

"Vi har det bra här"

- om omsorg, självbestämmande och inflytande på ett äldreboende. Äldreomsorg sett utifrån ledningens, personalens och de äldres perspektiv.

Alexander Burevik-Törnqvist & Johannes Frändberg



Socialhögskolan vid Lunds Universitet

VT-12 SOPA 63

5/22/2012

Handledare: Claes Levin

LUNDS
UNIVERSITET

Abstract

Authors: Alexander Burevik-Törnqvist and Johannes Frändberg

Title: "We like it here" – about care, autonomy and influence in a nursing home. Elder care seen from Heads' of Unit, staff's and residents' perspective. [translated title]

Supervisor: Claes Levin

Assessor: Anders Olsson

The purpose of this study has been to explore how different actors in a nursing home (i.e. Head of Unit, staff and residents) argue about elder residents' care, autonomy and possibilities to influence and how this correlate with the increasing tendencies to view elder people as independent individuals. The study was based on eight qualitative interviews with two Heads of Unit, two staff members and four residents. To analyze the material we used scientific findings from the specific field (elder care) to find similarities and differences between our empirical data and results from other works on the subject. To increase our understanding of the explored subject we used the theories of Pierre Bourdieu to discuss the results of the analysis in a final conclusion. In this study we found that autonomy is not an obvious part of the everyday care in a nursing home. In the nursing homes we visited there were a lot of limitations to the residents' independency and possibilities to influence their care. The Heads of Unit claimed the residents' right to autonomy, but also expressed that there were numerous of obstacles for this self-determination such as lack of resources, the health of the elderly, the influence from family members and more. The staff members argued in a similar sense, but reasoned differently when they more explicitly spoke about the limits to influence on an organizational level. The residents were very keen to express their gratitude towards the staff in particular and for the care they received. They also showed little or no interest in influencing neither their everyday care nor the organization of the nursing home. According to the theories of Bourdieu these findings can be explained by how the expectations on every actor produce a certain behavior and certain ideas that correlate with his or her position in the nursing home. To conclude we argue that autonomy and increased possibilities to influence may not be the most important matter for elder residents in a nursing home; they seem to rather value closeness to and a good relation with the staff as something of great importance in the everyday care.

Key Words: Elder care, influence, autonomy

Nyckelord: Äldreomsorg, inflytande, autonomi

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| 1. Inledning | 5 |
| 1.1. Problemformulering | 5 |
| 1.2. Syfte | 6 |
| 1.2.1. Frågeställningar | 6 |
| 1.3. Kort om begrepp..... | 6 |
| 2. Tidigare forskning | 6 |
| 2.1. Omsorg | 6 |
| 2.2. Autonomi..... | 8 |
| 2.2.1. ...och dess begränsningar | 8 |
| 2.3. Inflytande..... | 10 |
| 2.3.1. ...och dess begränsningar..... | 11 |
| 2.3.2. Passivitet..... | 11 |
| 2.3.3. Den äldre mellan personal och anhörig | 13 |
| 3. Teori | 13 |
| 4. Metod | 16 |
| 4.1. Metodval..... | 16 |
| 4.2. Urval..... | 17 |
| 4.3. Genomförande | 18 |
| 4.4. Trovärdighet | 19 |
| 4.5. Analysverktyg | 21 |
| 5. Etik | 21 |
| 6. Resultat och analys | 23 |
| 6.1 Inledning..... | 23 |
| 6.2. ”Det är en trygghet och jag skulle inte kunna tänka mig att vara utanför den” - Om omsorg på ett äldreboende | 23 |
| 6.3. Autonomi..... | 25 |
| 6.3.1. ”Han vill sova länge, då ska han göra det.” – om självbestämmande på ett särskilt boende | 25 |
| 6.3.2. Personalens tolkningsföreträdare..... | 27 |
| 6.3.3. Organisatoriska resurser | 28 |
| 6.3.4. Press från anhöriga | 29 |
| 6.3.5. Beroende och rädsla för personal | 30 |
| 6.4. Inflytande..... | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 6.4.1. ”Jaa, då får de ju komma till mig så får vi ta ett snack” – om äldres röster på ett särskilt boende | 31 |
| 6.4.2. ”De gamla har nog inte sådär hemskt mycket idéer om vad de ska göra” – om det uteblivna inflytandet..... | 33 |
| 6.4.3. “Den tycker inte om fisk, då ska den inte behöva äta fisk.” – om arrangerat inflytande..... | 35 |
| 6.4.4.”Jag är så oerhört tacksam att jag har fått detta” – om förmåner, rättigheter och en stor dos tacksamhet..... | 36 |
| 6.4.5. ”Det är ju oftast inte de som bor här som är missnöjda utan det är anhöriga som är missnöjda.”- den äldre mellan familjemedlem och personal..... | 37 |
| 6.6. Sammanfattning..... | 38 |
| 7. Avslutning | 39 |
| 7.1. Teoretisk diskussion..... | 39 |
| 7.2. Egna reflektioner | 42 |
| Referenser | 44 |
| Bilaga 1..... | 47 |
| Bilaga 2 | 48 |
| Bilaga 3 | 49 |
| Bilaga 4 | 50 |
| Bilaga 5 | 52 |

1. Inledning

1.1. Problemformulering

Fram till 1940-talet låg äldreomsorgen i Sverige under Fattigvårdslagen och vården av den äldre generationen var bara till för de som hade ekonomiska problem och vars behov inte kunde tillgodoses av släktingar och vänner (Brodin, 2005; Brommé & Jonsson, 1994). År 1947 förändrades detta i och med att omsorgen av äldre separerades från nämnda lag och det blev i stället omsorgsbehovet som skulle bestämma vilka som skulle bo på det som på den tiden kallades för ålderdomshem (Brommé & Jonsson, 1994). De båda författarna tillägger att kvaliteten på äldreomsorgen höjdes efter år 1950 med målet ”att avskaffa fattigsverige för gamla, minska beroendet av familjen för vård och omsorg och ersätta det med pension och vetenskapligt utformad äldreomsorg i offentlig regi” (s. 39).

Detta menar Brodin (2005) innebar att det ansvar som samhället tog för att vårda de äldre ökade kraftigt de följande två decennierna, något som enligt henne berodde på en syn på de gamla som beroende och isolerade. Mot slutet av 70-talet började dock kritiker hävda att den utökade hjälpen som gavs denna målgrupp var överdriven och menade att den snarare *bidrog* till passivitet och beroende. Diskussionen kring äldreomsorgen började i stället att kretsa kring begrepp som autonomi och större vikt lades på varje individs självständighet och dennes förmåga att ta hand om sig själv; bilden av de äldre som oberoende snarare än beroende började växa fram (ibid.) År 1992 drevs Ädelreformen igenom vars syfte enligt Alaby (1997) var att bland annat äldreomsorgen skulle utformas utifrån principerna ”trygghet, integritet och valfrihet” (s. 153).

Att se på den äldre generationen som självständig och oberoende är något som även idag är aktuellt. Detta framkommer i Statens offentliga utredningar där det bland annat står att de äldre ska ha ”...rätt att själva bestämma och få behålla sin integritet och identitet” och ”...inte behöva utsättas för begränsningar i möjligheterna att utforma sitt eget liv” (SOU, 2008:51, s. 37). Men i samma utredning nämns också att detta mål ännu inte är uppnått. Bland annat brukarorganisationer kommer med kritik och menar att det fortfarande finns brister i vårdens individuella anpassning, möjligheter till att utöva inflytande över omsorgen och flexibilitet i tillgodoseendet av de äldres behov (SOU, 2008:51).

Av denna korta och väldigt förenklade genomgång av äldreomsorgens moderna historia går det att se en tydlig tendens till att *synen* på de äldre har förändrats, från en bild av passiva, beroende vårdtagare till mer aktivt handlande, självbestämmande individer. Men vad säger de

äldre själva? Och vad har personal och enhetschefer på ett särskilt boende att tillföra diskussionen? I denna uppsats har vi valt att närmare undersöka hur den presenterade bilden överensstämmer med de faktiska förhållanden som råder på ett äldreboende.

1.2. Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka huruvida synen på äldre som självständiga och benägna att påverka vården stämmer överens med hur vardagen ser ut på ett äldreboende genom att studera skillnader i vårdtagares, personals samt enhetschefers resonemang kring vad omsorg, autonomi och inflytande innebär på en sådan verksamhet.

1.2.1. Frågeställningar

- Hur resonerar äldre, personal och enhetschefer på ett äldreboende kring begreppen omsorg, autonomi och inflytande?
- Finns det faktorer som begränsar den äldres möjligheter till autonomi och inflytande på ett äldreboende, vilka är de i så fall och hur kan de förklaras?
- Utifrån frågorna ovan; vilken roll intar och tillskrivs den äldre på ett äldreboende?

1.3. Kort om begrepp

I uppsatsen använder vi särskilda boenden och äldreboenden som synonymer till varandra. Detta gäller också för personal och undersköterskor förutom i vissa sammanhang då personal används för både enhetschefer och undersköterskor, något som i sådana fall framkommer i texten. De boende som vi har intervjuat benämner vi omväxlande som äldre, boende och vårdtagare. Allt detta görs för att få variation i språket och undvika upprepningar.

2. Tidigare forskning

I detta avsnitt kommer begreppen omsorg, autonomi och inflytande diskuteras utifrån resultat från tidigare forskning. I Statens offentliga utredningar (2008:51) tas just dessa tre aspekter av äldreomsorgen upp som en viktig del av vården. Då dessa tre begrepp tar så pass stor plats i diskussionen kring omsorgen av äldre blir det relevant att undersöka detta närmre. De resultat som här presenteras kommer senare i uppsatsen, i avsnittet ”Resultat och analys”, att användas för att analysera den insamlade empirin.

2.1. Omsorg

I Statens offentliga utredningar 2008:51 fastslås det att insatser måste bli mer individuellt anpassade än vad som nu är fallet inom äldreomsorgen. Vården ska även bli bättre på att låta

de äldre få möjlighet att påverka på vilket sätt de vill bli hjälpta och erbjuda en ökad flexibilitet när denna hjälp ska erbjudas. Äldre vill även bli bättre bemötta och med respekt och empati (SOU 2008:51). En reform som hade stor påverkan på äldreomsorgen var Ädelreformen från 1992 som lade större tonvikt på det sociala perspektivet av vården än vad som tidigare funnits (Ahnlund & Sauer, 2008).

Lill (2010) menar att omsorg som begrepp är kontextbundet och konstrueras beroende på i vilken diskurs som uttrycket används. Den föreställning som samhället, det berörda fältet och dess medlemmar har om begreppet skapar dess mening, vilket innebär att dess betydelse kan variera mellan olika områden såsom barnomsorg och äldreomsorg. Hon fortsätter med att omsorgsbegreppet trots detta har gemensamma nämnare inom de olika diskurserna, med aspekter som värme, kärlek och ömhet som exempel. De positivt laddade begreppen i förhållande till dess motsatser arrogans, kyla och hårdhet skapar en allmän föreställning om vad omsorg är oavsett kontext. Det är dock värt att nämna att eftersom detta begrepp konstrueras är det också föränderligt, omsorg i äldrevården är troligtvis inte detsamma som för fyrtio år sedan (ibid.).

Möller (1996) gör en diskussion kring omsorgsbegreppet där han gör en distinktion och delar upp begreppet i två kategorier: *sörja för* och *sörja med*. Den förstnämnda kategorin beskriver ett materiellt behovstillfredsställande, exempelvis i form av att tillgodose vårdtagarens behov av god hygien, medan *sörja med* innefattar omsorg på ett mer känslomässigt plan, där ett empatiskt förhållande råder mellan den som vårdar och den som blir vårdad. Studien tycks peka på att äldre (inom hemtjänsten, vilket är hans huvudsakliga undersökningsområde), saknar engagemang och hjälpvilja hos personalen, trots uppfattningen att hjälpen som erbjuds är bättre än förr i tiden. Med andra ord finns en tillfredsställelse med den vård som ryms i distinktionen *sörja för*, men också att det finns mer att önska när det kommer till den empatiska omsorgen (Möller, 1996).

All vård och omsorg bör utgå från vem den enskilda människan är. Att definieras som person på grund av sjukdom eller ålder är enligt Ericsson (2011) inte ett acceptabelt förhållningssätt inom äldreomsorgen. Fokus bör snarare ligga på att se till individens unika behov och egenskaper som lyfter fram människans okränkbara värde (ibid.).

Ahnlund och Sauer (2008) beskriver omsorgsarbete med äldre som ”...ett arbete som bygger på relationer mellan de som ger och de som får omsorg” (s. 43). Vidare hävdar de att äldreomsorgen baseras på en omsorg som handlar om att ta hand om andra snarare än att ta hand om varandra. Detta skapar ett maktförhållande i relationen där fokus på den omsorg som

uppstår i relationen mellan personal och äldre läggs på personalens förmåga och vilja att bidra med den omsorg som är av vikt i arbetet med äldre. Det är inte bara praktiska göromål såsom matlagning, städning, hjälp att få på kläderna eller arbete av mer sjukvårdskaraktär, utan det handlar även om emotionell omsorg där den känslomässiga kontakten mellan de berörda parterna är av yttersta vikt. Det praktiska (Ahlund och Sauer kallar det instrumentellt arbete) arbetet och det emotionella arbetet kan samspela där exempelvis praktiskt arbete kan skapa en känslomässig anknytning till den berörda parten (Ahlund & Sauer, 2008).

2. 2. Autonomi...

Rätten till autonomi speglar sig i de lagar som skall stärka utsatta grupper i samhället. I Socialtjänstlagen fastslås det i kapitel 4, § 1 att "(B)iståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv" (SoL, 2001:453) och fortsättningsvis står det i kapitel 5, § 5 att "(D)en äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges" (SoL, 2001:453).

2.2.1. ...och dess begränsningar

Men autonomi som begrepp måste enligt Andersson och Mattiasson (1995) ses som kontextbundet. I västerländsk liberal mening handlar autonomi om friheten att tala, handla och tänka själv, man har rätt att själv bestämma över sin livssituation och sina framtida val (Agich, 1990). Denna frihet reduceras dock när den äldre blir mer och mer beroende av den vård och omsorg som denne tar del av. Ingvad (2003) bidrar till diskussionen och skriver att omsorgen till stor del baseras på det maktförhållande som råder mellan mottagaren och givaren av vården, där givaren har ansvar och skyldighet i relationen och där mottagaren är underordnad. Maktförhållandet är ojämnt och bidrar i viss utsträckning till att vårdtagaren blir beroende av givarens villkor (Andersson & Mattiasson, 1995). Denna ojämna maktfördelning regleras genom bland annat socialtjänstlagar (t. ex de som beskrivs ovan) som givaren måste underställa sig, men dessa är ramlagar som skapar ett visst tolkningsutrymme för hur de ska omsättas till praktiken. Det tidigare beskrivna ojämnta maktförhållande mellan givare och mottagare av vård kan innebära att den som har en starkare ställning i relationen, som till exempel personalen på ett särskilt boende, har ett företräde när det kommer till exempelvis tolkningen av ramlagar. I Socialtjänstlagen kapitel 5, § 5 nämns att "(D)en äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp"(...)"ska ges" (SoL, 2001:453). Vem är det som har tolkningsföreträde när det kommer till hur omsorgen ska utformas? Vad

är det som gör att det inte är möjligt för den äldre att få bestämma? Är det den äldres hälsa, avsaknaden av ekonomiska resurser, personalbrist eller att den som ger vården och har en dålig dag och inte har tid att bråka med den äldre om exempelvis vilken frukost denne vill ha? Harnett och Larsson (2011) för ett resonemang kring vilka aktörer, i form av vårdtagare och personal inom äldreomsorgen, som har företräde i tolkningen av de ramlagar som styr verksamheten. Vem är det som egentligen är expert angående den äldres behov, är det den som ger vården eller är det den äldre själv?

