaktrommet er altså eit viktig rom for dei tilsette og særleg for å ha oversikt og kunne koordinere sine arbeidsoppgåver, samt å ha dette «tryggande samspelet» mellom personellet og bebruarane. Vidare finn ein også andre rom som er kjenneteikna av å vere del av arbeidsplassen, slik som mange ulike *lagerrom*. Desse vart av dei fleste informantane *ikkje* teikna inn i sine kart over avdelingane, og som kan tyde på at dei ikkje vert vurdert som viktige rom. Utanfor sjølve avdelingane er der også andre rom som er del av sjukeheimens arbeidsplass. Einingsleiar, avdelingsleiar og «merkantil» har kontor utanfor avdelingane og ved begge sjukeheimane har dei også rom til fotpleiar og frisør. Anita fortel om det å ha frisør

i sjukeheimsbygget: «For det er jo litt artig at det er som ein frisørsalong, så det er litt artig å «gå til frisøren» viss du skjønner». Dette kan sjåast som at ein har tatt eit element frå omverda inn i sjukeheimen, og at bebuarar kan forlate sin eigen heim i avdelinga for å gå på frisøren i ei annan etasje. Begge sjukeheimane har også fellesstuer som er meint for heile bygget, og som fungerer som rom for større arrangement utanom koronatida. Det er eit rom der ein særleg får inn impulsar frå omverda. Det er ein intensjon om at fellesstua skal vere eit rom med aktivitet i, særleg ved den eine sjukeheimen der Sara fortel: «Det ligg til rette for å skape ein veldig sånn sosial og aktiv bumiljø der då». Under koronaen har likevel slike store fellesstuer hatt mindre aktivitet og i større grad blitt brukt til møter, besøksrom og liknande.

Det er også eit interessant funn at personellet gjer endringar av romma sin funksjon – dei reforhandlar forventingane til rom. Ved «By» har dei særleg under koronatida gjort endringar slik at vaktrom har blitt brukt til lunsjrom, handikaptaolettet til damegarderobe og sanserom til kontor. Som Beate seier: «Om det er noko vi er misfornøgd med, så prøver vi å løyse det på ein annan måte.» Dei brukar bygget pragmatisk og for å møte dei behova som oppstår. Ved «Fjorden» er det ikkje like relevant då den er heilt nybygd og helsepersonellet som arbeider der sjølv har vore med på byggeprosessen. Dei har allereie i forkant av at bygget stod klart vore med på å forhandla fram utforminga og romma som stader for interaksjon.

Oppsummering av sjukeheimsromma og relasjonen mellom dei

Dei ulike romma sin utsjånad og funksjon har no blitt presentert og tolka. Eg har diskutert korleis romma fungerer og blir brukt med tanke på forhandlingane som skjer mellom arbeidsplass og heim. Interaksjonen mellom bebuarar og helsepersonell er i stor grad avhengig av kva rom helsepersonellet har *tid* til å vere i, at mykje av samspelet skjer på kjøkkenet eller med ei «stuevakt» i stua. Det er noko ulikt mellom dei to sjukeheimane i mine data om det er stua eller kjøkkenet personell og bebuarar møtast mest. Det kan tyde på at det er faktorar slik som til dømes arbeidskultur som spelar inn på kvar fellesskapet skjer i sjukeheimar. Korleis ein bruker romma i sjukeheimen *i relasjon til kvarandre* har så vidt blitt nemnt, dømmevis med tanke på korleis stua vert meir som eit venterom for kjøkkenet, der dei «eigentlege» sosiale rituala fann stad i løpet av dagen. For helsepersonellet kjem det fram at ein er mykje fram og tilbake mellom ulike rom – og særleg mellom privatromma og vaktrom. Dette er eit skifte frå eit reint «arbeidsrom» til å kome inn i eit privat rom, som blant andre Nettleton et al. (2018) ser som «kjerna» i bebuarens heim. Ein kan sjå dette som problematisk fordi det krev at helsepersonellet klarar å endre si rolle i korridoren på veg mellom desse

romma – dei må altså forhandle med sine egne endre rolleforventingar i løpet svært kort tid, og kanskje med mange andre ting i tankane. Denne stadige forhandlinga verker krevjande å oppretthalde over tid, då det krev ein innsats frå pleiarane til å heile tida vere bevisst på forventingane som ligg i dei ulike romma og i møta med pasientane. Likevel er dette ein del av deira arbeidsoppgåver – og som den eine informantan seier så er det ein gamal kultur som er i endring – at bebuarane blir i lagt større sjølvbestemming og som påfører pleiarane å vere meir bevisste på si eiga makt i relasjonen og å vere lydhøyr ovanfor pasientane. Det kan tyde på ei endring der sjukeheimen gjeng frå hovudsakleg å vere ein arbeidsplass til meir å verte som ein heim. Dette påverkar korleis ein brukar romma, og at ein i større grad skil mellom bebuaren si rolle i den private sona i bebuarrommet og i «husstanden» i fellesområda.

4.2 Heimlegheit – noko ein prøver å få til

Heimlegheit var eit ord arkitekten tenkte har vorte viktigare i helsebygg-prosessar dei siste 20-30 åra og fortalte at det er noko som «ein prøver å få til». Ho seier også:

Arkitekt: Eg trur det er et omgrep som er veldig mykje viktigare no enn det har vore før. At man liksom, at man har fokus på at man faktisk bygger ein heim for dei som skal bu der, at det ikkje liksom er ein oppbevaringsstad, då.

Arkitekten fortel ei historie om ei endring i meininga bak sjukeheimane, frå ein oppbevaringsstad til heim, og som påverkar korleis ein allereie frå starten utformar desse bygga. Ordet «heim» og «heimleg» er ord som alle informantane bruker og som betyr ulike ting for dei. Nokon tenkjer at det er det å ha privatliv og autonomi som gir kjensle av heimlegheit og for andre er det å vere del av eit fellesskap. Det er også eit omgrep som vert brukt om interiør og utforming og at ein gjennom pyntegjenstandar kan skape ei heimleg atmosfære. Gjennom intervju med helsepersonellet kom desse tre perspektiva - autonomi, fellesskap og estetikk - fram som kjenneteikn ved *heimen* og som dei jobbar med som verktøy i heimleggjeringa av sjukeheimen. Eg går vidare inn på desse tre aspekta av heimlegheit.

Autonomi og privatliv

Frå intervju med helsepersonellet kjem det fram at å bestemme sjølv, å kunne ha privatliv og at bebruarane «skal bli høyrde» er noko av det som noko som forbindast med det heimlege. På spørsmålet om korleis sjukeheimen er ein heim seier Anita:

Anita: Det trur eg og avhenger av... korleis vi opptreer først og fremst. At det er heimen deira. At det er dei som får lov til å bestemme. At vi ikkje berre busar inn og at det... Ja, det er våra arbeidsplass og, men først og fremst er det deira heim. [...]

Anita viser her tydeleg på at sjølvbestemminga og privatlivet er viktig for at bebruarane skal få oppleve sjukeheimen som ein heim. Ein kan også sjå at denne autonomien – å kunne bestemme over seg sjølv - vert verdsett over personellet sine arbeidsoppgåver. Autonomien Anita fortel om handlar om at pleiarane må gi slepp på kontroll – at ein som pleiar ikkje berre «busar inn», men handlar ut i frå at det er bebruarane sin heim. Ein kan sjå i det Sara seier at ho også ser bebruarane sin autonomi som del av å gjere institusjonen til heim:

Sara: [...] det er ingen brukarar som skal føle at dei må stå opp til visse tidspunkt og sånn. Det er eigentleg litt meir fri flyt sånn sett, men vi har funne ut at det går bra. Mhm. Det er ein gamal kultur det der, men det er nokre utskiftingar som har vore, så det... Ja, eg trur folk har vorte meir bevisst på det at det er heimen deira og deira stemme skal bli høyrd også då.

Likt dei fleste av pleiarane har Sara eit fokus gjennom heile intervjuet på at det er *heimen* til bebuarane og å løfte fram bebuarane «si stemme».

Forhandlingar rundt grensene for bebuarens autonomi og privatliv

Sjølv om sjølvbestemminga vert trekt fram som ein viktig del av bebuarane sin heim er det uklart i *kva grad* og i *kva saker* bebuarane har valfriheit og kan bestemme over seg sjølv. Dette er særleg uklart då helsepersonellet i intervjuet uttrykker at dei helst vil at bebuarane held seg innanfor byggets vegger og gjerder, samt at dei alle beskriver rutinemessige arbeidsdagar som også bebuarane vert styrt av. Som Beate seier om inngjerdinga av hagen: «Ja, det er jo for at folk ikkje skal stikke av då, og at vi ikkje tilfeldigvis får det med oss». Det er altså nokre implisitte grenser for denne autonomien og desse grensene verker å ha vore - og fortsatt *er* - i forhandling. Som Sara seier i sitatet så er det ein «gamal kultur» med særleg det rutinemessige, men at det har skjedd ei endring. Med tanke på endringane i lovverk om pasientrettigheter og brukarmedverknad dei siste 20-30, kan ein tolke at den strukturelle konteksten rundt «den gamle kulturen» endra seg (Andersen, 2019; Maines, 1979). Slike kontekstuelle endringar fører til nye forhandlingar om den sosiale ordenen i sjukeheimen, som her kjem til uttrykk i at ein har blitt meir «bevisst på at det er heimen deira og deira stemme skal bli høyrd» slik Sara fortel. At det er *heimen deira* vert knytt av personellet til å bli høyrd og kunne bestemme over seg sjølv – bebuaren har meir makt i eigen heim. Det er også interessant at denne koplinga mellom heim og autonomi nettopp handlar om *heimen* for informantane, medan brukarrettigheter eller liknande perspektiv ikkje kjem opp som tema.

Vidare fortel personellet at ein har «demenslås» på dørene og ved «By» har ein ei inngjerding av hagen. Desse tiltaka er også del av å forhandle om grensene av bebuarane sin autonomi. Slik Smebye, Kirkevold og Engedal (2016) finn er det svært ulike måtar å tilrettelegge og forstå autonomi på og særleg for menneskjer med demens, og likeins finn eg også at det er uklare grenser for sjølvbestemminga i sjukeheimen. Eg vil vidare vise til to tolkingar som vert gjort av informantane: sjølvbestemminga som å delta eller medverke og

sjølvbestemminga som rett til privatliv.

Sjølvbestemming i rammer – forhandlingar rundt å delta eller medverke

At autonomien er forstått på ulike måtar av informantane kjem godt til uttrykk i Anita som svara på kva som gjer sjukeheimen til heim. Dette kan vi sjå i fortsetjinga av Anita sitt svar:

Anita: [...] Og det er dei som må få lov til bestemme kva dei skal ete, når dei skal stå opp, når dei skal... Ja. Vere med. Og det føler eg vi er ganske flinke til, eigentleg, at dei... Eg spør liksom alltid kva dei vil ha, om dei har noko forslag til kva vi kan ordne til lunsj, om det er nokon som vil vere med og steike vaffel, brette vaskeklutar... For dei er veldig opptatt av å ha noko å gjere, eg trur det blir litt lange daga til dei. No har vi jo ikkje full aktivitør-stilling heller, så det er litt sånn... Eg trur det kan bli litt mange, lange, kjedelege dagar.

Sjølvbestemminga verker å bli forstått som også å *delta* eller *medverke*. Det å delta i å velje lunsj og å delta i kvardagslege gjeremål – om ein *vil* - er slik ein er med på å bestemme sjølv. Dette er ei tolking av autonomi som liknar meir medverknad – at dei får *ta del* i allereie etablerte og kontrollerte forhandlingar og rutinar i kvardagen. Lemos og Pols (2020) fann slike «notions of autonomy», at ein kan gi bebruarane ei kjensle av autonomi gjennom at dei kan delta og gjere avgjersler i delvis kontrollerte forhold. Dei poengterer at det er ei tvitydigheit i korleis ein vil legge til rette for autonomi når ein også har eit mål om effektivitet i sjukeheimen. Dei ser nettopp at dette kan begrense heimleggjinga, slik at ein berre legg til rette for *opplevinga* av autonomi. For eksempel kan ein lure på korleis å hjelpe eit personell i uniform å leggje saman vaskeklutar og å gi forslag til lunsj bidreg til heimleggjinga for bebruarane. Det gir ei «notion of autonomy» gjennom at bebruarane kan *medverke* med sine meiningar eller gjennom handling i kvardagen. Brettinga av vaskeklutar som handling minner kanskje tidelegare erfaringar, men konteksten er ulik i sjukeheimen. Resten av «ritualet» rundt bretta - slik som å hente klutane frå tørkestativet eller å legge dei på plass - vert dei ekskluderte frå, då bebruarane for eksempel ikkje har tilgang til vaskerom og lagerrom. Ut i frå denne måten å tolke autonomien på – som å delta eller medverke i sjukeheimskvardagen – verker det som at ein tenkjer at å *bidra* er noko som gjer at bebruarane opplev seg som heime i sjukeheimen. Slik vert dei involverte i kvardagen og ikkje berre som gjestar på hotell.

Sjølvbestemming i bebuarrommet – forhandlingar om privatliv

Vidare fortel Anita om korleis privatlivet også er viktig for heimen til bebuarane:

Anita: [...] det som gjer det til ein heim for dei er jo at dei har deira rom. Og det er dei som bestemmer over det. Både over kven som kan kome på besøk og ikkje, og at vi respekterer deira val da. Det trur eg og har stor betydning. Og at eg må respektere at om dei er vandt til å ha – kanskje ikkje rot, men at dei er svaksynt og vandt til at ting er der og der, så er det litt sånn. Enn at du berre ryddar, for då ser det meir ryddigare ut. Det er litt sånn... Ja. Og at dei får vere delaktig og bestemme ting sjølv eigentleg. Det trur eg gjer det til heimen deira. Ja.

Privatlivet vert ei sfære der bebuaren kan bestemme sjølv og handlar særleg om å kunne bestemme over sitt eige rom og kva som skal skje der inne. Bebuarane har makt over kven som kan kome inn i sitt rom og korleis det skal sjå ut estetisk – om enn det er uryddig. Privatlivet på bebuarrommet kjem også Else inn på når ho snakkar om ein diskusjon dei hadde hatt med aktørar i byggeprosessen:

Else: Ja, panela på romma der vi slår av alarmane, det ville dei ha veldig langt inne i rommet. Vi ville ha det nærast døra, men dei meinte at vi måtte ha det inni rommet for vi måtte inn i rommet for å slå det av. Men som vi sei, det er ikkje bestandig det er så lurt om dei berre har vore borti klokka eller at ein rett og slett forstyrrar dei med å kome heilt inn i rommet for å slå av.

Personellet ville altså ha panelet plassert slik at dei ikkje forstyrra bebuarane i sine rom. Likt Anita er tanken om privatliv knytt til bebuarrommet, som ein plass personellet er meir som besøk. I dette rommet har altså bebuarane har meir makt til å bestemme – over både seg sjølv og rommet som heilheit. I fellesområda må bebuarane tilpasse seg personellets arbeid og andre sine vanar, medan dei på sitt private rom har sine eigne vanar. Det er her deira privatliv tek stad, og er der dei kan oppleve å vere «backstage».

Forhandlingar om tid og rom for autonomi

Som ein kan sjå ut i frå dei ulike fortolkingane av autonomi som no er lagt fram, skjer det forhandlingar om tid og rom for autonomien i sjukeheimen. Denne autonomien handlar også om endringar i maktforholdet mellom bebuarane og personellet, der sistenemnde må gi rom for bebuarane si sjølvbestemming. Privatrommet er der bebuarane kan bestemme i størst grad

og har større makt i møte med personallet. Likevel er det tider der rommet vert ein arbeidsplass og som gir mindre rom for privatlivet, slik som når helsepersonell kjem for å utføre stell. Motsett så har ein allereie avgjort at stua skal vere eit *fellesområde* allereie i byggeprosessen og i organiseringa av sjukeheimen, ved at ein legg opp til at fleire bebuarar skal dele på *ei* stue. Slik som ved «Fjorden» deler 16 bebuarar på stua. Slik vert det mindre rom for privatliv og at enkeltbebuarar kan bestemme over kva som skal *skje* og korleis det *ser ut* i stua.

Privatlivet og å skape rom for sjølvbestemming er altså to ulike former for autonomi som vert satt saman med opplevinga av heim for bebuarane. Privatliv handlar om at bebuarane i sitt eige rom har rett til å bestemme kven som er der og korleis det skal sjå ut. Sjølvbestemminga handlar meir om å medverke og å delta i sjukeheimskvardagen. Denne tolkinga vert satt i samanheng med særleg fellesområda og å bidra til fellesskapet – gjennom å medverke i avgjersler og arbeidsoppgåver. I kva grad dette eigentleg handlar om *autonomi* og ikkje fellesskap er då uklart, som eg kjem tilbake til i den oppsummerande diskusjonen. Likevel er sjølvbestemming noko som vert fremja av informantane som ein måte å heimeleggjere sjukeheimen på.

Fellesskap – å vere del av ein heim

Fellesskapet er det andre aspektet som kjem fram som viktig for å skape ei heimekjensle for bebuarar. Når Else får spørsmålet om kva som gjer sjukeheimen til ein heim for bebuarane, svarar ho:

Else: Det trur eg kanskje eigentleg må vere litt at det er eit fellesskap. Ja, eg trur det altså. Fordi – at ein føler seg velkommen, skulle eg til å seie.

Else arbeider ved «Fjorden» der «alle kjenner alle», og der helsepersonalet gjerne kjenner livshistoriene og familiane til bebuarane. At dei kjenner kvarandre på denne måten er sett på ei styrke for Else og Sara fordi det gir nokre felles referansepunkt med bebuarane som ein kan snakke om. Som Else seier så kan bebuarane seg i mellom mimre tilbake til gamle dagar og situasjonar dei har opplevd saman. Då interagerer *bebuarane* også saman gjennom å minnst for eksempel personar, hendingar eller stader, og personallet slepp å styre samtalane i like stor grad. I tillegg fortel Else at ein snakkar om kven ein møtte på handballkamp eller i skiløypa med bebuarane, eller om deira barn eller barnebarn. Slik trekk personallet omverda inn i sjukeheimen gjennom sine felles referansepunkt og gjer heimen til bebuarane meir

integrert i sitt lokalsamfunn. Ved «By» har ein ikkje den same konteksten med eit slikt nært lokalsamfunn og personellet her snakkar også mindre om fellesskapet. Likevel kjem måltida fram ved «By» som situasjonar der ein samlast i fellesskap og som informantane derifrå knytt til å skape heimen.

