

”Man får vara nöjd”

Om brukarinflytande på äldreboenden

Av: Malin Ström

Socialhögskolan vid Lunds universitet.
SOPA63, Ht -09



Handledare: Staffan Blomberg

Innehållsförteckning

Abstract	s.1
Förord	s.2
1. Inledning	s.2
1.1 Problemformulering	s.2
1.2 Syfte och frågeställning	s.3
1.3 Äldre äldre eller den fjärde åldern	s.4
2. Bakgrund	s.4
2.1 Vad innebär åldrandet?	s.4
3. Tidigare forskning	s.5
3.1 Autonomi	s.6
3.2 Anhörigas betydelse och sociala nätverk	s.7
4. Teoretiska ramar	s.8
4.1 Aktivitetsperspektivet vs disengagemangsteorin	s.8
4.2 Det sociala sammanbrottssyndromet	s.9
4.3 Gerotranscendensteorin	s.10
4.4 Utbytesteori och beroendeställning	s.11
5. Metod	s.12
5.1 Metod	s.12
5.2 Urval	s.13
5.3 Genomförande	s.13
5.4 Bearbetning och analys	s.14
5.5 Tillförlitlighet	s.15
5.6 Etiska överväganden	s.15
6. Resultat och analys	s.16
6.1 Behov av vård och val av äldreomsorg	s.16
6.2 En dag på hemmet...	s.16
6.3 Tankar kring måltiden	s.18
6.4 Fortsättning på dagen	s.18
6.5 Det sociala nätverkets betydelse	s.21
6.6 Utevistelse	s.22
7. Sammanfattande diskussion	s.22
Referenser	s.26

Abstract

The purpose of this paper was to gain knowledge about how our senior citizens living in institutions manage their everyday life. Do they get a say on what should be done and how? Do they want to make their own decisions and is it possible for them to express needs and wishes? Is there a way to combine this sort of influence on your own way of living with the fact that many of these elderly people are not in a power position to make their own decisions? Are they overall satisfied with life in these institutions?

This qualitative study is based on interviews with inhabitants of three different homes for the elderly and the management team that cares for them. The homes for the elderly that I have chosen are all in Malmö Kommun in Sweden. The analysis is based upon the interview material put in context with earlier research and the theoretical aspects I have chosen; the Engagement- and Disengagement Theory, Gerotranscendence Theory, the Social Breakdown Syndrome and the Exchange Theory.

Before I started working on this paper I had preconceived ideas about life in these homes for the elderly as rigid institutions where everything was predetermined by rules and regulations. I also thought that as an older and perhaps disabled person you hadn't much say in anything really. My understanding was that if they were in an institution like this they must have a variety of activities to choose from every day so they won't be bored and left alone. I had developed most of my views and opinions from the media who always expose the care for the elderly as inhuman and poor. While meeting and talking to the respondents I first learned that people placed in homes for the elderly are often very weak and disabled in some way. They need help with normal daily functions such as eating, cleaning themselves, preparing for bed, moving around etcetera. I also found most of them are in the age of 85 and up. Therefore they have great difficulty remaining active and additionally there seemed to be an acceptance for being old and disabled. This was how their lives had turned out and how it should be. I did not find any strong wishes to have lots to choose from and to live life any differently.

Nyckelord: autonomi, beroendeställning, brukarinflytande, medbestämmande

Förord

Valet av ämne till denna uppsats gjorde jag inte minst med hjälp av mina vänner. Vi har vid flera tillfällen samtalat kring hur våra gamla medborgare egentligen har det på äldreboendena. Kanske för att de flesta av oss bildat familj på senare år och insett att tiden hinner ifatt och att även vi kommer att bli gamla en dag. Vi har jämfört åldrandet lite med att bli barn på nytt fast på bakvänt håll. Vi får mindre och mindre att säga till om och blir återigen beroende av andra för att överleva. Hur är det då med dem som kommer till olika typer av gruppboenden – finns det möjlighet att påverka sin situation och sin vardag och i vilken utsträckning? Är det som massmedia ofta vill framhäva, att det inte finns mycket att välja mellan och att flexibilitet knappt existerar på våra äldreboenden, att det bara handlar om "förvaring" av människor i väntan på döden? Tider måste följas, maten serveras från redan bestämd meny, och vin får inte förtäras till måltiden etc. Måste hela ens tillvaro förändras vid flytten till ett äldreboende? Innan jag påbörjade intervjuerna med de gamla hade jag en förutfattad mening om att det i princip inte förekom något *brukarinflytande* inom äldreomsorgen, i alla fall inte på långa vägar så mycket som jag själv och mina vänner skulle önska samt att detta var vad vårdtagarna ville ha, dvs. mycket att säga till om och möjlighet att styra sin vardag på det sätt man vill. Detta ville jag undersöka.

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Är strävan efter *autonomi* lika betydelsefull som tidigare i livet? Eller ändras människors preferenser i hög ålder? I litteratur och tidigare forskning kunde jag hitta teorier om människors engagemang och behov av aktivitet på äldre dagar. T.ex. det resonemang som förs gällande *utbytesteorin* verkar vara relevant för denna undersökning och kommer att utvecklas i denna uppsats. Vidare finns högst relevanta teorier som den om *disengagemang* och *det sociala sammanbrottsyndromet*. För att sätta mig in i äldreomsorgen något innan mötena med vårdtagarna på olika boenden, läste jag på en del och under resans gång dök

det upp formulerades en fråga som måste utredas – är det önskvärt med medbestämmande och är det överhuvudtaget möjligt att kombinera ett sådant inflytande med den *beroendeställning* man befinner sig i som vårdtagare? Underlag som styrker att dessa institutionaliserade människor befinner sig i beroendeställning finner jag både i intervjusituationerna samt i litteraturen. I *utbytesteorin* finner jag resonemang kring beroendeställning och en konsekvens därav nämligen medgörlighet. Kan denna konsekvens utgöra ett hinder för medinflytande från vårdtagarnas sida? Från samhället ställs allt högre krav på brukarinflytande bland annat inom äldreomsorgen och paradoxen blir tydlig då teorier tas fram om att ömsesidighet, balans och reciprocitet är det som bygger tillfredsställande vänskapliga relationer. Eftersom man som gammal förlorar resurser, exempelvis rörlighet och hörsel, som krävs i ett balanserat utbyte mellan människor, blir det svårare att upprätthålla dessa reciproka relationer (Antonucci & Jackson, 1987). *Det sociala sammanbrottssyndromet* som bland andra Thornstam (2005) skriver om är en process som möjligen också kan ställa till problem vad gäller brukarinflytande. Vårdpersonal som för de institutionaliserade människorna blir signifikanta andra kan antas utveckla stereotypa rollförväntningar gentemot de äldre. Fysisk skröplighet kopplas samman med mental sådan och en stämplingsprocess är igång och ger en bild av den äldre som mentalt och fysiskt inkompetent. I värsta fall internaliserar ”den gamle” dessa förväntningar och låter sig behandlas därefter (ibid.). Individerna ser sig själv som mentalt skröplig vilket i sin tur kan ge konsekvenser när det kommer till framförandet av önskemål och inflytande.

1.2 Syfte och frågeställning

Det övergripande syftet med uppsatsen är att undersöka huruvida brukarinflytande är möjligt på gruppboenden för gamla samt att fördjupa förståelsen av äldre människor och deras leverne på institution. Har vårdtagare på ett äldreboende möjlighet att bestämma över sin vardag? Är det möjligt med tanke på den beroendeställning vårdtagaren befinner sig i? Är det möjligt och önskvärt att som vårdtagare förmedla eventuella önskemål?