Askautrud och Ellefsen skriver i sin studie "Autonomi i sykehjem" (2008) att autonomi på äldreboenden inte handlar om den äldres rätt till självbestämmande utan "...dette er mer et ideal, enn en realitet" (s. 5) och det handlar snarare om att "...pasienten skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utformning av egne tjenestetilbud"(s. 4) och få *möjlighet* att själv bestämma över sitt liv. Det är alltså inte längre en rätt att få bestämma över sitt eget liv utan en möjlighet. Askautrud och Ellefsen (2008) nämner också att även om många äldreboenden har just autonomi för sina äldre som målsättning så är det få som får chansen att påverka och ha inflytande över avdelningen och de aktiviteter som berör dem. Graden av självbestämmande varierar också mellan de boende, något som kan vara beroende av deras fysiska eller psykiska tillstånd.

Askautrud och Ellefsen identifierar fyra anledningar till att den äldres autonomi är begränsad. Dessa orsaker är de boendes önsknings som står i kontrast till akademiska bedömningar, anhörigas önsknings, den rädsla som hämmar de äldre i samband med den beroendeställning de har till personalen samt de ekonomiska ramar som verksamheten måste förhålla sig till (2008). Med akademiska bedömningar menar Askautrud och Ellefsen de bedömningar som utförs av personalen angående den äldre som uppstår då den äldre "...ikke har innsikt i eget sykdomsbilde" (2008, s. 5). Utan att nedvärdera de äldres förmåga till självbestämmande så är det trots allt viktigt att inte bortse från den sämre hälsa som uteslutande kommer med ökad ålder. Andersson (2009) gör en viktig poäng av det vanskliga i att "...försköna bilden av de äldres hälsa" då "...en verklighetsbeskrivning för dålig hälsa och lidande förbigås" (s. 213). Den generellt sett sämre hälsan som kommer med åldern är alltså svår att bortse från vid en diskussion kring det beroende som beskrivs ovan. Van Thiel och van Velden (2001) menar att man kan tala om moralisk autonomi där personalen respekterar den äldres rätt till självbestämmande men att de kan ifrågasätta denna rätt om de anser att den äldres beslut inte är rationellt. Vikten av den äldres autonomi läggs på personalens professionalitet och möjlighet att sätta sig in i vad den äldre människan under andra omständigheter skulle fatta

för beslut. Dock menar Askautrud och Ellefsen att det största hindret, vid sidan av demens, för de boendes autonomi är personalens inställning. Oavsett personalens kompetens och förmåga till empatiska beslut för de äldre är det ändå de som har makten och möjlighet att inskränka på den boendes rätt till självbestämmande (2008).

Familjemedlemmars önsknings på hur vården ska utformas kan inskränka på den äldres autonomi och påverka personalens relation till vårdtagaren, men även pressa den äldre till beslut som denne annars inte skulle fatta. Det framkommer även att personalen på äldreboenden uppfattar att det är svårt att tillgodose de äldres önsknings när dessa går emot anhörigas önsknings (Askautrud & Ellefsen, 2008).

Den äldres självbestämmande kan också påverkas av en rädsla ”...for å komme i konflikt med pleiepersonalet og frykter at krav og klager kan føre til dårligere pleie” (Askautrud & Ellefsen, 2008, s. 6).

Organisationens resurser, framför allt brister på ekonomiska medel, kan hämma den äldres autonomi. Det kan handla om hur personalbrist och stor arbetsbörda för de anställda, aktiviteter som är för dyra, ingen tillgång till färdmedel m.m., bidrar till att de val som de äldre kan tänkas göra begränsas och sker inom de organisatoriska ramar och förutsättningar som finns (Askautrud & Ellefsen, 2008).

2.3. Inflytande...

Möller (1996) har undersökt hur olika aspekter inom äldreomsorgen uppfattas av de som tar del av den service som finns att tillgå. Teman som har varit i fokus för undersökningen är bland annat hur (och om) missnöje uttrycks av äldre vårdtagare och hur de ser på sina möjligheter att påverka omsorgen. Han har funnit att det hos de äldre, jämfört med hos yngre nyttjare av den offentliga välfärden i form av småbarnsföräldrar, generellt sett tycks finnas en mindre benägenhet både att uttrycka missnöje och att försöka påverka sin vårdssituation. Förklaringarna till detta resultat kan givetvis vara många, men resonemang som kretsar kring äldres mer omfattande beroende till den offentliga omsorgen är en för vår undersökning relevant diskussion som förs. När det kommer till inflytande tar flera författare upp framför allt två påverkansstrategier, ”voice” och ”exit”, där ”voice” handlar om att påverka tjänstens utformning inom dess ramar, medan ”exit” helt enkelt handlar om att lämna tjänsten för något bättre (Harnett, 2010a; Möller, 1996). På marknaden kan dessa två påverkansstrategier tyckas vara realistiska möjligheter till inflytande; en missnöjd konsument kan helt enkelt sluta köpa

den vara som orsakar missnöjet. Ett sådant alternativ behöver dock inte vara lika självklart för en äldre på ett särskilt boende.

2.3.1. ...och dess begränsningar

Det beroendeförhållande som råder mellan den som ger vård och den som får vård och är ett faktum inom all omsorg (och kanske i synnerhet inom äldreomsorgen) gör som redan nämnts inte ”exit” till ett fullt så självklart påverkansalternativ för den äldre. Detta kan i sin tur påverka möjligheten att, genom ”voice”-strategin, utöva inflytande över tjänsten eller inom verksamheten negativt då ”förekomsten av reella sortimöjligheter” inte förekommer i samma utsträckning som för småbarnsföräldrar (Möller, 1996, s. 221). Liknande fynd har Harnett (2010a) gjort och skriver att ”exit”, trots en pågående privatisering med syfte att öka den individuella valfriheten för de äldre sällan utgör en relevant påverkansstrategi att begagna sig av för att utöva inflytande. Förklaringarna till detta kan vara att bristfällig information om alternativen delges, men också att de boende är alltför sjuka eller helt enkelt för gamla för att orka ta ett beslut att lämna verksamheten.

De nämnda missnöjesyttringar som i mindre utsträckning tycks förekomma hos de äldre kan dels förklaras av resonemanget ovan, men detta kan utvecklas. Det återhållna missnöjet riktas framför allt mot övergripande faktorer såsom bristande resurser, samtidigt som en utpräglad *tacksamhet* vänds mot personalen. Möller (1996) menar att de förhållandevis få ansatser till att utöva inflytande från denna målgrupp kan vara en logisk följd av detta då ”...(E)tt påverkansförsök kan uppfattas som ett uttryck för otacksamhet”, och att det i en sådan handling är ”...möjligt att läsa in ett missnöje” (ss. 321-322). Han fortsätter med att de äldre ser omsorgen som en *förmån*, trots att det är en rättighet, vilket kan bero på den behovsprövning som står till grund för beslut om exempelvis en placering på ett särskilt boende. Detta skiljer sig från andra, mer generella inslag av välfärden som till exempel barnbidrag, vilka utfaller automatiskt utan behovsprövning och som på grund av detta i större utsträckning uppfattas som en rättighet. Den uppvisade tacksamheten har sin förklaring i att de äldre inte hyser alltför höga förväntningar på den vård de får ta del av, just för att den uppfattas som en förmån. Detta stämmer väl överens med det faktum att låga anspråk på vården i mindre grad leder till uttalat (eller outtalat) missnöje (ibid.).

2.3.2. Passivitet

Vad denna ovilja att aktivt påverka sin vårdssituation beror på, tål att undersökas närmre och Jönson (2009) kommer med ett intressant bidrag till diskussionen. Han skriver att det i

diskussioner om vårdskandaler och liknande sker en *andrafiering* av äldre och menar att deras röster sällan lyfts fram. En kollektiv identitet som "...byggs upp genom prat om gemenskap och handling och motstånd som *vi* kan enas omkring" saknas och det är framför allt hos personal, politiker eller privata entreprenörer som debatten förs (s. 192). Detta leder i sin tur till att en avpersonifiering och institutionalisering av de äldre sker, som bland annat kan leda till att boende på till exempel äldreboenden får svårt att bibehålla sin identitet. Detta kan vara en förklaring till det, hos de äldre, passiva beroende som beskrivs ovan (Jönson, 2009). Andra förklaringar till denna tendens av bristande påverkan ges av Persson och Berg (2009), som har intervjuat representanter från olika kommuner i en undersökning rörande äldres möjligheter till inflytande över omsorgen. Resultaten från undersökningen visar att intervjupersonerna tar del av relativt få påverkansförsök från vårdtagarna. Varför så är fallet kan ha flera orsaker, bland annat att ansvarsfördelningen inom varje kommun kan variera och ibland vara mycket otydlig, något som i sin tur bidrar till att de kanaler för påverkan som finns inte är tillräckligt synliga för den berörde. En annan diskussion som förs är att de äldre av de tillfrågade kommunrepresentanterna beskrivs som passiva och utan vilja att påverka sin vårdssituation. Att förklara den knappa förekomsten av påverkansförsök som en konsekvens av vårdtagarnas passivitet kan verka logiskt, men det kan också bero på att äldre litat till existerande system av den enkla anledningen att de inte ser några andra alternativ (Persson & Berg, 2009). När "exit" och "voice" inte finns tillgängliga som reella alternativ finns en tredje väg till "påverkan" i form av att hålla sig *lojal* till organisationen (Möller, 1996).

Angående pensionärers bristande möjligheter till påverkan på äldreboenden för Harnett (2010b) en intressant diskussion och introducerar begreppet *lokal rutinkultur*. En lokal rutinkultur (som påminner mycket om Bourdieus *doxa*, vilket diskuteras i teoridelen) handlar i stora drag om hur olika aktörer, till exempel äldre och personal på ett särskilt boende, deltar i och upprätthåller ett *rutinsystem* som dikterar beteendet hos de olika deltagarna. I sin etnografiska studie identifierar hon tre typer av påverkansförsök som bryter mot, stör respektive matchar det vardagliga förfarandet på institutionen. De två förstnämnda ansatserna till inflytande tenderar att av personalen omförhandlas eller flyttas fram till ett senare tillfälle och på så sätt anpassas till rutinerna. Lyckade försök till påverkan är ofta sådana som matchar de lokala rutinerna, men här handlar det om ett *arrangerat* inflytande. Med det menar Harnett att personalen inbjuder de äldre till att påverka, men att detta sker på villkor som sätts av den lokala rutinkulturen (2010b).

2.3.3. Den äldre mellan personal och anhörig

Harnett och Jönson (2009) har undersökt hur familjemedlemmar resonerar kring vad missförhållanden på ett äldreboende kan innebära för vårdtagaren. Under de senaste decennierna har fokus inom äldreomsorgen förflyttats något mot att ta hela den äldres liv i beaktande, något som kan motivera anhörigas medverkan i utformningen av vården. Som nämns tidigare i texten kan familjemedlemmars inverkan på omsorgen negativt påverka den äldres autonomi, men det tycks fortfarande vara de professionella som i huvudsak intar rollen som experter i frågor rörande vad som är bäst för den äldre. De båda författarna finner att anhöriga vid en diskussion kring missförhållanden inom vården, förutom att svara i termer av fysisk och psykisk vanvård, ofta lyfter fram det viktiga i att upprätthålla den äldres identitet. Resonemanget kring ett sådant ”identitetsbevarande” delar Harnett och Jönson (2009) upp i tre kategorier i form av upprätthållande av dagliga rutiner, föredragna aktiviteter och utseende. Detta identitetsbevarande kan hotas av att personalen behandlar vårdtagarna som om de vore barn, vilket i sin tur kan bidra till konstruerandet av den boende som passiv mottagare (Ryvicker, 2009). Det finns dock uppenbara problem med att den äldre ska ha det på samma sätt som innan en flytt till ett särskilt boende. För det första så kan preferenser och krav variera mellan olika situationer och det som är ”normalt” i en specifik kontext behöver inte vara det i en annan. För det andra så handlar det om en konfliktfylld situation mellan personal och anhöriga om vem som vet vad som är bäst för den äldre och det händer att den professionelle uttrycker att familjemedlemmar lägger sig i för mycket med både egoistiska och irriterande krav (Harnett & Jönson, 2009).

3. Teori

Den övergripande teoretiska utgångspunkt som har använts för att, i en avslutande diskussion, analysera det insamlade materialet är Bourdieus maktperspektiv, där vi finner begrepp som fält, doxa, habitus och symbolisk makt (Järvinen, 2002). Detta perspektiv syftar bland annat till att synliggöra annars osynliga maktaspekter i olika system som till exempel äldreomsorgen. För att nå en förståelse av denna teori har vi använt oss av två texter skrivna av Järvinen (2002;2003). Efter inrådan från handledare har vi inte vänt oss till originalkällan då detta riskerade vara en alltför komplicerad text att använda sig av. Att se på äldreboendet som ett område där ramar, regler och olika föreställningar styr verksamhetens utformning gör Bourdieus maktperspektiv till en relevant teori att använda sig av. Detta var också något som framkom tydligt i samtliga intervjuer som vi har genomfört.

En välfärdsstat består av olika fält som har sina egna regler, förhållningssätt, hierarkier m.m. Ett fält kan vara exempelvis en idrottsklubb, ett arbete eller en specifik yrkeskategori. Inom och mellan andra fält kan det pågå konflikter om exempelvis förändring, distansering och markeringar för vad fältet står för och inte står för (Järvinen, 2002). I kapitlet "Hjälpens universum - ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system" skriver Järvinen att "ett fält är inte ett harmoniskt system (...) ett fält kännetecknas alltid av kamp, konkurrens och intressemotsättningar" (2002, s. 255). Konflikter mellan de olika aktörerna skapar även de förutsättningar som är nödvändiga för fältets överlevnad. För att fältet inte ska upplösas är en önskan till att det bevaras som det är nödvändig, men också en vilja till förändring krävs då påverkan sker utifrån i form av att andra fält i samhället försvinner, expanderas eller förändras. Denna motsättning mellan önskan att bevara och förändra finns mellan de olika aktörerna och i vilken grad som förändring sker beror på i vilken hierarkisk position de olika aktörerna har. Konflikten hålls dock inom fältets ramar för att den inte ska hota dess överlevnad (Järvinen, 2002).