Sara svarer på spørsmålet: «På kva måte tenkjer du det er ein heim for bebuarane?», at: «Eg trur det er ein veldig sånn – i alle fall no når det blir litt meir opna igjen – så trur eg det blir ein veldig sosial og trygg heim då». Heimen er altså også knytt til å vere sosial og trygg. Beate ved «By» knyt også personellens arbeid for å *trygge* bebuarane til det heimlege. Slik vert også fellesskapet viktig med tanke på møta mellom personellet og bebuarane og den trygginga som skjer mellom dei. At slik relasjonsbasert omsorg skapar fellesskap og trygghet, som vidare gir ei heimleg kjensle for bebuarane, finn ein også i tidelegare studiar av heimlegheit (Graneheim & Jansson, 2006; Robinson et al., 2010; Aasgaard et al., 2012). Anita meiner også at å ha faste personale som bebuarane kjenner til er viktig for å skape trygghet. Denne tryggheta anser ho som viktigare enn at ansette skal rullere på avdelingane fordi det er sunt for dei tilsette å møte nye utfordringar, slik anna personell meiner. Informantane trekk altså fram det å skape trygge fellesskap der ein *kjenner kvarandre* som viktig. Anita seier også at å ha *mindre* institusjonar med tanke på størrelse, kunne bidratt til ein kjensle av trygghet for dei med demens og hadde gjort det meir *heimekoseleg*. Det verker som at personellet tenkjer trygghet og heimlegheit heng tett saman ut i frå intervjudata. Slik som Else seier det, handlar heimen om å føle seg velkommen.

Forhandling om ro og uro i fellesskapet

Mellom heimens vegger vert det heile tida forhandla om balansen mellom ro og uro. Det handlar om korleis fellesskapets stemning i heimen bør vere og der «ro» kjem fram i intervjuet som eit ideal eller eit mål for helsepersonellet å skape. Slik som det er viktig å skape trygghet i sjukeheimsfellesskapet, er det å forebygge uro også del av å skape eit godt fellesskap (Aasgaard et al., 2012). Ord som «ro», «uro», «frustrasjon», «beroligande», «harmoni», «behageleg», og liknande går igjen i intervjuet og vert sett i samanheng med det fysiske og sosiale miljøet i sjukeheimen. Dette er alle ord som vert brukt for å forklare ei stemning i rommet eller spesifikke bebuarar si åtferd. Anita fortel at personellet jobbar for å oppnå ro ved matbordet, ved å bruke «tips og triks» og forhandle om plassering i rommet:

Anita: Sånn alt i alt så er det ei fin avdeling. Det går ann å sitte åtte stykker rundt bordet og spise uten at det er noko... Utan at det er noko utagering, da. Det kan vere mykje uro, blant anna, men der og ser eg at det er mykje roligere når det er kjente til stades, da. Og veit litt tips og triks egentlig. Og kven som passer å sitte saman og litt sånn, da.

Ved å bruke sine kunnskapar forhandlar personellet fram ei ro i fellesskapet under måltida. Slik jobbar personellet for å skape ei avslappa stemning rundt måltidet, som er ein viktig del av sjukeheimskvardagen. Som Melheim (2008) poengterer er det ein stad der bebuarar kan delta uansett kva funksjonsevne dei har.

Eit spesifikt fenomen som vert trekt fram av helsepersonellet eg intervjuar, er at under koronaen har det vorte meir *roleg* i fellesareala. Dei fortel også at det er ønskeleg at det fortset slik. Dei to informantane ved «Fjorden» forklarar at dei nye besøksreglane, der besøket ikkje kjem inn på fellesstua lengre, har gjort at bebuarane generelt er rolegare. Sara forklarar at dette også har påverka bruken av beroligande medisinar, slik at ein no bruker mindre medisinar for «å ta ned situasjonen». Dei seier at dei vil vidareføre nokre av besøksreglane framover for å kunne vidareføre den roa dei har hatt. Sara poengterer sjølv at det ikkje har vore positiv for alle av bebuarane: «For nokon har det vore litt trasig dette året, *veldig* roleg då». Dette perspektivet vert elles lite omsnakka, det at ro kan vere negativt for somme. Det vert i så fall omtala som «veldig lange dagar til dei» og at det er lite aktivitet som skjer, utan at dei seier noko om korleis det påverkar bebuarane. Sjøgaard (2014) finn at bebuarar opplever tida som *lang* i sjukeheimen særleg fordi ein opplever keisamheit, fordi det er lite som skjer og at ein fyller den «tomme tida» med TV eller anna «fyll-aktivitet». Dei lange dagane med lite aktivitet vert forklara av blant anna Sara og Beate med at dei eldre er slitne og ikkje har helse til meir aktivitet, eller at dei uansett søv mykje av dagane slik at det ikkje er mykje tid til anna aktivitet enn måltida. Personellet i Sjøgaard (2014) sitt studie har også ei haldning om at bebuarar må få *roa* til å «komme seg», noko likt som mine informantar som fortel at bebuarane er for slitne til å aktiviserast. Det verker altså som at personellet ønskjer å skape ei roleg stemning i heimen til bebuarane, som er tilpassa deira helse.

Det store fokuset på å skape ei roleg stemning står i kontrast til slik informantane omtalar arbeidskvardagane sine. Dette fortel Sara:

Sara: [...] det er enkelte dagar det er så hektisk at du veit ikkje heilt om du har rukke det du skal gjere, fordi du mister litt oversikta. Fordi det er mange ting som skjer litt akutt, og

kanskje blir du lengre på eit rom, og kanskje kjem du tilbake og så er maten rydda bort, og så «har alle saman fått mat?». Og «Ja, ja, det trur vi!» [hehe]

Dei står kvar arbeidsdag i forhandling om kva ein skal prioritere mellom ulike faste og mindre faste arbeidsoppgåver, egne behov og akutte situasjonar. Anita fortel også at dei ikkje alltid har tid til å gå på do eller ete mat. Stell, matsservering og akutte situasjonar vert prioritert høgst og verker å vere det personellet bruker mest tid på. Anita svarar klart «nei» på om dei får særleg tid til miljøarbeid - og ein kan lure på korleis dei klarar å skape den rolege stemninga som dei beskriv, når dei sjølve har slike hektiske dagar der dei «spring rundt». På den måten verker målet om å skape det rolege fellesskapet som eit mål langt frå praksis. Likevel er det gjennom å skape dette fellesskapet at personellet ut i frå datamaterialet søker å heimeleggjere sjukeheimen. Heimen vert ein plass ein kjenner kvarandre, og der ein er trygg og kan oppleve ro.

Utfordringar i forhandlinga av fellesskapet

I personellens arbeid for å skape fellesskap og ein heimleg sjukeheim oppstår det også utfordringar. Ein kan blant anna ha bebuarar som frå før har eit konfliktfylt forhold:

Sara: Det er jo som eit lite samfunn på ein sjukeheim. Så du har jo alle personlegheiter og livshistorier samla under eit tak. Vi har jo opplevd at det har vore både pasientar som har opplevd overgrep, eller som faktisk kan oppleve å ha overgripar i same hus, ikkje sant. Sånn er det på sjukeheim.

Slike forhold kan gjere det vanskeleg å skape eit roleg og harmonisk fellesskap. Men Sara seier at dei nære kjennskapa ved «Fjorden» likevel er noko positivt. For då *veit* ein om slike konfliktfylte relasjonar og har moglegheit for å plassere bebuarane i ulike avdelingar og tilpasse det slik at dei ikkje møtast. Slike relasjonar vert noko ein må ta inn i forhandlingane om fellesskapa. Ved å gjere slike tilretteleggingar skapar personellet også *trygghet* i fellesskapet for bebuaren som var offer for overgrepet.

Vidare er også *demens* noko ein kan tenkje at utfordrar korleis helsepersonellet forhandlar om fellesskapet. Slik beskriv Beate bebuarar med og utan demenssjukdom på sjukeheimsavdelinga:

Beate: Og vi har jo mange ulike demenstypar oppe, i første etasje. Og dei – altså, alle og ein kvar er heilt ulik. Og så er det nokon som er klar i hovudet, men har veldig

funksjonssvikt. Enten sitt i rullestol eller... Ja, lev sitt liv då. Og det er kanskje dei som skil seg ut då, for dei blir jo – dei er jo oppegåande og dei synast jo ofte at det kan vere veldig slitsamt å vere med kjempedementede folk rundt seg. Så det er – berre det er ei utfordring i seg sjølv.

Avdelinga er altså samansett av bebuarar med og utan demens, og ein reknar med at rundt 80% av sjukeheimsbebuarane har ein form av sjukdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Ein kan då lure på korleis ein opprettheld og bidreg til eit fellesskap som ein sjølv kanskje gløymer av? Er det personellet som då opprettheld fellesskapa, eller er bebuarane med demens også med på å forhandle om korleis fellesskapet ser ut? Det er også eit tilfeldig fellesskap der ein bur saman fordi ein er for sjuk til å bu heime eller åleine. Det er difor ikkje er eit fellesskap ein flyttar inn i fordi ein vil bu med «den og den» - og i akkurat det fellesskapet. Aasgaard et al. (2012) finn i si studie frå ei skjerma eining med menneskjer med demens at bebuarar oppheld seg mest på fellesområda, og at det er her i fellesskapet ein skapar *sosial heimlegheit*. Likevel er det ikkje berre enkelt å skape eit godt fellesskap for dei med demens. Dette seier avdelingsleiaren om konflikt som kan oppstå:

Avd.leiar: Det er kjent at det er ganske mange med kognitiv svikt på sjukeheim. Ehm... Og av og til så medføre det jo at dei har ei åtferd som ikkje er vanlig, til vanlig friske. Dei kan gjere litt rare ting og dei kan... Dei kan vere fysisk utagerande eller ha eit språk som ikkje passar, eller dei kan være veldig urolege, eller... den typen ting. Eh... og det går jo utover dei andre pasientane på fløya, for eksempel når dei skal sitte og ete middag og sånn.

Demenssjukdommen kan altså gjere at ein ikkje interagerer «normalt» og det påverkar det sosiale fellesskapet, slik som ved måltida som avdelingsleiaren nemner. Som Graneheim og Jansson (2006) finn er det vanskeleg for særleg bebuarar som sjølv opplev seg som friske å forhalde seg til sine «naboar» sine sjukdommar, og som går ut over relasjonane mellom dei. Når ein klarar å skape eit inkluderande fellesskap er det blant anna kjenneteikna av at ein kan gjere «enkle» aktivitetar eller diskutere viktige saker med personell og med-bebuarar. Denne forma for fellesskap kan ein sjå at mine informantar også søker å skape, til dømes gjennom avislesing og songstund på stua eller kjøkkenet, slik Anita og Else fortel om. Gjennom personellets forhandlingar med bebuarane om å skape dette spesielle fellesskapet, som husstanden i ein sjukeheim, forsøker helsepersonellet heimeleggjere sjukeheimen slik at bebuarane føler seg velkomne.

Pynt og interiør – ein moderne eller gamaldags heim?

Estetikken er det siste aspektet som kjem fram i intervjuet om kva som gjer institusjonen til ein heim. Estetikken omfattar her pynt, interiør og andre arkitektoniske kvalitetar slik som farge- og materialval. Helsepersonellet og intervjuet hadde ulike forståingar av estetikken og dens rolle i sjukeheimen, men alle hadde nokre tankar om at den er med på å skape bebuarens heim. Arkitekten hadde naturlegvis også tankar om korleis ein skapar ein *heimen* i eit slikt institusjonsbygg gjennom arkitektur og estetikken. Eg går inn på tre perspektiv som kom fram i intervjuet om korleis ein kan bruke estetikk og fysisk utforming for å heimeleggjere sjukeheimen: korleis ein brukar gamalt interiør, korleis ein kan ta inn bebuarane sine egne eigedelar og korleis ein kan utforme bygget. Likevel er estetikken det som vert omtala minst som verktøy for å heimeleggjere sjukeheimen og verker å vere mindre viktig for helsepersonellet enn dei føregåande «verktøya».

Forhandlingar om heimens estetikk

For nokre av informantane er det å skape ei gamaldags atmosfære gjennom å hente inn gamalt interiør og pynt viktig for å skape «heimekjensla». Dette fortel Beate om korleis det ser ut på stua ved «By»:

Beate: Og så har vi jo - inventaret her er jo, trur eg at det er aktivtøren eller nokon som har henta. Og det er veldig mykje gammalt, sånn – ikkje sånn retrostil på det, men skikkeleg sånne gamaldagse møblar. Berre for at dei skal føle litt heimekjensla [hehe].

Her tolkar personellet at heimekjensla for bebuarane er forbunde med det *gamaldagse*. Også Anita ved same sjukeheim fortel at det dei har henta inn gamle møblar og bilder som har gjort det veldig heimekoseleg. Ved det nye bygget til «Fjorden» har dei ikkje fått pynta særleg endå, og som både Sara og Else fortel så er det mange ulike meiningar blant personellet om korleis det skal sjå ut på sjukeheimsavdelinga. Dei seier at dei ikkje vil klare å bli einige om dette og vil difor hente inn ein interiørdesigner. Else nemner at interiørdesignaren bør ha «sansen for det gamle».

Sara er den av informantane som uttrykker at det kan bli for mykje gamalt også og at det kan vere upraktisk med gamle møblar. Som Anita også nemner får ein ikkje skifta trekk på dei gamle stolane like lett, så om nokon har hatt eit «uhell» må dei kaste heile møbelet. Sara

fortel heller om at dei ønskjer å få inn store naturbilete av nærområdet, som dei har høyrd har beroligande effekt på særleg demente. Ho nemner også at dette er eit billegare alternativ: «Det er ikkje dyrt heller, mykje heller enn det å kjøpe eit bilete til mange tusen med sånn abstrakt kunst som ikkje gir nødvendigvis alle så mykje». Ho er altså opptatt av at estetikken skal ha ein funksjon for bebuarane og at det er praktisk. Det verker som det er to måtar å tolke heimens estetikk frå personellet eg har intervjuja – gjennom å gjenskape ei gamaldags atmosfære i heimen eller å skape ein praktisk heim der ein *brukar* estetikken til å for eksempel roe bebuarane.

Eit poeng å trekke fram er at dei har nokre ramar å skape heimens estetikk ut i frå – der særleg den fastsette fysiske utforminga vert som ein scenerigg for arbeidet med kulissene som personellet driv med. Utforminga blir beskrive som institusjonsprega og skapar lite assosiasjonar til «heim». Frå intervjuja kjem det fram at helsepersonellet forhandlar med den elles så institusjonsprega utforminga for å heimeleggjere den for bebuarane. Som vist har helsepersonell-informantane, unnateke Sara, ein tanke om at dei må skape den *gamaldagse* atmosfæren for å skape heimen for bebuaren. Personellet forhandlar då med institusjonspreget i romma som dei fortel om, ved å dekorere dei med gamle møblar og pynt. Dette var også noko eg observerte frå avdelinga ved «By» og eg fekk eit inntrykk av at fellesromma ikkje er *avklarte* – dei er både heimlege og institusjonsprega samstundes.

Bebuarens forhandling om sin private heim

I tillegg til at den gamaldagse stilen vert brukt for å skape ein felles heim for bebuarane i fellesområda, er det å ha med egne eigedelar inn på privatrommet også ein måte å skape heimen på for enkeltbebuarar. Beate og Anita fortel særleg om korleis det personleg dekorerte bebuarrommet kan skape heimekjensla:

Beate: Tenkjer at dei skal få litt sånn heimekjensle når dei er her. Det er jo... Sjølv sagt å ha med seg noko av sine egne eigedelar. Prøve å gjere det så heimekoseleg som mogleg. Både på romma og ute i stua, som er prøvd på.

Anita: Så har dei jo – sjølv om det er ting på romma, at det står ein fast sofa der og ein stol og alt det der – så har vi sagt heile tida at vi ser helst at dei ikkje tek med seg så mykje ting frå heime. Men igjen, sjølv sagt, det er veldig koseleg med private eigedelar. Og det trur eg gjer det litt til heim og.

Det å ha med sine egne eigedelar er med på å gjere sjukeheimen til ein heim. Som Beate seier så *prøver* ein å gjere det så heimekoseleg som mogleg og ho nemner at eigedelane er del av å skape denne heimekjensla. Som ein kan sjå i lys av det Cooney (2012) finn er det å ha med seg eigedeler – fylt med minner og assosiasjonar – viktig for å oppretthalde sin identitet og mening i livet, og gjer at ein «finn heim» i sjukeheimen. Også Hillestad (2008) ser at slike gjenstandar vert kjelder for heimlegheit og sjølvbekrefting, særleg for dei som ikkje kjenner igjen seg sjølv på grunn av anten demens eller av skrøpelegheit. I tråd med Fleming et al. (2017) som poengterer at opplevinga av heim er *subjektiv*, kan ein sjå at det å ta med seg egne eigedelar kan bidra til å skape heimen for enkeltbebuaren. Privatrommet kan dekoreras for å skape den subjektive heimekjensla, men også her forhandlar bebuarane med institusjonspreget og dei fastsette rammene slik som farge- og materialval. For eksempel er bebuaromma ved «By» kvitmala og ved «Fjorden» er dei i ein behageleg grønfarge, slik informantane fortel. Det at personellet helst ser at ein brukar standardmøblementet som er der frå før, skapar også nokre begrensingar for bebuarane når dei forhandlar om sin heim i bebuarrommet.

Å skape heim gjennom utforminga av bygget

Arkitekten seier noko om sjølve *utforminga* av sjukeheimen og korleis ein kan skape heimlegheit i bygget:

Arkitekt: Og så samtidig såne ting som, her har du et avfallsrom, og da legg vi den - den kunne jo hatt dør direkte ut i gangen, men då tenker vi heller kanskje at - men då legg vi ein korridor inntil der, sånn at du kan gå liksom via der [Viser en liten gang ved sidan av hovudgangen der dør til avfallsrom er]. For sjølv om det er mindre sånn effektivt, så blir det ein diskusjon som handlar litt om heimlegheit eller hyggelegheit, då. For det kan jo være litt lukt frå eit avfallsrom, når nokon går inn der så ser du rett inn på, ja, noko som ikkje er så hyggelig.