1.3 Äldre äldre eller den fjärde åldern

Det finns anledning att dela in åldrande människor i grupper eftersom de skiljer sig markant åt. Alla är vi ju åldrande människor men i denna studie kommer fokus att ligga på de så kallade " *äldre äldre*" eller som de även kallas: människor i "*fjärde åldern*". När jag inför uppgiften tagit mig igenom aktuell litteratur märkte jag en tendens att använda termen äldre människor utan att specificera åldern. Vissa, kom jag fram till, menade personer över 65 år men enligt min åsikt blir det en alldeles för stor grupp som i sin tur måste delas upp. Då fann jag användbara begrepp som "tredje och fjärde åldern". Den tredje åldern är tiden från man har slutat arbeta och den tid man i stort sett klarar sig själv och den fjärde åldern utgör den tid då människan är beroende av andra för att klara sig och/eller är mycket skröplig (Laslett, 1991).

2. Bakgrund

2.1 Vad innebär åldrandet?

Eriksons (2004, sid 126, 130) insikt om det slutgiltiga stadiet i livscykeln med hjälp av personer som är över 80 och 90 är:

"Till och med de mest välskötta kroppar börjar försvagas och fungerar inte som förr. Trots alla försök att bevara styrka och kontroll, fortsätter kroppen att förlora sin autonomi....."..."I och med att oberoende och kontroll hotas, försvagas självkänslan och självförtroendet. Hopp och tillit, som en gång var ett kraftfullt stöd, är inte längre samma styrkekälla. Att mota bort förtvivlan med tro och tillbörlig ödmjukhet är kanske det klokaste."

"Den verksamhet som var en så betydelsefull drivkraft när du var i 40-årsåldern, är nu ett minne som knappt kan levandegöras. Du var stolt över din kompetens. Vilken energi! Detta trängande behov av verksamhet har försvunnit, och förmodligen är det en välsignelse eftersom du faktiskt inte längre är stark nog för att hålla samma takt som då."

Dessa två citat ur Eriksons "Den fullbordade livscykeln" (2004) kan hjälpa mig att till viss del förstå ålderdomen och dess innehåll och förhoppningsvis även vara till nytta vid mina besök bland de äldre äldre på institutionerna.

Stig Berg (2007) talar om det biologiska åldrandet som innebär en nedgång av funktion och kapacitet i celler, vävnader, organ och organsystem hos människan. Hjärtats och blodkärlens åldrande medför en något försämrade prestationsförmåga. Detta skiljs ifrån de förändringar som med stigande ålder beror på sjukdom. De normala förändringarna som sker med lungorna under åldrandet kan minska den fysiska prestationsförmågan. Med stigande ålder sker även förändringar i lederna, men även belastningsskador kan leda till smärtor och minskad rörlighet. När det gäller muskelfunktionen innebär åldrandet en nedgång i styrka, uthållighet och koordination. Hjärnans funktion tycks inte påverkas särskilt mycket av åldrandet, det är först vid demenssjukdom som en större del av nervcellerna förstörs. Förändringar när det gäller syn och hörsel under åldrandet är vanliga. Påverkar dessa fakta hur en människa lever sitt liv på äldre dagar, det sociala livet? I så fall hur?

3. Tidigare forskning

Under hösten 2008 genomförde Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen årets brukarundersökning inom vården och omsorgen om äldre. När det gäller brukare i äldreboenden skickades ca 57 000 postenkäter ut och man fick en svarsfrekvens på 61 procent. Syftet var att undersöka hur brukare upplever vården och omsorgen och i vilken utsträckning insatserna motsvarar brukarnas behov. Här ställdes bland annat två frågor gällande inflytande. Ur sammanställningen kan utläsas att kvalitetsfaktorernas indexvärde när det kommer till inflytande hamnade i skalan 0 till 100 på 62 när man sammanställt resultaten från samtliga kommuner. Även om svarsfrekvensen inte var så hög som man önskat (dvs. tillförlitligheten kanske inte är den högsta) säger siffran en del om den generella åsikten (Socialstyrelsens rapport januari 2009, brukarundersökning vård/omsorg).

3.1 *Autonomi*

Någonstans strävar vi alla efter autonomi, vi mår som bäst när vi styr vårt eget liv och inte är beroende av andra för att leva. För de flesta av oss, inte minst för de som på något sätt är beroende av andra för att klara sin vardag, är valmöjligheter fundamentala för att uppnå fullt medborgarskap, social inkludering och mänskliga rättigheter (Morris, 2006). Att ha valmöjligheter och därmed kontroll är viktigt för att uppnå självständighet och medborgarskap (ibid.). Förmågan att använda sig av olika valmöjligheter är central när det gäller självständighet (Parry et al. 2004). Att vara "självständig" behöver dock inte innebära att man utför något på egen hand. Funktionshindrade människor har associerat autonomi med kapaciteten att välja och kontrollera snarare än med fysisk självständighet (Glendinning, 2008). Oberoende och självständighet refererar inte till någon som kan utföra allting på egen hand utan indikerar snarare någon som har förmågan att ta kontroll över sitt liv och att välja hur det egna livet ska levas (Barnes, 1991). Således kan man skilja på autonomi uppnådd av beslutstagande respektive av utförande (Boyle, 2005). Beroende av andra för att utföra intima uppgifter och ett beroende av en bilmekaniker för att serva bilen är inte detsamma (Morris, 2006). Det kan vara svårt att upprätthålla värdigheten när man blir matad med sked eller får kroppen tvättad av någon annan. Att vara naken skapar sårbarhet (Twigg, 2000). Att kunna välja och bestämma hur och av vem sådan assistans utförs är därför avgörande när det gäller att försöka lindra sårbarheten som skapas av denna ojämlika maktrelation (Glendinning, 2008). Möjligheten att välja och att ha kontroll över sitt liv är en vanlig önskan bland gamla människor (ibid.). Dock är det så att vissa grupper av äldre och funktionshindrade människor upplever det problematiskt med att välja och kontrollera. De kanske saknar kunskap och/eller är mindre talföra konsumenter (av tjänster) och kan av olika anledningar uppleva det svårt, om inte omöjligt att uttrycka sig och göra val (Glendinning, 2008). Funktionshinder, kronisk sjukdom och svaghet i hög ålder skapar ofta ett ständigt behov av assistans och stöd och således upprepade kontakter med vårdgivare. I en sådan process finns det kanske inte utrymme för att ständigt förhandla och omförhandla när omständigheter hela tiden ändras. Detta gör det problematiskt att teoretisera kring och praktisera olika valmöjligheter. Ofta görs kanske ett visst val för att inte sätta en pågående god relation på spel (ibid.).

3.2 Anhörigas betydelse och sociala nätverk

Jag vågar påstå att sociala relationer påverkar oss människor, vår personlighet och vår självbild vare sig vi vill eller inte. Nätverket blir en del av individen. Genom klinisk erfarenhet och teoretiska utgångspunkter vet man att vi människor har ett fundamentalt behov av närhet och intimitet och att förmågan att forma sådana relationer utgör själva grunden för all fortsatt social utveckling (Tornstam, 2005). Att vara medveten om sin existens i någon annans tanke- och känslvärld är oerhört betydelsefullt för människan och att etablera och bibehålla sådana mellanmänskliga relationer utgör livets huvudfråga från födseln till graven (ibid.).

Forskare har definierat sociala nätverk som den uppsättning människor som genom vilken en individ upprätthåller sin sociala identitet, får materiell hjälp och/eller emotionellt stöd, får information och hjälp med att skapa kontakter med den övriga omgivningen (Dehlin et al. 2000). Många studier kring det sociala nätverkets betydelse gjordes på 1960- och 1970-talen. Då fanns en generell uppfattning om att kärnfamiljen övergivit de äldre och flyttat dem till olika institutioner och om att de äldre blivit isolerade från kärnfamiljen. Forskningen kunde dock visa att fallet inte är så (ibid.). Äldre människor är inte övergivna av sina familjer (Dehlin, 2000 ref till Odén 1993). Däremot fann man att de flesta äldre föredrar intimitet på avstånd dvs. de önskar inte bo med den yngre generationen men däremot ha täta kontakter och frekvent utbyte av stöd (Dehlin 2000 ref till Rosenmayr & Köckeis, 1963).

