

Sykehjemspraksiser i kontekst: Søkelys på romlige og fysiske forutsetninger og føringer

Frode F. Jacobsen

Professor og forskningsleder, Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskulen på Vestlandet (HVL)

Innledning

I dette bokkapitlet rettes søkelyset på sykehjem og forholdet mellom fysiske og romlige omgivelser og historiske kulturelle trender, på den ene siden, og fysiske omgivelser og romlige og sykehjemmenes sosiale liv, på den andre siden. Formålet er å undersøke hvordan materialitet og sosialt liv spiller sammen i bestrebelser for å oppnå hjemlighet i sykehjem. Ved siden av at sykehjem i Norge er underlagt norsk helselovgivning og defineres som en helseinstitusjon, er det også en klar målsetting som uttrykkes i helsepolitiske dokumenter at sykehjemmet skal være et godt hjem for beboerne (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-06, 2012-13). I praksis vil sykehjemmet være det siste hjem for beboerne, og i Norge lever over 50 % av befolkningen sine siste dager i sykehjem (Folkehelseinstituttet 2018).

I kapitlet argumenteres det for at hvordan sykehjem planlegges og bygges står i en historisk kulturell sammenheng som både gjør at sykehjem, uansett alder og byggeår, kan gjenkjennes nettopp som det, og som gjør at sykehjem, tross variasjon mellom individuelle sykehjemsbygg, også lett gjenkjennes som typiske for tiden da de ble bygget. Det argumenteres videre for at sykehjemmenes indre og ytre omgivelser er en viktig materiell forutsetning for det sosiale livet som utspiller seg der, mellom beboere, personalet imellom, mellom beboere og personale, mellom alle disse og pårørende og andre utenfor institusjonen. De materielle omgivelser er en forutsetning for det sosiale livet på flere ulike måter. For det første virker de fysisk inn på menneskenes som beveger seg i dem, på ulike måter avhengig av personenes helse og funksjonsnivå. For det andre inngår de i deltakende menneskers kulturelle fortolkning og inviterer til eller hemmer bestemte rutiner, situasjoner, møter eller aktiviteter. Opplevelse av hjemlighet har med både rutiner og spontane anledninger og aktiviteter å gjøre som skapes gjennom dette samspillet mellom mennesker og

Artikkelen er vurdert av fagfeller og ble opprinnelig publisert på sidene 293-309 i Lea, K., Horne, R. (red.)(2021). *Praxeologiske perspektiver. Professorens habitus og kampen for sykepleievitenskap som autonomt fag*. Forlaget Hexis 2021.

Publisert: 14.04.2025

Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker ©2025 Frode F. Jacobsen

DOI: <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v7.4288>

omgivelser. Hvordan sosialt liv og materialitet samspiller kan dermed, på disse ulike måtene, virke hemmende eller fremmende når det gjelder å oppnå målsettingen om hjemlighet i sykehjem.

Empirisk bakgrunn

Kapitlet bygger på observasjoner og intervjuer knyttet til egne feltarbeid i sykehjem siden 1989 og fram til 2018 (Jacobsen 1990, 2005, 2008, 2010, 2014, 2015a, 2015b, 2018; Jacobsen et al. 2017). Ett av sykehjemmene er fulgt opp gjennom flere feltarbeidsperioder siden et første feltarbeid av 18 måneders varighet i 1988-89 til en siste feltarbeidsperiode i 2015, en tidsperiode som innebar store arkitektoniske endringer for dette sykehjemmet og som anskueliggjorde på en særlig måte komplekse sammenhenger mellom fysiske omgivelser og sosialt liv i sykehjemmet. Feltarbeid av kortere varighet har også vært gjennomført ved flere andre norske sykehjem, og ved én anledning, som en del av et større internasjonalt forskningsprosjekt med feltarbeid i seks ulike land og der forskere fra alle deltakerlandene deltok i feltarbeid sammen med forfatteren i utvalgte norske sykehjem (Armstrong & Braedley 2016; Jacobsen 2018).

Tankesett, homologi og arkitektur

I artikkelen «Adam og Eva skrev sandsynligvis lodret», argumenterer pedagogen og meta-pedagogen Britta Siegumsfeldt for eksistensen av en bestemt kulturell grunnhabitus som har frembragt et sett av praktikker i den danske grunnskolen. I hennes analyse av skolebygninger og hygienetiltak i skolene i København på slutten av 1800-tallet identifiserer hun praktikker som synes å ha en felles logikk på tvers av så ulike profesjoner som arkitekter og leger (Siegumsfeldt, 1992). Samtidig som skolearkitektur utviklet i denne perioden fremstod som homolog til grunnfigurer i samtidens medisinske og pedagogiske tenkning, påvirket denne arkitekturen skolebarnas atferd til å oppføre seg i henhold til disse grunnfigurene, bl.a. uttrykt som en strenge atferdsregler knyttet til «unødig opphold» i skolens grenseområder mot samfunnet rundt (i porten til skolegården, i ytterdørene), til sittestilling og skriftstilling. I videre utvikling av den danske grunnskolen finner hun både at disse praktikker har «overvintret» men også har endret seg noe over tid (ibid.).