Utforminga er altså noko som også påverkar heimelegheita med tanke på korleis ein synleggjer eller skjuler rom og funksjonar som ikkje passar inn i ein typisk heim. Dette gjeld særleg avfallsrommet og det å sleppe lukta, som også Else og Sara snakkar om som ei eiga «sjukeheimslukt». Ved å skjule dette, skjuler ein også ein del av institusjonspreget.

I tillegg er også særleg størrelsen på romma og sjukeheimane noko helsepersonellet tek opp i forbindelse med å oppleve seg heime. At sjukeheimane er store bygg, gjer at dei ser mindre ut

som ein heim og meir som ein institusjon. Anita seier at ved sjukeheimen ho jobba ved før var det 20 bebuarar som budde saman, og at dette var meir heimekoseleg enn der ho arbeider no med over 60 bebuarar. Ho seier vidare dette:

Anita: Eg følte det var mykje meir heim på [namn] sjukeheim som ligg midt i eit bustadfelt eller med masse leilegheiter rundt. Det her er veldig sånn institusjons-, ikkje sant, du ser at det er ein sjukeheim. Det er ikkje noko sånn, det er ikkje noko sånn heimekoseleg, skulle eg til å seie.

Korleis bygget ser ut har altså med heimekjensla å gjere. I tillegg trekk ho også fram at slik bygget er laga ved «By», så kjem dei gjennom hovudinngangen for å hente avdøde bebuarar: «Dei går jo inn *her* og opp for å hente *lik*, ikkje sant». Desse måtane bygget er utforma har altså noko å seie for korleis heimen ser ut og fungerer for bebuarane, og korleis ein balanserer det med arbeidsplass-hensyn.

Med tanke på plassering er det synleg at begge sjukeheimane ikkje er del av eit *nabolag*. Særleg ved «By» er dei tydeleg på at dei «er litt for seg sjølv», og Beate seier at bygget ser «firkanta» og institusjonsprega ut. Anita poengterer også at dette gjer sjukeheimen mindre heimekoseleg. Denne avgrensinga til omverda tydeleggjer *institusjonen* i bygget og er igjen noko som er i kontrast til *heimleggjeringa* (Jacobsen, 2016).

Oppsummering av heimlegheit

Å kjenne seg *heime* er ei subjektiv oppleving – det er individuelt kva som gjer at ein opplev «heimlegheit» (Fleming et al., 2017). Helsepersonellet eg har intervjuar arbeidar for at enkeltbebuarane skal oppleve seg som heime. Dette gjer dei gjennom å bruke dei ulike «verktøya» eg no har gått gjennom for å forhandle med bebuarane om autonomi og fellesskap, og med omgivnadane om den heimlege estetikken. Som Beate seier så *prøver* personellet å gjere det så heimekoseleg som mogleg – sjølv om der er eit institusjonspreg over sjukeheimane som alltid er til stades. Fleming et al. (2017) finn at kjensla av kontroll og handlingsevne (agency) er vel så viktig for opplevinga av det heimlege, enn korleis bygget er utsmykka. Dette kan vi sjå igjen i mine informantar sine fortolkingar av kva som gjer sjukeheimen til ein heim. Det å *bestemme over seg sjølv* og å *ta del* i fellesskapet er sett på som det viktigaste for dei, medan det fysiske miljøet er meir «med på» å gjere sjukeheimen heimleg.

Ein kan sjå nokre likheiter i mine data og frå Aasgaard et al. (2012) si studie av dei sosiale dimensjonane av heimlegheit i ei skjerma avdelinga. Den sosiale heimelegheita handlar også for mine informantar om den opplevinga av heim ein kan få i fellesskapet som vert til i fellesareala – og særleg på kjøkkenet og stua. Dette fellesskapet skapar også ei *trygghet* for bebuarane, som gjer at dei kjenner seg heime. Som Aasgaard et al. (2012) skriv er det eit *potensiale* for heimlegheit i desse romma, men som ikkje vert realisert fullt ut fordi personellet ikkje har tid til å setje seg ned med bebuarane der. Dette kan ein sjå igjen frå informantane som fortel om at dei i lita grad har tid til å sitje med bebuarane, og som Anita seier har dei lite tid til miljøarbeid. Denne sosiale heimleggjeringa vert altså begrensa på grunn av tidspress og bemanning. Også demenssjukdommar eller andre sjukdommar kan vere utfordringar når fellesskapet skapast og difor også moglegheitene for å skape den sosiale heimelegheita.

Desse tre verktøya – å skape ei kjensle av autonomi, fellesskapsfornemmelse og heimleg estetikk – er viktige for helsepersonellet når dei arbeidar for å skape *heimen* i sjukeheimen. Dei har eit bevisst forhold til kva dei tenkjer at kjenneteiknar ein heim og korleis ein kan skape dette i sjukeheimen. Likevel er der faktorar slik som bemanning, den fastsette arkitekturen, sjukdomsbilete hos bebuargruppa og så vidare, som påverkar i kva grad helsepersonellet kan heimeleggjere sjukeheimen i møte med bebuarane.

4.3 Den skapte bebuaren

Som ein museumsgjenstand – der livet foregår trygt inne ein monter – er eit bilete eg nokre gangar fekk av bebuaren gjennom intervjuet. Biletet kom gjennom forteljingane som handla om stemninga ein ville skape i sjukeheimen, korleis romma var utsmykka, og korleis ein forstod – eller i alle fall beskreib enkeltbebuarane. Særleg vart metaforen tydeleg ved det korte observasjonsbesøket på den eine avdelinga, der ein kunne sjå noko av kommunen sin kunst innebygd i monter på veggene – som om ein var besøkande på kunstutstilling. Av anna pynt var der gamle artefakter, slik som ei gamal rosemala symaskin, noko gammalt fiskeutstyr og gamle motiver inneramma. Det var nesten som dei eldre gjekk i eitt med omgivnadane. Dei var museumsgjenstandar dei óg på eit vis – gamle, og må behandlast med ytterste forsiktighet.

Det er klart at dette er eit forenkla og noko ukorrekt bilete av bebuarane i sitt mangfald, men der er likevel nokre likheitstrekk mellom korleis ein behandlar bebuaren og ein museumsgjenstand. Det er nettopp denne forsiktigeita rundt begge to – skape rolege og trygge rammer, å bevare det gamle, behalde dei innanfor eit område og å passe på dei. Men så er det ein essensiell forskjell mellom bebuaren og museumsgjenstanden – den eine lev og den andre ikkje. Den eine krev stimuli og interaksjon, medan den andre har det fint med å ligge på utstilling.

Dette forenkla biletet av bebuarar som ein «museumsgjenstand» seier noko om korleis *bebuarrolla* ser ut i sjukeheimen ut i frå intervjuet med helsepersonell og frå observasjonen som var gjort. Ei slik bebuarrolle kjem med visse forventingar til seg – slik som at ein skal behandle bebuaren *forsiktig*. I samanheng med forventingane vert det skapa nokre *rammar* for bebuarrolla. Eg vil i denne delen vise kva for rammer som vart synleg i det helsepersonellet fortalte om i intervjuet og forstår det som *handlingsrommet* bebuarrolla er tilknytt. Gjennom å sjå på handlingsrommet som bebuarane har, kan ein utforske kva rolle dei har i sin eigen heim. Eg gjer ei antaking av at bebuarane spelar denne rolla som «bebuar når dei er i sjukeheimens omgivningar og i interaksjon med personellet.

I denne delen vil eg først gå inn på korleis det *fysiske rommet* set rammer for bebuarane sitt handlingsrom og moglegheiter for aktivitet i kvardagen. Vidare viser eg kva *fortolkingar* av bebuarane som er materialisert i sjukeheimsbygget og som blir gjort av helsepersonellet i intervjuet. Dette belyser kva for ei bebuarrolle som vert skapa av den fysiske utforminga og av helsepersonellet – og kva handlingsrom den er forventa å ha. Fortolkingane personellet gjer

av bebuarane er interessante å trekke fram her fordi det fortel noko om rolla og *handlingsrommet* til bebuarane. Til slutt vil eg vise korleis personelletts beskrivingar av ein *rutinert sjukeheimskvardag* verker å setje nokre rammer for bebuarane sine liv i sin eigen heim. Gjennom desse temaa søkjer eg å svare på det tredje forskingsspørsmålet: *kva rammer for sjukeheimsbebuarar sine handlingsrom finst i sjukeheimens utforming og i møte med helsepersonelletts arbeid for å gi dei ein heim?*

Rom for aktivitet i monterer

Slik som i ein monter er det i sjukeheimen begrensingar på kva rom som er tilgjengeleg. Det verker å vere lite rom for aktivitet på to måtar. Først er det lite *tidsmessig* rom, slik som det kjem fram når blant anna Anita fortel at personellet har for lite tid til miljøarbeid og at aktivitetar med bebuarane vert nedprioritert «i ein travel kvardag». Dette heng også saman med rutinane i sjukeheimen, som eg kjem tilbake til, og det informantane beskriv som knapp tid til anna enn dei mest naudsynte arbeidsoppgåvene. I tillegg til *tidsrom* for aktivitet kom også det *fysiske rommet* fram i intervjuet som noko som påverkar moglegheitene ein har for ulike aktivitetar og for korleis kvardagane går føre seg for bebuarane. I intervjuet etterlyste Anita og Beate frå «By» ein *annan type* rom enn dei som er beskrive i kapittel 4.1 og som kan innby til aktivitet:

Anita: Men for pasientane og - kanskje eit meir aktivitetsrom som er i litt meir nærleiken av avdelinga. At vi ikkje – og som er tilrettelagt for aktivitet, da. For her er det – ja, det er eit rom, men det er fortsatt ikkje sånn, ja.. Ja, det er eit piano, men det er sånn... Vi hadde jo to sanserom oppe her og, men som igjen har blitt gjort om til kontor.

Beate: Ja, aktivitetsrom og treningsrom. Sånn som det er per no så er det kjedeleg her då [kom.: fellesstua vi sat i], og så er det kjøkken der. Du får ikkje så veldig mykje sånn kreativitet... Og så frisøren er kjempeliten. Større frisørsalong. Ja. Liksom laga rom som hadde vore meir opplevingsrike for dei. At det hadde vert meir stas å gå inn i det rommet, for då veit – då har dei i forventning om... Det er berre artig å gå inn i det rommet liksom [hehe].

Det kjem altså fram eit behov for rom der ein kan gjere *aktivitetar*, og der ein har nokre forventingar om at det er «artig å gå inn i det rommet». Slik det er no er det lite tilrettelagt, det er «kjedeleg» som Beate seier, og lite rom for *kreativitet*. Sanseromma som Anita nemner vart nedprioritert i forhold til kontorlokale. Sjølv om forhandlinga kring dette valet ikkje vert

forklara i intervjuet, kan ein sjå at bebruarane sitt behov for eit slikt sanserom ikkje har vore vurdert som stort nok samanlikna med kontoret som del av *arbeidsplassen* ved sjukeheimen. Slik vert bebruarane sin heim forhandla fram som mindre, medan arbeidsplass-delen vert større ved «By». At det ikkje er nok rom for slike andre aktivitetar kjem også fram når Beate fortel om treningssykkelen dei har, med tilhøyrande VR-briller (Virtual Reality):

Beate: For no må vi på ein måte sette litt sånn – for eksempel den treningssykkelen som vi snakka om – den må vi setje i stua. Mens tre andre pasientar også sit i stua. Så det blir liksom ikkje noko sånn – det er det vi manglar litt då.

Å gjennomføre slike aktivitetar som å bruke treningssykkelen vert då vanskeleggjort fordi ein ikkje har *rom* for det - sjølv om ein har utstyret. Bebruarane sitt handlingsrom for å drive med aktivitet vert då innskrenka, og sjukeheimskvardagane kan verte likare og «kjedeleg» slik som også Sjøgaard (2014) finn. Nesten som ein museumsgjenstand vert bebuaren begrensa til å ligge stille på sin plass.

Slik det fysiske rommet regisserer kva moglegheiter bebruarane har til aktivitet i sin heim, verker det som at personellet også har ei rolle i å regissere fellesskapet som tek plass i den fysiske utforminga. Som nemnt vert romma i sjukeheimen brukt på ulike måtar. Helsepersonellet *regisserer* korleis desse romma ser ut og kva rolle bebruarane får – slik som at i kjøkkenet vert bebruarane som *gjestar* som vert serverte til kvart måltid. Ein annan måte bebruarfellesskapet er regissert på er å halde bebruarane inne på sjukeheimsområdet eller i sine rom på natta, med hjelp av kulisser slik som inngjerdingar, låste dører og evt. alarmer. Sara fortel om behovet for å låse dørene:

Sara: Og så var det meir usikkert før, fordi det var mange fleire utgangar. Og det hadde vi faktisk ein del avvik på, at ikkje alle utgangsdørene var låst. Så plutselig hadde vi ein bruker som var borte. Så då [hehe]. Så det er tryggare no då, for no går det alarm om det opnast ei dør. Eller den er jo låst som regel då. Mhm. Eg trur dei er tryggare sjølv om dei er ganske så forvirra, og kan vere litt ekstra på natta og sånn og. Men det er lettare å ha ansvaret. Mhm.

Gjennom låsing av dører og inngjerding av uteområdet slik som ved «By», vert bebruarane regisserte til å halde seg innanføre sjukeheimsområdet. Det er rettferdiggjort av sikkerheitsgrunnar - at bebruarane ikkje skal gå seg bort og at det skal skje ulykker. Dør- og vandrelarmer vert særleg brukt på natta, då ein også har lågare bemanning. Dette kan tyde på

at bemanninga påverkar i kva grad ein overvakar bebuarane i sjukeheimen. Slik vert alarmer og inngjerdingar brukt som verkemidlar for å regissere bebuargruppa og kunne ha kontroll over kvar bebuarane er. VR-teknologien som Beate fortel om verker også som eit bilete for denne avgrensinga frå omverda: «Vi har ein sånn sykkel der du har på sånne VR-brilla, då. Så kan du liksom, det ser ut som du sykle gjennom byen». Slik kan dei sjå byen dei bur i frå ein treningssykel på sjukeheimsavdelinga. Dei vert også her som museumsgjenstanden i monterer, sjåande utover sine omgivningar utan å kunne ta del i dei.

«Pasienten»

Gjennom fortolkingar ein gjer av sjukeheimsbygget og som personellet gjer av sjukeheimsbebuarane som gruppe, vert bebuarar møtt av visse forventingar. Ut i frå mine data finn eg at helsepersonellet og aktørar involvert i sjukeheims-bygging ser på bebuarar som *pasientar*. Med tanke på sjukeheimsarkitekturen seier Beate ved «By» at bygget ser «lågt og firkanta ut» frå utsida og Anita seier dette: «Det her er veldig sånn institusjons-, ikkje sant, du ser at det er ein sjukeheim. Det er ikkje noko sånn, det er ikkje noko sånn heimekoseleg, skulle eg til å seie». Det er altså godt synleg at sjukeheimen er ein *institusjon* og som Bromley (2012) skriv konkretiserer arkitekturen av helsebygg noko om antakingar som er gjort av dei som skal bu der – slik som at det er *pasientar* som skal inn. «Institusjons- og sjukeheimsprega» er ord som blir brukt av informantane om bygga og særleg om korridoren ved både «By» og «Fjorden». Korleis byggets kvalitetar gir slike assosiasjonar bidreg til å forhandle fram synet av bebuarane som *pasientar*. På denne måten er også arkitektar med på å skape rammene for bebuarane (Buse et al., 2017). Vidare fortel både Anita og Beate ved «By» at dei ikkje opplever at sjukeheimen er del av eit *nabolag* og at det ligg litt vekk frå andre bustadar. Denne avgrensinga frå andre bustadar i tillegg til institusjonspreget, gjer at ein i større grad kan sjå på bygget utanfrå at det er ein plass for *pasienten*.

Med tanke på den fysiske utforminga på *innsida* av sjukeheimane er bebuarromma ved både «By» og «Fjorden» satt på rad og rekke ned lange korridorar. Beate får assosiasjonar til sjukehus: «Så er det to lange gangar, der det er to avdelingar der og to avdelingar der. Så litt meir sånn sjukehusfølelse». Bebuaren vert som ein pasient i den innvendige utforminga også - «ein av mange» i rekka av bebuarrom. Ein får heller inga fornemmelse av bebuarens individuelle identitet før ein er *inne* på den enkelte bebuarens rom. Der finn ein det som er anset som kjerna av bebuarens heim (Nettleton et al., 2018), sjølv om også den er noko

institusjonsprega utanom *pynten* bebruarane har dekorert med. Korridorane er særleg beskrive som institusjonsprega og sterile av informantane. Det verker som det vert eit skarpt skilje for ein bebruar å gå ut av *sitt* rom – til noko standardisert og identitetslaust i korridoren. Det krevjer også at bebruarane og personellet forhandlar om sine roller mellom desse fysiske skilja mellom privatrom og fellesrom – «backstage» og «frontstage».

At det bur *pasientar* i bygga vert altså synleg i arkitekturen. I tillegg vert bebruarane også kalla for pasientar av helsepersonellet. Dette gjer alle informantane, utanom arkitekten, sjølv om dei ein sjeldan gang kallar dei for brukarar eller bebruarar. Slik Askheim (2020) finn vert sjukeheimsbebruarar omtala som pasientar fordi dei vert sett på som *sjuke* og at det er difor dei er på sjukeheim. Helsepersonellet eg har intervjuar beskriv også bebruarane som sjuke og gamle, og dette vert særleg poengtert når eg spurde dei spørsmål som omhandla bebruarlivet og aktivitet. Blant anna svarte avdelingsleiaren ved «By» dette på spørsmål om bebruarane deltok noko i arbeidet med hagen: «Dei bidreg ikkje med å halde den ved like, nei. Dei har ikkje helse til det, veit du. Dei som bur her er ikkje så oppegåande...»

Det verkar som at bebruarane som gruppe vert tolka som pasientar fordi dei faktisk er såpass sjuke. Dei er for dårlege til å kunne arbeide i hagen eller gjere liknande aktivitetar. At ein har slike forventingar om bebruarane som sjuke pasientar, er også med på å skape bebruarrolla. Det er sjølv sagt også reelt at dei er såpass sjuke, det er jo snakk om *sjukeheimar*, men det kan også påverke korleis helsepersonellet interagerer med bebruarane. Som pasient har ein mindre makt i møte med dei «medisinske ekspertane» som helsepersonellet er, og som deira arbeidsuniformer symboliserer i interaksjonen.