Senare studier av socialt stöd har fokuserat mer på sambandet mellan sociala kontakter och välbefinnande (Dehlin et al, 2000). Cohen och Syme (1985) visade att det fanns många bevis för positiva samband mellan socialt stöd och mental hälsa samt mellan social hälsa och dödlighet (ibid.). Idag vet man att det både finns negativa såväl som positiva aspekter av socialt stöd. Under den period av åldrandet då stödbehovet ökar i takt med hälsoproblemen är socialt stöd av särskilt intresse (Dehlin et al, 2000). Familjenätverket är en påvisat fundamental stödresurs för de äldre även när hälsotillståndet försämras. I rangordning är det äktenskapspartnern som utgör den viktigaste källan till socialt stöd följt av barnen och därefter andra personer i nätverket såsom släkt. Slutligen kommer övriga vänner (ibid.). Offentliga stödinsatser värderas dock även högt i de skandinaviska länderna (Dehlin, 2000 ref till Daatland, 1999).

Vänskapsrelationer betyder mycket för välbefinnandet under ålderdomen (Tornstam, 2005). Även om familjerelationerna är viktiga visar dock en del studier att relationerna till vänner utanför familjen kan vara än viktigare för välbefinnandet. Skillnaden ligger i att relationerna inom familjen innebär ett visst obligatorium medan relationerna vänner emellan är mer av frivillig karaktär (ibid.). Anhöriga och vänner har alltså en mycket stor betydelse för äldre totalt sett. Ofta utgör samhället och de anhöriga två parallella system när det gäller hjälp och vård (Berg, 2007). Samhällsstödet består ofta av mer omfattande och personlig hjälp medan familjen hjälper till med inköp, post- och bankärenden etc (ibid.).

På senare tid kan det konstateras att det skett en minskning av offentlig hjälp och en överföring av arbete till anhöriga (Johansson m. fl. 2007). I Sverige kan man säga att anhöriga blivit ett substitut för bristande samhällshjälp. I lagstiftningen finns en tyngdpunkt på den enskilde individen, dennes ställning och autonomi samt på att anhöriga inte har vård- och omsorgsskyldigheter. Trots detta visar praxis en refamilisering, d.v.s. att familjeansvaret för äldres vård och omsorg är återinfört.

4. Teoretiska ramar

4.1 Aktivitetsperspektivet vs disengagemangsteorin

Det finns två teoretiska perspektiv som haft stor betydelse inom den socialgerontologiska forskningen, dess inriktning och utveckling (Tornstam 2005). *Aktivitetsperspektivet* utgör den ena vilket snarare är ett synsätt än en teori. Detta synsätt kan jämföras med min ovan nämnda förutfattade mening om att människan även på ålderns höst måste och vill leva aktivt. Ända sedan den socialgerontologiska forskningen startade baserades den på antaganden om att aktivitet är en förutsättning för ett gott åldrande (Tornstam 2005). Det antogs att den åldrande människan har samma behov och önskningar som vid medelåldern och att det därför är viktigt med aktiv social samvaro med andra människor. Dessutom borde det vara av betydelse att ha en fortsatt syn på sig själv som en behövd och betydelsefull människa samt att ersätta yrkesrollen med nya aktiviteter. För att motverka de olika förluster som medföljer åldrandet krävs att hålla sig så aktiv som möjligt. När *disengagemangsteorin* presenterades 1960 av Cumming m.fl. fick det ovan beskrivna

synsättet sitt namn; aktivitetsteori och hade fram tills dess varit det enda synsättet inom socialgerontologi (Tornstam, 2005). Disengagemangsteorin blev ett försök till att förklara varför äldre människor minskar sitt samhälleliga deltagande (Jönson, 2002). I den nya teorin antogs att man som åldrande inte har samma behov och önskningar som tidigare utan att det i människan finns en nedärvd drift att lösgöra sig från samhället (Tornstam, 2005). Att samhället i sin tur stöter ut de gamla anses gå hand i hand med denna drift. Successivt skärs banden av mellan individen och samhället och detta är en oundviklig men också funktionell process. Individen lösgör sig ifrån samhället som en förberedelse inför döden vilket är förenat med tillfredsställelse och inre harmoni eftersom det är den naturliga processen. Disengagemangsteorin innefattar olika hypoteser; en säger att alla samhällen på ett eller annat vis skjuter gamla människor åt sidan. Pensioneringssystemet i västvärlden kan ses som exempel på utstötningsmekanism. En annan säger att individen själv spontant drar sig tillbaka sig från samhället och här talar vi om två olika typer av disengagemang, nämligen psykologiskt och socialt disengagemang. Socialt disengagemang vilket är lätt att observera, innebär att interaktionen mellan den åldrande individen och andra individer avtar. Inte så lätt att observera är det psykologiska disengagemanget som syftar på att den åldrande individen upphör att i psykologisk mening intressera sig för människor och händelser i omgivningen. Dessa två typer av disengagemang förekommer både kopplade till varandra och oberoende av varandra. Disengagemangsteorin får visst stöd när man ser på hur en del människor förändras under ålderdomen, då det finns en del äldre som drar sig tillbaka på det sätt som teorin beskriver. Att tillbakadragandet är nödvändigt som disengagemangsteorin menar finns det dock inte bevis för. Att den åldrande människan drar sig undan skulle även kunna förklaras med yttre omständigheter som beskrivs i *det sociala sammanbrottssyndromet* (ibid.).

4.2 *Det sociala sammanbrottssyndromet*

Zusman (1966) beskrev en process genom vilken individens sociala miljö kan interagera med hans/hennes självuppfattning för att producera en nedåtgående spiral. Modellen använde Zusman för att visa hur mental sjukdom och mental hälsa står i direkt relation till den psykosociala miljön och modellen kan även användas för att förklara en del av åldrandets konsekvenser (Tornstam 2005). Sammanbrottssyndromet innebär till en början att det finns

en grundförutsättning eller ökad mottaglighet för ett socialt sammanbrott. Med åldrandet kommer en serie rollförluster/rollförändringar som medför bland annat oklara rollförväntningar och detta tillsammans bäddar för ett sammanbrott. Individen blir mer beroende av nya signifikanta andra för att validera uppfattningen om sig själv. Till dessa hör ofta negativa stereotypa rollförväntningar mot de äldre. I värsta fall internaliserar individen dessa förväntningar och identifierar sig själv i negativa termer vilket ytterligare ökar mottagligheten för ett socialt sammanbrott. Ett exempel kan vara då en äldre person läggs in på sjukhus – individen blir beroende av nya samspelsrelationer för att validera sin självuppfattning. Vårdpersonal som kan tänkas koppla samman fysisk skröplighet med mental sådan bidrar till en stämplingsprocess som gör att den äldre individen ses som inkompetent både fysiskt och mentalt. Personen tar sig an rollen som sjuk och otillräcklig och låter sig därav behandlas som ett litet barn. Eftersom patienten inte förväntas klara av egen hygien m.m. görs detta åt honom/henne och dessa färdigheter avtrubbas successivt. Pga. hur den äldre nu identifierar sig som gammal och sjuk förväntar hon/hon sig också att omgivningen ska behandla honom/henne som sådan och spiralen är igång (ibid.).