Mens forholdet mellom arkitektur, kultur og sosialt liv har vært gjenstand for en god del forskning siden Siegumsfeldts publisering både innen skole og utdanning og flere andre områder, er dette i mindre grad tilfellet for bygg og institusjoner forbundet med livets siste fase slik som sykehjem. I dette kapitlet er målsettingen å bidra til dette siste. Siegumsfeldts artikkel har primært vært en inspirasjon for å gi et perspektiv til sykehjemmenes arkitektoniske utvikling. Artikkelen har inspirert en analyse der norske sykehjem ses som sterkt knyttet sammen med rådende kulturelle modeller av sykehjem som både gjør at sykehjemmene fremstår som typiske for sin tid, og samtidig virker konserverende på hvordan sykehjemmenes form og funksjon. Det skjer en utvikling, men det eksisterer samtidig en treghet i denne utviklingen, knyttet til det Siegumsfeldt omtaler som «overvintrende praksiser», som i sykehjemmenes tilfelle både er arkitektoniske og materielle praksiser, og organisatoriske og sosiale praksiser.

Også andre akademiske arbeider har gitt teoretisk inspirasjon til dette kapitlet. Sosiologen Erving Goffmans bok *Asylums* og arkitekten Jonas Andersons avhandling om skandinaviske sykehjem har gitt et inntak til å problematisere forholdet mellom sykehjemsinstitusjonenes innside og utside. Både disse forfatterne og sykepleieren, sosiologen og pedagogen Kristian Larsen har bidratt med fruktbare perspektiver på hvordan sosialt liv finner sted på ulike måter i ulike rom i en institusjonskontekst. Helseforskeren Solveig Hauge og antropologen Sarah Lund har inspirert til en problematisering av hjemlighet i en institusjonskontekst.

Norske sykehjem i et historisk perspektiv

De første institusjoner for eldre mennesker i Norge ble etablert i 1850-årene. Siden den tiden har institusjonsomsorg for eldre utviklet seg og endret seg mye. Rundt 1950 utviklet det vi i dag benevner sykehjem seg etter en medisinsk og helsefaglig modell der de i stor grad fremstod som sykehuslignende (Hauge 2004), bl.a. med lange, rette korridorer, uniforme dører og inngangsparti til beboerrommene og sentralt plasserte «vaktrom» med godt overblikk over korridorene og dem som beveget seg gjennom dem, pleierne gjerne i hvitt sykehustøy. Flere av disse sykehjemmene var store og fremstod ofte som monumentale og ruvende i landskapet, og beliggende i rolige og gjerne naturskjønne omgivelser, slik tuberkulosesanatorier og psykiatriske sykehus gjerne var plassert i tidligere tider. Ideen om fred og ro knyttet til institusjonen fikk noen ganger et talende uttrykk, som når kirkegården og sykehjemmet har felles beliggenhet og beboerne kan nyte en fredelig tilværelse med utsikt til «den evige hvile».

Utover på 1990-tallet ble hjemlighet i sykehjem sterkere vektlagt, etter flere tiår med kritikk og særlig fra samfunnsvitenskapelig hold, mot helseinstitusjoner samt andre institusjoner slik som fengsler og barnevernsinstitusjoner (Hauge 2004). Fokuset på negative virkninger av institusjonalisering var sterkt. Mens en rekke institusjoner i Norge ble avviklet eller nedbygget, slik som for eksempel institusjoner for døve eller utviklingshemmede, skjedde ikke det samme med sykehjem. Men selv om antallet sykehjem og sykehjemsplasser har holdt seg relativt stabilt de siste tre tiårene, har eksisterende sykehjem blitt ombygd i stor skala og det er satt nye krav til nye sykehjem. Den såkalte ensengsreformen, der alle rom skal være enerom, og små avdelinger, ofte med åtte til 12 beboere, har vært den rådende trenden. Rundt 90 % av institusjonsplasser (der hoveddelen er sykehjem) var enerom i 2019 (Helsedirektoratet 2021), og det gis gjerne rom for at beboeren bringer med seg egne møbler og andre ting vedkommende forbinder med sitt tidligere hjem. Små avdelinger er blitt det vanligste, begge deler legitimert ut fra hjemlighetsidealer samt idealet om såkalt demensvennlighet, der bomiljøene ideelt sett skal være små og oversiktlige. De små avdelingene ble av og til benevnt boenheter, som for å vektlegge at bokvalitet spiller en viktig rolle. Noen ganger kan enhetene fremstå som distinkte enheter i bygningsmassen slik at organiseringen også kommer synlig til uttrykk fra utsiden, noen ganger som utspring fra et bygningsmessig senter med for eksempel en større fellesstue, måltidsareal og et rapportrom for personalet.

Mot mindre institusjon, mer hjemlighet i norske sykehjem?

Den nyere måten å bygge sykehjem på har klart hatt et mål om mindre institusjonspreg og mer hjemlighet, selv om sykehjem like klart nå som før defineres som en medisinsk institusjon og er underlagt helsefaglig lovgivning, i motsetning til Danmark og Sverige, der bolig- og sosiallovgivningen er sentral (Jacobsen 2015). I hvilken grad man har lyktes i dette er det stor faglig uenighet om, og flere sykehjemsforskere påpeker at dagens sykehjem grunnleggende sett fremdeles primært understøtter institusjonalisering (Hauge & Heggen 2008).