De regler, skrivna som oskrivna, som finns inom fältet kallar Bourdieu för doxa. Inom detta begrepp ryms även de föreställningar som rör fältet. Detta kan inom socialt arbete vara synen på klienterna, sin egen professionella roll, vad organisationen står för och inte står för, förklaringsmodeller och handlingsplaner m.m. Personer inom fälten indoktrineras ofta omedvetet in i fältets olika föreställningar om de villkor som existerar och de spelregler som finns. Innan man får tillgång till fältet så har fältet medvetet eller omedvetet skapat en förståelse för dess natur och villkor för "medlemskap" (Järvinen, 2002). Inom doxan är kunskap, regler och föreställningar hierarkiskt ordnade och de aktörer som har högst position inom fältet får bestämma vilken position ny kunskap kan få för fältet. Detta maktsystem som reglerar, utesluter och upplyfter kunskap och föreställningar skapar en status som ökar fältets chanser att överleva. Det kan exempelvis handla om ansvarsområden inom socialt arbete, villkoren för att få en examen inom ett område eller vad som krävs för att få kalla sig läkare (Järvinen, 2002).

Dessa föreställningar, uppfattningar, regler och kunskapshierarkier skapar synliga och osynliga maktredskap som Bourdieu beskriver som symbolisk makt eller symboliskt våld. Dessa skapar förutsättningar och handlingsutrymmen för de som är områdesansvariga, personal och klienten. Fältets doxa skapar en uppfattning om vilken roll klienten har inom fältet. Klienten kan vara medveten eller omedvetet medveten om vilka förväntningar som finns på dennes roll och skapar därför sina handlingsutrymmen efter fältets villkor; doxan.

Även personalen och områdesansvariga agerar utifrån den föreställning som finns på deras roll inom fältet (Järvinen, 2002). Det system genom vilket aktörerna får en uppfattning om sin position och som sätter gränserna för vad som är ett accepterat respektive inte accepterat handlande kallas för *habitus*. Sagda system har en selektiv funktion som "...tenderar att leda in aktörerna i situationer som bekräftar deras tidigare positioneringar" och på så sätt undviks ett beteende som inte överensstämmer med individens position i fältet (Järvinen, 2003, s. 410). Denna strävan mot "att handla enligt habitus" menar Järvinen (2003) bidrar till att skapa en harmoni mellan aktörens möjligheter att nå mål som av den enskilde *upplevs* som önskvärda. Enligt detta perspektiv är varken personal eller vårdtagare passivt formade av den på äldreboendet rådande doxan, utan snarare *aktivt formade* aktörer som agerar efter (upplevt) godtagbara premisser (Harnett, 2010).

Uppfattningen om vilken roll man har inom fältet och vilka förväntningar som detta för med sig skapar osynliga former av våld eller övergrepp som man inte uppfattar. I vissa fält inom socialt arbete kan uppfattningar om att socialarbetaren är givare och klienten är mottagare av en insats bidra till att en känsla av tacksamhet, förtroende, personlig lojalitet och plikt infinner sig hos den som erbjuds denna hjälp. Denna gåvorelation innebär en begränsning för den som tar emot hjälpen och får denne att inta en försiktig och samarbetsvillig position i förhållande till givaren. Detta förutsätter dock aktiv medverkan från klienten, något som enligt Bourdieu krävs i all form av symbolisk maktutövning, utan att denne för den sakens skull är medveten eller frivillig till denna underkastelse (Järvinen, 2002). Symbolisk makt är en förklädd maktstruktur och ses som naturlig av de berörda parterna (både de dominerande och de dominerade) inom fältet. Det är en täckmantel för maktutövning som ses så pass självklar och naturlig att den skapar en kollektiv förnekelse av det som Bourdieu beskriver som symboliskt våld och finns i relationen mellan aktörerna inom fältet (Järvinen, 2003). Det är viktigt att understryka att den symboliska makt som utövas inom fälten (till exempel inom socialt arbete) inte ses som övergrepp utan har legitimerats genom handlingar, föreställningar och beslut och är en accepterad del av fältet. Legitimiteten förstärks genom de sociala arbetsområdenas accepterade position i samhället och den funktion som de fyller (Järvinen, 2002).

Det är inom fältets doxa som uppfattningar om den äldres autonomi, möjligheter till inflytande och omsorg reproduceras, något som vi kommer att diskutera närmre i avsnittet "Teoretisk diskussion".

4. Metod

I detta avsnitt kommer det att föras en diskussion kring vårt metodval, det urval vi har gjort, uppsatsens genomförande, studiens trovärdighet och vilka analysverktyg vi har använt oss av. Förtjänster och brister i tillvägagångssättet kommer också att diskuteras genomgående.

4.1. Metodval

Vi har i vår studie varit intresserade av att undersöka hur olika aktörer; boende liksom personal, inom äldreården ser på vad omsorg, autonomi och inflytande innebär utifrån deras perspektiv. För att undersöka detta är vad Bryman (2011) kallar en interpretativ ståndpunkt, som innebär att man ämnar nå en förståelse av hur individen tolkar den sociala verkligheten, att föredra. Denna tolkningsinriktade ståndpunkt är en aspekt som är typisk inom den kvalitativa forskningen. Vi valde, i vårt insamlade av empirin, att använda oss av kvalitativa intervjuer som är ett vanligt tillvägagångssätt inom denna tradition. Detta tillvägagångssätt innebär att forskaren använder sig av semi-strukturerade eller ostrukturerade intervjuer som till stor del består av öppna frågor. Öppna frågor kan liknas vid teman och lämnar stort utrymme för den intervjuade att själv utforma sitt svar. Då vårt syfte från början var att undersöka begrepp som inflytande, autonomi och omsorg, gjorde vi en intervjuguide som berörde dessa tre teman (se bilaga 2, 3, 4 och 5). Eftersom vi ville jämföra olika aktörers olika uppfattningar om äldreården, valde vi att använda oss av en semistrukturerad intervjuform, något som Bryman (2011) menar är bäst lämpat i komparativa studier. Genom att fokusera intervjuerna på flera, specifika teman, blev det lättare att jämföra de olika intervjupersonernas uppfattningar än vad fallet vore i en helt ostrukturerad intervjuform, där frågornas öppnare karaktär hade lämnat så pass stort tolkningsutrymme att en sådan jämförelse hade blivit svårare att genomföra. Vi anpassade dock intervjuguiden något beroende på vilka aktörer vi intervjuade, de äldres frågor skilde sig från personalens och enhetschefernas på grund av vissa frågors känsliga karaktär. Detta är något vi kommer att diskutera närmare i avsnittet "Etik".

Ett annat element som enligt Bryman (2011) är typiskt för en kvalitativ metod är att arbeta med ett induktivt tillvägagångssätt. Detta innebär att forskaren utgår från relativt generella frågeställningar för att på ett så öppet sätt som möjligt kunna tolka det insamlade materialet. Han menar också att transkriberingen och analysen av den insamlade empirin inte ska låta vänta på sig, utan att detta bör ske så snart som möjligt efter intervjuernas genomförande (Bryman, 2011). Som redan har nämnts så utgick vi från relativt generella begrepp i konstruerandet av intervjuguiden. I och med att vi transkriberade och gjorde en preliminär

analys av de första intervjuerna så kunde vi hitta intressanta teman att bygga fortsatta intervjuer på samt åskådliggöra eventuella svagheter i vår intervjuteknik. Detta ledde till nya och intressanta infallsvinklar av valda teman vilket möjliggjorde en fortsatt specificering av frågeställningen och det är detta som har utgjort det induktiva elementet i vår kvalitativa studie. Induktion är dock ett problematiskt begrepp, och abduktion kan vara ett begrepp som bättre beskriver denna studies karaktär. Abduktion handlar om att generella teorier hjälper forskaren att samla in data, medan insamlandet av data i sin tur hjälper forskaren att precisera teorierna. Det handlar alltså om en form av växelverkan mellan induktion och deduktion (Ahrne & Svensson, 2011).

Det finns kritik mot kvalitativ forskning som rymmer ett flertal aspekter och denna forskningsmetod medför också en hel del svårigheter. Under insamlandet och vid analysen av empirin krävs att forskaren tar del av intervjupersonens egna perspektiv, en tolkning som i hög grad riskerar att styras av forskarens egna uppfattningar (Bryman, 2011). Å andra sidan menar Ahrne och Svensson att forskaren aldrig är en passiv mottagare av data, utan att man hela tiden är aktiv i tolkningen av den insamlade empirin (2011).

4.2. Urval

De tydliga riktlinjer kring urval som är brukligt vid kvantitativa studier, med ett sannolikhetsurval taget ur en tydligt avgränsad population, används allt som oftast inte i kvalitativ forskning (Ahrne & Svensson, 2011). Bryman (2011) skriver att en förklaring till detta kan vara att man helt enkelt inte är ute efter den representativitet som man strävar efter att uppnå med ett sannolikhetsurval, då målet med den kvalitativa undersökningen är att göra en mer "...ingående analys" (s. 433). Trots att de kriterier som styr urvalsprocessen inte är samma som vid en kvantitativ undersökning menar Ahrne och Svensson (2011) att denna del av en studie inte står helt utan regler. Man måste, för att öka studiens trovärdighet, kunna visa hur man har kommit i kontakt med de intervjuade och kunna redogöra för "...att resultaten inte bara beror på att man råkat intervjua vissa personer och inte andra", något som har en tydlig koppling till vikten av transparens som beskrivs närmre i avsnittet "Trovärdighet" (s. 42). Då vi bara har intervjuat åtta personer är risken stor att de svar vi har fått inte stämmer överens med den population utifrån vilken urvalet är taget. Men en teoretisk generalisering är fortfarande möjlig och är något som även det diskuteras under rubriken "Trovärdighet". Ett teoretiskt eller målinriktat urval är ett tillvägagångssätt som är vanligt inom kvalitativ forskning (Ahrne & Svensson, 2011; Bryman, 2011). Detta innebär att man försöker skapa en "...överensstämmelse mellan forskningsfrågor och urval", det vill säga hitta intervjupersoner

som är relevanta för undersökningen (Bryman, 2011, s. 434). Inför vår studie valde vi att undersöka hur äldreomsorgen uppfattas av olika aktörer och gjorde vårt urval utifrån detta, det vill säga vi valde intervjupersoner som kunde tänkas representera olika perspektiv i egenskap av vårdtagare, personal och enhetschefer. Vi har intervjuat totalt åtta personer på två särskilda boenden i en och samma kommun; fyra vårdtagare, två undersköterskor och två enhetschefer. Intervjupersonerna kom vi i kontakt med genom att ringa enhetscheferna på respektive boende och fråga huruvida de var intresserade att ställa upp och delta i vår studie. De i sin tur hörde med både undersköterskor och boende som gav sitt samtycke till att ställa upp. För att försäkra oss ytterligare om detta samtycke gick vi igenom det informationsbrev som vi hade skickat innan intervjutillfället med var och en av respondenterna innan vi började ställa frågor (se bilaga 1). Det var av vikt att de äldre som skulle delta i undersökningen inte led av demens eller liknande, dels då detta skulle försvåra intervjuandet, men också att det samtycke som krävs skulle vara problematiskt att ge på grund av en sådan sjukdom.

Ett problem när det kommer till kvalitativa undersökningar är att veta när man har intervjuat tillräckligt med personer. För att veta när man är ”klar” med insamlandet av empirin använder flera forskare begreppet teoretisk mättnad som en indikator på detta (Ahrne & Svensson, 2011; Bryman, 2011). Detta innebär att fältstudien kan rundas av när forskaren ”...känner igen svaren och att samma svarsmönster återkommer” (Ahrne & Svensson, 2011, s. 44). Vi har i den insamlade empirin inte uppnått denna teoretiska mättnad, det finns fortfarande frågor som vi skulle vilja ha svar på. Anhöriga till vårdtagare på ett särskilt boende hade exempelvis bidragit med en bredare bild av undersökningsområdet, men brist på tid gör att fler intervjuer inte har varit möjliga att genomföra. Därför gör vi inte heller några anspråk på huruvida resultaten är möjliga att överföra till en hel population, därmed inte sagt att intressanta teoretiska generaliseringar kan göras.

4.3. Genomförande

Samtliga intervjuer inleddes med att vi tillsammans med intervjupersonen gick igenom det informationsbrev som vi hade skickat inför intervjutillfället (se bilaga 1). Detta gjordes med tanke på de etiska krav som Vetenskapsrådet ställer på forskning och är något som kommer behandlas närmare i avsnittet ”Etik”. För att vår uppfattning som intervjuare inte i för hög grad skulle påverka tolkningen av svaren från de intervjuade så var det viktigt att frågeställningen inte blev för specifik, då det kunde ha lett till att det hade blivit vi som styrde riktningen på den intervjuades svar. Förutom frågornas generella karaktär var vi två som intervjuade, en av oss höll i merparten av intervjuandet medan den andre hade en funktion av

att hålla koll på inspelningsutrustningen och vara påpasslig med uppföljningar när intressanta resonemang fördes av den intervjuade. Bryman (2011) menar att det krävs att intervjuaren håller sig flexibel och lyhörd under intervjun och med hjälp av sonderingar och uppföljningsfrågor tar fasta på vad intervjupersonen finner viktigt. Upplägget med en intervjuare som ”fångade upp” intressanta svar ökade den flexibilitet och lyhördhet som nämns ovan, då det var lätt hänt att den av oss som höll i intervjuandet kunde bli alltför styrd av intervjuguiden. Intervjuerna spelades också in av den enkla anledningen att de efter genomförandet kunde transkriberas och därmed riskerade vi inte att missa intressanta svar från de intervjuade (jmf. Bryman, 2011).

Transkriberingen delade vi upp mellan oss, så att vi hade ansvar över fyra intervjuer var. Kodningen gjorde vi sedan gemensamt och fick med det igång en diskussion kring den insamlade empirin. Kunskapsinhämtningen (det vill säga informationssökande och inläsning på ämnet) har skett separat, medan den allra största delen av skrivandet har utförts gemensamt.

4.4. Trovärdighet

Utifrån vilka kriterier man ska se på en undersöknings kvalitet varierar mellan olika forskare. Vissa menar att man kan assimilera de kriterier som hör den kvantitativa forskningen till (dvs. intern och extern validitet respektive reliabilitet). Detta innebär i stora drag att undersökningen ska kunna upprepas, att de tolkningar av empirin som görs inom ett forskarlag överensstämmer de olika forskarna emellan och att det finns en tydlig koppling mellan empiri och teori (Bryman, 2011). Andra forskare hävdar att det varken går eller är önskvärt att överföra kriterier från den kvantitativa till den kvalitativa forskningen med motiveringen att det förutsätter att man studerar en objektiv sanning, något som enligt vissa rimmar illa med syftet i en kvalitativ undersökning (ibid.). Hur man än väljer att se på det så handlar en undersöknings trovärdighet om just kvaliteten på de resonemang som förs, ”...läsaren ska tro på det han eller hon läser” (Ahrne & Svensson, 2011, s. 26). Ahrne och Svensson (2011) kommer med en del praktiska tips på hur man kan skapa trovärdighet i en studie. De nämner *transparens* som ett av tre tillvägagångssätt och menar att ett blottläggande av de resonemang och överväganden som har förts under forskningsprocessen ger en inblick i hur man har gått till väga i frågor rörande metodval, val av teori och liknande. Vi kommer med detta i åtanke att avsluta detta avsnitt med en något självkritisk diskussion kring vårt metodval.