4.3 Gerotranscendensteorin

Denna teori har utvecklats av Lars Tornstam som ett alternativ till disengagemangsteorin. Som ett alternativ till uppfattningen att åldrandet utgör en fortsättning på medelålderns ideal och aktivitetsmönster. I teorin görs antagandet om att ålderdomen har sin alldeles egen mening och den beskriver en utveckling bortom den gamla dualismen av aktivitet eller disengagemang. Här är det fråga om ett tillstånd med ny syn på tillvaron, det egna jaget och på medmänniskorna. Tornstam menar att vi kan se det som att vi blir mer och mer lika en zenbuddist när vi åldras. Vi blir mer och mer transcendenta och vissa av oss når kanske en hög grad av transcendens. En ny värld öppnar sig där verkligheten inte är densamma som tidigare, den är annorlunda definierad. Som barn lever vi i ett transcendent tillstånd där gränserna mellan då, nu, jag, du, fantasi och verklighet är flytande och kanske är detta ett tillstånd som återkommer när vi åldras. Gerotranscendensen innebär dock inte att vi blir barn på nytt utan här innefattas all den erfarenhet vi tillskansat oss under livets gång. Processen mot gerotranscendens är instinktmässig och transkulturell men modifieras av de kulturella särdragen. Processen är kontinuerlig men kan bromsas och skyndas på av yttre

faktorer därför finner vi många olika grader av gerotranscendens hos gamla människor. Exempel på faktorer som kan accelerera processen kan vara en livskris och något som bromsar kan vara särdragen i vår kultur. Följande perspektivförskjutningar i riktning mot gerotranscendens kan antas bestå i:

- *ökad känsla av samhörighet med världsalltet
- *omdefinition av tids-, rums- och objektuppfattningarna
- *omdefinition av förhållandet mellan liv och död samt minskad rädsla för döden
- *ökande känsla av samhörighet med tidigare och kommande generationer
- *minskat intresse för ytliga sociala relationer
- *minskat intresse för materiella ting
- *minskad självcentrering
- *mer utnyttjad tid för "meditation" och "stilla stunder"

Detta behöver dock inte medföra ett socialt undandragande även om det i vår kultur ofta får dessa konsekvenser då det inte finns några roller och funktioner som harmonierar med det gerotranscendentilla tillståndet. I vår västerländska kultur kan det ofta bli så att processen mot gerotranscendens tolkas som negativt disengagemang och inaktivitet detta eftersom vårt samhälle (inklusive äldreomsorgen) inte kan erbjuda aktiviteter som är i samspel med detta tillstånd. I vår kultur finns det risk att man uppfattas som avvikande, asocial och mentalt störd om man uppvisar de förändringar som det innebär att gå igenom processen mot gerotranscendens. Alla i vårt samhälle "vet" att social aktivitet och en "realistisk" världsuppfattning är det riktiga och det finns inga arenor som passar det gerotranscendentilla tillståndet (Tornstam, 2005).

4.4 Utbytesteori och beroendeställning

Ytterligare en teori som kan vara mig behjälplig i analysen av empirin är den så kallade *utbytesteorin*. Det handlar om människors ömsesidiga givande och tagande som diskuterats

sedan länge. Både Caesar och Kristus har talat om detta och ur sådana källor har begreppet reciprocitet kommit. Här talar man om en ömsesidighet i sociala relationer. I människors samspel finns både rättigheter och skyldigheter, ett givande och tagande, och man förväntar sig att bli återgäldad i proportion till det man givit. De flesta människor mår bäst när denna balans upprätthålls. Roberto (1989) har inom gerontologisk forskning visat att vänskapliga relationer är mer positiva och tillfredställande om balans och ömsesidighet upprätthålls i givandet och tagandet. Antonucci och Jackson (1987) visade i en undersökning att reciprocitet är den enda egenskapen som hänger samman med välbefinnande i ett socialt nätverk. Eftersom man med åldern förlorar resurser och färdigheter som är nödvändiga i ett balanserat utbyte har gamla människor svårare att bibehålla reciproka relationer. Människan som åldras finner sig ofta vara mottagare av nyttigheter och det enda hon/han har att erbjuda för att bli accepterad och få stöd är *medgörlighet*. I en sådan obalanserad utbytesrelation förekommer det att den mer beroende av parterna dvs. den med minst makt att försöka återskapa balansen och ett sätt är *undandragandet* (Dowd, 1975, 1986). Man drar sig helt enkelt ur samspelet för att slippa obehaget med den icke-ömsesidiga relationen. Att i ett utbytesförhållande ständigt vara den som tar emot leder till att denne kommer i beroendeställning. Enligt ett sådant synsätt uppkommer ett maktförhållande till exempel när samhället ensidigt tillhandahåller den service som de äldre efterfrågar/behöver (Blau 1964). Utbytesteorin kan handla om utbytet mellan äldre människor som grupp och samhället i stort men likaväl om då det gäller relationerna mellan enskilda individer (Tornstam, 2005).

5. Metod

5.1 Metod

Jag valde semistrukturerade intervjuer eftersom de möjliggör detaljerade beskrivningar och nyanserade svar." *Kvalitativ forskning har en bra förmåga att hantera invecklade situationer och göra rättvisa åt det sociala livets många nyanser*" (Martyn Denscombe, 2000 min översättning).

5.2 Urval

Jag valde att samla in information om hur verkligheten ser ut genom att besöka, träffa och intervjua 6 vårdtagare på 3 olika äldreboenden samt verksamhetschef för respektive enhet. Alltså en kvalitativ metod. Att det blev just 6 vårdtagare var av den anledningen att jag från början fick rådet 6-8 respondenter av min handledare och när de 6 intervjuerna var genomförda ansåg jag att inte fler behövdes då svaren antydde att variationen inte var så stor trots vitt skilda individer. Till en början var det av olika anledningar svårt att få till möten. Det handlade om tidsbrist från verksamhetschefernas sida, att man var ny i tjänst eller att man inom kort skulle byta tjänst. I några andra fall handlade det om sjukdom och att man helt enkelt inte ville. Det var verksamhetscheferna som efter telefonsamtal med mig valde ut och tillfrågade personerna som blev aktuella för intervju. Åldrarna på de tre äldreboendena gick från 85 år och uppåt med enstaka undantag. Det faktum att jag inte vet hur eller varför just de äldre jag fick träffa valdes/tillfrågades kan ha påverkat resultatet. En av intervjupersonerna var man och resten kvinnor, detta kan ev. bero på att två tredjedelar av de som bor i särskilda boendeformer är kvinnor (Berg, 2007).

Då de tre första intervjuerna bokades in från en dag till nästa hann jag aldrig införskaffa apparat för inspelning av intervjuerna som min handledare rekommenderat. Jag valde sedan att fortsätta utan. Detta finns det såväl för- som nackdelar med. Fördelen för mig är den att utan apparaten behöver jag inte koncentrera mig på det tekniska och om talet hörs eller inte. Vidare finns det risk att respondenten hämmas av att samtalet spelas in och att det hela blir onaturligt. Dock antecknade jag istället under tiden och framför allt gick jag igenom och renskrev allt material medan det fanns färskt i minnet. En nackdel är att jag fick färre och kortare citat att använda.

5.3 Genomförande

Intervjuerna som skulle genomföras skulle troligen enligt både mig och min handledare ge bäst resultat om de genomfördes mer som ett vanligt samtal som inte var för styrt av mig som intervjuare. Önskvärt var att respondenterna så mycket som möjligt skulle utveckla sina egna tankar och synpunkter. Därmed skiljer sig svaren åt ibland, tyngdpunkten läggs på olika teman och olika personer utvecklar svaren och tolkar innebörden i frågorna på skilda sätt. Enligt min uppfattning gör detta öppna sätt att intervjua att personen bakom svaren

tydliggörs bättre. Jag försökte dock bestämma mig för vad jag ville ha ut av intervjuerna och vad syftet med undersökningen var. Detta för att finna teman att använda för att få struktur i mötena och samtalen med vårdtagarna. Intervjuerna ägde rum på respektive boende och i respektive respondents rum. I ett fall fick jag direktiv om att jag skulle sitta till vänster då respondenten hade bäst hörsel på det örat. Samtliga av de äldre hade nedsatt hörsel och det krävdes att tala högt och tydligt. Det kändes onaturligt till en början men fungerade bra. Vi började med att bekanta oss lite med varandra genom. Jag presenterade mig och berättade varför jag kommit och ville samtala. I flera utav tillfällena ställde respondenterna frågor av privat karaktär varpå jag gärna berättade hur gammal jag var, var jag bodde och om min familj. Detta ser jag som en positiv inledning eftersom det öppnade upp för att bli en mer avslappnad stämning. Någon direkt intervjuguide använde jag mig inte av utan huvudfrågan var "hur kan en dag här på hemmet se ut?". Nedtecknat hade jag några stödfrågor utifall samtalet saknade flyt. Dessa frågor flikade jag in här och var för att styra upp och få materialet jämförbart. Dock fanns minimalt behov av detta då samtliga respondenter berättade om göromålen från morgon till kväll på ett mycket snarligt sätt. Det föreföll uppskattat med någon att tala med då vi i samtliga fall höll på i över en timme och kunde fortsatt om respondenterna (och jag) fick välja. De berättade om mycket och innan vi avslutade hade vi ofta kommit in på historier från förr och om familj.