Den svenske arkitekturforskeren Jonas Anderson hevder, i sin doktorgrad om sykehjem og arkitektur, at den mest avgjørende dimensjonen for hvor institusjonslik eller hjemlig et sykehjem er, er ytterveggenes gjennomtrengelighet (både konkret og symbolsk). I dette bygger Anderson teoretisk på en grunnleggende innsikt fra den kanadiske samfunnsforskeren Erving Goffmans institusjonsforskning, at det er institusjonenes grad av avsondring fra samfunnet rundt som er avgjørende for i hvilken grad noe som ligner dagliglivet i samfunnet rundt kan opprettholdes. Der et sterkt skille mellom innside og utside opprettholdes, vil viktige skiller (både romlig og på andre

måter) mellom ulike av dagliglivet aktiviteter bryte sammen og tilværelsen blir «total» (Goffman 1962).

En hel rekke ulike typer institusjoner synes å dele noen sentrale kjennetegn. Goffman (1962) peker på flere slike trekk, foruten nedbrytingen av skiller mellom dagliglivets normalt atskilte sfærer og institusjonenes større eller mindre lukkethet mot omverdenen. Institusjonene bevirker gjerne en grad av uniformering, noen ganger konkret gjennom klesdrakt slik som klosterdrakter, militæruniformer, pleieuniformer eller standard nattøy for pasienter. Uniformeringen er likevel først og fremst sosial gjennom at individuelle særtrekk blant dem som bor ved institusjonene nedtones, slik man i ekstrem grad kan oppleve det i militærforlegninger når soldater ropes opp ved numre eller når en pasient ved en sykehusavdeling omtales som «blindtarmen på rom nr. 344». I sykehjemsavdelinger kan man noen ganger oppleve at det knapt finnes skriftlige opplysninger om beboernes tidligere liv utenom de rent helsemessige og at dermed for eksempel en beboer med bakgrunn fra Humanetisk forbund og som ikke lenger selv er i stand til å uttrykke egne ønsker med største selvfølgelighet tas med på andakt. En uniformering basert på en overfokusering på eldres skrøpeligheit blir dermed en hindring for utøvelse av helhetlig behandling, pleie og omsorg. Om man følger Goffmans tankegang så er det ikke den medisinske eller helsefaglige ballasten og profesjonaliteten som er den store utfordringen, men at en institusjonslogikk dominerer og fortrenger både den medisinske og helsefaglige logikk og hverdagslivets logikk.

Det var denne 'onde' institusjonslogikken man ønsket seg vekk fra dels gjennom avvikling eller nedbygging av en rekke institusjoner, og dels gjennom å arbeide for en større grad av hjemlighet og mindre institusjonspreg i institusjoner som ikke ble bygget ned eller avviklet, og med sykehjem som et klart eksempel på dette siste. Samtidig som hjemlighetsidealer har vunnet noe terreng i sykehjemsplanleggingen siden 50-tallet, har også en annen kulturell trend blitt stadig mer dominerende i den offentlige helsepolitiske diskursen, ofte uttrykt som «lengst mulig i eget hjem». I flere helsepolitiske dokumenter uttrykkes dette idealet så sterkt og klart at det kan fremstå som om den gode hjemlighet vanskelig kan realiseres utenfor ens eget opprinnelige hjem.

Hjemlighet i sykehjem, en hjemlighet som både søkes og benektes?

Norske helsepolitiske dokumenter har de seneste tiårene stadig mer fremhevet folks egne hjem som stedet hvor en økende andel eldre bor (Regjeringen 2016), som det som de eldre selv foretrekker (Munkejord, Eggebø & Schönfelder 2018), og som stedet hvor storparten av helse- og omsorgstjenester vil finne sted i fremtiden (Regjeringen 2016). Styrking av hjemmebaserte tjenester fremstilles i de helsepolitiske dokumentene som mer økonomisk effektivt fordi etterspørselen for dyrere tjenester vil synke.

Nyere forskning i norske rurale omgivelser gjennomført av (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018) indikerer derimot at selv om mange eldre vektlegger verdien av å bo i egen bolig selv når helsen svikter, ønsker mange andre å flytte fra eget hjem når de rammes av sykdom og skrøpeligheit. Basert på intervju med 28 personer i 80- og 90-årene der 20 av dem mottok hjemmesykepleie og ni av tjenestemottakerne bodde i omsorgsbolig, identifiserte de usikkerhet og engstelse ved å bo i egen bolig som en hovedårsak til at folk ønsket å flytte. Flere uttrykte engstelse for å falle og/eller å oppleve å bli ensom og isolert (ibid.). I en noe eldre studie uttrykte eldre som hadde begynt å utvikle demens at de ikke engang følte seg hjemme i egen kropp og langt mindre i sitt eget hjem (Normann 2008). For noen kan også opplevelsen av at man ikke lenger makter å skape hjemlighet i sitt eget hjem og at en forfallende hage vitner om både egen skrøpeligheit og skrøpelige sosiale relasjoner medvirke til at eget hjem ikke lenger oppleves som det beste stedet å være (Alsvåg & Tanche-Nilssen 1999; Normann 2008).