En vanlig kritik gentemot kvalitativ forskning är de svårigheter metoder förknippade med denna forskningstradition ställs inför när det kommer till att generalisera (överföra) resultaten från den undersökta gruppen till andra grupper. Då urvalet oftast är begränsat till ett fåtal individer och om populationen inte är tydligt avgränsad, är en generalisering, enligt Bryman (2011) helt enkelt omöjlig att genomföra. Urvalet, som beskrivits ovan, är begränsat till endast åtta intervjupersoner och med en sådan begränsning (relativt hela populationen) är det vanskligt att hävda att generellt gällande slutsatser kan dras. Detta håller Ahrne och Svensson (2011) med om, men erbjuder ett alternativ i form av *teoretisk generalisering* som handlar om att man försöker hitta ett samband mellan studiens resultat till teoretiska ramverk "...snarare än till andra empiriska objekt" (s. 29). Det är just till teorin och resultat från tidigare forskning som analysen i denna uppsats kommer att relateras och vi gör inga anspråk på att de resultat och slutsatser som presenteras kommer att vara giltiga, varken på de två boenden där intervjuerna har genomförts eller inom samtliga äldreboenden i Sverige.

Låt oss avslutningsvis diskutera eventuella brister i trovärdigheten vad gäller den metod vi har valt att använda oss av. Under en intervju finns det alltid en risk att respondenten påverkas av den eller de som intervjuar och av intervjusituationen i sig, något som kan avspeglas i svaren (Bryman, 2011). Att vi var två som stod för intervjuandet kan ha förstärkt denna effekt, på grund av att respondenten hamnade i minoritet. I föregående avsnitt nämns att vi inledde studien med en generell frågeställning för att på så sätt arbeta utifrån en induktiv ansats. Ett sådant förhållningssätt är dock inte helt oproblematiskt. Ahrne och Svensson (2011) ställer sig frågande till huruvida det är möjligt att induktivt dra slutsatser utifrån empiriskt material och menar att alla frågor är "...inbäddade i en viss analytisk blick och ett visst sätt att se på världen" (s. 191). Då vi redan innan undersökningen drog igång satt inne med förutfattade meningar av äldreomsorgen, tolkades empirin utifrån dessa. Innan studiens början hade vi åtminstone två antaganden; dels att autonomi och möjligheter till inflytande inte var något självklart för de äldre på ett särskilt boende, dels att uppfattningar angående de teman vi skulle undersöka varierade beroende på om vi frågade en enhetschef, en personal eller en vårdtagare. Utifrån dessa (för)föreställningar tolkade vi intervjupersonernas svar, detta då det åligger forskaren att själv "...ge mening åt sitt material." (Ahrne & Svensson, 2011, s. 185). Eftersom vi har tolkat det insamlade materialet så har de delar av intervjuerna som har stämt överens med undersökningens syfte valts ut och vi riskerar med det att ha exkluderat svar som hade kunnat bidra till en ökad förståelse av företeelserna på ett särskilt boende.

4.5. Analysverktyg

Det insamlade materialet av vårdtagares, personals och enhetschefers uppfattningar om äldreomsorgen i form av inspelade semistrukturerade intervjuer har transkriberats för att sedan kodas och analyseras med hjälp av olika analysverktyg. Vi har delvis utgått från Jönsons (2010) perspektivanalys, en metod som ger en möjlighet ”att identifiera och förstå sociala problem” ur olika perspektiv ”med utgångspunkt i olika problemfrågor” (s. 7). Ett analyschema, som benar upp den intervjuades svar i olika kategorier, används och ”gör det möjligt att besvara forskningsfrågor” (s. 26). Med hjälp av detta schema har vi identifierat exempelvis likheter och olikheter i respondenternas svar, samt styrkor och svagheter i de resonemang som de intervjuade har fört. ”Problemfrågorna” har i analysen inledningsvis delats in i de teman som vi har haft som syfte att undersöka, det vill säga omsorg, autonomi och inflytande. Efter denna lite grövre kodning har vi närmare undersökt hur de olika respondenterna resonerar kring varje tema och utifrån detta konstruerat ”underkoder” som till exempel ”tacksamhet”, ”begränsningar” och ”anhörigpåverkan”. Utifrån denna andra bearbetning av empirin har vi jämfört de olika respondenternas resonemang, både från person till person inom kategorierna (äldre, personal och enhetschefer), men också mellan dessa grupper, för att identifiera likheter och skillnader i svaren. Resultaten från detta moment har vi sedan ställt mot tidigare forskning i avsnittet ”Resultat och analys”. I den sista kodningen har vi använt oss av Bourdieus teori med begreppen ”fält”, ”doxa”, ”habitus” och ”symbolisk makt” som koder och har utgått från dessa i en avslutande teoretisk diskussion.

5. Etik

De fyra huvudreglerna inom den forskningsetiska principen om individskyddskraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Att tillvägagångssättet uppfyller dessa krav är mycket viktigt, framför allt för att skydda de individer som ställer upp på undersökningen.

Informationskravet innebär att man ska informera deltagarna i undersökningen om vad studien går ut på och de rättigheter som de har att delta på frivillig basis och avbryta detta deltagande när de så önskar. Respondenterna ska även bli informerade om de eventuella konsekvenser som deras medverkan kan medföra (Vetenskapsrådet). Vi har inför varje intervjutillfälle skickat ett brev till enhetscheferna, och med detta har vi uppfyllt informationskravet genom att delge respondenterna vad vår undersökning har gått ut på. För att ytterligare försäkra oss om att informationen om undersökningen har delgivits, har vi inför varje intervjutillfälle gått igenom informationsbrevet tillsammans med respondenten. Vi har i

och med det även sett till att erhålla dennes samtycke, ett krav som innebär att "... (d)eltagare i en undersökning har rätt att själv bestämma över sin medverkan" och rätt att avbryta detta deltagande när så önskas (Vetenskapsrådet, s. 9). Konfidentialitetskravet innebär att etiskt känsliga uppgifter som tillkommer undersökningen genom enskilda, identifierbara människor eller information som kan identifiera deltagarna ska aidentifieras (Vetenskapsrådet). I denna uppsats nämns inte kommunens namn, och vi har ersatt de intervjuades namn med könsneutrala beteckningar. Ett problem som vi har stött på rörande konfidentialiteten är att personal och enhetschefer har vetat om vilka av de äldre vi har intervjuat. För att inte vårdtagarna ska kunna identifieras så har frågorna lyfts ut ur det sammanhang som intervjupersonerna verkar inom och varit av mer generell karaktär. I presentationen av den insamlade empirin har vi inte heller redovisat några konkreta exempel som möjliggör en identifikation av respondenterna. Den sista huvudregeln är nyttjandekravet som fastslår att den insamlade empirin inte får användas till kommersiellt eller icke-vetenskapligt bruk utan endast i forskningssyfte. Informationen får inte heller ligga till grund för beslut som direkt kan påverka den enskildes situation (Vetenskapsrådet). Då detta är en C-uppsats kommer den att presenteras som en sådan och inte i något annat syfte.

Ett etiskt övervägande som bör göras vid bedrivandet av forskning rör det kunskapsvärde som den eventuella undersökningen kan resultera i och de möjliga risker eller negativa konsekvenser som kan drabba deltagarna. Man måste även ta i beaktande de kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser som en undersökning kan medföra samt även hur den kan beröra en tredje part (Vetenskapsrådet). Vår första tanke med denna uppsats var att skriva om missförhållanden inom äldreomsorgen, med ungefär samma upplägg som har presenterats i metoddelen. Frågor kring just missförhållanden är dock av mycket känslig karaktär och kan komma att väcka ångest hos personal och äldre på ett särskilt boende, ett obehag som intervjupersoner inte bör utsättas för. För att undvika detta problem valde vi att flytta fokus från missförhållanden till mer generella frågeställningar kring uppfattningar om olika begrepp såsom omsorg, autonomi och inflytande. Vi har också valt att anpassa intervjuguiden något beroende på att vissa frågor, framför allt av de äldre, kan uppfattas som känsliga. Exempel på detta är frågor kring anhörigas påverkan på vården, då vi inte vet vilken relation den boende har till eventuella släktingar. Att med den intervjuade diskutera känsliga ämnen riskerar att leda till upprördhet eller ångest, något som vi inte ville utsätta de äldre respondenterna för.

Vi har trots detta valt att ta med de äldre i undersökningen eftersom vi har funnit det viktigt att låta dem komma med sin syn på äldreomsorgen. Andersson och Swärd (2008) menar att

forskaren har ett särskilt ansvar att i sin forskning lyfta fram utsatta och diskriminerade grupper ”röster och erfarenheter” (s. 237). Nu kan det tyckas vara en överdrift att benämna den äldre generationen som diskriminerad, men de båda författarna gör en poäng av det vanskliga i att bortse från den berörda partens perspektiv. Att intervjua personal och enhetschefer kan ge en förståelse för situationen på ett särskilt boende, men det är viktigt att vårdtagarnas perspektiv hamnar i fokus då det är *deras* omsorg, autonomi och möjligheter till inflytande som diskuteras i uppsatsen.

6. Resultat och analys

6.1 Inledning

I detta avsnitt kommer vi att med stöd i tidigare forskning redovisa och analysera den insamlade empirin. Resultat- och analysdelen är uppdelad i olika teman i form av omsorg, autonomi och inflytande med olika underrubriker. I detta avsnitt kommer även likheter och skillnader mellan hur de olika aktörerna resonerar kring de olika temana belysas. Avsnittet kommer att avslutas med en kortfattad genomgång av den inledande frågeställningen.

Intervjupersonerna har, med konfidentialitetsprincipen i åtanke, tilldelats olika beteckningar i stället för deras riktiga namn;

Enhetscheferna: E1 och E2

Personal: P1 och P2

Äldre: Ä1, Ä2, Ä3 och Ä4

6.2. ”Det är en trygghet och jag skulle inte kunna tänka mig att vara utanför den” - Om omsorg på ett äldreboende

Ahnlund och Sauer beskriver omsorgsarbete som antingen instrumentellt- eller emotionellt arbete. Omsorg är både av en praktisk och en känslomässig karaktär, och hur dessa utövas och fungerar tillsammans avgör vilka effekter vården och omsorgen får för de äldre, då det är i det känslomässiga samspelet mellan de äldre och personalen som omsorgen formas (2008). Om mötet mellan dessa båda aktörer är av en kall och kylig karaktär skapar detta sämre förutsättningar för att den äldre ska känna sig trygg än vad fallet är i en relation som präglas av känslor som ömhet, värme och närhet (Lill, 2010). Sedan några decennier tillbaka så har allt större fokus lagts på den sociala aspekten i omsorgen av äldre (Ahnlund & Sauer, 2008). En konsekvens av detta är ökade krav på den enskilde individens rätt till inflytande och självbestämmande över hur vården skall vara utformad (SOU, 2008:51).

Samtliga av de äldre intervjupersonerna resonerar kring den vård som ges i termer av både instrumentell och emotionell omsorg, men tycks lägga extra stor vikt vid det sistnämnda (jmf. Ahnlund & Sauer, 2008). Några av dem betonar också vikten av den trygghet som både instrumentellt och emotionellt arbete bidrar till.

Ä3: de är måna om oss och sköter (...) de gör ju allting för en

Citatet ovan belyser både den känslomässiga och den praktiska vårdens betydelse för den äldres välbefinnande. Relationen mellan vårdtagaren och personal som grundar sig i värme och kärlek och att kunna få hjälp med praktiska göromål som tidigare var möjligt att utföra själv, skapar en trygghet hos den äldre och tycks vara en viktig komponent i omsorgen. Några av de tillfrågade betonar även vikten av autonomi i utformningen av sin vardag, till exempel att själva få bestämma hur sängen ska bäddas kan skapa en trygghet som är viktig för individen (jmf. Ahnlund & Sauer, 2008).

Enhetschefer och personal beskriver omsorgen i liknande termer, dock med en större betoning på den individuella vården och de äldres rätt till autonomi. Enhetscheferna, liksom Ericsson (2011), betonar vikten av att möta människor som unika och att deras individuella behov och önskemål ska styra utformningen av vården.

E1: Ja dålig omsorg är väl egentligen när man inte kan få tillgodosett sina önskemål

Här likställer en av enhetscheferna brister i tillgodoseendet av de äldres individuella önskemål med dålig omsorg. Detta svar överensstämmer väl med Socialtjänstlagen kapitel 5, 5 § som betonar individens möjligheter till att själv kunna välja hur vården skall vara utformad.

Personalen lyfter mer explicit (jämfört med enhetscheferna) fram vikten av den relation de har till vårdtagarna.

P1: Omsorg för mig det är att man med ömhet och närhet och med hjälp alltså hjälper dem med saker och ting som de inte kan själv.

P2: Jag ger ju dem vården

Här beskriver personalen sitt förhållande till de äldre i likhet med Ahnlund och Sauer (2008) diskussion om hur omsorg som begrepp är konstruerat i arbetet på ett särskilt boende.

Resonemanget handlar om vikten av att ta hand om *andra* snarare än att ta hand om varandra. Att den ena parten är givare och den andra är mottagare skapar ett ojämnt maktförhållande mellan personal och äldre som gör att omsorgens natur är beroende av personalens vilja (Ahnlund & Sauer, 2008). Detta framkommer även i intervjuer med enhetschefer och äldre

där bland annat en av de förstnämnda säger att vissa personer i personalen är gladare än andra, något som påverkar bemötandet (jmf. Ahnlund och Sauers (2008) ”emotionella arbete”), och de två sistnämnda påtalar hur bristande engagemang hos personalen kan påverka omsorgen negativt.

Det är som tidigare nämnts i relationen mellan personal och äldre som omsorg konstrueras och värderingar som närhet och ömhet får en faktisk betydelse för de äldre.

Ä4: de har ju inte tid till att sätta sig på rummet och prata” (...) ”Det har de ju inte tid till, men där ute i dagrummet och sådant, där kan man ju träffa dem” (...) ”Ja det är klart, det hade ju varit bra det med men, det går inte

Ett problem som samtliga intervjupersoner uttrycker är just faran med att omsorgsarbetet hamnar i riskzonen då personalen inte har tid att kunna tillgodose de äldres önskningar på grund av tidsbrist. Något som framkom i intervjuerna med de äldre var en uttryckt förståelse för personalens situation när deras omsorgsbehov inte kunde tillgodoses enligt deras önskemål. De ursäktade personalens tillkortakommande (bland annat i termer av personalbrist), vilket skiljer sig från Möllers (1996) studie där han påvisade att äldre i hemtjänsten saknar engagemang och hjälpvilja hos personalen. Detta kan förklaras av det större beroende som enligt Ahnlund och Sauer (2008) råder på ett särskilt boende där närhet är av yttersta vikt, till skillnad från hemtjänsten där personal och äldre inte spenderar lika mycket tid tillsammans.