5.4 Bearbetning och analys

Analysen av materialet har gjorts utifrån de teoretiska referensramar jag haft, det vill säga disengagemangsteorin, utbytesteorin, teorin om gerotranscendens och teorin om det sociala sammanbrottssyndromet samt utifrån tidigare forskning som är nära besläktad med ämnet för uppsatsen. I sammanställningen har jag citerat några av respondenterna då det enligt min åsikt ger läsaren möjlighet att tolka det som sägs. I presentationen av det insamlade materialet har jag ansträngt mig för att inte låta min egen förförståelse färga samt försökt få med olika infallsvinklar. I analysen har jag försökt redovisa tema för tema, vad jag fått fram och hur jag ska förstå det.

5.5 Tillförlitlighet och förförståelse

Det faktum att relativt få vårdtagare tillfrågats kan naturligtvis ställa till svårigheter när det gäller att dra generella slutsatser. Resultatets tillförlitlighet kan också ha påverkats av min egen förförståelse. Mina egna uppfattningar har påverkat tolkningen av svaren och därmed reliabiliteten i undersökningen. Det är svårt att som "forskare" gå in i en undersökning utan några som helst åsikter och förutfattade meningar. Viktigt är dock att vara medveten om att dessa existerar och att de troligen färgar resultatet på ett eller annat vis. När jag valde ämne hade jag som beskrivits ovan en uppfattning om hur det var att leva i ett kollektivt vårdboende och hur vårdtagarna kände men denna förförståelse föreföll för mig felaktig när jag tagit del av respondenternas åsikter. I övrigt hade jag en uppfattning om att "våra gamlingar" på äldreboendena måste aktiveras och att det bör finnas ett stort utbud av aktiviteter som vårdtagarna själva valt ut. Jag såg en bild framför mig med inaktiva, ibland något apatiska gamla människor som bara sitter och inte blir stimulerade av något. Denna bild bekräftades när jag kom ut till boendena men följdes av förklaringar och infallsvinklar vilka jag tidigare inte tänkt på eller vetat om. Hur intervjupersonerna valts ut och varför det blev just dessa vet jag inte. Härtill kan ett resonemang föras kring tendensen till medgörlighet som det talas om i utbytesteorin. Kan det vara så att de ställt upp för att inte sätta sig emot utan helt enkelt för att de vill vara medgörliga? Detta är fullt möjligt. Dock verkade ingen besvrad under samtalen eller på något annat sätt missnöjda med att ha blivit tillfrågade. En av damerna verkade tveksam till att hon kunde bidra med något men talade ändå fritt och med ett leende på läpparna. En annan var en mycket bestämd dam där jag hade svårt att känna av någon beroendeställning och därmed medgörlighet. Hon talade om för personalen hur allt skulle vara och var inte rädd för att säga ifrån.

5.6 Etiska överväganden

Att ställa upp som respondent var helt frivilligt. När kontakt med verksamhetsansvariga togs fick de information kring ämnet och om vad materialet skulle användas till. Dessa ansvariga på respektive institution kunde därmed informera de tillfrågade. Innan jag begav mig iväg ut med mitt frågematerial funderade jag över vart jag skulle. Institutionerna är respondenternas hem och de bör givetvis mötas med största respekt. Vid själva

intervjutillfällena presenterade jag mig och berättade vart jag kom ifrån, mitt syfte med samtalen och informerade om att inga namn kommer att användas i presentationen. Insamlat material kommer heller inte att användas i andra sammanhang. Innan vi började vårt samtal påpekade jag att vi bryter om och när respondenten vill och/eller behöver. För att öppna upp möjlighet att tillägga något till det vi talat om avslutades varje samtal med att respondenten fick frågan om det var något vi glömt eller om han/hon ville tillägga något. Sammanfattningsvis efterstävade jag öppna frivilliga möten med respektfull ton och naturliga samtalsämnen.

6. Resultat och analys

6.1 Behov av vård och val av äldreomsorg

Samtliga respondenter kom till de olika gruppboendena på inrådan av anhöriga och/eller läkare då de inte längre ansågs klara sig hemma själva. De var själva införstådda med det behov som uppstått och ingen av dem tyckte det var speciellt svårt att flytta rent känslomässigt. Samtliga menade att det så klart var bättre att bo hemma och några kunde sakna det ibland men alla finner sig i sin nuvarande situation med sitt nuvarande boende och menade att det inte fanns något val. "Man får trivas" var en fras som användes av tre av respondenterna. En utav damerna nämnde att hon tyckte det kändes konstigt med alla tider som ska hållas exempelvis när det gäller måltiderna. Två av de äldre hade önskat att få komma till just det aktuella boendet och fått plats. De övriga hade tagit den plats som först blivit ledig och som erbjöds och hade inga direkta preferenser.

6.2 En dag på hemmet..

För att få ett flyt i samtalen och få det så öppet som möjligt utan att fiska efter speciella svar bad jag var och en att beskriva hur en typisk dag ser ut på boendet. Jag fann att rutinerna för respondenterna på de olika boendena var väldigt lika. Dagen börjar med morgonbestyr på rummet med mer eller mindre hjälp från personalen. Någon behövde bara väckas och ses till något men de flesta behövde hjälp med allt från att ta på stödstrumpor till att sköta hela hygien i badrummet samt påklädningen. En utav damerna bäddade själv så gott hon kunde men de övriga fick hjälp med detta. Att samtliga på något sätt får hjälp med de dagliga

rutinerna är ju i sig inte så konstigt, det var ju därför de behövde ett vårdboende. Dock kan fenomenet kanske delvis förklaras med hjälp av det sociala sammanbrottsyndromet. De gamla förväntas vara skröpliga och inte klara sig själva – åldringarna tillskriver sig själv sådana egenskaper och låter sig behandlas därefter. Färdigheter man tidigare hade avtrubbas successivt. Å andra sidan känns det naturligt att förklara situationen med att människokroppen faktiskt ofta försämras funktionsmässigt under åldrandeprocessen vilket bland andra Stig Berg (2007) talar om. På samtliga boenden serveras frukost mellan vissa tider, dock nämner den enda mannen bland respondenterna att alla inte äter samtidigt, det beror på när man stiger upp. En utav damerna som är 94 år gammal berättar att hon är ständigt väldigt trött och att hon brukar sova till elva. Då får hon hjälp med hygien och påklädning och sedan får hon kaffe och smörgås. Väl i matsalen sätter man sig till bords och blir tillfrågad vad som önskas till frukost. Personal hämtar sedan en bricka med maten. Det verkar som om man får det man önskar, dock finns det synpunkter som tas upp. På ett av boendena serverades tidigare gröt varje morgon och det var alltid några som tog. Sedan en tid kokar man inte gröt längre då det tar för mycket tid i anspråk. En dam tyckte att smörgåsarna var för små och en annan önskade mer rostad bröd. När frukosten är avklarad går alla tillbaka till sina rum utom en av respondenterna som vid alla lediga stunder åker en våning ner till en väninna. Tre av respondenterna lägger sig och vilar en stund fram till lunch och de resterande två läser något eller lyssnar på radio. Inga särskilda aktiviteter brukar erbjudas på förmiddagen. Någon gång mellan tolv och halv ett serveras middag på samtliga av boendena. På samtliga tre boenden är maten på menyn förutbestämd sedan länge och för lång tid framöver. På ett av boendena anordnas matråd fyra gånger per år där vårdtagarna kan lämna synpunkter på matsedeln och på ett annat träffas två från personalen och två boende regelbundet för att planera maten. Det är endast på det senare all mat lagas på plats. De övriga boendena får maten levererad. Samtliga respondenter har synpunkter när det gäller maten och är inte helt nöjda men många av dem tycker ändå att måltiderna är höjdpunkten på dagen och verkar bry sig på ett eller annat vis om vad som serveras och hur. Även när det gäller detta samtalsämne menar de flesta att man får finna sig. En dam som är 87 år gammal och har bott på ett av boendena i ca 1 ½ år säger att hon inte är överförtjust i maten och att det inte alls är som hemlagat men hon gör inget väsen av det. Hon säger att "man ska inte klaga". "Man kan inte begära för mycket" säger hon och tycker att man får äta den mat som lagas. En utav de boende på Visheten säger att hon för