Ideen om at det beste sted å være er eget hjem, selv når man er eldre som rammes av sykdom og funksjonsnedsettelse, er selvsagt ikke bare norsk, men reflekterer en økende internasjonal trend (Dalmer, 2019; Löfquist et al., 2013; Meagher & Szebehely, 2013; Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018). Samtidig med at dette tankesettet synes stadig mer dominerende, ser man tendenser til at institusjonsomsorgen for eldre svekkes, på flere måter. For det første har antallet sykehjemsplasser blitt noe redusert de siste årene (Statistisk sentralbyrå 2021), til tross for at antallet (om enn ikke andelen) eldre som oppfyller dagens kriterier for sykehjemsplass øker. For det andre synes tomteprisen i økende grad å være styrende for hvilken lokalitet et sykehjem bygges i.

I den grad det har forekommet endringer i forhold til hvordan institusjonene kommuniserer med omgivelsene, så er offentlige og private tilbud i nærmiljøet blitt stadig mindre tilgjengelige for beboerne relativt til absolutt avstand og til fysiske og psykologiske hindre (Jacobsen 2013). Samlokalisering av sykehjem med andre offentlige og private tilbud i nabolag der et mangfold av ulike sosiale aktiviteter forekommer en sjelden gang og synes å være en løsning som både gir både lavere tomtepris for kommunene, gjennom delte kostnader gjennom flere aktører, og meningsfulle omgivelser med mulighet for en høyere grad av gjennomtrengelighet av sykehjemsveggene og dermed potensielt en mindre grad av institusjonspreg i sykehjemmet (Jacobsen & Sundsbø 2019). Hovedtrenden synes likevel å være at nye sykehjem legges til steder der tomteprisen er lav, borte fra steder med gode sosiale tilbud og aktiviteter, og enkelte ganger, i områder der det kan være direkte farlig å bevege seg i næromgivelser som fremstår som halvindustrielle ødeland.

Sykehjem, fremdeles en parentes i samfunnet?

At skrøpelige og syke eldre ofte plasseres på steder folk velger bort som boområde, om økonomien tillater det, synes å understreke at disse eldre fremdeles betraktes som en parentes i samfunnet. I tiden fram mot 1950 var såkalte gamlehjem et lavstatustilbud som primært ble benyttet av eldre som ikke hadde familie som kunne ta ivareta dem (Otterstad 2013). Etter dette overtok de egentlige og medisinsk definerte sykehjemmene. Den sosiale marginaliseringen som tidligere ble fattige eldre til del, ble nå i større grad uttrykt gjennom geografisk lokalisering, der idealet om fred og ro gikk hånd i hånd med en avsondret beliggenhet i rolige og sosialt marginale omgivelser, utenfor der folk flest lever sine daglige liv.

Selv om institusjonene i økende grad har fått påkostede uteområder i form av sansehager, lukkes ofte sansehagene inne imellom bygninger, hekker og gjerder (Jacobsen 2013). Samtidig som det ikke er blitt lettere for beboere å oppleve verden utenfor sykehjemmet, så synes det også å eksistere noen barrierer i forhold til at verden utenfor kommer inn, gjennom kontakt med pårørende, med frivillige organisasjoner og frivillig innsats fra enkeltindivider, skoler, kulturinstitusjoner og andre (ibid.). I sum fremstår sykehjemmene dermed i vel så stor grad som før som avsondret og atskilt fra samfunnet rundt og preget av lite «gjennomtrekk», innsyn og utsikt.

I en fotnote til Siegumsfeldts artikkel angir hun den britiske antropologen Mary Douglas som en inspirasjonskilde, og særlig Douglas sitt perspektiv på renhet og urenhet hvor hun følger en fransk strukturalistisk teoretisk tilnærming, og der urenhet er 'matter out of place', det som faller imellom eller utenfor etablerte kulturelle kategorier. Disse kategoriene er i stadig endring, og Siegumsfeldt nevner fremveksten av en nye sosiale klasser slik som arbeiderklassen og den nye middelklassen, som skapte et økende behov hos overklassen for å markere avstand til de nye sosiale klassene gjennom å markere 'renhet'. De eldre som man, tross tallrike helsepolitiske uttalelser, ambisjoner, vedtak og innsats ikke makter å gi de lovbestemte helse- og omsorgstjenester i eget hjem, kommer til å bo et sted man egentlig ikke skal bo og til å representere en form for 'matter out of place'. I noen grad kan dette sies å gjelde Omsorg+ og andre former for 24/7-bemannede omsorgsboliger, en

moderne boform som flere norske aldersforskere benevner 'det nye aldershjemmet' (Daatland 2014). I særlig grad synes det som en passende beskrivelse av dagens sykehjem, der gjentatte forsøk på å omgjøre de fleste sykehjemsplasser til korttidsplasser i liten grad synes å ha lyktes, og over 80 % av sykehjemsplassene er langtidsplasser, en andel som har holdt seg relativt stabil over flere tiår (Ramm 2013), og med omtrent det samme antallet korttidsplasser (tidsbegrenset opphold) over årene 2015-19 (Statistisk sentralbyrå 2021).