6.3. Autonomi

6.3.1. ”Han vill sova länge, då ska han göra det.” – om självbestämmande på ett särskilt boende

Autonomi inom äldreomsorgen handlar om att stärka individens rätt till självständighet och att möjliggöra för vårdtagaren att själv kunna påverka den vård och omsorg som finns att tillgå (SoL 2001:453 kapitel 4, § 1; kapitel 5, § 5). Enligt Andersson (2009) har dock denna möjlighet till självbestämmande sina begränsningar på ett särskilt boende, bland annat i form av den med åldern försämrade hälsan. Askautrud och Ellefsen (2008) nämner även de ett flertal faktorer som påverkar den äldres autonomi och menar att det är personalen som har tolkningsföreträde gällande vilka möjligheter som finns för den äldre att själv bestämma över den egna vården. En annan begränsning utgörs av organisationens resurser som styr i vilken grad vissa önskemål kan bli tillgodosedda på boendet och hur mycket personal som finns tillgänglig. Press från anhöriga påverkar även det den äldres möjligheter till

självbestämmande i form påtryckningar på personal och på den äldre om hur de ska handla och agera i olika situationer (Askautrud & Ellefsen, 2008). De båda författarna tar även upp hur det ojämna maktförhållande, som beskrivits tidigare i avsnittet ”Omsorg”, skapar ett beroende till personalen. Detta kan skapa en rädsla för att ställa krav då den äldre inte vill komma i konflikt med personalen, på grund av en fruktan att detta kan leda till sämre vård (ibid.).

Det som kommer redovisas först är vad de olika aktörerna lade in för värderingar i begreppet omsorg, för att sedan problematisera detta genom de begränsningar för autonomi som framkommer av den insamlade empirin.

I intervjuerna ställdes frågor kring självbestämmande och de olika intervjupersonernas resonemang kring begreppet tycks stämma ganska väl med varandra. De äldre verkar ha en relativt klar bild av vad deras självbestämmande innebär. Det handlar ofta om att personalen ska hjälpa de äldre att få sina behov och önskningar tillgodosedda i vardagen.

Ä1: inte säkra på det ja då säger de: -kom in här nu (...) Medan vi bäddar och gör i ordning sängen så får du som du vill ha det

De äldres svar på vad självbestämmande innebär för dem fokuseras ofta på den egna situationen i den direkta, rent praktiska vårdssituationen.

Skillnaden mellan enhetschefernas, personalens och de äldres svar på vad självbestämmande innebär är att de två förstnämnda i högre grad resonerar kring begreppet som en rättighet. Hur resonemangen kring äldres möjligheter att påverka verksamheten förs kommer att diskuteras närmare under rubriken ”Inflytande”.

E1: Ja, egentligen vad kan de inte bestämma över? Det är nog det enklaste att svara på, för de kan egentligen, alltså sin egen vård och omsorg har de rätt till att bestämma vad de vill, det de inte kan bestämma är egentligen är ju personalresurser.

P1: Självbestämmande inom äldreomsorgen är ju att man själv får tala om vad man vill äta, vad man vill dricka, när man vill stiga upp, när man vill lägga sig. Vad man vill ha för kläder på sig, hur man vill se ut i håret.

Vad autonomi som begrepp innebär inom äldrevården tycks vara ganska självklart för de intervjuade, men vid en närmare diskussion kring de begränsningar som finns problematiseras detta något. Förutsättningar för autonomi beror på kontexten, och det är i det specifika sammanhanget som dess innebörd konstrueras (Andersson & Mattiasson, 1995).

Vid en direkt fråga om de äldres möjligheter till självbestämmande tycks de vara överens om att det inte finns något som förhindrar detta. Men i intervjuerna med vårdtagarna framkommer konkreta faktorer som begränsar dem i deras vardag, dock utan att de reflekterar närmre kring att dessa skulle utgöra hinder för deras autonomi. De uttrycker bland annat hur svårigheter med färdtjänst och den egna vårdtyngden påverkar deras möjligheter till självbestämmande.

6.3.2. Personalens tolkningsföreträde

Askautrud och Ellefsen skriver att det största hindret för äldres självbestämmande på ett särskilt boende, vid sidan av demens, utgörs av personalens inställning (2008).

E2: Självbestämmande, ja, jo vi gör ju ingenting mot någons vilja utan det är ju deras vilja som styr, sedan kan inte självbestämmande kanske vara, de styr ju liksom inte allt utan det är vi som står för professionen och kan liksom så att det gäller ju att vägleda(...).

En av enhetscheferna uttrycker den påverkan som en undersköterska, i egenskap av sin roll som professionell, kan ha över de val som den äldre kan tänkas göra. Denna inställning kan beskrivas som moralisk autonomi då man respekterar den äldres rätt till självbestämmande, men om de val som denne gör är orationella kan dessa inskränkas eller ”vägledas” som en av personalen uttrycker det (van Delden & van Thiel, 2001).

P1: Ja det är det ju och jag får ju tänka lite granna medicinskt och såhär också va, om en person vill någonting så och det går emot så att säga då får jag försöka förklara vad som är bäst och så.

Citatet ovan visar tydligt det tolkningsföreträde som en i personalen anser sig ha över den äldres intressen. Harnett och Larsson (2011) för just resonemanget om vem som egentligen är expert över den vård och omsorg som påverkar vårdtagaren i vardagen. Är det personalen eller den äldre själv som bäst kan avgöra vad som är bra omsorg? I empirin kan vi utifrån personalens perspektiv urskilja att de intar en expertroll i frågan om vad som är bäst för de boende. Detta kan, baserat på Askautrud och Ellefsens (2008) studie, ses som att personalen inte medvetet kränker den äldres rätt till självbestämmande. De beslut som strider mot vårdtagarens vilja, och inte är av medicinsk karaktär, kan snarare ses i ljuset av personalens ansatser till ett empatiskt förhållningssätt i vården av den äldre (ibid.). Att ta ut en boende på promenad, trots att denne inte vill, kan alltså baseras på just ett sådant empatiskt beslut.

E1: Ja hindret blir ju egentligen så att det är vårdtyngden som styr lite grann. I ett sådant här boende är det ju så att vårdtyngden bland dem som bor det går ju upp och

ner. De blir ju inte yngre med tiden utan snarare äldre, och då kommer man ibland till en situation där man, för dem bor rätt så länge och då blir man ju sämre och sämre och då kan man komma i ett skede där det är hög vårdtyngd och då kan det va ibland svårare att tillgodose en del av dem här önskemålen man har.

I diskussionen kring personalens tolkningsföreträde och de inskränkningar på vårdtagarens autonomi som detta medför så får man inte förbise att de äldre är just äldre. Sjukdomar, trötthet och funktionsnedsättningar skapar svårigheter för vårdtagare på ett särskilt boende att fatta rationella beslut och för personalen att upprätthålla de äldres möjligheter till individuella val (jmf. Andersson, 2009).

Både personal och enhetschefer tycks vara överens om att den professionella kunskapen hos de som vårdar i vissa fall kan begränsa den äldres autonomi då hälsan påverkar möjligheterna till att ta rationella beslut, något som även Askautrud och Ellefsen (2008) finner i sin studie om äldre vårdtagares självbestämmande.

6.3.3. Organisatoriska resurser

Ett annat hinder för de äldres möjligheter till autonomi är de ekonomiska ramar som personalen på ett särskilt boende måste förhålla sig till. Knappa resurser kombinerat med en stor arbetsbörda kan innebära svårigheter att tillgodose de äldres önskemål och behov (Askautrud & Ellefsen, 2008).

E1: Även om vi har skyldigheten att se till att de har så är det ju så att verksamheten styrs ju lite av de resurser man har.

I de båda enhetschefernas resonemang går att urskilja den påverkan som organisationens ekonomiska ramar har på den äldres omsorg och som i förlängningen begränsar den äldres autonomi.

P1: Ah, ja nu tar jag mig en macka och ah nu jag väntar att duscha en timme. Det kan man inte styra över på samma vis här, för att vi har ju fler att ta hänsyn till.

Citatet visar hur personalens arbetsbörda inskränker på de äldres rätt till självbestämmande, ett självbestämmande som i Socialtjänstlagen innebär att den äldre ska ges möjlighet att ”kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges” (SoL, 2001:453, kapitel 5, § 5). I intervjun med P1 så framkommer även en önskan om mer personal till äldreboendet för att öka kvaliteten av vården. Detta stämmer väl överens med Askautrud och Ellefsens (2008) studie där de tar upp den inskränkande effekt som personalbrist och hög arbetsbelastning kan ha på de äldres autonomi.

Ä2: Ja men det går ju liksom inte för då ska man ha färdtjänst och (...) man ska ha ledsagare med sig och, nej det det blir för krångligt (ohörbart) det här med färdtjänst det är (...) det gillar jag inte alls, det det är så jobbigt så jobbigt så

P2: det är jättejobbigt att åka iväg som sagt om man ska med färdtjänst eller något annat

Andra resurser, förutom personaltillgångar, kan begränsa de äldres autonomi ytterligare. Färdtjänsten fyller en funktion av att vårdtagaren ska kunna lämna boendet för en stund, men både en av de boende, Ä2, och personal uttrycker explicit de problem som denna möjlighet innebär.

6.3.4. Pressfrån anhöriga

En tredje faktor som kan inskränka på de äldres autonomi är enligt Askautrud och Ellefsen (2008) press från anhöriga. Hur relationen mellan personal och familjemedlemmar till vårdtagaren kan påverka omsorgen kommer att avhandlas i avsnittet ”Inflytande”.

Det finns en märkbar skillnad mellan hur enhetscheferna och personalen resonerar kring hur anhöriga påverkar de äldres autonomi.

E1: De (...) det kan man se oftast är det ju, det blir en problemsituation för oss, där vi kan se om anhöriga agerar väldigt mycket ihop med den som bor här. Och då försöker vi oftast ta ett samtal att diskutera, att de vänder sig till oss i första hand och diskuterar innan man. Sen är det ju så att även om de inte har rätt till att styra så lyssnar vi ju av om de har önskemål att man, något speciellt ändå, så är det ju.

Enhetscheferna hävdar att de äldres autonomi inte ska påverkas av anhörigas önsknings. Man lyssnar visserligen på dem, men det är inte de som ska fatta besluten kring vårdtagarnas omsorg. Personalen är av en annan åsikt när de uttrycker att de äldres autonomi inskränks både av att de pressas av sina anhöriga och att familjemedlemmar påverkar personalen i frågor rörande hur vården ska utformas.

P1: det är tyvärr så att starka anhöriga rent viljemässigt styr över sina gamla mammor och pappor.

P1: Det som man mest ser störst problem det är att anhöriga brukar bestämma (...) Ja de kan bestämma om hur mycket de ska äta, och om de ska gå ut fast de inte vill gå ut och jaha vad de ska ha för kläder på sig ibland.

Askautrud och Ellefsen (2008) skriver i sin studie att anhöriga ofta övertar tolkningsföreträde vad gäller de äldres välbefinnande och pressar den äldre att fatta beslut som han eller hon

annars inte skulle fatta. Det personalen uttrycker om anhörigas påverkan ställt mot vad enhetscheferna säger om att dessa inte har någon laglig rätt att utöva inflytande över den individuella vården kan liknas vid Askautrud och Ellefsens (2008) diskussion kring den svårighet personalen på ett särskilt boende kan ha att motstå familjemedlemmars påtryckningar.

I denna diskussion skiljer sig resonemangen något mellan enhetschefer och personal. Medan undersköterskorna i större utsträckning ser anhörigas påverkan på omsorgen av den äldre som problematisk, menar enhetscheferna att påtryckningar från dessa visserligen förekommer, men att de inte tillåts bestämma över utformningen av den boendes omsorg.

6.3.5. Beroende och rädsla för personal

Relationen mellan personal och boende är, sett ur ett maktperspektiv, ojämn. Den äldre är beroende av personalen för att kunna utöva sin rätt till autonomi och personalen kan både hindra och möjliggöra den äldres rätt till ett så självständigt liv som möjligt (Andersson & Mattiasson, 1995).

P2: Det handlar ju om personalens egen vilja och flexibilitet. Det mesta går att lösa.

Ä2: Ja om jag skulle vilja någonting så tror jag säkert att de ställde upp för oss som sagt de är så hjälpsamma så att de (...) allt de har möjlighet till det ställer de upp på, så skulle det vara någonting så är jag helt övertygad om det hade de ordnat till mig också

Autonomin är avhängig personalens möjligheter till att tillfredställa de äldres önskemål, något som både personal och äldre är medvetna om. I vår empiri står att finna att vårdtagarna ställer låga krav på omsorgen, samtidigt som de uttrycker vikten av att själv kunna bestämma över dess utformning. En av förklaringarna till de låga krav som de äldre ställer, och som är direkt kopplad till en diskussion kring autonomi, kan vara att vårdtagaren fruktar att en konflikt med personalen skulle kunna leda till en försämring av omsorgen (jmf. Askautrud & Ellefsen, 2008). Det beroendeförhållande som enligt Andersson och Mattiasson (2005) råder mellan givare och mottagare av vården kan göra det svårt för den äldre att framföra de önskemål som han eller hon kan tänkas ha, av rädsla för att ställa krav som kan påverka denna relation negativt.

6.4. Inflytande

6.4.1. ”Jaa, då får de ju komma till mig så får vi ta ett snack” – om äldres röster på ett särskilt boende

Möller (1996) diskuterar två strategier, ”exit” och ”voice”, som en vårdtagare inom äldreomsorgen kan använda sig av för att påverka sin situation. Dessa två vägar till inflytande kan vid en första anblick tyckas vara oproblematiske, men den äldres beroende till personalen (Andersson & Mattiasson, 1995) och otydligt definierade påverkanskanaler (Persson & Berg, 2009), är exempel på hinder som kan stå i vägen för båda dessa alternativ. Att se på omsorgen som en handelsvara på en marknad där den äldre är kund är att ta ett avsteg från verkligheten i beskrivningen av inflytandemöjligheterna på ett äldreboende, något som kommer att behandlas närmare i detta avsnitt.

Att benämna de äldre som *kunder* är något som förenar de båda enhetscheferna i sina utläggningar om möjligheter till inflytande på ett särskilt boende. Kundbegreppet hamnar snubblande nära den ovan beskrivna förenklingen av vårdtagaren som köpare av en vara, med Möllers (1996) ”exit” och ”voice” som självklara alternativ till påverkan. Detta förhållande problematiseras dock vid en närmare beskrivning av vilka vägar som finns tillgängliga för att utöva inflytande.

E1: kommunen här har ju någonting som heter synpunkter och klagomål (...) (D)är man kan uppge vem man är och man kan göra det anonymt, sen är det man kan skicka in till förvaltningen också, där man har synpunkter och försöker påverka. Det går ju tillbaka till oss för så kallad utredning. (...) Det är ju så att vårdtagarna har, de här kunderna har möjlighet att ta kontakt med politikerna och be om en träff för att prata med, sen vet vi ju alla egentligen att det inte är så enkelt att påverka det där heller.

På frågan om vilka möjligheter till inflytande som finns nämner E1 att de äldre kan lämna synpunkter på verksamheten och till och med kan vända sig till politiker, ett alternativ som dock inte tycks vara särskilt realistiskt. Samstämmighet tycks råda mellan de två enhetscheferna när de endast anger ”voice” som alternativ till att påverka både verksamheten och den egna vården, och ”exit” som möjlig påverkansstrategi nämns inte över huvud taget (Möller, 1996).