det mesta tycker om maten men att det är i minsta laget ibland. Hon blir inte riktigt mätt alltid. Sammanfattningsvis har de flesta något att säga om maten men verkar inte vilja framföra sina synpunkter till personal eller annan på boendet. Hur kan jag förklara detta? Är det en generationsfråga och/eller kanske en fråga om uppfostran att hålla tillbaka sina åsikter? Eller finns det någon annan tänkbar anledning? En möjlig förklaring fick jag när jag samtalade med verksamhetschefen på ett av boendena. Hon menade att det handlar om att vårdtagarna faktiskt står i *beroendeställning* till personalen och den omvårdnad den ger. "Man tar det som bjuds och vill inte stöta sig med någon" säger hon. Den som någon gång exempelvis har varit inlagd på sjukhus känner säkert igen känslan av att var ganska "liten" i sammanhanget. Sannolikt är det samma känsla för våra vårdtagare. Denna förklaring får jag stöd för och utvecklas i *utbytesteorin*. Då man befinner sig i beroendeställning har man inte så mycket att erbjuda den som man är beroende av, dvs. balansen i det ömsesidiga givandet och tagandet som är en del av den sociala relationen kommer i rubbning. Det enda vårdtagaren då har att erbjuda är *medgörlighet* vilket kanske kan innebära att åsikter och önskemål inte framförs pga. en rädsla att försvåra arbetet och därmed relationen.

6.3 Tankar kring måltiden

Att ämnet måltider väcker något hos alla respondenter råder det ingen tvekan om. Som orsak till detta kan jag inte bara se att maten är nödvändig för oss för att överleva men även att maten är förknippad både med vardag och med fest. Med maten visas omtanke och det mesta kan uttryckas med måltider (Thorslund, 2006).

6.4 Fortsättning på dagen..

Vidare kommer eftermiddagen och då är det några som sitter kvar i matsalen och samtalar lite med någon granne. Någon går till rummet och lyssnar på radio, någon sover och någon får komma ut en sväng med hjälp av personal. På samtliga boendena erbjuds ibland aktiviteter som bingo, lästund, musik, gudstjänst mm. "Allt man gör går så långsamt när man är gammal så det hinns inte med så mycket mer än de vanliga rutinerna", säger en utav damerna som är hyresgäst på ett boende sedan två år. Allt tar sin tid. Annars brukar hon delta i mycket av det som erbjuds. Övriga respondenter deltar då och då men avböjer många gånger. "... man trappar ju liksom ner när man blir gammal", säger mannen jag intervjuat när vi talar om vad han gör på dagarna. Att kroppen och dess förmågor förändras med stigande

ålder kan här bidra som förklaring till viss "inaktivitet". Då olika kroppsformer försämrats kan en tillsynes vardaglig och enkel rutin komma att ta lång tid i enlighet med Stig Bergs (2007) redogörelse för det biologiska åldrandet som medför funktionsnedsättningar. Mannen som menar att "man ju liksom trappar ner när man blir gammal" kan för mig som letar efter svar kring åldrandet utgöra förklaring eller belägg för flera av tidigare presenterade teorier. Gerotranscendensteorin på så sätt att en individ tillhörande den fjärde åldern upplever minskat intresse för ytliga sociala relationer samt materiella ting. Individerna föredrar "stilla stunder" och det finns helt enkelt inte aktiviteter och funktioner i vårt västerländska samhälle som harmonierar med detta tillstånd. Fenomenet att "trappa ner" kan också passa in i teorin om disengagemang enligt vilken den åldrande individen inte har samma behov och önsningar som tidigare utan att det i människan finns en nedärvd drift att lösgöra sig från samhället.

Eftermiddagskaffe serveras på samtliga inrättningar ungefär vid samma tid och kvällsmålet serveras klockan fem. De flesta av de äldre drar sig tillbaka till sina rum efter kvällsmaten och ser en stund på tv, läser och gör sig i ordning inför natten. De som vill och några som har diabetes får en extra smörgås innan sänggåendet. De likartade svaren när det gäller aktivitet och sysselsättning mellan måltiderna anser jag till viss del kunna förstås med hjälp av disengagemangsteorin men också av teorin om gerotranscendens samt det sociala sammanbrottsyndromet. Vårdtagarna berättar själva att de oftast är på sina rum och ute i allrummen ser jag många som sitter för sig själv. Givetvis kan dessa teorier inte passa in på alla individer och det finns säkerligen olika grader av dessa fenomen. Men för att på något vis försöka mig på att förklara varför åtminstone en del gärna drar sig tillbaka och kanske inte samtalar så mycket och länge med andra vill jag använda mig av en blandning av dessa teorier. För mig låter det rimligt att ett visst disengagemang kommer med åren och att det är en del av livet. Disengagemangsteorin innefattar bland annat ett avtagande intresse för sociala relationer samt att mer tid utnyttjas för stilla stunder vilket respondenternas tillbakadragande kan associeras med. Den kvinna som tillsynes är den mest skröpliga av de gamla jag träffar är densamma som inget hellre vill än att "Herren" ska komma och hämta henne. Hon menar att hon har gjort sitt här på jorden och hon är inte rädd för vad komma skall - tvärtom. Med en sådan uppfattning förefaller disengagemang vara en förberedelse. Dessutom är hon trött och orkar inte rent fysiskt vara aktiv. Teorin menar att synen på livet

och döden förändras och att rädslan för döden avtar. Aktivitetsperspektivet som beskrivits tidigare och som jag själv tänkte var det enda sättet att se på åldrandet, insåg jag efter dessa besök måste gälla i första hand för de ”yngre äldre”. De ”äldre äldre” som ju är de som utgör majoriteten på våra äldreboenden har kommit till en annan fas i livet och dessutom är de som får plats på vårdboendena uppenbarligen och enligt verksamhetschefen på ett av boendena i så pass dåligt skick att de inte kan vara så aktiva. Många är dementa och andra har fysiska åkommor. Många gånger är det tillräckligt med små aktiviteter som ett samtal på tu man hand eller att få naglarna målade menar samma verksamhetschef och dessa små aktiviteter vad de än må vara kan vi bli bättre på. Det gäller att personalen har en fingertoppskänsla och kan läsa av vad som kan vara lämpligt och när.

Även då teorin om gerotranscendens blivit kritiserad av bland andra Jönson och Magnusson (2001) anser jag mig finna delar som är lätta att ta till sig som förklaring på visst beteende på ”gamla dar”. Jag tolkar Tornstams teori annorlunda än vad jag uppfattar att kritikerna gör. Tornstam använder liknelsen med en zenbuddist för att försöka beskriva ett tillstånd och menar inte att vi bokstavligen blir som upplysta zenbuddister när vi åldras vilket han också poängterar. Möjligen kan teorin uppfattas som ett sätt att försköna ålderdomen och dess medföljande vishet och i så fall kanske det är vad vi människor behöver, en tro på något positivt och välgörande för att minska oron kring det vi inte vet så mycket om. Den vetenskapliga grunden i teorin är dock svag och såväl som de andra teorierna kan denna inte ensam utgöra den enda sanningen utan kan enligt min åsikt utgöra en möjlig väg att gå som gammal. Teorin förser personal som arbetar med gamla med en ny förståelse för inaktiviteten bland äldre (Jönson & Magnusson, 2001). De som inte vill delta i aktiviteter kanske är transcendentare snarare än deprimerade individer(ibid.).