At sykehjemmet er et sted utenom det vanlige og oftest utenfor allfarvei reflekteres også i sykehjemmenes indre romlige organisering, form og innredning, der disse fremdeles fremstår disse som lett kjennelige institusjonsomgivelser (Hauge 2004; Jacobsen 2005, 2010, 2015) og der for eksempel de større fellesrommene fremstår som en blanding av en privat dagligstue og et offentlig venterom (Hauge & Heggen 2008). Fellesrommenes utforming, møblering og design gjør at man aldri er i tvil om at man befinner seg i en institusjon. I noen grad må dette nødvendigvis være slik, siden sykehjem er klart definert ut fra helselovgivningen som medisinsk institusjon, noe som innebærer at beboernes helse og funksjonsnivå og personalets arbeidsvilkår må tas hensyn til både i arkitektenes planlegging og i den daglige planleggingen i forhold til bruk av rommene, møblering og utsmykning. På den annen side, om man følger Goffmans perspektiv på totale institusjoner, kan selve det institusjonslike ved både bygninger, interiør, organisering og rutiner, avspeile og understøtte en institusjonslogikk som undergraver både god helsefaglig og medisinsk individuelt tilpasset omsorg og sykehjemmets andre målsetting, om å være et godt siste hjem for beboerne. Dermed kan det institusjonslike ved sykehjemmet innskrenke mulighetene for livsutfoldelse for beboerne og for at deres ønsker og behov ivaretas.

Materialitet og klesstell: et inntak til sykehjemmet som sted

Et synlig materielt uttrykk for at en dominerende institusjonslogikk i sykehjem er hvordan beboerne går kledd og hvordan deres klær tas hånd om. Som militæruniformer i militærforlegninger, munke- og nonnedrakter i klostre og fengselsdrakter i fengsler kan klær og klesstell i sykehjem bidra til en uniformering av det sosiale liv gjennom at individuelle forskjeller mellom de som bor på stedet underspilles. Omvendt kan også omsorg for klær og hvordan beboere går kledd noen steder fremstå som lovende praksiser som er motstrøms en institusjonslogikk som sykehjemmet som sted så ofte synes å legge til rette for. Disse lovende praksisene forteller, nettopp gjennom å være unntak, om hva sykehjem oftest representerer.

I et større kanadisk ledet forskningsprosjekt med fokus på sykehjem og på tvers av seks deltakerland i årene 2010-18 og der kapitelforfatteren deltok, var klær og klesstell et av mange komparative tema. Temaet fremstod som svært viktig både for beboerne selv, deres pårørende og de ansatte. Den internasjonale prosjektlederen sosiologen Pat Armstrong uttrykte dette slik: "In our site visits, concerns and comments about clothes and laundry were second only to those we heard about food" (Armstrong & Braedley 2016, s.81).

Data fra prosjektet avdekket at beboere, pårørende og pleiere ofte fortalte om gensere som hadde krympet, skjorter som var forsvunnet i vask og bukser som hadde mistet farge, og at det var komplisert å legge til rette for at beboere kunne ha med seg sine favorittklær og forsikre seg om at de blir gitt tilbake til riktig person og i en god tilstand (Armstrong & Braedley 2016). Omsorg for personlig tøy fremstod som et tegn både på hjemlighet og god omsorg. Omvendt fremstod utstrakt bruk av institusjonstøy, slik som for eksempel standard lyseblå nattskjorter, og hardhendt, upersonlig og eksternt behandling av personlig tøy som symbol på mangel på begge deler, spesielt for beboerne og deres pårørende.

Også i sykehjem kan ulike tilhørigheter kan signaliseres gjennom tydelige symboler i klesdrakt, slik som noen av de mannlige beboerne ved et av de deltakende tyske sykehjemmene som tidligere hadde hatt ledende stillinger og som alltid gikk i dressbukse, vest og velpussede lærsko (Armstrong & Braedley 2016; Jacobsen 2020), eller det kan være en samisk klesdrakt i en norsk sykehjemskontekst. Også i en sykehjemskontekst handler det å være velkledd mer enn å se velkledd og presentabel ut. Kjønnssidentitet synes også viktig i denne sammenhengen. Mens sykehjemsbeboere mister viktige roller og identiteter som man hadde tidligere i livet, knyttet for eksempel til kollegafellesskap og naboskap, kan identiteter som man ennå har beholdt, slik som kjønnssidentitet, bli desto viktigere i en sykehjemskontekst. Klær er med å ivareta dette, gjennom at kjønnssidentitet, som også gjerne er sammenvevd med andre identiteter som sosial klasse, etnisitet eller seksuell orientering, kommer til uttrykk gjennom kleskode.