Helsepersonellens fortolkingar av bebuaren

Bebuarane vert beskrive av helsepersonellet som utan særlege meiningar eller at dei er *fornøgde* med slik det ser ut inne på sjukeheimen og korleis livet er der. Anita seier om bebruarane sine kvardagar: «For dei? Ja, dei trur eg har det ganske greitt, eg». Beate som fortel at inngjerdinga av hagen gjer pasientar og bebruarane tryggare, seier vidare: «Dei merker jo ikkje det sjølv – dei seier ikkje noko på det heller». Det blir nærmast skapa eit bilete av at bebuaren bryr seg like lite om sine fysiske avgrensingar frå omverda som det museumsgjenstanden i monterer gjer. Else seier dette på spørsmål om bebruarane har uttrykk noko om forskjellen på den gamle og nye sjukeheimen ved «Fjorden»:

Else: Nei, eg trur ikkje det egentleg. Fordi dei er såpass gamle og skrøpelege at dei har kanskje ikkje så mykje meiningar om det, fleire av dei. Men det skal jo egentlege vere litt meir lettvindt for dei, utan at dei kanskje tenkjer over det.

Ut i frå desse sitata kan ein få eit bilete av bebuarane som likegyldige. Beate seier også at: «Det verker ikkje som dei bryr seg så veldig mykje om interiøret. [...]. Men viss det hadde kome supermoderne ting, så kan det jo vere dei hadde reagert på det [hehe]». Denne likegyldigheita eller fornøgdheita som bebuarane vert fortolka til å ha, verker å også henge saman med at det ikkje er noko som utfordrar meiningane til bebuarane og særleg med tanke på utforminga og estetikken. Som nemnt under kapittelet 4.2 om «heimlegheit» prøver personellet å gjere det gjenkjenbart og behageleg på avdelinga. Som Sara seier vil dei heller *det* enn at det skal vere moderne med abstrakt kunst og liknande. Helsepersonellet skaper altså trygge estetiske rammer, som kan henge saman med at bebuarane framstår som fornøgde eller likegyldige – dei har ikkje noko å reagere særleg på.

Eit konkret eksempel der helsepersonellet eksplisitt fortolkar bebuarar sin identitet, er når bebuarar som flyttar inn ikkje har pårørande eller har evne sjølv til å uttrykke korleis den vil at det skal sjå ut på sitt rom. Anita fortel: «Om dei ikkje har noko språk og... Ja. Det er jo litt sånn, du må jo ta litt ting - kva du trur og føler, og ser kva som gir dei glede egentleg. Då er det mykje kartleggingar, då». Her er det opp til personellet å finne noko som kan «gi glede» for bebuaren og gjennom desse fortolkingane skape bebuaren sin heim. I forhandlinga om heimen ligg det då eit større tolkingarbeid frå personalet si side, i kommunikasjonen med bebuarane som ikkje har språk. Det vert poengtert at pynten på privatromma gjer at bebuarane føler seg *heime*, og denne fortolkinga og dekoreringa vert difor også ein viktig del av personellets arbeid. Å gjere fortolkingar og definere bebuarane sin identitet og rolle er difor ikkje berre ein naturleg del av interaksjon, men også naudsynt med tanke på deira arbeidsoppgåver – å skape ein heim for bebuarane.

Den rutinerte kvardagen

Det verker å vere forventa at bebuaren passar inn i *rutinane* sjukeheimen, ut i frå det personellet fortel om som fastsette tidspunkt for dømesvis måltid og at det elles er like og rutinerte dagar for bebuarane. Sara fortel om korleis dei startar arbeidsdagen ved «Fjorden»:

Sara: Vi går gjennom programmet for dagen og fordeler ansvar. Vi har eit sånn arbeidsprogram som brukar å vere fylt ut på kvelden før då, så vi veit kven som har

ansvar for kva brukarar. Så er det - vi startar ofte med morgonstell og dusjing og sånne praktiske pleieoppgåver. Så har vi servering av mat, mating.

Ved denne sjukeheimen vert det brukt eit *arbeidsprogram* der ein fordeler ansvar. Det viser at rutinar her ikkje berre ligg i arbeidsvanene, men også er nedskrivne som *regi* for dagens gang. Morgonstell og pleieoppgåvene som Sara fortel om verker å bli gjort før matsserveringa, og kan tyde på at dette også er ein del av rutinane – utan at det er mogleg å vite kor «styrande» dette er til vanleg. Else fortel også om rutinane om morgonen:

Else: Då er det berre å rese i gang [hehe], komme over så mykje som vi kan før frukosten. Den serverast klokka 9, og så er det å fortsetje med stell og sårstell... Og det er utover til vi har lunsj. Og då er det jo middagsservering klokka 13, og då bør vi vere ferdig med det vi skulle ha gjort unna.

Måltida er altså viktige for å strukturere arbeidsoppgåvene og -dagen. I sin konsekvens bør bebuarane vere ferdig stelt til klokka 13 og så mange som mogleg før frukost. I intervjuet har helsepersonellet eit stort fokus på *arbeidsoppgåvene* gjennom dagen også når dei svarar på korleis bebuarane sine kvardagar ser ut. Det kjem fram eit bilete av ein svært rutinemessig kvardag der bebuaren sine valmoglegheiter verker å vere begrensa av personellet organisering av sitt arbeid. Om arbeidsdagane ved «By» seier Beate:

Beate: Ja, du har jo ein plan for kva som skal skje. Du skal jo få dei pasientane du har på fløya opp, dei skal jo bli stelt om morgonen. Dei skal få mat og medisinar. Og så skal dei jo få aktivitetane sine, og så skal dei evt. dusje også. Og det her er litt fordelt då ut over veka, kven som dusjar når og... Ja, kven som har avtalte timer eller... Så det er jo ein plan for kvar dag, ja.

I dette sitatet kjem det også fram at ein har rutinar særleg for korleis morgonane skal gå føre seg, at det handlar om «å få opp pasientane». Likt dei to føregåande sitata er det også ved «By» eit sterkt rutinemessig preg, der det verker å vere forventa at bebuarane står opp og steller seg til visse tidspunkt for at planen skal gå i hop. Ein kan sjå frå begge sjukeheimane at dei daglege gjeremåla vert gjennomført «bolktivis» etter rutinar og under like fysiske rammer, noko likt slik totale institusjonar vert beskrivne (Goffman, 1961; Sæther, 2015). Sjølv om sjukeheimen ber preg av rutinar har Sara likevel erfart at det har skjedd ei endring:

Sara: Ja, nokon ting er jo rutinerte då. Men det har vore ei dreining på det og frå tidelegare. Så no er det mykje meir sånn personssentrert eigentleg. Alt. Vi treng ikkje å – det er ingen brukarar som skal føle at dei må stå opp til visse tidspunkt og sånn.

Sara seier vidare at det er ein gamal kultur med rutinemessigheita. Else som jobbar ved same sjukeheim seier også dette: «Og dei får moglegheita til å ligge over frukosten og, om det er noko – vi er kanskje litt gamaldags i den tankegangen at alle skal opp til frukost og sånn.» Det har altså skjedd ei endring der bebuarane for eksempel får søve over frukosten om dei vil, men det verker likevel på ordlyden til Else som at det fortsatt er under endring – det er fortsatt rutinar i sjukeheimen. Det er likevel er det mindre «totale rammer» enn før slik Else beskriv det, og difor også større rom for bebuaren sine meiningar i forhandlingar (Goffman, 1961; Maines, 1979). Desse endringane kan ein også sjå i lys av lovverk om brukarmedverknad og liknande som har gitt bebuarar større makt i møte med helsetenestene (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001). Ved å gi bebuarane fleire forhandlings-områder, slik som å velje å søve lengre, vert dagane noko mindre rutinemessige – det er meir «fri flyt» som Sara seier. Sjølv om informantane fortel at bebuarane får bestemme over seg sjølv, så verker det likevel som at det ligg sterke *forventingar* til bebuarane gjennom den rutinemessige kvardagen dei skisserer. Ein kan då lure på kor frie bebuarane kjenner seg til å f.eks. søve lengre i forhandlingane som skjer mellom personellet og bebuaren om morgonen, då det er fleire faktorar - slik som tidspress og maktforhold - som påverkar forhandlingssituasjonen (Maines, 1979). Eg finn i alle fall at det er nokså sterke forventingar til bebuarane si rolle i den rutinerte sjukeheimskvardagen, til og med nedskrivne i eit *arbeidsprogram*, og som har eit potensiale til å begrense bebuarane sitt handlingsrom.

Oversikt og fysiske begrensingar for å oppretthalde rutinane

Som ein del av rutinane i sjukeheimen og for å oppretthalde dei, finn eg at ein bruker verkemiddel som *overvaking* og begrensing av det fysiske rom gjennom låsing og inngjerding. Desse verkemidla kan tolkast som ulike former for tvang, om ein gjer ei brei definering av tvangsomgrepet likt Pedersen et al. (2013) og som vart presentert i kapittel 2. Overvakinga som kjem fram i intervjuet med både helsepersonellet og arkitekten handlar om å ha *opne rom* der det er lett å følgje med på bebuarane på tvers av rom, og særleg vaktrom og fellesrommet. Vidare har personellet oversikt ved å samle bebuarane på fellesareala, med bruk av GPS-«alarm» eller andre alarmar, og bruk av overvakingsskamera. Ved «Fjorden» er det moglegheit for slike kamera på bebuaromma, og Else fortel korleis dei fungerer:

Else: Det er ganske anonymisert det kameraet, for du ser ikkje sånn som eg og du ser kvarandre no. For det er skygger av personar – ein blir markert som gul og ein ser den beveger seg rundt.

Overvakinga er altså anonymisert, men sjølv om ein ikkje ser ansikta på bebuarane så veit personellet kven som bur på kvart rom og det er difor ikkje anonymisert for dei.

Konsekvensen er at bebuaren lev eit meir overvaka liv, der ein har endå mindre rom for privatliv også i det mest private og personlege rommet (Nettleton et al., 2018). Utanom denne eksplisitte overvakinga vert det nemnt ulike måtar sjølve bygget er bygd slik at ein kan ha eit *overblikk* over pasientane, slik som også arkitekten er inne på:

Arkitekt: Men det er jo sjølvsagt også ein arbeidsplass det som skjer innanfor her, men då handlar det kanskje mykje om sånne ting som... Ja, ha moglegheit til – sånn som med kjøkken og stua her – at du har litt oversikt. For ofte har ein mange arbeidsoppgåver på kjøkkenet, trur eg, men du vil kanskje gjerne ha moglegheita til å kunne følgje med på bebuarane i størst mogleg grad likevel.

Andre måtar ein kan ha ei slik oversikt er gjennom glasveggane på vaktrommet til «Fjorden», slik at ein har oversikt over bebuarane på stua. Ved “By” er fellesromma plassert slik at ein ser «gjennom dei» og har oversikt frå kjøkkenet gjennom stua og til gangen. Igjen står bebuarens moglegheit for privatliv på spel. I forhandlinga mellom heim og arbeidsplass verker overvakinga å gjere arbeidsplassens nærvær større.

Utanom overvakinga verker det som der også er annan tvang som bidreg til å oppretthalde rutineane på sjukeheimen, ved at ein har kontroll over kvar bebuarane oppheld seg.

Tvangsperspektivet er ikkje nemnt av informantane og som intervjuar var dette litt overraskande då ein fleire gongar snakka om konkrete tiltak slik som låste dører og gjerder. Tvang er eit etisk dilemma i sjukeheimane og Pedersen et al. (2013) finn at det er vanskeleg for helsepersonellet å vurdere og tolke lovverket om tvang. I tillegg opplev helsepersonell delar av lovgivinga som urimeleg og ikkje «i takt» med deira profesjonsetikk, slik at forståinga av tvang i praksis og teori ikkje er samstemd (Sæther, 2015). Med desse studia i tankane kan ein tenkje seg at det er vanskeleg for personellet å snakke om tvang og at det difor ikkje kom opp i intervjuet eg gjennomførte. Ved spørsmål til Beate om bebuarane har reagert på inngjerda hageområde, seier ho: «For oss føllast det tryggare ut. Og det er jo tryggare for pasientane. Dei merker jo ikkje det sjølv – dei seier ikkje noko på det heller». Tvang eller liknande perspektiv vert ikkje tatt inn i samtalen av denne informanten og heller

ikkje av dei to andre informantane som jobbar der. Som Sara seier er inngjerdinga ei *trygging* og dette kan stå i strid med ei forståing av tvang som noko utrygt og negativt. Om ein legg ein brei tvangsdefinisjon til grunn, slik Pedersen et al. (2013) presenterer det, kan ein også sjå på dei faste måltida og andre rutinar slik som «morgonstellet» som tvangsprega. Gjennom oversikt og fysiske begreningar har helsepersonellet kontroll over kva som skjer i kvardagen og kvar bebuarane er, slik at arbeidskvardagen kan gå som den er planlagt. Slik vert bebuaren konservert i monterer, i trygge og faste rammer.

Oppsummering av «Den skapte bebuaren»

Ut i frå det helsepersonellet og arkitekten fortel i intervjuet kan ein sjå at der er visse rammer for sjukeheimsbebuarane sine handlingsrom. I samspel med helsepersonellens arbeidsplass og sjukeheimsbyggets kvalitetar, vert det skapa ein spesiell form for heim der bebuarane tek del i rutinane i sjukeheimen som er organisert ut i frå helsepersonellens arbeidsoppgåver.

Slik som ein monter fortel at det ligg ein verdifull museumsgjenstand i den, fortel sjukeheimsbygga at det bur *pasientar* i dei. Slik vert det både materialisert at det bur pasientar i sjukeheimen, i tillegg til at helsepersonellet sjølve omtalar dei som pasientar. Som bebuar vert ein då møtt med forventingar om at ein er *sjuk* og at ein blant anna ikkje har helse til så mykje aktivitet. Dette vert også brukt for å rettferdiggjere det rutinemessige preget og at det er «lange» og «kjedelege» dagar ved sjukeheimen. Å vere pasient er også ei rolle som er knytt meir til det medisinske og til sjukdom – i staden for *heimen* gjennom å vere bebuar. I tillegg vert bebuarrolla knytt til å vere *fornøgd* og å ikkje ha så mange meiningar om sin heim, som gjer at det verker som bebuarane i liten grad påverkar korleis det ser ut og kva som skal skje der. Dei tek del i den rutinerte kvardagen og dei behageleg pynta fellesområda utan særleg motstand, verker det som frå intervjuet. Det er også nokre fysiske begrensingar av bebuarane sitt handlingsrom, i form av å halde dei inne i sjukeheimsområdet og med begrensingar av aktivitetsmoglegheiter i kvardagen. Relativt stramme rutinar og ei låg bemanninga gjer også at helsepersonellet vert begrensa i å tilrettelegge for enkeltbebuaren sine ønskjer. Slik vert handlingsrommet til bebuarane også mindre, om dei for eksempel ikkje får bistand til å gjere aktivitetar eller å kome seg ut når dei vil. Bebuarane og deira rolle i sin eigen heim vert prega av dei ulike rammene i sjukeheimen som eg no har presentert.

5 Oppsummerande diskusjon

For å forstå kompleksiteten rundt *heimen* til sjukeheimsbebuvarar har eg i analysa vist relevante funn frå empirien og diskutert dei opp mot teori og tidelegare forskning. Funna er framlagt for å svare på: *Korleis vert sjukeheimsbebuvarar sin heim skapa i samspel mellom sjukeheimens fysiske utforming og helsepersonellens arbeid?* Eg vil drøfte funna vidare i dette kapittelet og vise korleis dei heng saman på tvers av dei tre forskingsspørsmåla. Eg problematiserer ytterlegare nokre av dei funna som har kome fram. Etter dette vil eg ta kritisk føre meg kva for ein heim det eigentleg er snakk om – i oppgåva og blant mine informantar – gjennom å bruke den dramaturgiske metaforen.

Kompleksiteten rundt det å skape ein heim

Ved å nærme meg heimen med eit situasjonsanalytisk blikk har eg undersøkt korleis dei ulike aktørane, som vist i Figur 1, er med på å skape sjukeheimens utsjånad og verksemd som heim. Det viktigaste å ta med seg i vidare diskusjon frå dette er *kompleksiteten* rundt skapinga av heimen. Det finst politiske føringar som fremjar det å lage «heimlege miljø» i sjukeheimane som i *Demensplan 2020* (2015a), samstundes som det også er politiske føringar som avgjer at ein har ei viss mengd økonomiske midlar til for eksempel *bemanning*. Som Gjerberg et al. (2010) også finn skapar nettopp *tidspress*, på grunn låg bemanning, dilemma i helsepersonell sitt omsorgsarbeid. Frå mine funn kan ein sjå at det vert eit dilemma for personellet mellom knapp tid og moglegheiter for å heimeleggjere sjukeheimen.

Vidare er det fleire aktørar frå *kommuna* som har ein meir eller mindre synleg påverknad på sjukeheimen. Deriblant har ein kommunale aktivtørar som kan påverke aktivitetsnivået i bebuarkvardagen og tildelingskontoret som plasserer eldre der dei finn ledig rom i sine sjukeheimar. Aktørane i sjukeheimen består av administrasjon, leiinga, bebuvarar og helsepersonell. Det er altså mange nivå og grupper av aktørar som bidreg inn mot sjukeheimen. Ein kan også sjå at dette er i tråd med det Tingvold og Magnussen (2018) finn, at sjukeheimar er svært spesialiserte med fleire tenester og at det difor også er fleire aktørar som no deltek i å skape *heimen* for sjukeheimsbebuvarar

Gjennom bygging av sjukeheimar vert også ei rekke «eksterne» aktørar relevante, slik som arkitektane. *Arkitekturen* kan ein likevel skilje ut som ein aktør og del av den sosiale ordenen i sjukeheimen, på lik linje med bebuvarane og helsepersonellet. Som Shah og Kesan (2007) og Nord og Högström (2017) argumenterer har arkitektur makt i relasjon til dei som er i eller

ved bygningar – menneskjer vert dirigerte av utforming. Dette har eg også funne i mine data og kjem særleg fram i kapittel 4.1 om estetikk og utforming av sjukeheimen. Korridoren er eit eksempel på korleis arkitekturen har makt ved å standardisere trimturane til bebuarane slik at dei går fram og tilbake same veg. Denne arkitektoniske makta vert til i samspelet med helsepersonellets temming av den fysiske utforminga og i motiveringa av bebuarar til å gå desse trimturane.