Det sociala sammanbrottssyndromet och stämplingsteori kan sprida ytterligare ljus över det faktum att det tillsynes förekommer en viss inaktivitet hos en del individer tillhörande den fjärde generationen. Samhället är så uppbyggt att de som får plats på äldreboenden är de som inte kan klara sin vardag själv och behöver hjälp med vissa eller alla rutiner. Detta internaliseras hos vårdtagarna, de förväntas inte kunna göra så mycket och agerar därefter. Tidigare färdigheter avtrubbas och individen blir således successivt mer inaktiv.

Samtliga respondenter tyckte generellt att personalen var vänlig. Hälften menade dock att det var för stor omsättning och för många olika vikarier. Det går inte att lära känna dem på så kort tid och de verkar inte ha någon vidare kommunikation med varandra. En utav damerna tog dock saken i egna händer och informerade noggrant om vad som ska göras och hur, "hur ska de annars veta?" menade hon. De övriga ville inte ställa till besvär genom att klaga och göra något väsen utan de finner sig i situationen som den är. En utav damerna säger att "man får vara nöjd med den hjälp man får och jag har full förståelse för personalen att de har det tufft ibland och kanske blir trötta på oss, man kan inte begära så mycket". Den äldsta utav respondenterna berättar spontant att hon vid ett tillfälle kommit på kant med en anställd och jag förstår det som att det känts mycket jobbigt för henne och att det trots en god stämning idag grämer henne lite fortfarande. "Vi gamla får finna oss i lite av varje, säger hon". Här kan jag återigen återknyta till utbytesteorin som verkar logiskt i detta sammanhang. I beroendeställning har vårdtagaren inte mycket att erbjuda vårdgivaren i gengäld och då kan det verka logiskt att man heller inte vill ställa till med "problem" och opponera sig utan gör sig medgörlig. En utav damerna säger flera gånger att hon inte vill vara till besvär för personalen och försöker att inte "ringa" på dem för ofta vilket får konsekvensen att hon ofta inte kan göra det som faller henne in, exempelvis som att lyssna på en skiva. Hon behöver hjälp att sätta på skivspelaren och att sedan vända sida och detta vill hon inte besvära personalen med.

6.5 Det sociala nätverkets betydelse

Samtliga respondenter har någon anhörig som besöker mer eller mindre frekvent. En av damerna berättar att hon har en dotter som förvisso kommer då och då men att hon önskade se henne mer ofta. "Men hon är väl upptagen med sitt". En annan av respondenterna betonade dels den stora betydelse hennes son utgör och dels den goda relation hon har med damen på en annan avdelning. Hennes son kommer ofta och hämtar henne för att sedan köra hem till honom eller någon bekant och äta middag. Det uppskattar hon väldigt mycket. Varje ledig stund går hon till sin väninna i samma hus. De pratar, fikar och håller varandra sällskap. "Det är tur jag har henne!" Det visar sig tydligt genom intervjuerna att socialt stöd från anhöriga och vänner är oerhört viktigt för respondenterna. Samtliga påtalar att det är stunderna med barnen och barnbarnen som känns viktigast i tillvaron.

6.6 Utevistelse

En tydlig gemensam nämnare som framkom ur intervjuerna är betydelsen av att få komma ut. Att få en kort promenad eller att bara få sitta i vårsolen eller i skuggan av ett träd och andas frisk luft påtalades av samtliga respondenter som en stark önskan och oerhört viktigt. Detta har kommit att bli de anhörigas uppgift då det för personalen numera ofta råder tidsbrist. Två av verksamhetscheferna jag talat med menar att de inneboende erbjuds utevistelse en timme per vecka och därutöver hänger det på de anhöriga om fler promenader ska bli av. När det kommer till vårdtagarnas önskan om att få komma ut på promenad eller att bara få sitta en stund och andas frisk luft inser jag att medbestämmandet i frågan är knapp. Personal och ansvariga för verksamheterna menar att resurser som personal och tid inte finns.

7. Sammanfattande diskussion

Den sammantagna uppfattningen jag bildat mig med hjälp av denna undersökning bygger till stor del på en insikt om att ålderdom och död faktisk är en del av livet. Detta torde inte vara någon nyhet i sig men ändå finns osäkerhet, rädsla och förförståelse kring vad denna utveckling innebär. Jag har fått uppfattningen att det ofta är samhället, människor och media runt omkring som har synpunkter om vad som är ett värdigt liv på för de äldre på institution. Det och detta måste fortsatt finnas med när man åldras och kommer fortsatt vara ett behov. Naturligtvis finns det människor på äldreboenden som inte är nöjda och det med full rätt. Dessa kanske har hamnat fel eftersom det omöjligtvis kan finnas en generell lösning som passar alla individer vilket icke är att förglömma. Dock visar min undersökning att samtliga respondenter tillsammans med verksamhetsledningen är överrens om vad som överhuvudtaget är möjligt och önskvärt. Mänsklig närvaro, samhörighet med anhöriga och små pratstunder ses som det essentiella i tillvaron, inte aktivitet och framåtsträvan. Att styra och bestämma över sitt liv och leverne på institution förefaller ofta handla om resurser. Dels resurser i form av personal och tid, dels om individens fysiska resurser t.ex rörlighet. Som vårdtagare är man beroende av dessa.

I de fall jag undersökt finns det goda möjligheter eller inga alls till *brukarinflytande*, det beror som så mycket annat på individen och dennes önskemål. Vill du ha med din hund är möjligheterna små då andra i kollektivet kan påverkas negativt. Har du resurser i form av möjlighet att rent kommunikativt framföra dina önskemål finns enligt min uppfattning däremot goda möjligheter att en önskan ska bli uppfylld men här uppstår ett beroende av resurser i form av personal och tid. Finns det personal som har tid och fantasi att göra något utöver de vanliga rutinerna? En extra smörgås kan ordnas med men kan jag få komma ut precis när jag vill? Nej blir svaret då.

Efter samtalen med hyresgästerna på de olika äldreboendena kunde jag skönja en stämning som många kanske skulle likställa med likgiltighet om det hade handlat om yngre vitala människor. Jag tror mig ha insett att det inte längre ÄR detsamma när man uppnått en ålder av 85+ och inte längre kan klara sig själv. Ett annat skede i livet har påbörjats lika oförutsägbart som många andra. När du är 8-10 år kan du ha föreställningar om hur det är att vara 20 men inte veta. När du är 20 år kan du ha föreställningar om hur du ska vara som person när du är 35 år men fortfarande inte veta. Som ung kan du ha en livsstil med vissa värderingar och som något äldre kan allt detta vara passé och lämna plats för en helt annorlunda personlighet. Vad som tidigare var betydelsefullt är inte längre i fokus. Alla som passerat ett eller fler skeden torde kunna inse möjlig förändring av fokus även i framtiden under ett liv som exempelvis pensionär osv. I de olika teorierna som presenterats i denna uppsats kan jag hitta flera argument för att det kanske inte längre är så viktigt att ha åsikter och framföra dem med buller och bång. Kroppen och själen intar ett annat mer inåtvänt läge. Å andra sidan hittar jag i utbytesteorin fullt logiska förklaringar till att alla kanske inte kan/vill uttrycka sin önskan på grund av yttre påverkansfaktorer.