I et svensk sykehjem som deltok i studien fremsto beboerne som velkledd, med klær som matchet hverandre og som passet for de ulike sosiale situasjonene, knyttet til hverdag, helg og høytidsdager. Der var den daglige pleie og omsorg for beboeren tett knyttet sammen med vask og stell av klær. At klær og klesstell hadde høy prioritet i sykehjemmet ble understøttet av sykehjemmets romlige utforming og innredning. Hvert beboerrom hadde baderom med egen klesvaskemaskin. Pleieren satte gjerne på maskinen mens hun likevel hjalp beboeren med andre ting og sorterte klærne nøye slik at man unngikk blanding av ulike sterke farger eller at tøy ble vasket for varmt og krympet. De små klesvaskemaskinene bidro til at klær ikke forsvant eller ble utsatt for sterke kjemikalier, slik de gjerne kan bli i store sentraliserte vaskebyrå (Armstrong 2016 & Braedley; Jacobsen 2018). I flertallet av sykehjemmene som deltok i studien var virkeligheten en helt annen. En typisk situasjon, på tvers av deltakerlandene, var enten bruk av eksternt vaskeri eller en kombinasjon av eksternt vaskeri og et vaskeri i en dårlig opplyst del av kjelleren i institusjonen der det opplevdes som ubehagelig for personalet å bevege seg nattestid og der beboere aldri ble med og deltok i klesstellet.

Selv i den 'unntakstilværelse' som sykehjem representerer kan altså beboeres ønsker og individualitet komme til uttrykk, i hvert fall i noen grad. Det svenske eksemplet eksemplifiserer hvordan bygges fysiske utforming og innredning skaper en mulighet for dette. Et annet eksempel relaterer seg til et feltarbeid i et norsk sykehjem som forfatteren gjennomførte i ulike perioder av en til 18 måneders varighet i tidsrommet 1988 til 2010.

Arkitektur som læremester: noen egne feltarbeidserfaringer

Ombyggingen i 2003 av dette sykehjemmet hadde noen klare konsekvenser når det gjelder samhandling mellom personale og beboere og som illustrerer hvordan fysiske omgivelser og materielle kontekster virker inn på ivaretagelse av personlig rom og grenser. Før ombyggingen var det to lange korridorer med mørkegrønne dører inn til beboerrommene som preget avdelingene, samt 'vaktrom' med store glassvinduer som ga god utsikt ut mot begge korridorene. Avdelingene var funksjonelle i den forstand at det var lett for personalet å bevege seg i dem med senger, rullestoler og tungt utstyr og så på mange måter ut som typiske sykehusavdelinger. Dørene, som alle hadde likt utformet navneskilt, hadde ikke bevegelige dørhåndtak og kunne heller ikke låses. Personale kunne enkelt åpne dørene med et lite spark med foten der de i sin travelhet og høye tempo hadde fanget fullt av lintøy og engangsutstyr. Sjelden eller aldri tok man seg tid til å banke på døren før man gikk inn til en beboer.

Med den nye ombyggingen ble store avdelinger til små enheter med åtte til ti beboere hver og der alle dobbeltrom ble til enmannsrom. Dørene kunne både lukkes ordentlig og låses og hadde også et mer individuelt preg. Kanskje vel så viktig var det at innenfor døren til beboerrommet var det en

liten entré der stellefrakker og annet utstyr fra personalet ikke fikk synlig plass. Dette utstyret var i stedet gjemt bak skapdører inn mot baderommet, med skap som fylte hele veggen og som også kunne åpnes inn mot baderommet. Entreen, som har en svært viktig funksjon i norske hjem både som budbringer om hvem som bor i hjemmet og som «portrom» som gir beboerne mulighet for kontroll over hjemmet (Jacobsen 2008; Lund 2003), hadde et personlig preg med bilder, veverier og liknende. I selve beboerrommet ble det plass til egne møbler og personlige eiendeler, noe som også ble oppmuntret til av sykehjemmets ledelse. I 2004 var regelen at man banket på døren før man gikk inn til en beboer, uten at dette var et tema som ble drøftet åpent blant personalet i observasjonsperioden. Noen ganger kunne det observeres at pleiere ikke bare banket på døren, men også ventet noen sekunder før døren ble åpnet og man gikk inn. En nærliggende forklaring på denne atferdsendringen kan være at personalet opplevde i større grad enn før å komme inn i beboernes hjem når de gikk inn døren til det enkelte beboerrom, og at de opplevde de ulike rommene som helt ulike hjem preget av et langt levd liv. Uten at ord ble sagt synes de nye arkitektoniske betingelsene å medføre en mer personlig og respektfull tilnærming til beboerne. Ombyggingen illustrerer at arkitektur kan være en god læremester (Larsen 2001), på godt og vondt.

Den nye arkitekturen og de nye mulighetene for personlig innredning og preg på beboerrommene angår også de eldres identitet og opplevelse av personlig kontinuitet gjennom at tidligere levd liv gis større plass. En større grad av kontroll over eget private rom, kan også bidra til opplevelsen av at et hjemlig eksklusivt territorium i noen grad videreføres innenfor institusjonens rammer.

Det ombygde sykehjemmet: et helt nytt sted?

Ombyggingen av sykehjemmet i 2003 gjorde at sykehjemmet endret seg i tråd med nye helsepolitiske mål, slik disse blant annet uttrykkes i den nye omsorgsmeldingen, «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-13), med, som allerede omtalt, enerom med et mer personlig preg enn tidligere og med små «demensvennlige» avdelinger.

Når det gjelder sykehjemmets rutiner synes mange å være videreført fra de tidligere arkitektoniske omgivelsene og uten at alle disse rutinene direkte knytter seg til profesjonelle helsefaglige eller medisinske hensyn (Jacobsen 2005, 2010). Måltidsrutiner et ett eksempel på dette, der det er like lite rom for individuell tilpasning i forhold til tidligere livsstil eller ønsker fra individuelle beboere i forhold til når måltidene serveres, hva som serveres og med hvilken atmosfære og ramme rundt måltidene.