Även personalen utelämnar ”exit” i sina diskussioner kring de äldres påverkansmöjligheter, medan ”voice” framstår som det rimliga alternativet till inflytande över framför allt den egna vården.

P2: Ja, får ju först och främst ta det med kontaktpersonen om inte den är missnöjd med kontaktpersonen. (...) Oftast kan man ju alltid gå till chefen

I citatet ovan hävdar P2 att de äldre kan vända sig till sin kontaktperson eller enhetschefen om de vill påverka. Rollen som kontaktpersonen, som alla vårdtagare har rätt till, intas av de undersköterskor som arbetar på äldreboendet. Detta kan göra denna möjlighet till att påverka genom ”voice” något problematisk på grund av det beroende som enligt Andersson och Mattiasson (1995) präglar vårdtagarens relation till personalen.

I intervjuer med de äldre lyser diskussioner kring vilka möjligheter det finns att påverka verksamheten med sin frånvaro och bara två av de fyra respondenterna uttrycker hur de kan utöva inflytande över den egna vårdssituationen.

Ä3: Vad jag skulle påverka. Det är, är det någonting så säger man ju bara till

I enlighet med vad både personalen och enhetscheferna säger så tycks ”voice” också för de äldre vara det enda alternativet till inflytande, och det handlar då framför allt om att vända sig till personalen för att utöva detta.

Som framkommer av den insamlade empirin verkar det som att det bara är ”voice” som är en relevant påverkansstrategi för de äldre när det kommer till att utöva inflytande inom de undersökta verksamheterna, möjligheten att påverka sin situation genom att lämna organisationen uttrycks inte i någon av intervjuerna. Detta resultat stämmer väl överens med resultat från tidigare forskning där det framkommer att ”exit” sällan är ett realistiskt alternativ för äldre omsorgstagare (Harnett, 2010a; Möller, 1996). Inledningsvis nämns att det beroende som den äldre har i förhållande till personalen kan ha en begränsande effekt på möjligheterna till påverkan (Andersson & Mattiasson, 1995). Att de äldres ”voice”-kanal går genom den personal till vilken de har ett sådant beroende kan utgöra ett hinder för att utöva inflytande enligt denna strategi, vilket också kan ha sin förklaring i den begränsade medvetenhet de äldre har gällande var att vända sig för att framföra klagomål eller förfrågningar. Medan enhetschefer och personal hävdar att det är möjligt att vända sig till ledningen (och i ett av fallen till politiker), tar vårdtagarna enbart upp möjligheten att tala med personalen ifall det skulle vara önskvärt att påverka något. Detta överensstämmer med vad Persson och Berg (2009) skriver om att information vad gäller ”voice”-kanaler inte alltid delges de äldre i tillräcklig utsträckning på ett särskilt boende, något som bland annat kan bero på en bristande ansvarsfördelning. Om så inte möjliga strategier till att påverka vården i form av ”exit” eller ”voice” är tillräckligt synliga för de boende återstår ett tredje och sista alternativ till påverkan;

att förhålla sig *lojal* till organisationen (Möller, 1996). Detta kan till viss del förklara den till synes låga graden av inflytande på de undersökta verksamheterna, men fler svar kan ges och kommer att diskuteras i kommande avsnitt.

6.4.2. ”De gamla har nog inte sådär hemskt mycket idéer om vad de ska göra” – om det uteblivna inflytandet

Anledningen till den knappa förekomsten av påverkansförsök från äldre beror enligt tillfrågade kommunrepresentanter i Persson och Bergs studie på en passivitet hos vårdtagarna, trots att hinder i själva organiseringen kan göra det svårt att utöva inflytande (2009). Jönson (2009) för en liknande diskussion när han skriver att en andrafiering av gamla människor pågår i samhällsdebatten och att deras intressen varken försvaras eller definieras av de äldre själva. Han fortsätter med att uteblivandet av äldres röster riskerar att leda till en avpersonifiering och en institutionalisering av vårdtagare på ett särskilt boende (ibid.). Slutsatser av denna karaktär drar även Ryvicker i sin studie där han finner att den äldre på ett boende konstrueras som passiv mottagare, bland annat genom att av personalen liknas vid ett litet barn (2009).

Båda enhetscheferna definierar, precis som Persson och Berg (2009) antyder, de äldre som passiva i sin roll på boendet, något som märkbart kontrasterar mot beskrivningen av dem som kunder.

E1: Sen är jag inte så säker på att de skulle vilja så mycket mer. En del av de gamla, det är ju lite grann hur man är så att säga

E2: sedan blir det nog gärna så att man ramlar in i den trallen och de rutinerna, så kommer man som ny och sen är där 23 andra boende som som följer en viss rutin så att då hamnar man kanske i den ganska så så snabbt

Medan E1:s citat belyser hur bristen på inflytande från en vårdtagare förklaras av att densamme är passiv, ger E2:s citat en antydning till den institutionalisering som diskuteras av flera författare, när denne beskriver hur de äldre faller in i de rutiner som finns på boendet (Persson & Berg, 2009; Jönson, 2009). Vid ett annat tillfälle liknar E2 också en av de äldre vid ett småbarn i trotsåldern, vilket enligt Ryvicker (2009) kan förstärka den beskrivna effekten.

Hos personalen går diskussionen på ungefär samma sätt som hos enhetscheferna i beskrivningen av de äldre som passiva mottagare.

P1: Vi har en hög medelålder här alltså, de har bott på hemmet nu i några år de flesta. Man blir ju lätt så att man hamnar i en, man kommer in på hemmet, då är det andra som ska sköta om mig, då är jag liksom, ja.

Förutom att P1 anspelar på att en institutionalisering av de äldre sker i och med en flytt till ett särskilt boende lyfts även en ny dimension fram som inte diskuteras på samma sätt av de båda enhetscheferna. P1 tar nämligen upp det faktum att individens ålder kan påverka dennes tendens till att utöva inflytande, något som hamnar nära den diskussion som Andersson (2009) för när han lyfter fram att initiativtagande faktiskt kan vara begränsat till rent kroppsliga problem som kommer med ökad ålder.

Ingen av de äldre beskriver explicit sig själv som passiv mottagare, men det går fortfarande att i intervjuerna utläsa att detta uttrycks implicit.

Ä2: nu det är inte så mycket jag är intresserad utav där nere så det är inte så ofta jag är där (...) det är inte något som tilltalar mig riktigt.

Vad Ä2 uttrycker i citatet ovan är kanske inte ett missnöje, men i alla fall ett bristande intresse av de aktiviteter som finns att utöva på boendet. På frågan om det finns någonting som intervjupersonen skulle vilja påverka svarar denne att så inte är fallet då allt är till belåtenhet, inkluderat de aktiviteter som erbjuds. Detta gäller även en annan av de äldre, Ä4, som trots ett uttryckt intresse för bakning inte har något att klaga på när denna aktivitet har uteblivit i flera veckors tid på grund av sjukskriven personal.

Både enhetschefer och personal tycks alltså vara någorlunda överens i beskrivningen av de äldre som relativt initiativlösa vårdtagare. Här tycks den insamlade empirin bekräfta vad flera författare beskriver som en institutionalisering av äldre som sker på ett särskilt boende (Jönson, 2009; Persson & Berg, 2009; Ryvicker, 2009). En intervjuperson, P1, lyfter dock fram en viktig aspekt som inte går att bortse från i diskussionen; de sjukdomar och den orkeslöshet kombinerat med stigande ålder som kan påverka initiativtagandet hos en äldre vårdtagare (Andersson, 2009). P2, en av undersköterskorna, skiljer sig dock lite från de övriga och beskriver de boende som mer aktiva i sitt inflytande över verksamheten. Enligt P2 är de äldre inte bara aktiva, utan stora möjligheter till att utöva inflytande finns i form av att genom möten bland annat påverka vilken mat som ska serveras och hur det ska se ut i rabatterna.

6.4.3. “Den tycker inte om fisk, då ska den inte behöva äta fisk.” – om arrangerat inflytande

Harnett (2010b) skriver om hur en lokal rutinkultur på ett särskilt boende styr de olika aktörernas beteenden. Påverkansförsök som faller inom ramarna för denna kultur lyckas ofta, medan ansatser till att utöva inflytande som strider mot de rutiner som finns oftast negligeras eller återanpassas till det som är vedertaget inom verksamheten. Hon fortsätter med att det i de fall som de äldre lyckas med att påverka ofta handlar om ett *arrangerat inflytande*, där vårdtagarna visserligen får bestämma, men att detta nämnvärt begränsas av personalen (ibid.).

P2: Ja de får ju tycka till om maten, önska mat eller önska att de inte får den maten.

Just frågan om mat är något som kommer upp i samtliga intervjuer med personal och enhetschefer och konsensus tycks råda kring att de äldre i frågor kring detta har ganska mycket att säga till om. Citatet ovan fångar detta resonemang på ett bra sätt; de äldre kan välja mellan att äta eller inte äta, något som stämmer väl överrens med Harnetts definition av arrangerat inflytande, det vill säga något som sker inom de ramar som sätts av personalen (2010b). På det boende som P2 arbetar på är matfrågan särskilt intressant, då personalen för en tid sedan kom överens om att möjligheten att välja mellan två rätter skulle slopas på grund av att det bidrog till förvirring hos de äldre. Vad denna förvirring bestod i var det faktum att beslutet om vilken middag som skulle serveras skulle göras 14 dagar innan och att vårdtagarna helt enkelt inte kunde stå för sitt val när det väl var dags att äta två veckor senare. Denna fråga har lösts genom att personalen tillsammans med de äldre har matmöten en gång i veckan, där vårdtagarna framför allt kan påverka vad de *inte* vill äta. Beslut om vilken mat som ska serveras tas av den som bestämmer i köket. På det andra boendet finns möjligheten att välja mellan två maträtter, något som lyfts fram av både personal och enhetschef, men även det hamnar väldigt nära Harnetts arrangerade inflytande som hon beskriver som den äldres möjlighet att välja mellan ärtor och morötter (2010b). Ett liknande mönster står att finna i diskussioner kring aktiviteter där de äldre står inför valet att delta eller inte delta.

Den så här långt diskuterade passiviteten behöver dock inte endast bero på att de äldre, av de regler och rutiner som finns på verksamheten, helt ovetandes indoktrineras i en sådan roll.

Ä3: Det är att man sköter sig själv när man vill det

Intervjupersonen uttrycker en medvetenhet om möjligheten att ”sköta sig själv” när så önskas, något som implicit innebär att denne kan göra ett aktivt val att *inte* utöva inflytande, vilket kan beskrivas som en form av självvald passivitet. En närmre diskussion kring detta kommer att föras i avsnittet ”Teoretisk diskussion”.

När personal och enhetschefer resonerar kring vilka möjligheter till inflytande som finns handlar det ofta om det ovan beskrivna ”arrangerade inflytandet”. Detta framkommer särskilt tydligt i diskussioner kring vilken mat de boende kan välja eller inte välja att äta, men också de aktiviteter de kan välja att ställa upp på respektive inte ställa upp på.

6.4.4.”Jag är så oerhört tacksam att jag har fått detta” – om förmåner, rättigheter och en stor dos tacksamhet

Att äldre i stor utsträckning uttrycker tacksamhet för den vård de tar del av är något Möller (1996) har påvisat i sin studie. En förklaring till detta kan vara att en behovsprövning krävs för att få tillgång till den äldreomsorg som tillhandahålls av samhället. Då en pensionär på ett särskilt boende har fått sin plats tilldelad genom en sådan prövning är det lätt att uppfatta det hela som en förmån, eller en *välfärdsförmån*, och en sådan är (till skillnad från en rättighet) i regel något att vara tacksam för. Möller (1996) fortsätter med att visa på sambandet mellan den äldres tacksamhet och de låga krav som ställs på vården. Detta förhållande går ut på att höga anspråk ofta förutsätter någon form av missnöje, ett missnöje som i sin tur rimmar illa med att vara tacksam för något.

I samtliga intervjuer med de äldre är den beskrivna tendensen att visa tacksamhet för vården ytterst påtaglig. Två av dem resonerar enbart i termer av omsorgen som förmån, medan de andra två uttrycker att det också är en rättighet. De sistnämnda uttrycker dock även de en uppskattning gentemot personalen för den vård de tar del av. Något som också förenar intervjupersonerna är de låga anspråk de har på omsorgen, något som stämmer väl överens med Möllers (1996) undersökning.

Ä1: nattpersonalen är så fin så. De går in här fast de (...) vet att de behöver inte. Men de går in ändå för att jag har ju ett hjärta också som kan ju strejka när som helst.

Ä4: man får ju hjälp till mycket man behöver, det ska de ju hjälpa en med.

I Ä1:s citat uttrycks dels en utpräglad tacksamhet gentemot personalen, men intervjupersonen tycks även hysa låga anspråk på vården och säger sig inte ha några förväntningar på att de ska se till att saker och ting står rätt till, trots ett sviktande hjärta. Ä4 skiljer sig däremot något från de övriga och menar att det tillhör undersköterskornas uppgifter att hjälpa till och hävdar med det att vården är en rättighet. Men detta gör inte den intervjuade utan att visa tacksamhet för den omsorg som erbjuds. Några högre krav ställs inte heller när Ä4 i en annan del av intervjun, trots att det hade varit uppskattat, inte uttrycker några förväntningar på att någon ska komma in på rummet för att samtala, med anspelning på personalens stora arbetsbörda.

Det förhållande som Möller (1996) beskriver om äldres tacksamhet i förhållande till låga anspråk tycks alltså även gälla intervjupersonerna i denna undersökning. Hans resonemang kring hur äldrevården ses som en välfärdsförmån är också relevant då framför allt två av de intervjuade uttrycker en lättnad som infann sig efter att ha blivit ”godkända” i samband med behovsprövningen (ibid.).

Enhetschefernas och personalens resonemang kretsar i mycket högre grad kring omsorgen som en rättighet. Detta genom att de förstnämnda benämner vårdtagarna som kunder och ägare av sin egen lägenhet och särskilt en av undersköterskorna, P1, uttrycker mer explicit de äldres rätt till vården.

P1: Vad brukar man för någonting? Våra skattepengar, ja det har de rätt till.

Den andra undersköterskan, P2, är inte lika tydlig med de äldres rätt till vården och det finns tendenser till att snarare se på vården utifrån ett förmånsperspektiv, till exempel genom att nämna att den är något som respondenten *ger* de äldre. Att de ”får lov” att åka till staden är en annan formulering som hamnar nära synen på omsorgen som förmån, men den kan också diskuteras i förhållande till Ryvickers (2009) beskrivning av hur vårdtagare på ett särskilt boende konstrueras som passiva genom att de liknas vid småbarn.

Samtliga av de äldre intervjupersonerna uttrycker en tacksamhet för den vård de får ta del av och ser därmed på den som en förmån. Detta medan både personal och enhetschefer snarare talar om omsorgen som något de boende har rätt till.