Dei nemnde aktørane frå Figur 1 har til felles at dei er delaktige i å skape ein heim for sjukeheimsbebuarar. Det er nok ikkje slik at dette ligg som eit *motiv* for desse aktørane i *alt* dei gjer som omhandlar sjukeheimen. Heimleggjeringa er likevel ein *del* av og ein konsekvens av deira handlingar gjennom den rolla dei speler som til dømes ansvarleg for tildeling av sjukeheims plassar, leiar av sjukeheimsavdelinga eller som helsepersonell. Korleis heimen *er* og vert skapa i sjukeheimen vert påverka av avgjerslene som desse aktørane tek. Dømesvis er avgjerslene som tildelingskontoret gjer angående kvar dei plasserer nye sjukeheimsbebuarar med på å forme det fellesskapet, den *husstanden*, som er i sjukeheimsavdelingane. Også dei økonomiske avgjerslene som vert tekne på kommunalt nivå er med på å forme løyvingane til sjukeheimar, og gir rammer for kva bemanning som er mogleg og påverkar helsepersonellets tid til heimeleggjering.

Heimen som eit sjukehus

Eg har også vist at fleire aktørar har vore med på å forma ei fortolking av bebuarar i sjukeheimar som *pasientar*. Arkitekten fortel om aktørar som har fokus på *effektiv drift* og som gjer at ein bygg sjukeheimar med moglegheit for å «passe på» pasientane, likt det Hamran (1991) beskriv det i sin studie av sjukehus. Vidare har ein entreprenørar som kuttar arkitektoniske kvalitetar slik som materiala - som gjer at bygga kan verte billegare og får ein meir institusjonsprega utsjånad. Slik vert *pasienten* materialisert inn i bygget. Til forskjell frå det Bromley (2012) argumenterer handlar dette ikkje berre om antakingar som er gjort av bebuarar som skal bu der, men om økonomiske og driftsmessige rammer for sjukeheimsbygget. Sjølv om ein kan sjå på det som problematisk å setje namnet «pasientar» på ei gruppe eldre med ulike hjelpebehov, poengterer helsepersonellet at bebuarane *har* vorte sjukare og at det er ei større pleietyngde dei seinare åra. I kombinasjon med at personellet har lite *tid* til å skape meningsfylte fellesskap og kvardagar for bebuarar så verker det som det har blitt eller kanskje fortsatt *er* meir som eit *sjukehus*. Slik kan sjukeheimen sjåast som eit

sjukehus for dei eldre, ein stad der dei har tryggheita i å bli på-passa i sine siste leveår.

Interaksjonen avhenger av rom

I 4.1 «Sjukeheimens rom for interaksjon» viste eg korleis *fysisk utforming* kom fram i intervju som delaktig i å forme *sjukeheimen*. Når eg sette fokuset på rom som studieobjekt (jf. Moore, 1999) for å undersøkje kva slags interaksjon som oppstår og kva rommet har å seie for interaksjonen, skilde kjøkkenet seg ut som ein plass for sosiale møter og kvardagsritual.

ein plass for sosiale møter og kvardagsritual. Feire studiar finn at kjøkkenet er rommet som symboliserer mest heimlegheit (Moore, 1999; Zingmark et al., 2002; Aasgaard et al., 2012). Om ein då ser på fellesskap og rituala rundt måltid som ein viktig del av ein heim, kan mine data også tyde på at kjøkkenet er eit sentralt rom for *sjukeheimen*. Likt Aasgaard et al. (2012) finn eg at stua er eit rom med lite sosial heimlegheit, men at det likevel er eit *potensiale* for heimlegheit her. Når personellet i "By" brukar stua som ei "gjennomgangsåre" hindrast heimelegheita. Ressursar er også innverkande på bruken av rom, då personellet manglar tid til å opphalde seg på stua, noko som samsvarar med Aasgaard et al. (2012) sine funn. Eg veit mindre om kva som foregår på bebuarromma, då eg ikkje har gjort intervju av bebuarane sjølve. Det kjem likevel fram at det er eit mangfaldig rom med fleire funksjonar; som opphaldsrom gjennom kvardagen, som soverom, arbeidsplass og «stelle»-rom/bad. Det verker nærmast som at det er dette rommet, det minste av heimens rom, som rommar flest funksjonar i bebuarane sine kvardagsliv. Dette kan ein sjå i lys av at bebuarrommet kan utgjere *kjerna* av heimen til bebuarar, jamfør Nettleton et al. (2018). Det er eit rom som inneheld fleire av dei heimlege og private funksjonane som i ein «vanleg» heim, dømesvis som ein plass å slappe av, sove og å dekorere.

Sjukeheimsromma rommar både arbeidsplass og heim

Eg har vidare funne at det i «heimens rom» i sjukeheimen stadig skjer balanseringar mellom heimens og arbeidsplassens nærvær. Det er avgjort nokre *forventingar* til kvart rom som verker å vere forhandla fram som del av den sosiale ordenen (jf. Strauss, 1978), og der forventingane omhandlar korleis både arbeidet og heimen vert «gjort». For eksempel er kjøkkenet delt mellom ei arbeidssone og bebuarane si sone. Delinga mellom sonene i kjøkkenet er i følgje datagrunnlaget i denne oppgåva avgjort basert på "hygieniske årsakar". Delingane mellom arbeidets soner og bebuarane sine soner ser ein igjen i byggets utforming

og at det er fleire rom som bebuarane ikkje har tilgang til i sjukeheimsavdelingane. I mine data har bebuarane ikkje tilgang til rom som hovudsakleg har med *arbeid* å gjere, slik som; vaskerom, lagerrom, vaktrom, medisinrom, osv. Det verker ikkje som bebuarane har vore delaktig i desse forhandlingane, om kva områder dei har tilgang til i sjukeheimen. Med tanke på at desse romma er låste for bebuarane, har dei ikkje moglegheit for å reforhandle tilgangen til romma i kvardagen. Personellet er dei som «handhever» desse avgjerane i sine arbeidskvardagar, ved å halde romma låste og ikkje sleppe bebuarane inn. På denne måten vert heimen til bebuarane avgrensa til visse rom, og hovudsakeleg kjøkkenet, stua og bebuarrommet.

Det er vidare eit interessant funn at interaksjonen ofte skjer *på tvers* av arbeids-sonene og dei heimlege sonene – i dei todelte kjøkkena og i vaktrommet ved «Fjorden» som har glasveggar ut mot korridoren og stua. Slik vert arbeidets og heimens nærvær begge forsterka i sjukeheimen – ved at personellet i større grad kan bidra i det heimlege fellesskapet med bebuarane, samstundes som arbeidet også vert meir synleg for bebuarane. Den fysiske utforminga mogleggjer altså at personellet kan «passe på» bebuaren samstundes som dei også gjennomfører andre arbeidsoppgåver. Med dette som eksempel kan ein tydeleg sjå at den fysiske utforminga av sjukeheimen påverkar interaksjonen mellom bebuarar og helsepersonell.

Å skape ein heim gjennom ulike verkemiddel

Eg har også belyst kva helsepersonellet trekk fram som viktig i å skape ein heim i sjukeheimen, nemleg fellesskapsfornemmelsen, kjensla av autonomi og estetikken. Som vist er desse brukt nærmast som verktøy for heimeleggjinga. Med verktøya forhandlar personellet om å skape heimens nærvær i samspel med tidspresset dei står i og den institusjonsprega fysiske utforminga av sjukeheimen. Fellesskapet i sjukeheimen og sjølvbestemminga for bebuarane er noko som personellet er med å fasiliterer i interaksjon med bebuarane. Samsvarande med funn som Aasgaard et al. (2012) presenterer, finn også eg i mi forskning at fellesskapet er viktig for heimen og at stua og kjøkkenet dannar hovudgrunnlaget for den sosiale heimelegheita. Vidare krev det å skape ein heim i omsorgsinstitusjonar at personellet har *kompetansen* til å skape aktivitet, relasjonar og fellesskap, som Aasgaard et al. (2012) også fann. Personellet søkjer å skape ein fellesskapsfornemmelse for bebuarane, og dei har ulike tankar om korleis dei kan gjere dette.

Gjennom å regissere fellesskapet, kven bebuarane sit ved eller å ha eit personell som kan styre samtalanene, kan ein til retteleggje for trygge fellesskap der ein opplev seg som heime. Informantane ved «Fjorden» trekk særleg fram *fellesskap* som kjenneteikn på heimen, noko som kan sjåast i samanheng med konteksten av at sjukeheimen er i eit mindre lokalsamfunn der bebuarane og helsepersonellet allereie har ein relasjon og felles referansar. Dermed er fellesskapet allereie etablert frå før og personellet kan bruke kjende namn og stadar frå lokalsamfunnet i samtalanene med bebuarane, som gjer at ein skapar nokre trygge rammar for bebuarane i fellesskapet.

«Autonomien», eller sjølvbestemminga, trekk personellet også fram som noko som gjer sjukeheimen til ein heim. Det omhandlar å ha rom for at bebuarane kan bestemme over seg sjølv og delta i avgjersler og kvardagslege gjeremål i sjukeheimen. Under intervjuet verka det som at helsepersonellet opplev bebuarane med ein stor grad av autonomi. På bakgrunn av rammer for handlingsrommet til bebuarane, slik som rutinar og låsing av dører, synast det likevel at bebuarane har ei innskrenka form for autonomi på sjukeheimens og helsepersonellens premisser. Slik Askautrud og Ellefsen (2008) poengterer kan autonomi forståast på ulikt sett. I mine funn handlar autonomien mest om at personellet i interaksjon med bebuarane *opnar opp* og gir bebuarane moglegheiter for å bidra i avgjersler og å delta i kvardagslivet. Medverknad og deltaking er ord som eg meiner beskriv denne autonomien betre, sjølv om medverknaden det er snakk om også i stor grad er kontrollert til å omhandle visse tema. Bebuarane kan medverke i kva ein skal ha til lunsj og om ein vil sove lenge. Det vert som ein *standardisert* autonomi der handlingsrommet for bebuarane likevel er definert av dei institusjonelle hensyna. At dei skal medverke eller delta vert også del av den standardiserte autonomien, som bestemt ut i frå lovgiving om brukarmedverknad. Det verker ikkje som denne standardiserte autonomien strekk seg til spørsmål utover dei «mindre» vala, og som elles kunne omhandla korleis sjukeheimen og personellens arbeid er organisert. Christensen og Fluge (2016) har sett at brukarmedverknadsdebatten har endra seg. Likt den medverknaden som eg finn i mitt datamateriale handlar brukarmedverknad meir om det *individuelle* og å delta i det som direkte omhandlar ein sjølv og som gir ei «notion of autonomy», ei oppleving av autonomi, til bebuarane (Lemos & Pols, 2020). Eg finn at når helsepersonell opnar for medverknad og deltaking, er det eit middel for å skape ein heim ved å gje bebuarane ei meningsfylt rolle eller oppgåve. Slik kan bebuarane oppleve at dei

bestemmer over sin eigen heim.

Basert på datamaterialet kjem *estetikken* fram som det tredje verktøyet helsepersonellet brukar for å skape ein heim. Å heimeleggjere sjukeheimens elles så institusjonsprega rom med pynt og møblar er noko helsepersonell har særskild ansvar for, på trass av at informantane sjølve ikkje vurderer estetikken som det viktigaste i arbeidet med heimleggjering. Eg har funne at å skape den gamaldagse stemninga ser helsepersonellet i samanheng med å gjere det *heimekoseleg*. Dei brukar gamalt interiør som *kulisser* for å skape «heimen», noko eg kjem tilbake til. Estetikken er også viktig i privatromma, der bebuarane sjølve kan forhandle med rommets utforming om å skape sin eigen heim ved å fylle det med sine egne egedelar. Dette er støtta av tidlegare studiar (Cooney, 2012; Fleming et al., 2017; Hillestad, 2008). Som Nettleton et al. (2018) poengterer er det likevel begrensingar for desse forhandlingane. Fargeval og lyssetting er allereie bestemt, og moglegheita for «undersøkingsslys» som ved «Fjorden» er allereie implementert. Estetikken er altså brukt ulikt mellom felles- og privatromma i det å skape heimen. I mi forskning kjem det fram at fellesområda slik som stua og kjøkkenet er stader der ein skapar ein kollektiv identitet for bebuarane basert på ein gamaldags stil, medan ein på bebuarrommet skapar ein dels personleg identitet.

Den fornøgde bebuaren

Funna i denne forskinga viser at helsepersonell gjer fortolkingar av bebuaren og dens rolle i sjukeheimen, noko som påverkar handlingsrommet bebuaren har i sin eigen heim.

Fortolkingane om bebuaren som ein fornøgd og dels likegyldig pasient var noko som gjekk igjen hos fleire av helsepersonellet i intervju. Det er interessant å sjå i samanheng med at personellet samstundes fortel om at det er «lange dagar» og «kjedeleg» for bebuarane, slik som også Sjøgaard (2014) finn at pregar institusjonskvardagar. Det verker noko motsetningsfylt at bebuarane er *fornøgde* med lange og kjedelege dagar. Som Sara fortalte har det har blitt rolegare i sjukeheimsavdelinga under koronatida på grunn av besøksrestriksjonane, men at det vert *for* roleg for nokre av bebuarane. Der finst altså dei bebuarane som vil og treng at det skjer meir i kvardagen, og som ikkje nødvendigvis er *fornøgde* med slike lange dagar. Også inngjerdinga av hagen er noko personellet fortel at bebuarane ikkje bryr seg så mykje om – «dei seier ikkje noko på det», som Beate sa. Det

interessante her er at personellet også tolkar at bebuarane ikkje bryr seg eller legg merke til slike ting som inngjerdinga, som om «den som tier samtykker». Ingen av informantane fortel om bebuarar som har *sagt* noko om inngjerdinga eller om dei «lange dagane», men dei tolkar at dei er fornøgde eller utan meiningar om det. Som Van Steenwinkel et al. (2017) fremjar så balanserast bebuarane si trygghet og sjølvbestemming, i samspel med den fysiske utforminga av sjukeheimen. Dømesvis er hage-inngjerdinga noko som skal *trygge* både personellet og bebuarane, men som samstundes går på bekostning av det autonome aspektet av heimleggjeringa for bebuarane.

Heimelegheit - mellom ønskje og praksis

Datamaterialet viser nokre forskjellar mellom kva personellet *ønskjer* å få til, slik som det er beskrive under 4.2 om heimlegheit, og korleis kvardagane faktisk *er* i sjukeheimen. Medan personellet har eit fokus og mål om sjølvbestemming og fellesskapskjensle for bebuarane i heimleggjeringa, verker det som at rutinepreget og den låge bemanninga nærmast vert som motkrefter til desse måla. Personellet står i ei konflikt mellom å både skulle heimeleggjere sjukeheimen og fungere som del av sjukeheimens drift. Dette kan ein sjå tråd med det også Skaar et al. (2014) finn om at helsepersonell er i ei konflikt mellom organisatoriske krav og å yte god pasientomsorg. Heimleggjeringa må då ta plass der det er tid i rutine og i mine funn tyder det på at det skjer når personellet utfører oppgåver på kjøkkenet eller om der oppstår tid mellom stell og matlaginga. Når det er sagt kan ein også argumentere for at heimleggjering skjer i nærmast *alt* av helsepersonellens arbeid. For ein kan også sjå på rutine, personellens tilpassing av interaksjon til bebuaren eller «pasienten», begrensingar av det fysiske rom, og så vidare, som delar av å skape heimen til bebuarane. Ved å sjå også desse rutine og dei andre eigenskapane som del av *heimeleggjeringa* personellet gjer, kan ein tolke at dei *ønskjer* å skape ein *føreseieleg* og *trygg* heim for bebuarane.

5.1 «Heimen» - kva *er* den eigentleg?

Eg vil vidare problematisere korleis heimen vert forstått av informantane og slik eg også har tolka den i denne oppgåva. For kva er ein heim, eigentleg? Heimen kan tilnærmast på ulike måtar, det er noko som berre *er* og det er noko som *skapast*. Som Fleming et al. (2017) argumenterer så er *opplevinga* av heimen ei individuell oppleving og difor ikkje noko ein kan skape ut i frå ein mal for korleis ein heim bør sjå ut. Likevel *er* sjukeheimen ein heimen for

bebuarar og for mange av dei er det deira siste heim. Frå mitt datamateriale ser eg at personellet må legge til rette for at bebuarane på sjukeheimen skal kunne oppleve heimlegheit.

Som Lemos og Pols (2020) finn vert heimen konstant skapa mellom helsepersonell og bebuarar, og eg har vist at det skjer forhandlingar mellom dei som omhandlar det heimlege og institusjonelle. Det institusjonelle handlar bl.a. om nærværet av den sterile estetikken, arbeidsrutinar, personellets uniformering og den fysiske delinga mellom arbeidsplass og heim. Det heimlege famnar om fellesskapet, sjølvbestemminga og den «heimekoselege» pynten. Både det heimlege og det institusjonelle er naudsynte i sjukeheimen i dens balansering av å vere ein medisinsk institusjon som skal gje helsehjelp for sjuke eldre og ein heim der bebuarane kan leve sine siste år. Som Daatland og Otnes (2015) skriv har dei norske sjukeheimane ei sterk medisinsk-fagleg satsing som går langt tilbake og ein kan sjå at også sjukeheimane «By» og «Fjorden» i stor grad er styrt av medisinske og helsefaglege arbeidsoppgåver og organiserast rundt dette. Andre aspekt av sjukeheimstilveret slik som *bu-miljø* vert dels underordna det medisinske. Det kjem fram at denne prioriteringa heng særleg saman med tidspresset personellet arbeider under, der ein «må» prioritere dei medisinske oppgåvene. Slik skapast heimen også av forhandlingar personellet deltek i om *tid* til ulike oppgåver.

Sjukeheimen som scene for ein heim

Ut i frå dei beskrivingane av heimen og heimleggjeringa som er gjort gjennom analysa, vil eg vidare sjå dei i lys av den dramaturgiske metaforen og drøfte kva for ein heim det eigentleg er snakk om (Goffman, 1992). Ved å ta føre meg funna frå datamaterialet mitt vil eg sjå på korleis personellet fortel ei historie om *heimen* som tek plass i sjukeheimen.