Når det gjelder institusjonens kommunikasjon med nærmiljø og med personer og organisasjoner utenfor institusjonen, fremstår institusjonen på mange måter like lukket som før, selv om en del tilsynelatende har endret seg en del. Institusjonens relasjon til nære pårørende er et godt eksempel på dette. Tidligere ble relativt strenge besøkstider håndhevet. Etter ombyggingen i 2003 har besøkstidene blitt stadig mer liberale, og for tiden kan pårørende i prinsippet besøke sine kjære når tid de måtte ønske det. Likevel synes det ikke som om interaksjonen mellom pårørende, på den ene siden, og beboere og personale, på den andre siden, er tettere enn før. Mens restriksjonene for interaksjon mellom pårørende og institusjon tidligere knyttet seg til tid er de nå mer knyttet til rom. På dørene inn til de enkelte avdelingene henger det nå oppslag om at pårørende henstilles til å trekke inn på rommet til sin slektning og ikke benytte institusjonens fellesarealer, av hensyn til de andre beboerne og av hensyn til personalets arbeidsforhold. På den måten forsterkes institusjonens isolasjon i forhold til de nære omgivelsene og samfunnet rundt, og beboernes mulighet for et rikere sosialt liv med anledning til kontakt med en rekke ulike mennesker som representerer verden utenfor hindres. Deres sosiale isolasjon forsterkes gjennom at avdelingene nå har færre beboere og færre personale enn før, noen som bidrar ytterligere til et sosialt fattigere liv i sykehjemmet.

Noen konkluderende tanker

Selv om det argumenteres i bokkapitlet for at større kulturelle strømninger påvirker hvordan sykehjem plasseres og bygges som igjen gir noen forutsetninger for sykehjemmenes sosiale liv, innebærer det ikke et deterministisk perspektiv og at dette er en prosess som bare går i én retning. Sykehjem, som alle typer menneskeskapte bomiljø, innebærer også en dynamikk og uforutsigbarhet i forholdet mellom sosialt liv, rom og fysiske omgivelser, knyttet til: 1. hvordan de ulike menneskene i sykehjem kontinuerlig omformer og (re)definerer sine omgivelser, 2. hvordan refleksjon og læring kan finne sted knyttet til overganger mellom rom (Larsen 2001), for eksempel «mellomrom» slik som korridorer og rom for rent og skittent utsyr og overganger mellom inn- og utside av sykehjem, og, 3. hvordan arkitektoniske endringer skaper nye refleksjonsrom mellom ny og tidligere arkitektur. Det har falt utenfor dette kapitlets rammer å drøfte disse mer komplekse sammenhengene. Likevel er det viktig å være seg bevisst denne dynamikken. Winston Churchill skal en gang ha sagt at «vi former våre bygninger, deretter former de oss». Selv om dette gir uttrykk for en viktig innsikt, er det viktig å påpeke at dette kun er en del av bildet og at forholdet mellom fysiske omgivelser og mennesker også er dynamisk, både generelt og slik det fremtrer i norske sykehjem.

På tross av viktige endringer i sykehjemmenes indre og ytre fysiske omgivelser, synes historisk kontinuitet å være mer fremtredende enn endring. Dagens sykehjem synes å ha sterke fellestrekk med historiske forgjengere, både innenfor norsk sykehjemsdrift og andre helseinstitusjoner. På den ene siden kan man se at dagens norske sykehjem har endret seg en del både i arkitektonisk form og når det gjelder sosialt liv, om man ser dem innenfra, der store avdelinger med 20 til 30 beboere er erstattet med små avdelinger, ofte med 8 til 12 beboere, og dobbeltrom er nå til dags unntaket heller enn regelen (Helsedirektoratet 2021). Personellet rutiner har også endret seg formelt sett, blant annet knyttet til økende elektronisk rapportering og endrede styringssystemer. Et synlig arkitektonisk uttrykk for dette er små personalrom for planlegging og rapporter, og generelt stadig mindre «eksklusivt» territorium for de ansatte (Jacobsen 2010). På den andre siden kan man, om man endret synsvinkelen og ser institusjonen utenfra, fra utsiden av ytterveggene, oppleve det som at endringene tvert om fremstår som minimale i en større sammenheng.