6.4.5. ”Det är ju oftast inte de som bor här som är missnöjda utan det är anhöriga som är missnöjda.”- den äldre mellan familjemedlem och personal

Som tidigare har beskrivits under temat ”Autonomi” kan den äldres självbestämmande begränsas genom press från anhöriga, något som tydligt framkommer i intervjuerna med undersköterskorna (Askautrud & Ellefsen, 2008). Vad som dock ännu inte har diskuterats är den konflikt som råder mellan personalen och anhöriga om vem som vet bäst när det kommer till vårdtagarnas välmående och hälsa. Detta är en diskussion som förs av Harnett och Jönson (2009), som menar att det trots allt är ”experterna” (det vill säga de som arbetar på ett särskilt boende) som har mest att säga till om i denna fråga. De anhörigas krav, som ofta handlar om vikten av att bevara den äldres identitet, avfärdas ofta som orealistiska.

P2: mina anhöriga är väldigt bra att ha att göra med (...) Det kan finnas tvärtom också (...)De tycker kanske att mamma ska ha städat tre gånger om dagen, fast vi har varannan vecka då.

P2:s svar på hur anhöriga påverkar den äldres vård ger mycket för handen. Huruvida kravet att ”mamma ska ha städad tre gånger om dagen” har med en familjemedlems önskan att bevara vårdtagarens identitet går inte att utläsa, men citatet belyser tydligt den konflikt mellan personal och anhöriga och trivialiserandet av familjemedlemmars anspråk som Harnett och Jönson (2009) beskriver. Att städning sker varannan vecka tycks av P2 tas för givet, ett exempel på hur Harnetts (2010b) lokala rutinkultur sätter tydliga gränser för vad som ska gälla på verksamheten. Att mot anhörigas påverkansförsök använda ett argument som baseras på att rutinerna är som de är kommer att diskuteras närmare i avsnittet ”Teoretisk diskussion”. Men personalens förhållande till den äldres anhöriga rymmer ytterligare en dimension.

P2: vi har ju haft vissa som kanske vill ha lite alkohol här och då tycker alla ’men ska den dricka nu när den är där’, ja men har han alltid haft en snaps till maten så varför skulle han inte få den nu då? (...)så då får man ju mötas på halva vägen. Då får han en halv snaps kanske då istället.

I detta svar på hur personalen hanterar konflikten med anhöriga tycks P2 trots allt tillskriva dem rätten att påverka den äldres vård genom en *gemensam överenskommelse* de båda parterna emellan. Genom att gå med på att ge vårdtagaren en halv snaps i stället för en hel tycks det som att familjemedlemmen till och med har lika mycket att säga till om i denna fråga som P2, medan den äldres önskan att få en hel snaps till viss del åsidosätts. Detta faktum blir än mer tydligt vid ett annat tillfälle i samma intervju, när P2 besvarar frågan om vad som är viktigast i omsorgen med ”att göra de anhöriga nöjda”.

6.6. Sammanfattning

I detta avsnitt kommer vi att kortfattat gå igenom den inledande frågeställningen, för att sedan föra en teoretisk diskussion utifrån Bourdieus maktperspektiv i det avslutande kapitlet.

- Hur resonerar äldre, personal och enhetschefer på ett äldreboende kring begreppen omsorg, autonomi och inflytande?

När det kommer till de äldre har vi funnit att den omsorg som innebär en god relation med och en närhet till personalen och den upplevda trygghet som finns på ett särskilt boende är det som prioriteras högst av samtliga äldre. Autonomi och möjligheter till att utöva inflytande hamnar i andra hand. Personalen delar denna uppfattning och lyfter även de fram vikten av en god relation till vårdtagaren, men uttrycker samtidigt att autonomi och inflytande också utgör viktiga inslag i omsorgen, aspekter som dock har sina begränsningar i form av bland annat bristande resurser och de äldres försämrade hälsa. Enhetscheferna slutligen resonerar kring

dessa aspekter på ett liknande sätt som både personalen och de boende, men talar mer uttryckligt om autonomi och inflytande som mer självklara inslag i omsorgen.

- Finns det faktorer som begränsar den äldres möjligheter till autonomi och inflytande på ett äldreboende, vilka är de i så fall och hur kan de förklaras?

Det finns en mängd faktorer som begränsar möjligheterna till autonomi och inflytande. För att nämna några faktorer så handlar det om organisatoriska begränsningar (lite personal, bristande resurser m.m.), den äldres hälsa och anhörigpåverkan. Samtliga av dessa begränsningar upplevs av de äldre inte i någon större grad som problematiska, med några undantag i form av klagomål på färdtjänsten och missnöje med en sviktande hälsa. Det är snarare enhetscheferna och personalen som uttrycker dessa begränsningar i negativa termer.

- Utifrån frågorna ovan, vilken roll intar och tillskrivs den äldre på ett äldreboende?

Den äldre som passiv mottagare av vården är en roll som både personal och enhetschefer till viss del tillskriver vårdtagarna på ett särskilt boende. Detta kan samtidigt ses som en roll de äldre aktivt intar, något som bland annat kan ha sin förklaring i den beroenderelation som finns mellan personalen och de boende. I den insamlade empirin går det att hos enhetschefer och personal uttyda ett flertal antaganden om vårdtagarna på ett särskilt boende, en förförståelse som kan bidra till att definiera den äldres position inom verksamheten.

7. Avslutning

I detta avsnitt kommer det i den första delen att föras en diskussion kring den insamlade empirin utifrån Bourdieus maktperspektiv, där vi försöker nå en förståelse av förhållandena på ett särskilt boende med hjälp av begrepp som fält, doxa, habitus och symbolisk makt. Den andra, avslutande delen, kommer att inledas med våra egna reflektioner och vad som hade kunnat undersökas ytterligare kommer också att tas upp till diskussion.

7.1. Teoretisk diskussion

I denna avslutande del kommer vi att, utifrån Bourdieus teoretiska begrepp, föra en diskussion kring den empiri som presenteras ovan. Begrepp som autonomi, inflytande, omsorg och tacksamhet som tas upp i analysen kommer således att diskuteras utifrån dennes teoretiska referensram med termer som fält, doxa, habitus och symbolisk maktutövning.

Ett äldreboende kan enligt Bourdieu förstås som ett fält, inom vilket ryms ett för området specifika system av bland annat regler och motsättningar som styr och reproducerar beteende

och föreställningar hos de olika aktörerna (Järvinen, 2002). I vår undersökning har vi intervjuat tre olika kategorier av aktörer (enhetschefer, personal och äldre) som var och en har sin specifika position inom äldreboendet. Med hjälp av empirin har vi också identifierat åtminstone två andra grupper, i form av anhöriga och politiker, som utan att vara en del av vardagen på ett särskilt boende upprätthåller detta fält genom påverkan utifrån. Både personal och enhetschefer nämner uttryckligen de anhörigas försök till påverkan över den äldres omsorg som problematisk, med motiveringen att vårdtagaren ska ha rätt till att själv bestämma över sin omsorg. Men implicit hävdar de också att de, i egenskap av professionella, vet vad som är bäst i frågor om vård och omsorg av den äldre (jmf. Harnett & Jönson, 2009). Denna konflikt kan ha en funktion av att åsidosätta den äldres *egna* intressen, då både anhöriga och personal tycks vilja bestämma mycket över omsorgen, och med det upprätthålls den äldres roll som passiv mottagare i sin position inom fältet. En annan motsättning som inte är lika påtaglig är de olika uppfattningar som enhetschefer respektive personal uttrycker angående de äldres autonomi och möjligheter till inflytande. Medan de förstnämnda lägger stor vikt vid vårdtagarna som fritt handlande kunder, är personalen mer mån om att påvisa de begränsningar som finns för de boendes möjligheter till självbestämmande. Enhetschefernas användning av kundbegreppet kan ses som ett uttryck för en strävan att utåt markera vad fältet står för, något som ligger i linje med den föreställning om hur vården av de äldre (i form av fritt handlande individer) ska vara utformad (jmf. Brodin, 2005). Dessa kontrasterande uppfattningar kan vid en första anblick uppfattas som en konflikt, men vid en närmare granskning av den insamlade empirin står att finna att även enhetscheferna uttrycker samma begränsningar som personalen (mer uttryckligt) talar om. Detta gör de i termer av att vårdtagaren ska få bestämma själv så länge det inte strider mot vad de professionella anser vara bäst, något som bidrar till att upprätthålla den gemensamma uppfattningen om den äldres passiva roll på äldreboendet (jmf. Van Delden & van Thiel, 2001).

Den av Socialtjänstlagen beskrivna rätten till självbestämmande för den äldre gör (på grund av dess karaktär som ramlag) det möjligt för enhetschefer och personal att tolka vad denna autonomi ska innebära (SoL, 2001:453; Harnett & Larsson, 2011). Tolkningsföreträdet som dessa två grupper har beror på den högre hierarkiska ställning de intar i förhållande till vårdtagaren och de tycks vara överens om att se på den äldres autonomi och möjligheter till inflytande som begränsade av flera faktorer. Denna dolda överenskommelse rörande uppfattningen av bland annat den äldres möjligheter till självbestämmande kan ses i ljuset av Bourdieus begrepp *doxa* som är de skrivna och oskrivna regler och förhållningssätt som finns

inom fältet (Järvinen, 2002). En annan fråga som både enhetschefer och personal tycks vara överens om är synen på de äldre som passiva eller utan idéer. Denna föreställning kan även det vara en del av den doxa som finns på ett särskilt boende och kan utgöra ett hinder för den äldres möjligheter till att utöva inflytande (jmf. Persson & Berg, 2009). Att personal och enhetschefer tillskriver de boende en roll som passiva vårdtagare behöver på intet sätt vara medvetet, snarare brukar en sådan indoktrination av individer i fältet genom doxan ske på ett omedvetet plan.

Förklaringen till varför detta kan utgöra ett hinder för den äldres autonomi finner vi i begreppet habitus, vilket Järvinen (2002) beskriver som det system efter vilket individen handlar för att anpassa sig till fältet och den inom fältet rådande doxan. Hur den äldre på ett särskilt boende uppfattar sin egen position är avgörande för dennes beteende och den äldre agerar efter vad som förmedlas genom doxan. Det vårdtagarna som vi har intervjuat tycks finna vara viktigast är den trygghet som finns på ett särskilt boende i form av en närhet och en god relation till personalen. Det kan finnas en rädsla för att gå emot personalen och utöva inflytande då det kan påverka denna relation negativt (jmf. Askautrud & Ellefsen, 2008), och i stället agerar de äldre efter vad de uppfattar förväntas av deras position inom fältet. Dessa uppfattningar stämmer väl överens med de förväntningar som personal och enhetschefer uttrycker angående de äldres position inom fältet som passiva mottagare och den uttryckta önskan till närhet och trygghet harmonierar med vad som upplevs vara viktigt för vårdtagaren. En av vårdtagarna uttrycker faktiskt att denne själv kan välja att inte utöva inflytande, vilket liknar det Harnett (2010a) skriver om att positioner på ett särskilt boende formas av aktivt handlande individer. En av de intervjuade undersköterskorna säger något liknande och menar att de boende är beroende av personalen som arbetar på ett särskilt boende. Hur personal och äldre resonerar kring vilka förväntningar som ställs på den sistnämndas position inom fältet och hur denne aktivt agerar enligt dessa är ett tydligt exempel på vårdtagarens habitus; den äldre anpassar sitt beteende efter de premisser som förmedlas genom fältets doxa.

Något som har varit ständigt återkommande i intervjuerna med de äldre är en utpräglad tacksamhet gentemot personalen. Som redan har nämnts i analysen kan detta bero på att äldreomsorgens uppfattas som en förmån snarare än en rättighet (jmf. Möller, 1996). Utifrån Bourdieus teoribildning kan ytterligare en dimension föras in i diskussionen. De positioner som olika individer intar i ett fält skapar en hierarkisk struktur, som möjliggör en form av maktutövning som inte uppfattas av aktörerna. Detta benämner Bourdieu som symboliskt våld och för individer, både inom och i vissa fall utanför fältet, är det något som tas för givet

(Järvinen, 2003, 2002). För att konkretisera med exempel från den insamlade empirin kan en sådan kollektiv förnekelse av maktutövning vara de rutiner som finns på boendet. Mattider (förutom lunchen som bestäms förvaltningsövergripande) och duschtider är rutiner som bestäms av personalen, men som ingen av intervjupersonerna reflekterar över som en form av maktutövning (jmf. Harnett, 2010b). Ett annat exempel är hur de äldres möjligheter till autonomi och inflytande är beroende av ”personalens flexibilitet”, som en av intervjupersonerna uttrycker det. Det faktum att sista ordet, i frågor som exempelvis rör när de boende kan åka på utflykt, ligger hos personalen är något som både vårdtagare, enhetschefer och undersköterskor nämner som i förbigående. Detta gör de utan att egentligen reflektera över att det föreligger en form av ojämn maktfördelning på det särskilda boendet. Att de som arbetar med äldre av samhället legitimeras som ”omsorgsarbetare” stärker deras position i förhållande till vårdtagarna. ”Jag ger ju dem vården” säger en av undersköterskorna och uttrycker med det sin något starkare ställning i förhållande till den äldre. Den nämnda legitimeringen skapar även en acceptans för de handlingar som personalen tillåts utöva på ett särskilt boende och bidrar med det till utformningen av doxan. De uppfattningar som tas för givet inom ett särskilt boende regleras alltså till viss del av samhällets förväntningar genom lagar och regler. Våld mot vårdtagarna är till exempel inte en accepterad form av maktutövning inom äldreomsorgen. Bestämda mattider och personalens rätt att bestämma över vilka aktiviteter som finns att tillgå ses däremot som självklart och är inte något som reflekteras över som utövande av makt från personalens sida (jmf. Järvinen, 2002, 2003). I början av detta stycke nämns att de äldre uttrycker tacksamhet för den vård de får då den uppfattas som en förmån. Enligt Järvinens diskussion kring symboliskt våld kan detta uttryck av tacksamhet, som betonas av samtliga boende, snarare förstås som en konsekvens av den gåvorelation som finns mellan den äldre och personalen på ett särskilt boende (2002). Den undersköterska som säger sig ge vården till en vårdtagare bidrar till en föreställning av omsorgen som en gåva, något som de boende bör vara tacksamma för. Att de äldre inte kräver så mycket av vården kan således ha sin förklaring i den samarbetsvillighet (och begränsade frihet) som uppstår inom fältet på ett särskilt boende, där uppfattningen om personalen som givare och de boende som mottagare förmedlas genom doxan och skapar ett ojämnt maktförhållande de båda parterna emellan.

7.2. Egna reflektioner

I avsnitten ovan har vi diskuterat empirin med stöd i tidigare forskning på ämnet och den äldres position på ett särskilt boende utifrån Bourdieus teori. Syftet med denna del är att ta av

oss de ”teoretiska glasögonen” och diskutera mer utifrån egna tankar och reflektioner som har varit närvarande under arbetets gång.