Sjukeheimen er som sjølve *sceneriggen*, eit skjelett som skal dekorerast med kulisser og der skodespelarane skal samspela. Som allereie diskutert har dei som har satt opp riggen ulike formål og idear når dei har bygga den. «Riggen» påverkar også skodespelet gjennom dei fysiske begrensingane og korleis den *ser ut*, slik det vart diskutert om «Den skapte bebuaren» i kapittel 4.3. Først og fremst handlar det om å ikkje kome seg ut av sjukeheimsområdet, at bebuarane gjennom sterke *forventingar* og *fysiske midlar* vert haldt igjen frå å gå av sjukeheimens scenerigg. Dette kan vere låste dører og inngjerding, men også moglegheitene ein har for å ta i bruk GPS-alarm på bebuarar gir visse forventingar om å halde seg

«innanfor» sjukeheimsområdet. På ein annan måte kan ein sjå dei fysiske begrensingane i sjukeheimen i samanheng med at moglegheitene for bebuarar å vere «backstage» er små, i forhold til det å vere «frontstage». I sjølve utforminga av sjukeheimen har ein lagt opp til at bebuarane i stor grad må vere «frontstage», då ein deler alle opphaldsrom med sine naboar – unnateke sitt privatrom. Dette rommet er der bebuarane i størst grad kan oppleve heimlegheit (jf. Nettleton et al., 2018), gjennom moglegheita for å slappe av «backstage». Likevel vert også privatrommet ei scene for den interaksjonen som skjer mellom personellet og bebuarane, slik som ved stelleoppgåver.

Sceneriggens *utsjånad* har også noko å seie for skodespelet, om det er som ei provisorisk festivalscene eller er ei integrert scene i eit overdådig konserthus. Slik sjukeheimane vert beskrivne verker dei i liten grad integrert i nabolaget og er institusjonsprega. Her var det synleg at det er nokre forskjellar mellom «By» og «Fjorden» i grada av «institusjonspreg». Likevel står dei begge fram meir som ei enkel festivalscene. Den enkle og sterile stilen i arkitekturen er rammene for skodespelet og gjer at personellet får ein stor jobb når dei skal skape ein *heimleg* fasade. Institusjonen er synleg i heile byggverket; i dei kvite flatene, i linoleumsgolv og i den sjukehus-aktige utforminga av avdelingane. Personellet har ikkje moglegheit og ressursar til å dekke over eller skjule institusjonspreget og som ein kan sjå i analysa løyser dei det med å fylle scena med heimlege kulisser for å gjere det «så heimekoseleg som mogleg», som Beate fortalde.

Ein kan også tenkje seg at mellom dei ulike romma så skjer det sceneskifter med ein ny scenografi for kvart rom. I fellesområda har helsepersonellet eit stort ansvar for korleis scenografien skal vere utforma. Der har ein eit stort fokus på å gjere det gjenkjennbart for bebuarane, gjennom særleg å ta inn «det gamaldagse». Personellet bruker gamalt interiør og pynt som kulisser for å skape ei heimekoseleg kjensle for bebuarane. Likevel kan ein setje spørsmålsteikn ved om desse møblane – som er opp til 100 år gamle – er det som gjer det *heimekoseleg* for bebuarane. Det minner om biletet av bebuarane som *museumsgjenstandar* i sjukeheimen – at dei høyrer heime i ei anna tid. Likevel er det nok nokon som faktisk *er* slik med tanke på at 80% av sjukeheimsbebuarar har ein demenssjukdom (Selbæk, 2005). For nokre av dei er minner om «gamle dagar» det dei hugsar best, og det kan difor vere trygt med den gamaldagse estetikken. Den andre måten å dekorere scena på er å få inn kulisser som har ein *funksjon*. Som ved «Fjorden» vil ein ha plantar som «gir liv» og bilder av lokal natur som verker «beroligande». Slik vert kulissane brukt utover det å berre skape heimekjensla, for å påverke skodespelarane på scena og korleis stemninga blant dei skal vere. Kulissane vert

brukte av personellet for å skape det *rolege* fellesskapet, som har kome fram som eit mål i personellens arbeid for å skape heimen.

I privatromma er det derimot bebuarane som har ansvaret for scenografien og personellet fortel at bebuarane gjerne tek med seg private eigedelar. Særleg *bilder* vert trekt fram som noko dei tek med seg og vert ein viktig del av å skape heimen for den enkelte bebuaren. Eigedelane vert som minnerike gjenstandar som ein kan skape heimen ut i frå gjennom dei trygge og heimlege assosiasjonane ein får av dei. Dei bidreg også til at bebuarane har ei oppleving av «seg sjølv» i møte med helsepersonellet utanom si rolle som bebuar (Normann, 2008; Robinson et al., 2010) Slik vert desse meiningsfylte kulissane viktig for samskapinga av heimen mellom personell og bebuar.

Rollespelet i heimen

Scena er no rigga og kulissene er satt opp, det er klart for at «heimen» kan spelast ut. Som det kom fram i 4.3 «Den skapte bebuaren» har bebuaren både rolle som *bebuar* og som *pasient*. I kjøkkenet kan ein også sjå at bebuaren er *gjest*. Desse rollene har til felles at dei er avhengige av ei *anna* rolle - til sin motpart. Som pasient er ein avhengig av pleiaren, som bebuar er ein avhengig av helsepersonellet og som gjest er ein avhengig av vertane. Desse motpartane er helsepersonellens roller, men personellet spelar også fleire *andre* roller i sjukeheimen. Dei er arbeidstakarar, sjukepleiarar, helsefagarbeidarar, assistentar, tillitsvalte, gjestar, omsorgspersonar og så vidare. Rollene dei spelar avheng av kva scene dei står på, om dei er i «arbeidsplassens rom» eller i «heimens rom». I vaktrommet er personellet profesjonsutøvarar og på stua er dei meir som omsorgspersonar eller gjestar i fellesskapet. Der det ikkje er like tydeleg oppdelt, og arbeidsplassen og heimen skjer i *eitt og same rom*, verker det utfordrande å skulle skilje mellom rollene. Personellet må då balansere fleire roller samstundes. Dette kan vere blant anna i bebuarrommet der personellet både kan vere gjestar og pleiarar. Bebuarane er «herre over sin eigen heim» i sitt private rom og personellet vert som gjestar på besøk når dei kjem inn. Når personellet skal utføre sine arbeidsoppgåver på bebuarrommet, slik som stell, har dei derimot rolla som pleiarar.

Denne balanseringa av ulike roller som helsepersonellet spelar samstundes, er problematisk med tanke på at rollene har ulik *makt* i relasjon til bebuarane sine roller. Om personellet er gjestar på bebuarrommet eller om dei er sjukepleiarar som skal undersøkje pasientar, krev det ulik interaksjon med bebuarar. Som profesjonsutøvarar har helsepersonellet ei ekspertmakt,

medan pasienten har mindre makt angående det medisinske og helsefaglege. Om personellet derimot er gjestar på bebuarrommet, har bebuaren ei heilt anna rolle der dei kan bestemme over seg sjølv og sitt rom. Å tilretteleggje for medverknad og autonomi i heimleggjeringa heng også saman med dette, då rolla personellet spelar gir meir eller mindre rom for bebuarane si sjølvbestemming. Det krev altså at personellet er *bevisste* på kva rolle dei spelar i møte med bebuarane, om det er ei rolle som høyrer til det heimlege eller til arbeidsplassen. Slik som Else fortel at det er skjedd ei endring av arbeidskulturen der ein no let bebuarane ta fleire avgjersler sjølv, har det skjedd endringar av helsepersonell-rolla. Den har vorte mindre «autoritær» og ein er forventa å ta inn meir av bebuarens meningar i interaksjonen.

Bebuarrømmet er ein stad der bebuaren i større grad bestemmer over seg sjølv, og det er også det rommet der bebuaren kan oppleve å vere «backstage». Likevel er sjølv rommet også dekorert av institusjonelle kulisser slik som handtak på bada, dusjstol og alarmpanel. Dette kompliserer bebuarens rolle mellom å vere «backstage» eller «frontstage» i rommet sitt, sidan det institusjonelle ikkje passar inn i bebuarens identitet og heim. Rommet vert «frontstage» når helsepersonellet kjem inn og spelar ut si rolle som personell og «på-passar». Ei slik «på-passing» kan ein også tolke at bidreg til at bebuarane i større grad er «frontstage», fordi ein nærmast vert iaktatt og må forhalda seg til forventingar «på-passarane» har av ein. På same måte har også bebuarane mindre moglegheiter for å droppe fasaden i fellesområda, der personellet også held oversikt over bebuarane. Slik som ved «Fjorden» bidreg glasveggane mellom vaktrommet og stua til ei slik «på-passing». For personellet handlar det om å kunne både oppleve trygghet sjølv og å gi trygghet til bebuarane som del av deira omsorgsarbeid, medan det for bebuaren kanskje kan opplevast som å bli iaktatt. Slik vert dei tvungne til å vere «frontstage». Om ein samanliknar sjukeheimen med ein «vanleg» heim har ein vanlegvis større moglegheiter for å vere «backstage», der ein kan slappe av og sleppe å forhalda seg aktivt til normer og forventingar. I tråd med Fleming et al. (2017) kan ein problematisere korleis ein sjukeheim kan gi rom for ein *heim*, når det er færre slike «backstage»-områder for bebuarane. Eg undrar vidare på om bebuarane har reelle backstage-områder i sjukeheimen, når den er så prega av å vere ein institusjon og arbeidsplass.

Legitimering av heimens eksistens i sjukeheimen

Heimleggjeringa kan ein sjå på som helsepersonelllets regissering av scena, av rollene og kulissene. Personellet vil skape ei *historie om ein heim*. Likevel kjem det fram at det er nokre

forskjellar mellom korleis dei ønskjer å skape ein heim og kva som skjer i praksis. Historia om heimen passar liksom ikkje heilt inn i sceneriggen – den institusjonsprega sjukeheimen. Det er noko dei *prøver* på, men som ikkje er mogleg å få heilt til. Likevel verker det «riktig» og legitimt for personellet at dei som del av sine oppgåver skal skape ein heim for bebuarane. Gjennom å sjå korleis personellet rettferdiggjjer arbeidet dei gjer for å heimeleggjere, kan ein sjå kva verdiar som ligg bak dette ønsket om å gjere sjukeheimen til ein heim. Ein kan ut i frå Boltanski og Thévenot (2006) sin teori om rettferdiggjering også sjå korleis desse verdiane verker å vere i konflikt med sjukeheimens industrielle logikk. Dei tre «verktøya» som helsepersonellet brukar for å heimeleggjere sjukeheimen er ikkje berre noko dei brukar, men kan også sjåast som tre måtar dei legitimerer heimen på. Altså, at autonomien, fellesskapet og estetikken vert brukt for å legitimere at det faktisk *er* ein heim for bebuarane å tross av dei institusjonelle omstenda. For det kjem fram ein ambivalens blant personellet, at dei også tenkjer at det ikkje er gitt at der er ein *heim*. Ein kan dømesvis sjå dette hos Beate som fortel at ein «prøver å gjere det heimekoseleg» og arkitekten som fortel at heimlegheit er noko ein *prøver* å få til. Gjennom heimleggjerings-verktøya kan bebuarane *oppleve* seg som heime, noko som dermed er eit motargument helsepersonell har til tanken om at det ikkje går ann å skape ein heim i ein institusjon.

Fellesskapet vert brukt for å legitimere heimen og er noko som er verdsett i ein sivil verdiorden. I denne ordenen har ein ei verdsetting av fellesskapets hensyn over det individuelle. Som ein ser i analysa verdset ein fellesskapet særleg ved «Fjorden» og den vert trekt fram som viktig kjenneteikn på heimen. Det å vere i eit fellesskap, ein husstand, vert sett på som verdifullt i seg sjølv. Boltanski og Thévenot (2006) finn også at denne ordenen interessant nok står i opposisjon til den *heimlege verdiordenen* der hierarki og tradisjonar er viktige verdiar. Det «heimlege» i denne ordenen er knytt meir til den tradisjonelle heimen og eg finn at den i lita grad er knytt til verdiane bak sjuke-*heimen* slik det kjem fram frå informantane.

Ein kan likevel sjå at personellet rettferdiggjjer heimen også ut i frå ein heimleg verdiorden med tanke på korleis *estetikken* fungerer i å skape heimen. I interiøret verdset ein det gamle og tradisjonelle i heimleggjeringa. Det er likevel ikkje estetikken som helsepersonellet meiner er det viktigaste for heimen, så desse verdiane vert i lita grad fremja av dei sjølv. Helsepersonellet legitimerer altså ikkje heimen eksplisitt gjennom den heimlege verdiordenen, då dei hovudsakleg trekker fram autonomi og fellesskap.

Sjølvs om personellet i lita grad verdsett heimen eksplisitt ut i frå dei heimlege verdiane, kan ein sjå at det ligg nokre heimlege verdiar som grunnlag for organiseringa og utføringa av deira arbeid. Blant anna er verdsettinga av *kontroll* ein del av den heimlege verdiordenen og dette kan ein finne som ein grunnleggande logikk i helsepersonellets arbeid. I dei fysiske begrensingane og i rutinane, det som personellet fortel om som *tryggheit* for bebruarane, finn ein også ei verdsetjing av å ha kontroll over heimen og bebruarane i den. Slik vert den heimlege verdiordenen også nytta for å legitimere ein heim der bebruarane har mindre handlingsrom i bytte mot tryggheit (jf. Van Steenwinkel et al., 2017).

Sjølvsbestemminga som legitimering for heimen verker ikkje å passe inn i dei seks originale verdiordenane, men kan sjåast i samanheng med inspirasjonens verdiorden – at det er det individuelle som vert verdset. Sjølvsbestemminga handlar også om å medverke og å delta, som på mange måtar *eigentleg* handlar om å vere del av *felleskapet*. Ein kan difor sjå at til og med sjølvsbestemminga er basert på verdiar frå ein sivil verdiorden der det å delta i fellesskapet vert verdsett over det individuelle. Korleis helsepersonellet snakkar om sjølvsbestemming er altså basert på ulike forståingar og har røter i ulike og til og med motsetjande verdiar. Forståinga av den «fullstendige» autonomien der bebruarane får bestemme heilt over seg sjølve, er langt i frå forståinga av autonomi som å medverke i eit fellesskap. Den første verdset individet, medan den andre verdset fellesskapet. Likevel vert både sjølvsbestemminga som verdsetjinga av det individuelle og det kollektive sett i samanheng med *heimen* for helsepersonellet.

Desse legitimeringane personellet gjer av heimen står vidare i eit motsetnadsforhold til den industrielle logikken som sjukeheimen elles er basert på. Som det kjem fram er både byggeprosessen og helsepersonellets arbeid prega av ei verdsetjing av den *effektive drifta*, ein skal kunne produsere så mykje som mogleg omsorgsarbeid med lågast mogleg driftskostnadar. Dette er interessant med tanke på at personellet tek del i begge desse sidene, som omsorgspersonar som vil ein skape trygg heimen for bebruarane og som tilsette som tek del i organisasjonens drift. Skaar et al. (2014) ser også at personellet står i eit konfliktforhold mellom organisatoriske krav og omsorgsarbeidet dei skal utføre, og dei argumenterer at dette kan gå ut over moglegheitene for dømesvis etiske vurderingar. Tidspress er særleg trekt fram i mine data, slik som når Sara fortel at det kan vere så hektisk at dei ikkje egentleg har kontroll over om alle har fått mat. Den industrielle logikken i sjukeheimen, der ein skal drifte effektivt, kan då gå ut over omsorgsarbeidet til personellet då det ikkje vert tid for personellet

å berre *vere* med bebuarane. Å gi omsorg er noko som er vanskeleg å skulle telje i minutt og i pris, men er likevel i sjukeheimen noko som må teljast for å kunne passe inn i drifta.

Kva kan eigentleg helsepersonellet beretningar fortelje om heimen og bebuarane ?

Eg har gjennom oppgåva tatt utgangspunkt i helsepersonellet, avdelingsleiaren og arkitektens beretningar for å undersøkje bebuarane sine heimar. Når eg manglar bebuarperspektivet kan eg ikkje sjå på kva bebuarane sjølv opplev som heim og korleis dei skapar sin eigen heim.

Det eg har sett på er korleis aktørane rundt bebuarane tenkjer om det å skape ein heim.

Forteljingane helsepersonellet fortel om sjukeheimen omhandlar sine egne arbeidskvardagar og korleis dei opplev at bebuarane har det og kva dei gjer på i kvardagen. Ein kan setje spørsmål ved om personellet eigentleg har ei oversikt over bebuarane sine kvardagar når dei sjølve «spring rundt» i avdelinga, slik det kjem fram. Sjølv om dei har oversikt og veit kva bebuarane gjer i sjukeheimen har dei likevel ikkje *opplevd* å leve som ein bebuar i sjukeheim. Den heimeleggjeringa personellet gjer er då basert på deira sine oppfatningar av kva ein heim er utanfrå og «frontstage». Likevel arbeidar personellet nært bebuarar og blir godt kjend med dei. På den måten får helsepersonellet eit grunnlag for å tolke kva som er heim for dei og å bidra med å *skape* denne. Eg har vidare hatt eit analytisk fokus nettopp på *prosessen* bak å skape ein heim, gjennom å blant anna nytte omgrepet «heimleggjering», likt det Lemos og Pols (2020) gjer i sin studie av «home *making*». Då er helsepersonellet og arkitekten relevante og i posisjon til å uttale seg om tematikken, som i sitt arbeide skapar heim for bebuarar.

6 Avslutning

Gjennom problemstillinga: *Korleis vert sjukeheimsbebuarar sin heim skapa i samspel mellom sjukeheimens fysiske utforming og helsepersonellens arbeid?* har eg undersøkt kva ein heim egentleg er i ein sjukeheim. Eg har studert problemstillinga med eit kritisk blick gjennom dei tre forskingsspørsmåla som skissert i kapittel 1. Desse vart undersøkt med utgangspunkt i intervjudata av helsepersonell og ein arkitekt, samt eit observasjonsbesøk ved ein sjukeheim. I mine funn, basert på dette datamaterialet, har eg vist korleis ein heim kan sjå ut og korleis helsepersonell i tillegg til ei kompleks gruppe av andre aktørar bidreg til å skape ein heim i interaksjon med bebuarane og den fysiske utforminga av sjukeheimen.