Om jag utgår ifrån att de flesta människor strävar efter *autonomi* och mår bäst av att vara självständiga så vore det inte underligt om vårdtagarna önskar *medbestämmande* och inflytande. I några utav respondenterna såg jag en oerhörd livsglädje och hos dessa verkar det naturligt med åsikter och en vilja att ha inflytande över vardagen. Hos de som kanske inte hade samma gnista kvar för livet kunde jag ändå skönja ett visst behov av att ha kontroll över sitt liv. Samtliga hade till exempel åsikter och önskemål om måltider och utevistelser. Inte minst för de anhöriga som inte fått så mycket utrymme i detta arbete, är det högst önskvärt med inflytande. Det skulle troligen inte vara lätt att lämna en närstående i annans

vård utan att ha åsikter och önskemål om hur vårdtagaren skall bemötas och "skötas". I en undersökning av Tove Persson och David Wästerfors (2007) står att läsa om äldre, boende på vårdhem, som faktiskt vill vara uppe längre än till 21.00 då nattpersonalen börjar sitt skift. Det finns på en hel del äldreboenden regler som säger att alla ska vara i säng när nattpatrullen tar vid. Detta eftersom personalen då är få till antalet och har därmed mindre tid till sitt förfogande. Här kan det anses troligt och önskvärt med brukarinflytande. En del behöver somna tidigt och andra vill ta tillvara kvällstimmarerna och kanske titta på tv. Det jag konstaterat är ett faktum som sedan tidigare är vida känt – vi är alla olika. Vi har olika behov, förutsättningar, önskemål, rutiner, preferenser... listan kan göras lång. Klientelet på ett äldreboende representeras av hur samhället och världen ser ut och består därmed av allsköns sorter och individer. Några faller väl in i teorin om *disengagement* och har inga större behov av förändra (en situation på vårdboendet) eller ha något större inflytande i sin tillvaro medan andra fortfarande vill vara delaktiga och styra över vardagen.

Jag skulle vilja påstå att det vore möjligt med brukarinflytande i större utsträckning om det endast handlade om vårdpersonalens insikt i och medvetenhet om den beroendeställning många finner sig i och om tillståndet bemöttes med öppenhet. Brukarinflytande hindras snarare av brist på resurser som tid och personal.

Om talförmågan finns, om någon har tid/lust att lyssna och om du inte hämmas av att vara i viss beroendeställning så borde det vara möjligt att förmedla eventuella önskemål. Annars inser jag att viss svårighet kan föreligga. Om ingen verkar ha tid att lyssna, om du känner dig underlägsen och till last minskar utrymmet för öppenhet med önskemål som påverkar vardagen. Dessvärre är det till synes den senare varianten som florerar, dvs. personal-/tidsbrist samt känslan av att vara i beroendeställning. Meningen "man får vara nöjd" vilken samtliga respondenter nämnde i något sammanhang visar en del på känslan av beroendet av andra människor. Det går inte att kräva för mycket, personalen har annat, viktigare för sig. Som vårdtagare befinner du dig troligen inte i en miljö som är gynnsam för att förmedla önskemål, i alla fall inte för många och för ofta.

Den mest kontroversiella metoden jag tagit upp i detta arbete är troligtvis gerotranscendensteorin. Här refererar jag till författare som menar att det i västvärlden inte

finns forum, arenor eller utrymme för den typ av beteende som beskrivs i teorin. För oss i den västerländska världen är det inte alla som är öppna för det "flummeri" som exempelvis meditation kan tyckas innebära. I Kina reagerar inte kineserna på medmänniskor som utövar Thai Chi eller Chi Qong till exempel. Pondera att meditation var en självklar del i vardagen där man kunde se människor överallt i omgivningen som tog sig några minuter för sig själv med halvslutna ögon. Detta för att klara av stress och press i tillvaron men också för att få vara ensam med sig själv en stund. Då skulle vi inte tycka det var konstigt och skrämmande med tillsynes ensamma inaktiva människor. Självt skulle man ges tid att bygga upp en självförtroende och inre trygghet och kanske på så vis minska eventuell oro för döden. Rädsla och oro, vill jag påstå grundat på egen erfarenhet, kan mer eller mindre botas eller i alla fall dämpas rejält med hjälp av någon avslappnings/avspänningsmetod. Ser man närmare på meditation och avslappning för kropp och själ skulle detta säkert kunna implementeras i västvärlden som en del av livet och vardagen för det stora flertalet. När människor upptäckt och gått igenom utbudet av meditations- avslappnings- och yogakurser som just nu blomstrar i Europa följer kanske en insikt om betydelsen och människor implementerar dessa former i sitt vardagliga liv. Under mitt besök på ett av äldreboendena nämnde verksamhetschefen att det fanns planer på att inrätta en spa-avdelning där man bland annat ska kunna få lättare massage, olika kurer och möjlighet till avkoppling. Här har vi kanske en början till arena för västerländska transcendent. Andra exempel som skulle kunna harmoniera med en mer transcendent utveckling kan vara stimulans av bilder och/eller musik. De flesta på de respektive boendena verkade uppskatta de musikstunder som erbjöds och/eller lyssnade man på musik på rummet.

Jag har sett att det i dagens verklighet inte finns arenor med tid, utrymme och resurser för att alla skulle bli tillfreds. Men vi skulle kanske kunna få till ett paradigmskifte där människan fäste större vikt och betydelse vid levernet på äldre dagar som medför ett likhetstecken mellan hög ålder och respekt, kunskap och värdighet. Detta exempelvis med hjälp av ett annat fokus på mänskligheten i grundskolan och i därpå följande utbildning. Ett fokus där livet värderas annorlunda, högre och där varje dag – från början till slut – har samma betydelsefulla mening. Det verkar sorgligt att avsluta något så fantastiskt som livet med "naken livegenhet".

Referenser

- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1987) *Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective*. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), Handbook of Clinical Gerontology (pp. 291-311). NY: Pergamon.
- Barnes, C. (1991) *Disabled People in Britain: A Case for Anti-discrimination Legislation for Disabled People*. London: British Council of Organizations of Disabled People.
- Berg, S. (2007) *Åldrandet – individ, familj, samhälle*. Malmö: Författaren & Liber AB.
- Blau, PM. (1964) *Exchange and Power in Social Life*. New York: Wiley.
- Boyle, G. (2005) *The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings*, *Ageing and Society*, 25, 5: 731–48.
- Cumming, E. & William, E.H. (1961) *Growing Old – The process of disengagement*. New York: Basic Books Publishing Co., Inc.
- Cohen, S and Syme, SL. (1985) *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press
- Dehlin, O. (2000) *Gerontologi – åldrandet I ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Falköping: Författarna & Bokförlaget Natur och Kultur.
- Denscombe, M. (2000) *Forskningshandboken*. Studentlitteratur.
- Dowd, JJ. (1975) *Aging as Exchange: A Preface to Theory*. Oxford Journals. *The Journal of Gerontology* 30 (5) pp 584-594.
- Erikson, L-H. (2004) *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Glendinning, C. (2008) *Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England*. Tidskrift: *Social Policy and Administration*. Blackwell Publishing
- Johansson, S (red).(2007) *Social omsorg i socialt arbete*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Jönson, H. (2002) *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Jönson, H.; Magnusson, J.A. (2001). *A new age of old age? - Gerotranscendence and the re-enchantment of aging*. Journal of Aging Studies. 15 (4) pp. 317-331. Elsevier.

Laslett, P. (1991) *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Morris, J. (2006) *Cash and Care: Policy Changes in the Welfare State*. Bristol: Policy Press

Parry, J., Vegeris, S., Hudson, M., Barnes, H. and Taylor, R. (2004) *Independent Living in Later Life: Research Review Carried out on Behalf of the Department of Work and Pensions*. Research Report 216, London: Department for Work and Pensions.

Persson, T. och Wästerfors, D.(2007) *Such Trivial Matters: How staff account for restrictions of residents influence in nursing homes*. Journal of Aging Studies 23 (5) 2009.

Roberto, K. (1989) *Exchange and equity in friendships*. In R. Adams & R. Blieszner (EDS.), *Older adult friendship: Structure and Process*. Newbury Park, CA: Sage, pp. 147-65.

Socialstyrelsen (2009), *Nationell brukarundersökning inom vården och omsorgen om äldre 2008*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8522/2009-126-99_200912699_rev1.pdf

Thorslund (2006) *Åldrandet & äldreomsorgen*. Lund: Författarna & Studentlitteratur.

Tornstam, L. (2005) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Twigg, J. (2000) *Bathing – The Body and Community Care*. London: Routledge.

Zusman, J.(1966) *Some Explanations of the Changing Appearance of Psychotic Patients: Antecedents of the Social Breakdown Syndrome Concept*.The Milbank Memorial Fund Quarterly.JSOTRE.