Om man følger arkitekten Jonas Anderson sin påpekning om at det er graden av gjennomtrengelighet av sykehjemmets yttervegger, både konkret og symbolsk, som er den fremste indikatoren på kvaliteten av sykehjemmet sosiale liv, synes de siste par tiår i sykehjemmenes indre og ytre fysiske omgivelser å ha endret lite når det gjelder hvilken type institusjon sykehjemmet er. Sykehjemmene fremstår i vel så stor grad som før som avsondret og atskilt fra samfunnet rundt og preget av lite «gjennomtrekk», av mennesker, objekter og ideer, og av begrenset innsyn og utsikt. Dette kan også forklare at det eksisterer en kontinuitet når det gjelder sykehjemmenes sosiale liv, der ytterveggene massivitet både materielt og symbolsk bidrar til et relativt sosialt fattig liv for beboerne, selv om det finnes stor variasjon i hvordan ulike sykehjem fungerer. De fysiske omgivelsene synes fremdeles i stor grad å fremme en institusjonslogikk som underminerer den ofte heltemodige innsatsen for å skape et hjemlig liv for beboerne som man ofte kan observere fra personalet side. Deres geografiske og samfunnsmessige ofte marginale lokalisering synes å gjenspeile rådende tankestrømninger knyttet til kronisk syke, skrøpelige hjelpetrenende som utenfor og mellom rådende kategorier og kategorisering i offentlige helsepolitiske dokumenter. Sykehjemmene er på en måte et sted man ikke skal være, og at man er der fremstår som en samfunnsmessig fallitterklæring.

Litteratur

- Anderson, J.E. (2011). Architecture and ageing. On the interaction between frail older people and the built environment. Doctoral thesis. Stockholm: KTH Royal Institute of Technology.
- Armstrong, P. & Braedley, S. (red.) (2016). *Physical Environments for Long-Term Care: Ideas Worth Sharing*. Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Daatland, S.O. (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* NOVA-rapport 16/2014.
- Folkehelseinstituttet (2018). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>, sist lastet opp 29. april 2021.
- Goffman, E. (1962). *Asylums. Essay on the sosial situation of mental patients and other inmates*. Chicago: Aldine Publishing Company, Chicago. (11)
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo. (10)
- Hauge, S. & Heggen, K. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of clinical nursing* Vol.17(4), s.460-467.
- Helsedirektoratet (2021). Brukertilpasset enerom i institusjon. Se lenke, nedlastet 12.03.2021:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/enerom-med-eget-bad-og-wc>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004-05). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Stortingsmelding nr.25. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-13). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding nr.29. Oslo.
- Jacobsen, F.F. (2015a). Understanding Public Elderly Care Policy in Norway: A Narrative Analysis of Governmental health policy papers. *Journal of Aging Studies*. Vol.34, s.199-205.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.04.006>
- Jacobsen, F.F. (2005). *Cultural discontinuity as an organizational resource. Nursing in a Norwegian nursing home*. Bergen: NLA-Forlaget,
- Jacobsen, F.F. (2008). Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem. In Solveig Hauge & Frøde F. Jacobsen (eds.). *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Cappelen Akademisk, Oslo, s.87-99.
- Jacobsen, F.F. (2014). De eldres integritet i en sykehjemskontekst. In Stein Husebø og Marianne Holm (eds.): *Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom?* Bergen: Fagbokforlaget, pp.363-372.
- Jacobsen, F.F. (2010). Omsorgens kroppslige og arkitektoniske vilkår. Et fokus på kontinuitet framfor endring i omsorgsarbeid i norske sykehjem. *Michael. Publication series for the Norwegian Medical Association*. Vol.7, No.2, s.167-169. (12).
<https://www.michaeljournal.no/article/2010/05/Omsorgens-kroppslige-og-arkitektoniske-vilk%C3%A5r-et-fokus-p%C3%A5-kontinuitet-framfor-endring-i-omsorgsarbeid-i-norske-sykehjem>
- Jacobsen, F.F. (2015b). Rom, vegger og inskripsjoner i sykehjem: et søkelys på rutiner og makt. *Michael. Publication Series of The Norwegian Medical Society* No.2, Vol.12, s.180-194.
<https://www.michaeljournal.no/article/2015/06/Rom-vegger-og-inskripsjoner-i-sykehjem-et-s%C3%B8kelys-p%C3%A5-rutiner-og-makt>
- Jacobsen, F.F. (1990). *Sykehjem – en studie av sosialt liv*. Hovedfagsoppgave. Bergen: Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen.
- Jacobsen, Frøde F. (2018). Tøj, krop og omgivelser betydning i en plejehjemskontekst. In Glasdam, Stinne & Jacobsen, Frøde F. (eds.). 2018. *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker*. København: Gads forlag, pp.301-313.

- Jacobsen, F.F., Mekki, T.-E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E. & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing* 16:55. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Larsen, K. (2001). Med arkitektur som læremester – om praktikuddannelse af sygeplejestuderende. I Karin-Anna Petersen (red.): *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Danmark: Akademisk Forlag, s.440-574.
- Lund, S. (2003). Hjemmekos: Iscenesettelse av norsk familiesamvær. *Norsk Antropologisk Tidsskrift* vol.14 nr.1, s.27-34. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2898-2003-01-02>
- Otterstad, H.K. (2013). Historisk blikk på eldrebølgen. *Sykepleien* Vol.101 nr.2, s.58-60. <https://sykepleien.no/forskning/2013/01/historisk-blikk-pa-eldrebolgen>
- Ramm, J. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Siegumfeldt, B. (1992). Adam og Eva skrev sandsynligvis lodret. *Dansk Pædagogisk Tidsskrift* 40(2):68-74.
- Statistisk sentralbyrå (2021). *Helse- og omsorgsinstitusjoner – plasser etter region, statistikkvariabel og år*: <https://www.ssb.no/statbank/table/11875/tableViewLayout1/>. Sist nedlastet 14.03.2021.