Sjukeheimen er både ein arbeidsplass og ein heim, og eg har funne at dette speglast i arkitekturen ved at der er både «heimens rom» og «arbeidsplassens rom». Bebuarane har berre tilgang til dei romma og sonene som på førehand er avgjort at er tilknytt heimen, slik som stua, spiseborda på kjøkkenet og bebuarrommet. Romma som er tilknytt ulike forventingar til korleis helsepersonellet og bebuarane skal samhandle. Dei spelar ut ulike roller når dei dømesvis er i bebuarrommet, enn i fellesområda (jf. Goffman, 1992). Likevel finn eg at særleg personellet balanserer ulike roller i eitt og same rom og dels i same situasjon. På bebuarrommet må helsepersonellet handterer rollene som gjest og profesjonsutøver i interaksjonen med bebuarane, som anten er pasient eller *bebuar*. Dette avhenger av kva situasjonen er – om dei er i ein stellesituasjon eller om personellet berre er på besøk. Balanseringa av desse rollene er ein viktig del av helsepersonellens arbeid sidan det handlar om maktforhold og moglegheitene for bebuarane å kjenne seg heime.

Medan heim i andre kontekstar gjerne forbindast med kjernefamilien, finn eg at heimen i sjukeheimen består av eit større fellesskap, som ein stor husstand. Dette husstands-fellesskapet utgjer noko av kjerna i sjukeheimsbebuarar sin heim, jamfør Aasgaard et al. (2012). Med tanke på relasjonane mellom helsepersonell og bebuarar framstår sjukeheimen meir som ein husstand enn ein «heim». I staden for dei familiære relasjonane og omsorga som er den «vanlege heimen», samt alle eigedelar som skapar eins heim, vert sjukeheimens husstand prega av det medisinske og institusjonelle. Relasjonane til bebuarane vert eit verktøy helsepersonellet brukar for å skape ei trygg og heimleg kjensle i husstanden. Eg foreslår dermed at det vil vere meir hensiktsmessig å sjå fellesskapet som ein husstand i sjukeheimen, enn å fortolke det som ein heim.

Helsepersonell har likevel ei forståing av sjukeheimen som ein heim for bebuarar og arbeider for ei heimeleggjering av sjukeheimen. Å skape rom for autonomi og fellesskapskjensle for bebuarar er sentralt i personellet sitt heimleggjerings-arbeid. Autonomien handlar i mine funn om privatlivet på bebuarrommet og ein «standardisert autonomi» der bebuarar si sjølvbestemming gjeld for visse tema, slik som å medverke i å velje kva ein skal ha til lunsj. På denne måten inkluderer personellet bebuarane i forhandlingar rundt kvardagslege val, slik at dei får ei meningsfylt rolle i eigen heim. Fellesskapskjensla som personellet søker å skape hos bebuarar er også del av heimeleggjeringa og det kjem fram eit mål om eit fellesskap kjenneteikna av ro og trygghet gjennom nære relasjonar. I tillegg brukar personellet estetikken, pynt og interiør, for å skape ei gamaldags og beroligande stemning som skal gjere det *heimekoseleg* for bebuarar. Dette arbeidet vert likevel utfordra av den institusjonsprega utsjånaden i sjukeheimen, som dei ikkje får gjort noko med.

Eg har vidare funne at fysisk utforming og utsjånad av sjukeheimsbygg påverkar handlingsrommet til bebuarar og deira moglegheiter til å gjere sjukeheimen til sin heim, slik helsepersonellet oppfattar det. Fysiske begrensingar og utforming av sjukeheimens rom påverkar bebuarar sine forhandlingar om rørslefridom og moglegheiter for aktivitet i kvardagen. Her kan det nemnast låsing av dører, for små rom og mangel på adekvate rom til aktivitet. At sjukeheimar blir bygga som store institusjonar, av billige materiale, skapar eit institusjonspreg som eg ser at bidreg til å påverke synet på bebuarar som «pasientar» (jf. Bromley, 2012).

Også det rutinemessige preget over sjukeheimskvardagen gjer at bebuarlivet vert meir institusjonsprega og gjer handlingsrommet deira mindre. Rutinar finst også i andre heimar, men i sjukeheimen vert dei særleg knytt til sjukeheimens og helsepersonellets organisering av arbeid. Det er forventa at bebuarane tilpassar seg sjukeheimens rutinar og ikkje skapar sine egne. Slik vert handlingsrommet deira også her innskrenka og bebuarlivet vert såleis meir institusjonsprega. Også autonomien og fellesskapskjensla som personellet bruker i heimeleggjeringa, vert del av rutinane i helsepersonellets arbeid. Såleis er institusjonen og heimen knytt nært saman i sjukeheimen.

Ved å sjå på *heimeleggjering* av sjukeheimen har prosjektet vore basert på ei prosessuell tilnærming til heimen; noko som skapast. I tråd med forhandlingsteorien frå Strauss (1978, 1993) har eg sett på korleis ein stadig forhandlar om nærværet mellom arbeid og heim i sjukeheimen. Gjennom kulisser og ulike roller vert heimen kontinuerleg framført, på ulike måtar i dei ulike romma. Der ligg ei spenning mellom *institusjonen* og *heimen* som gjer at ein

kan lure på om det i det heile går ann å skape ein heim i ein sjukeheimen, slik også Fleming et al. (2017) problematiserer. Helsepersonellet legitimerer likevel at det *er* ein heim og at dei er med på å skape den gjennom å legge til rette for sjølvbestemming, fellesskapskjensla og ein heimleg estetikk. Slik vert sjukeheimsbebuarar sine heimar skapa, i samspel med personellens arbeid og sjukeheimens arkitektur.

Vidare forskning

I denne studia har eg fokusert på rammene for heimen og korleis helsepersonell arbeidar med å heimeleggjere sjukeheimar. Med tanke på vidare forskning hadde det vore interessant å gjere ei observasjonsstudie for å vidare utforske samspelet mellom bebuarar og helsepersonell i sjukeheimens fysiske utforming. Bebuarperspektivet på korleis sjukeheimen *opplevast* som ein heim hadde også vore relevant å sjå på, og om det er forskjellar mellom bebuarar og helsepersonell sine opplevingar. Frå dette perspektivet kan ein få kunnskap om kva som faktisk er eit «heimleg miljø» for bebuarar, slik det også er ønska frå politisk hald (jf. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Utover dette kunne ein gjort ei diskursanalyse av politiske dokument som legg føringar for sjukeheimar. Slik kunne ein tatt føre seg verdiar som ligg som grunnlag for eldreomsorga, og undersøkt kva det «heimlege» handlar om.

Det hadde også vore interessant å gå djupare inn i kompleksiteten rundt sjukeheimen som organisasjon og kva dei andre aktørane, som bl.a. nemnt i Figur 1, tenkjer om sine roller og påverknad på sjukeheimen. Å studere på sjukeheimar med eit organisasjonsperspektiv hadde vidare vore interessant for å studere korleis dette «rammeverket» for heimen fungerer. I samheng med dette kunne ein dømesvis sett på korleis aktørar i administrative roller i sjukeheimen blant anna veg driftsmessige og økonomiske hensyn, slik som effektivitet, opp mot det ikkje-målbare heimleggjeringsarbeidet.

Avslutningsvis vil eg fremje det å sjå på heimeleggjeringa i eit kjønnspektiv. Er der kjønnsforskjellar for korleis ein opplever ein heim i sjukeheimen, med tanke på kva aktivitetar som skal foregå og korleis den ser ut? Er der kjønna åtferd i heimen som reproduserast blant bebuarane i sjukeheimen? Dette kan vere interessant å sjå på både med tanke på bebuarane og personellens forståing av heim – korleis ein opplev heim og korleis ein kan skape heimekjensla.

Litteratur

- Andersen, J. (2019). Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-05>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern* (LOV-2005-06-17-62).
- Askautrud, M. & Ellefsen, B. (2008). Autonomi i sykehjem - en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Vård i Norden*, 28(4), 4-8.
- Askheim, O. P. (2020). Brukermedvirkning – fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 170-186. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>
- Atkinson, P. & Silverman, D. (1997). Kundera's Immortality: The Interview Society and the Invention of the Self. *Qualitative Inquiry* 3, 304-325. <https://doi.org/10.1177/107780049700300304>
- Barstad, S. (2020). Smittsomme sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-6. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-01>
- Bollig, G., Pedersen, R. & Førde, R. (2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien forskning*, 3(4), 186-197 Henta frå <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/etikk-i-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- Boltanski, L. & Thévenot, L. (2006). *On justification : economies of worth* (C. Porter, Oms.). Princeton N.J: Princeton University Press.
- Bromley, E. (2012). Building patient-centeredness: Hospital design as an interpretive act. *Social Science & Medicine*, 75(6), 1057-1066. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.037>
- Buse, C., Nettleton, S., Martin, D. & Twigg, J. (2017). Imagined bodies: architects and their constructions of later life. *Ageing and Society*, 37(7), 1435-1457. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000362>
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261-277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Cooney, A. (2012). 'Finding home': a grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 7(3), 188-199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition. utg.). Los Angeles, California: Sage.

- Daatland, S. O. & Otnes, B. (2015). Institusjon eller omsorgsbolig? *Samfunnsspeilet/Statistisk Sentralbyrå* 3.
- Elsbach, K. D. & Kramer, R. M. (2016). *Handbook of qualitative organizational research: innovative pathways and ideas*. New York, London: Routledge.
- Fleming, A., Kydd, A. & Stewart, S. (2017). Care homes: The developing ideology of a homelike place to live. *Maturitas*, 99, 92-97.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.02.013>
- Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71(4), 677-684.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>
- Goffman, E. (1961). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik* (K. Risvik & K. Risvik, Oms.). Oslo: Pax.
- Graneheim, U. H. & Jansson, L. (2006). The meaning of living with dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing*, 15(11), 1397-1403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01476.x>
- Hammersley, M. (2008). *Questioning qualitative inquiry : critical essays*. Los Angeles: Sage.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: principles in practice* (3. utg.). London: Routledge.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo. Henta frå
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta frå
https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. . Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Rom for omsorg. Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet, .
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. nr. 15). Oslo.
- Hillestad, A. H. (2008). 8. Kroppen som utgangspunkt for forståelse av hjemlighet. I S. Hauge & F. F. Jacobsen (Red.), *Hjem. Eldre og hjemlighet*. (s. 134-146). Oslo: Cappelen Damm

- Husbanken. (2019). Dialogverktøy (Sjekkliste for prinsippene om normalisering og integrering i bofellesskap og samlokaliserte boliger) Henta frå <https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8e12.pdf>
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem - idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14. Henta frå <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1923dec6-e400-47a3-805a-58af8e41ec38%40pdv-v-sessmgr03>
- Jacobsen, F. F. (2016). Continuity and Change in Norwegian Nursing Homes, in the Context of Norwegian Welfare State Ambitions. *Ageing international*, 41(1), 79-88. <https://doi.org/10.1007/s12126-015-9231-5>
- Jacobsen, F. F. (2020). The Imaginaries of Home Making and Home Care in Public Policies. I B. Pasveer, O. Synnes & I. Moser (Red.), *Ways of Home Making in Care for Later Life*. (s. 85-108). Singapore: Palgrave Macmillan.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. utgave. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johannessen, K. (2017). Normalisering og integrering – viktige boligpolitiske prinsipper. *Plan*, 49(1), 44-47. Henta frå http://www.idunn.no/plan/2017/01/normalisering_og_integrering_viktige_boligpolitiske_prinsippene
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg., T. M. Anderssen & J. Rygge, Oms.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, H. (2013). *Den nye kultursosiologien : kultur som perspektiv og forskningsobjekt*. Oslo: Universitetsforl.
- Lemos, N. D. & Pols, J. (2020). Aspirations of Home Making in the Nursing Home. I B. Pasveer, O. Synnes & I. Moser (Red.), *Ways of Home Making in Care for Later Life* (s. 183-201). Singapore: Palgrave Macmillan.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Maines, D. R. (1979). Mesostructure and Social Process. *Contemporary Sociology*, 8(4), 524-527. <https://doi.org/10.2307/2065132>
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (1999). *Designing qualitative research* (3rd ed. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Melheim, B. G. (2008). Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 3(4), 212-219. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0049>

- Mitchell, C., Theron, L., Stuart, J., Smith, A. & Campbell, Z. (2011). Drawings as Research Method. I L. Theron, C. Mitchell, C. Mitchell, A. Smith, A. Smith & J. Stuart (Red.), *Picturing Research: Drawing as Visual Methodology* (s. 19-36). Rotterdam: SensePublishers.
- Mjøen, O. M. (2019). *Å arbeide i noens hjem. Ideologi og praksis i bofellesskap for personer med utviklingshemming*. NTNU, Trondheim. Henta frå https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2638939/Odd%20Morten%20Mjoen_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moore, K. D. (1999). Dissonance in the Dining Room: A Study of Social Interaction in a Special Care Unit. *Qual Health Res*, 9(1), 133-155. <https://doi.org/10.1177/104973299129121640>
- Munkejord, M. C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 16-26. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03> ER
- Nettleton, S., Buse, C. & Martin, D. (2018). 'Essentially it's just a lot of bedrooms': architectural design, prescribed personalisation and the construction of care homes for later life. *Sociology of Health & Illness*, 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12747>
- Newton, R., Keady, J., Tseklevs, E. & Adams Obe, S. (2021). 'My father is a gardener ...': A systematic narrative review on access and use of the garden by people living with dementia. *Health & Place*, 68, 102516. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102516>
- Nord, C. & Högström, E. (2017). *Caring architecture : institutions and relational practices*. Newcastle upon Tyne, England: Cambridge Scholars Publishing.
- Normann, H. K. (2008). 9. Hjemmeopplevelse hos personer med demenssykdom. I S. Hauge & F. F. Jacobsen (Red.), *Hjem. Eldre og hjemlighet*. (s. 147-160). Oslo: Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(18), 1935-1939. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (LOV-2008-06-27-71). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Rijnaard, M. D., van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., ... Wouters, E. J. M. (2016). The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *Journal of Aging Research*, 2016, 6143645. <https://doi.org/10.1155/2016/6143645>
- Ritzer, G. (2004). *Encyclopedia of Social Theory*. Thousand Oaks: Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Robinson, C. A., Colin Reid, R. & Cooke, H. A. (2010). A home away from home: The meaning of home according to families of residents with dementia. *Dementia*, 9(4), 490-508. <https://doi.org/10.1177/1471301210381679>

- Romøren, T. I. (2015). Eldrebølger og 100-åringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 47-47.
<https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-09>
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 11(1500).
- Shah, R. C. & Kesan, J. P. (2007). How Architecture Regulates. *Journal of Architectural and Planning Research*, 24(4), 350-359. Henta frå <http://www.jstor.org/stable/43030813>
- Silverman, D. (2004). *Qualitative research : theory, method and practice* (2. utg.). London: Sage.
- Silverman, D. (2017). How was it for you? The Interview Society and the irresistible rise of the (poorly analyzed) interview. *Qualitative research*, 17(2), 144-158.
<https://doi.org/10.1177/1468794116668231>
- Skarpenes, O. & Hestholm, R. (2007). Den "nye" franske pragmatikken. *Sosiologisk årbok* (1-2), 71-102.
- Skaar, R., Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S. & Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(4), 267-279.
Henta frå
http://www.idunn.no/nsf/2014/04/organisering_av_helsetjenester_til_eldre_i_kommunen_-_noen
- Smebye, K. L., Kirkevold, M. & Engedal, K. (2016). Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 21-21. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1217-1>
- Strauss, A. L. (1978). *Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. San Fransisco Jossey-Bass.
- Strauss, A. L. (1981). *Psychiatric ideologies and institutions*. New Brunswick, N.J: Transaction Books.
- Strauss, A. L. (1993). *Continual permutations of action*. New York: Aldine de Gruyter.
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 72-81. Henta frå
http://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/atferd_er_uttrykk_for_personlige_opplevelser_-_om_kompetans
- Sæther, M. L. (2015). Menneskerettslige utfordringer i norske sykehjem. *Kritisk juss*, 41(1), 37-47.
Henta frå
http://www.idunn.no/kritisk_juss/2015/01/menneskerettslige_utfordringer_i_norske_sykehjem
- Søgaard, V. F. (2014). Hvordan tiden har betydning for opplevelsen af hjemlighed på en institution. *Klinisk Sygepleje*, 28(2), 18-29. Henta frå

[http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2014/02/hvordan tiden har betydning for opplevelsen af hjemlighed paa](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2014/02/hvordan_tiden_har_betydning_for_oplevelsen_af_hjemlighed_paa)

Sørhaug, C. (2017). Teksturering av omsorg. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 28(3-04), 218-235.

<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2017-03-04-05> ER

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.).

Bergen: Fagbokforl.

Theron, L., Mitchell, C., Smith, A. & Stuart, J. (2012). *Picturing Research: Drawing as Visual Methodology*. Rotterdam: Sense Publishers.

Tingvold, L. & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153-164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>

Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, A. H. (2018). *Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vabø, M. (2018). Omsorgsarbeid i et hverdagslivsperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 276-286. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-10> ER

Van Steenwinkel, I., Dierckx de Casterlé, B. & Heylighen, A. (2017). How architectural design affords experiences of freedom in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 41, 84-92. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.05.001>

Zingmark, K., Sandman, P. O. & Norberg, A. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs*, 38(1), 50-58. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02145.x>

Aasgaard, H. S., Landmark, B. T. & Karlsson, B. (2012). Hvordan kan den sosiale dimensjonen av hjemlighet forstås i en skjermet enhet for personer med demens? *Klinisk Sygepleje*, 26(1), 23-33. Henta frå

[http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2012/01/hvordan kan den sosiale dimensjonen av hjemlighet forstaas i](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2012/01/hvordan_kan_den_sosiale_dimensjonen_av_hjemlighet_forstaas_i)

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet ”*Makta i institusjonsveggane*» ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvilke institusjonelle forhold helsepersonell jobber under i aldershjem/omsorgssentre og som også er særlig relevant etter forholdene endret seg etter «nedstengingen» under koronaepidemien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et masterprosjekt der jeg er interessert i å få høre om *hvordan det er å arbeide i aldershjem/-sentre i dag, og på hvilke måter arbeidshverdagen kan være påvirket av rom og utforming av institusjonen*. Det vil være et fokus på om bygningen en arbeider i påvirker arbeidet, med tanke på utformingen av fellesarealene og privatrom, interiøret og fargevalgene - blant annet.