Ett intryck som vi har fått av samtliga intervjuer med de äldre är att de är väldigt nöjda med sin vård, omsorg och relationen de har till personalen. Detta är vanskligt att bortse från i diskussionen kring omsorgen på ett särskilt boende. Fram till detta avsnitt har omsorgen på de äldreboenden som vi har besökt framför allt diskuterats utifrån ett problemperspektiv, och vi finner därför att det är viktigt att lyfta fram de positiva aspekterna av vården som står att finna i empirin. För det första uttrycker framför allt samtliga av de äldre explicit hur nöjda de är med vården och den relation de har till personalen. De undersköterskor och enhetschefer som vi har intervjuat tycks för det andra vara väldigt måna om de äldres välbefinnande och det verkar som att den maktutövning som beskrivs i avsnittet ovan framför allt utövas med de boendes bästa i åtanke. För det tredje spelar bristen på resurser en avgörande roll i vårdtagarnas möjligheter till autonomi och framför allt personalen ser detta som något som påverkar omsorgen negativt. Detta är ett avgörande inslag i vårdens begränsningar, något som hör till en annan diskussion på ett mer samhällsövergripande plan. Vi får inte heller glömma de funktionsnedsättningar som kommer med åldern och i sig kan innebära begränsningar för den äldres autonomi och möjligheter till inflytande (jmf. Andersson, 2009).

Ett inslag som har saknats i insamlingen av empirin, och som förmodligen hade ökat vår förståelse för det undersökta området, är de anhörigas perspektiv på äldreomsorgen. Framför allt i personalens och enhetschefernas resonemang har det framkommit att familjemedlemmar påverkar utformningen av den äldres omsorg. Intervjuer med anhöriga hade förmodligen bidragit med en större insikt i hur vårdtagarens roll konstrueras på ett äldreboende. En intressant fråga är till exempel hur familjemedlemmar och personal tillsammans kommer överens i frågor som rör den äldres vård.

I inledningen av denna uppsats har vi tagit upp hur synen på äldre har förändrats från att se dem som passiva och beroende till självständigt handlande individer. Slutsatser vi kan dra från vår undersökning är att denna bild inte stämmer särskilt väl överens med hur det ser ut på ett äldreboende. Här handlar det snarare om en av många faktorer begränsad autonomi, och möjligheterna till inflytande är långt ifrån självklara. Vad som lyfts fram som viktigast i omsorgen är för vårdtagarna framför allt den närhet och relation till personalen som finns på ett särskilt boende. Eller som en av de äldre uttrycker det; ”Trygghet för mig är att vara här”.

Referenser

- Agich, G J (1990). "Reassessing Autonomy in Long-Term Care" *The Hastings Center report*, Nummer 6, Volym 20, ss. 12 – 17
- Ahnlund, P & Sauer, L (2008). "Omsorg, praktik och retorik – om skillnader i uttryckssätt bland personal i äldre- och handikappomsorgen" *Nordisk sosialt arbeid*, Nummer 1, Volym 28, ss. 42-54
- Ahrne, G & Svensson, P (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Alaby, G (1997). "En Ädel reform som bör förädlas" I Jennbert, Kristina & Lagercrantz, Richard (red.). *Äldrepolitik i förändring?*. Stockholm: Valfärdsprojektet, [Socialdep.]
- Andersson, G & Swärd, H (2008). "Etiska reflektioner". I Meeuwisse, Anna; Swärd, Hans; Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (red.). *Forskningsmetodik för socialvetare*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur
- Andersson, L (2009). "Måste vi utplåna den fjärde åldern". I Jönson, H (red.). *Åldrande, åldersordning, ålderism*. 1. uppl. Norrköping: Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet
- Andersson, L & Mattiasson, A C (1995). "Organizational environment and the support of patient autonomy in nursing home care" *Journal of advanced nursing*, Nummer 6, Volym 22, ss. 1149 - 1157
- Askautrud, M & Ellefsen, B (2008). "Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelningssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis". *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, Nummer 4, Volym 28, ss. 4-8
- Brodin, H (2005). *Does anybody care?: public and private responsibilities in Swedish eldercare 1940-2000*. Diss. Umeå : Univ., 2005
- Broomé, P & Jonsson, P (1994). *Äldreomsorgen i Sverige: historia och framtid i ett befolkningsekonomiskt perspektiv*. 1. uppl. Stockholm: SNS (Studieförb. Näringsliv och samhälle)
- Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
- van Delden, J JM & van Thiel, G (2001). "The principle of respect for autonomy in the care of nursing home residents". *Nursing Ethics*, Nummer 5, Volym 8, ss. 419 - 431

- Ericsson, I (2011). "Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre". I Ernsth Bravell, M (red.). *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. 1. uppl. Stockholm: Gothia
- Harnett, T (2010a). *The trivial matters: everyday power in Swedish elder care*. Diss. (sammanfattning) Jönköping : Högskolan i Jönköping
- Harnett, T (2010b). "Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order". *Journal of Aging Studies*, Nummer 4, Volym 24, ss. 293-301
- Harnett, T & Jönson, H (2009). "That's not my Robert! Identity maintenance and other warrants in family members' claims about mistreatment in old-age care". *Ageing & Society*, nummer 4, volym 30, ss.1-21
- Harnett, T & Larsson B (2011). "Äldre människors rättigheter". I Ernsth Bravell, M (red.). *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. 1. uppl. Stockholm: Gothia
- Ingvad, B (2003). *Omsorg och relationer: om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten*. Diss. Lund : Univ.
- Järvinen, M (2002). "Hjälpens universum - ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system". I Meeuwisse, A & Swärd, H (red.). *Perspektiv på sociala problem*, Natur och kultur, Stockholm
- Järvinen, M (2003). "Pierre Bourdieu". I Andersen, H & Kaspersen, L B (red.). *Klassisk och modern samhällsteori*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Jönson, H (2009). "Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda". I Jönson, H (red.) *Åldrande, åldersordning, ålderism*. 1. uppl. Norrköping: Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet
- Jönson, H (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Lill, L (2010). *Äldreomsorg: om makt, genus, klass och känslor i ett yrke*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Möller, T (1996). *Brukare och klienter i välfärdsstaten: om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg*. 1. uppl. Stockholm: Publica

Persson, T & Berg, S (2009). "Older People's "Voices" – On Paper: Obstacles to Influence in Welfare States – A Case Study of Sweden." *Journal of Aging & Social Policy*, Nummer 1, Volym 21, ss. 94-111

Ryvicker, M (2009). "Preservation of self in the nursing home: Contradictory practices within two models of care" *Journal of aging studies*, Nummer 1, Volym 23, ss. 12-23

Socialtjänstlag (2001:453) (elektronisk). *Riksdagens officiella hemsida*

<<http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-

453/?bet=2001:453> (2012-04-01)

Statens offentliga utredningar (SOU) 2008:51. *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Stockholm: Socialdepartementet

Vetenskapsrådet. "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning"(elektronisk).

http://www.ibl.liu.se/student/bvg/filarkiv/1.77549/Forskningsetiska_principer_fix.pdf (2012-03-12)



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga 1

27 mars 2012

Hej,

Vi är två studenter på Lunds Universitet som heter Alexander Burevik och Johannes Frändberg. Vi har nyligen påbörjat vår C-uppsats och vänder oss till Er för att med hjälp av intervjuer lära mer om äldreården. Det vi vill undersöka är hur olika aktörer på ett äldreboende uppfattar verksamheten och vi är därför ute efter att intervjua både boende och personal. Teman som intervjuerna kommer att kretsa kring är frågor kring autonomi och omsorg, möjligheter till inflytande över verksamhetens utformning mm. Vi anser att det är viktigt att nå en förståelse av *likheter och skillnader* i personalens och vårdtagarnas uppfattningar om verksamheten.

Vi vill därför intervjua boende, sjuksköterskor/undersköterskor, vårdbiträden samt enhetschef, för att få en så spridd bild av äldreboendet som möjligt. Med hänsyn till de boendes rätt att själva ta beslut om medverkan i undersökningen söker vi de av de boende som har förmågan att uttrycka och förstå innebörden av ett sådant samtycke.

Som nämns ovan är det helt frivilligt att ställa upp på intervju och den som intervjuas har rätt att avbryta intervjun närhelst denne önskar. Vi kommer också att försäkra oss om detta samtycke innan intervjun inleds. Det insamlade intervjumaterialet kommer enbart att användas till vad det är avsett för, det vill säga i forskningssyfte. Namn på kommun, verksamhet och intervjupersoner kommer i uppsatsen att vara anonyma. För att kunna analysera intervjumaterialet så kommer vi att använda oss av en inspelningsanordning, och det inspelade materialet kommer att raderas så fort uppsatsen är klar. Om intervjupersonen misstycker till användandet av bandspelare så kommer detta givetvis att respekteras.

Intervjuerna kommer var och en att pågå i omkring 45-60 minuter. Vi räknar med att uppsatsen blir klar i slutet av maj detta år och om Ni är intresserade får ni gärna ta del av det färdiga materialet. Har Ni frågor, kontakta oss eller vår handledare.

Alexander Burevik
alexander.burevik@hotmail.com
070-5814338

Johannes Frändberg
johannes.frandberg@gmail.com
072-0231957

Handledare: Claes Levin
claes.levin@soch.lu.se
046-2223163

Bilaga 2: Intervjuguide (äldre, första intervjutillfället)

- **Omsorg**

Vad betyder omsorg inom äldrevården för dig?

Vad är bra omsorg?

- Vad är dålig omsorg?

- **Autonomi**

Vad betyder självbestämmande inom äldrevården för dig?

Vilka möjligheter och hinder för ett sådant självbestämmande finns inom äldrevården?

- Vad får Du bestämma över och vad får Du inte bestämma över?

Hur bestäms aktiviteter på boendet som t. ex mat, läggtider osv. Tillsammans med personal eller är det bara personalen som bestämmer?

Vilka delar av ens vardagliga liv som man tidigare kunde styra över är svårare att styra över på äldreboendet?

- **Inflytande**

Vilka möjligheter känner Du att det finns att påverka verksamheten?

- Finns det någon särskild del av äldreboendet eller de aktiviteter som finns som Du *vill* påverka?

Bestämmer ni saker gemensamt på boendet?

- Finns det möjlighet att ha inflytande över *egna* intressen?

- **Ålderism**

Upplever du att äldres kunskap och erfarenheter tas tillvara på i samhället?

Är äldre diskriminerade i samhället enligt Dig?

- Om ja; på vilket sätt?

- **Medias syn på äldrevården**

Hur uppfattar du att äldrevården framställs i media?

- Stämmer denna bild?

Hur uppfattar du att media framställer äldre?

- Stämmer denna bild tycker du?

Skulle Du vara missnöjd med situationen på boendet, hur skulle du då föredra att påverka?

- Vilka möjligheter finns?

Bilaga 3: Intervjuguide (äldre, andra intervjutillfället)

- Hur ser en vanlig dag på boendet ut för dig?

- **Omsorg**

Vad betyder omsorg inom äldrevården för dig?

Vad är bra omsorg?

- Vad är dålig omsorg?

- **Autonomi**

Vad betyder självbestämmande inom äldrevården för dig?

Vilka möjligheter och hinder för ett sådant självbestämmande finns inom äldrevården?

- Vad får Du bestämma över och vad får Du inte bestämma över?

Hur bestäms aktiviteter på boendet som t. ex mat, läggtider osv. Tillsammans med personal eller är det bara personalen som bestämmer?

Vilka delar av ens vardagliga liv som man tidigare kunde styra över är svårare att styra över på äldreboendet?

- **Inflytande**

Har du några intressen; hobbies eller liknande...?

- Och vilka möjligheter finns det för att utöva dessa?

Vilka möjligheter känner Du att det finns att påverka verksamheten?

- Finns det någon särskild del av äldreboendet eller de aktiviteter som finns som Du *vill* påverka?

Bestämmer ni saker gemensamt på boendet?

- Finns det möjlighet att ha inflytande över *egna* intressen?

- **Avslutande frågor:**

- Var det svårt att få en plats på boendet?
- Vad hade du för förväntningar på boendet innan du kom hit?
-

Bilaga 4: Intervjuguide (personal, första intervjutillfället)

- **Omsorg**

Vad betyder omsorg inom äldreården för dig?

Vad är bra omsorg?

- Vad är dålig omsorg?

- **Autonomi**

Vad betyder självbestämmande inom äldreården för dig?

Vilka möjligheter respektive hinder för ett sådant självbestämmande finns på boendet?

-Vad kan de äldre bestämma över respektive inte bestämma över?

Hur bestäms aktiviteter på boendet som t. ex mat, läggstider osv. Tillsammans med personal eller är det bara personalen som bestämmer?

Vilka delar av ens vardagliga liv som man tidigare kunde styra över är svårare att styra över på äldreboendet?

Vilka organisatoriska möjligheter eller hinder kan finnas som påverkar de äldres självbestämmande?

- **Inflytande**

Vilka möjligheter känner Du att de äldre har att påverka verksamheten?

- Vilken del av boendet och olika aktiviteter *kan* de äldre påverka?

Bestämmer de äldre någonting gemensamt på boendet?

- Finns det möjlighet att ha inflytande över *egna* intressen?

- Skulle den äldre vara missnöjd med situationen på boendet, vilka möjligheter finns då att påverka?

- **Ålderism**

Upplever du att äldres kunskap och erfarenheter tas tillvara på i samhället?

Är äldre diskriminerade i samhället enligt Dig?

- Om ja; på vilket sätt?

- **Medias syn på äldreården**

Hur uppfattar du att äldreården framställs i media?

- Stämmer denna bild?

Hur uppfattar du att media framställer äldre?

- Stämmer denna bild tycker du?

Vilken påverkan har anhöriga när det kommer till frågan om den äldres självbestämmande?

- Kan det tänkas att vissa av den äldres aktiviteter styrs av den anhörige snarare än av den äldre själv?

Bilaga 5: Intervjuguide (personal, andra intervjutillfället)

- Hur ser en vanlig arbetsdag ut för dig?
- Vilka arbetsuppgifter har du?
- Vad anser du vara din viktigaste roll i arbetet med äldre?

- **Omsorg**

Vad betyder omsorg inom äldrevården för dig?

Vad är bra omsorg?

- Vad är dålig omsorg?

- **Autonomi**

Vad betyder självbestämmande inom äldrevården för dig?

Vilka möjligheter respektive hinder för ett sådant självbestämmande finns på boendet?

-Vad kan de äldre bestämma över respektive inte bestämma över?

Hur bestäms aktiviteter på boendet som t. ex mat, läggtider osv. Tillsammans med personal eller är det bara personalen som bestämmer?

Vilka delar av ens vardagliga liv som man tidigare kunde styra över är svårare att styra över på äldreboendet?

Vilka organisatoriska möjligheter eller hinder kan finnas som påverkar de äldres självbestämmande?

- **Inflytande**

Vilka möjligheter känner Du att de äldre har att påverka verksamheten?

- Vilken del av boendet och olika aktiviteter *kan* de äldre påverka?

Bestämmer de äldre någonting gemensamt på boendet?

- Finns det möjlighet att ha inflytande över *egna* intressen?

- **Ålderism**

- Hur uppfattar du hur omgivningen ser på äldreboenden och de som bor där?

- **Avslutande frågor:**

Vilka förväntningar tror du att äldre har på boendet *innan* de flyttar hit?

Vilken påverkan har anhöriga när det kommer till frågan om den äldres självbestämmande?

- Kan det tänkas att vissa av den äldres aktiviteter styrs av den anhörige snarare än av den äldre själv?

Skulle den äldre vara missnöjd med situationen på boendet, vilka möjligheter finns då att påverka?