Hvordan er disse store hjemmene utformet, og hva gjør dem til *hjem*? Noen andre aktuelle spørsmål er: Hvor oppholder helsepersonellet seg i løpet av en jobbhverdag, og hvor oppholder beboere seg? Hvordan har «korona-reglene» slik som nedstenging påvirket arbeidet til helsepersonellet i hjemmene?

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) er ansvarlig for forskningsprosjektet. Veileder Gunhild Tøndel er førsteamanuensis i sosiologi og Rebekka Bruteig er masterstudent.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du jobber ved et senter/hjem for eldre som helsepersonell og kan derfor fortelle om jobbhverdagen og tanker om arbeidssituasjonen der. Du har gjerne jobbet i minst ett år, slik at du har erfaring fra både før og etter «korona-nedstengingen».

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved å delta innebærer det et intervju. Jeg har noen veiledende spørsmål til samtalen, men det vil være åpent for å snakke rundt tema og om det er noe du som informant ser på som viktig/relevant. Intervjuet vil anslagsvis vare rundt en time og det vil bli tatt opptak med lydopptaker/diktafon som vil bli transkribert (altså anonymisert og nedskrevet) og deretter slettet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er student og veileder som har tilgang til opplysningene. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne deltakere i transkripsjonen eller i den ferdige masteroppgaven, da det bare er stilling/utdanning og at en jobber på aldershjem/senter (på lukket eller åpen avdeling) som vil komme frem.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i løpet av sommeren 2021. Da vil personopplysninger være slettet, samt lydopptak.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Rebekka Bruteig (masterstudent): rebekb@stud.ntnu.no eller tlf. 94172212,
- Gunhild Tøndel (forsker/veileder): gunhild.tondel@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen: thomas.helgesen@ntnu.no eller tlf. 93079038

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gunhild Tøndel (*Forsker/veileder*)

Rebekka Bruteig (*Masterstudent*)

Vedlegg 2: Intervjuguide til helsepersonell

Kort om meg/prosjektet SAMTYKKESKJEMA (opptak, retter til å trekke seg + innsyn)
MINN PÅ TAUSHETSPLIKT*** (bebuar og anna personell)

Innleiing

Kven er du? Kva er **stillinga di**? Kor lenge ?

- Kva gjorde at du søkte på stillinga?

Utdanning? Korleis får du brukt utdanninga di i jobben?

Korleis vart du **interessert i utdanninga /yrket** ? Kvifor ville du jobbe innan helse – og eldreomsorg?

Kva er **di rolle** i helse- og velferdssenteret?

- Kva er du ansvarleg for?
- Har du andre verv? (tillitsvalt, verneombud?)

Kva kallar du helse- og velferdssenteret til vanleg? Det, eller noko anna, som sjukeheim osv.? Kvifor?

Arbeidskvardag

Kva avdeling arbeider du i? Korleis er den?

I forhold til **dine arbeidsoppgåver** – kva går tida til?

- Skissere ein vanleg arbeidsdag?
- Legg ein opp dagen litt sjølv, eller er det meir rutiner? Er det ulikt gjennom dagen?
- Er det noko forskjell før og etter korona? Kva tiltak har dokker opplevd?

Kva er dine **ansvarsområder**?

Korleis er dagane for bebuarane?

Korleis **jobber de saman** på avdelinga?

- Kva synest du om arbeidsmiljøet?
- Diskuterer de faglege tema?
- Finn de på ting på fritida

Utforming og arkitektur

Kvar oppheld du deg til vanleg ?

- Har du eget kontor? Bruker de møterom på senteret? Ute av bygget?
- Er det annleis no enn før korona?

Beskrive utforminga – teikning?

- Kva type rom har ein på avdelinga?
- Kvar oppheld helsepersonellet seg, og kvar er bebuarane?
- Er der rom bebuarar ikkje har tilgang til?
- Er der rom helsepersonell ikkje har tilgang til?
- Er der rom du ikkje har tilgang til?
- Kva finnest i dei ulike romma?
- Kva skjer i dei ulike romma?

Kan du **beskrive fellesareala** i avdelinga?

- Korleis vil du beskrive stilen?
- Kva fargar er brukt, kva type møbler...
- Kva trur du bebuarane tenkjer om estetikken? Og kva med romma – fellesareala, uteområda og slikt?

- Veit du kva helsepersonellet tenkjer om dette? Kva med deira sine «kontor»?

Kva tenkjer du om **bygninga** senteret er i?

Korleis er **uteområda**? Kva assosiasjonar får du når du ser bygget utanfrå?

- Har de hage? Inngangsområder osv. ?
- Korleis er «nabolaget» rundt?
- Korleis blir uteområde brukt, kva gjer ein der?

Korleis er det å komme seg inn/ut av bygget? Rundt om i bygget?

Tenkjer du det er eit **godt bygg å jobbe i** som helsepersonell?

- Kvifor er det bra/ dårleg?
- Har du hatt noko påverknad når den blei bygd?
- Fungerer bygget godt til sitt formål – omsorgsarbeidet?
- Gjer du og/eller personalet endringar i romma – har det noko moglegheit for å påverke korleis det ser ut?

På kva måte er det ein **heim for bebuarane**?

- Kva bebuarar passar inn i sjukeheimen/senteret?
- Par – plass til ekstra seng?

Korleis ville du ha laga ein sjukeheim – **det ideelle bygget** for deg?

Påbygg (til den eine sjukeheimen)

Har du vore delaktig i påbygget?

- Kva tenkjer du det bør innehalde? Videreføre? Endre?

Korleis er samarbeid med leiarar og arkitekt osv.?

- Med andre sentre?

Korleis trur du det passar saman med det gamle bygget?

Skal personal frå ulike sentre samlast?

- Tankar om samarbeid og nye kollega?

Framtida for påbygget - Kven skal bu der?

- Velferdsteknologi?

Avslutning

Er desse tema om utforming/arkitektur noko som blir diskutert?

- Tenkjer du det er kan ha ein påverknad på ditt arbeid?
- Tenkjer du det kan påverke helsepersonellens arbeid? Bebuarane sine livssituasjonar?

Er det andre tema som er viktig for deg? For helsepersonellet?

- Er det diskusjonar der ein ikkje har einigheit? Er det noko tema som vert ofte nemnt eller som er viktigare for helsepersonellet?

Er det andre tema som har blitt relevante under koronasituasjonen? Har de andre tankar om bygget , elle bruker de bygget på andre måtar?

Har det vert greitt? Nokre spm som er vanskelige eller som føltes «rare» ?

Avslutte: er det noko du tenker burde bli nemnt før vi avslutter?

- Rettighetene – personvern , kontakt meg

Vedlegg 3: Intervjuguide til arkitekt

Intervjuguide Arkitekt

Kort om meg/prosjektet – master, NTNU, helse og velferd, institusjonar

SAMTYKKESKJEMA*** (opptak, retter til å trekke seg UANSETT + innsyn)

MINN PÅ TAUSHETSPLIKT*** (om der er tredje parter?)

Blir anonymisert + publisert opent.

Innleiing – bli kjend (10 min)

Kan du fortelje litt om deg sjølv – kven er du?

Jobberfaring

Kva stilling har du?

- Har du ei spesialisering / eit felt du arbeider meir med?

Kor lenge har du jobba i stillinga? Tidelegare jobbar?

- Er det prosjektbasert? Kva prosjekt har du vore med på?

Kvifor ville du bli arkitekt/stillinga? Kva gjorde deg interessert?

Basic om arkitektur

Kva er ein ansvarleg for som arkitekt?

- Kva er oppgåvene – deler eller eit heilt prosjekt?
- Kor detaljert jobber de?
- Kva må dokker tenke på før dokker bygg hus, arbeidsplassar, osv.?

Kven samarbeider du med?

- Korleis jobbar de saman på kontoret?

(No videre – på institusjonar og arkitektur...)

Institusjonsarkitektur - generelt (20 min)

Kva prosjekt har *du* vore med på som er *institusjonar*? (sjukeheim, boligar og sjukeheimar)

- Er det noko likheitstrekk?
- Korleis opplever du det å vere med på slike prosjekt?

Kva må ein tenkje på når ein bygg institusjonsbygg?

- Er det ulike metoder eller modeller som ein tek utgangspunkt i – teoretisk basert? Eller er ein fri som om det er kva som helst prosjekt?
- Korleis «legg ein inn» dei som skal bu der i rekninga?
- Kva tenkjer ein om framtida til eit institusjonsbygg? (til å vare eller oppdatere?)
- Kva er ulikt frå hus eller andre meir private bygg?

Er det noko lovverk de må forhalda dokker til?

- Kan du fortelje om korleis det påverkar utforminga/teikninga /arkitekturen?
- Er det situasjonar der lovverket er problematisk?

Opplever du at de har gode økonomiske rammer i prosjekt med institusjonsbygg?

- Kva investerer ein i, som ein vil få med?
- Er det noko ein må kutte?

Har du sett noko utvikling i arkitekturen av institusjonar?

- Kva verdsett ein no når ein lager sjukeheimar?
- Kva verdsatte ein før? Er det noko som blir tatt med vidare av dei eldre bygga?
- Kven er det du tenkjer som bestemmer korleis bygga skal vere utforma?

Prosjekt påbygg – skisser, konkret (15-20)

Kven er med på prosjektet frå kontoret dokker?

- Samarbeider de med andre?

Korleis var forespørselen dokker fekk frå kommuna/senteret om påbygg?

- Var det nokken krav? Kva det skulle innehalde – eller på kva måte det skulle bli laga?
- Kva vurderte de når de såg forespørselen?

Korleis starta dokker samarbeidet?

- Kan du forklare konkret korleis dokker har gått fram?

Kva er planane til no? (SJÅ PÅ TEIKNING)

- Kva er tanken bak dei ulike romma og korleis dei er utforma?
- Fargar?
- Materialar?
- Golv/vegger?
- Korleis og kven skal ferdast der?
- På kva måte er det funksjonelt?
- Korleis er det arbeidsplass og korleis er det heim?

Prosjektet påbygg – forhold til omsorgsarbeidet (15-20 min)

Når ein tenkjer på helsepersonalet sitt arbeide – kva ser du for deg når eg seier «omsorgsarbeid»?

- Kva er arbeidet i omsorgen?
- Får de innblikk i kvardagen deira?
- Kva tenkjer du er hovudoppgåvene til personalet ved ein sjukeheim?
- Kva er viktig for at dei skal på utøve *godt omsorgsarbeid*?

Kven er det de tenkjer på skal bruke bygget når de utarbeider skissene?

- Kva behov har dei?
- Kva kan dokker hjelpe til å dekke av behov gjennom utforminga?
- I kva grad opplever du at dokker klarer å dekke behova som er der?

Sidan det er eit påbygg på allereie eksisterande bygg – korleis er samarbeidet med dei som arbeider på det «gamle» bygget?

- Kven har dokker kontakt med ?
- Kva uttrykker dei at trengs?
- Er det ulikt blant dei med ulike stillinger – ledere, sjukepleiere? Er det assistenter og helsefagarbeidere som kjem med innspel?
- Opplever du at de forstår kvarandre greitt?
- Må ein «oversetje» fagspråk eller sånt ?

(«Modulbygget» (det gamle) kunne vere vanskeleg å orientere seg i for dei eldre - korleis kan ein bygge slike at desse skjønner kor dei skal gå frå soverom til stue og kjøkken?)

- Om du har sett inn i bygget, korleis ville du evt. ha endra bygget?)

Har de og prosjektet blitt påverka av koronasituasjonen, men tanke på korleis det bør vere utforma?

Avslutning (10-15 min)

Kva tenkjer du den «ideelle sjukeheimen» ser ut som?

- Korleis ville du budd om du skulle bodd der?
- Er det diskusjonar der ein ikkje har einigheit? Er det noko tema som vert ofte nemnt eller som er viktigare for helsepersonellet?

Er desse tema om *omsorgsarbeid* og diskusjon mellom *arbeidsplass og heim* noko som blir diskutert?

- Kva snakkar de om då, og med kven? Er det ein konsensus i korleis ein bygg sjukeheimar?
- Tenkjer du det kan påverke helsepersonellens arbeid? Bebuarane sine livssituasjonar?

Er det tema eller problem der ein er ueinige når ein jobber med slike prosjekt?

Er det andre tema som har blitt relevante under koronasituasjonen? Har de andre tankar om bygget , elle bruker de bygget på andre måtar?

Har det vert greitt? Nokre spm som er vanskelige eller som føltes «rare» ?

Avslutte: er det noko du tenker burde bli nemnt før vi avslutter?

- Rettighetene – personvern, kontakt meg

Kontakt med andre som jobber med institusjoner? (forslag til personer, gi tlf.?)

Vedlegg 4: Intervjuguide til avdelingsleiar

SAMTYKKESKJEMA*** (opptak, retter til å trekke seg + innsyn)

MINN PÅ TAUSHETSPLIKT*** (bebuar og anna personell)

Kort om meg/prosjektet – master, NTNU

Innleiing – bli kjend (10 min)

Kva er stillinga di?

Kor lenge har du jobba i den stillinga?

- Har du vert avdelingsleiar før, korleis var det?
- Kva gjorde at du søkte på stillinga?

Kva utdanning har du? Korleis får du brukt utdanninga di i jobben?

Korleis vart du interessert i utdanninga / yrket? Kvifor ville du jobbe innan helse – og eldreomsorg?

Kva er di rolle i helse- og velferdssenteret?

- Kva gjer du som avdelingsleiar?
- Kva er du ansvarleg for?

Kva kallar du helse- og velferdssenteret til vanleg? Det, eller noko anna, som sjukeheim osv.? Kvifor?

(No – til kvardagen i sjukeheimen, spørsmål om di rolle og tankar om helsepersonellet sine arbeidskvardagar. Er interessert i dine tankar om...)

Arbeidskvardag (20-30 min)

- Kva avdeling arbeider du i?
- I forhold til **dine arbeidsoppgåver** – kva går tida til?
 - o Vanleg arbeidsdag?
 - o Kva er dine ansvarsområder?
 - o Kven samarbeider du med - kontakt utad? (pårørande, kommune?).
 - o Er det noko forskjell før og etter korona?
- Kva ordning er det med turnus? Er du ansvarleg for turnusen?
 - o Korleis er det å få inn ekstra folk om der manglar personell? Kva ordningar har de om de manglar personell?
 - o Kva trur du helsepersonellet tenkjer om turnusarbeid?
- Korleis er arbeidsforholdet mellom deg og helsepersonellet?
 - o jobber de mykje sammen, har de ulike arbeidsområder, kva snakkar de sammen om?
 - o Når du starta som leiar – kva fokus har ein på arbeidsmiljø?
 - o Korleis trur du dei ser på deg som leiar?

Utforming og arkitektur (20-30 min)

- **Kvar oppheld du deg** til vanleg?
 - o Har du eget kontor? Bruker de møterom på senteret? Ute av bygget?
 - o Er det annleis no enn før korona?
- **Beskrive utforminga** – evt. vise til teikning
 - o Kva type rom har ein på avdelinga?
 - o Kvar oppheld helsepersonellet seg, og kvar er bebuarane?
 - o Er der rom bebuarar ikkje har tilgang til?
 - o Er der rom helsepersonell ikkje har tilgang til?

- Er der rom du ikkje har tilgang til?
- Kva finnest i dei ulike romma?
- Kva skjer i dei ulike romma?
- Kan du **beskrive fellesareala** i avdelinga?
 - Korleis vil du beskrive stilen?
 - Kva fargar er brukt, kva type møbler...
 - Kva trur du bebuarane tenkjer om estetikken? Og kva med romma – fellesareala, uteområda og slikt?
 - Veit du kva helsepersonellet tenkjer om dette? Kva med deira sine «kontor»?
- Kva tenkjer du om **bygninga** senteret er i?
- Korleis er **uteområda**? Kva assosiasjonar får du når du ser bygget utanfrå?
 - Har de hage? Inngangsområder osv. ?
 - Korleis er «nabolaget» rundt?
 - Korleis blir uteområde brukt, kva gjer ein der?
- Korleis er det å komme seg inn/ut av bygget? Rundt om i bygget?
- Tenkjer du det er eit **godt bygg å jobbe i** som helsepersonell?
 - Kvifor er det bra/ dårleg?
- På kva måte er det ein **heim for bebuarane**?
 - Kva bebuarar passar inn i sjukeheimen/senteret?
 - Par – plass til ekstra seng?
- Korleis ville du ha laga ein sjukeheim – **det ideelle bygget** for deg?
 - Har du hatt noko påverknad når den blei bygd?
 - Fungerer bygget godt til sitt formål – omsorgsarbeidet? (KOR SKAL DINNA VER?
 - Gjer du og/eller personalet endringar i romma – har det noko moglegheit for å påverke korleis det ser ut?

Avslutning (10-30 min)

Er desse tema om utforming/arkitektur noko som blir diskutert?

- Tenkjer du det er kan ha ein påverknad på ditt arbeid?
- Tenkjer du det kan påverke helsepersonellens arbeid? Bebuarane sine livssituasjonar?

Er det andre tema som er viktig for deg? For helsepersonellet?

- Er det diskusjonar der ein ikkje har einigheit? Er det noko tema som vert ofte nemnt eller som er viktigare for helsepersonellet?

Er det andre tema som har blitt relevante under koronasituasjonen? Har de andre tankar om bygget , elle bruker de bygget på andre måtar?

Har det vert greitt? Nokre spm som er vanskelige eller som føltas «rare» ?

Avslutte: er det noko du tenker burde bli nemnt før vi avslutter?

- Rettighetene – personvern, kontakt meg

Kontakt med andre som jobber i avdelinga (forslag til personer, gi tlf.nummer ut til avdelinga..?)

Vedlegg 5: Godkjenning frå NSD

6/13/2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Makta i institusjonsveggane

Referansenummer

139746

Registrert

19.10.2020 av Rebekka Bruteig - rebekb@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunhild Tøndel, gunhild.tondel@ntnu.no, tlf: 73591332

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Rebekka Bruteig, rebekka.bruteig@gmail.com, tlf: 94172212

Prosjektperiode

01.09.2020 - 01.08.2021

Status

17.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

17.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 17.11.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring,

oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f6cada2-ab2b-4778-9833-a600fbab32cb>
av personopplysninger

1/2 6/13/2021

Meldeskjema for behandling

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre
Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester:
55 58 21 17 (tast 1)

