



LUND UNIVERSITY

Att arbeta i dödens närhet

Rutiner och ritualer i äldreomsorg

Strid, Anna-Lena

2007

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Strid, A.-L. (2007). *Att arbeta i dödens närhet: Rutiner och ritualer i äldreomsorg*. [Licentiatavhandling, Socialhögskolan]. Lund University.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Att arbeta i dödens närhet
- Rutiner och ritualer i äldreomsorgen -

Tryckta exemplar kan beställas från
anna-lena.strid@soch.lu.se
042-356581

ISSN 0282-6143

© Socialhögskolan och författaren
Tryck: Mediatryck, Lunds Universitet
Redaktör: Arne Kristansen
Adress: Lunds Universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund.

Förord

När Ulla Melin Emilsson för snart sju år sedan frågade om jag ville medverka i genomförandet av ett interventionsprojektet med handledning som metod och studieobjekt hade jag precis kommit in på forskarutbildningen på Socialhögskolan i Lund. Utvecklingsprojektet, som leddes av Ulla och finansierades av Rådet för arbetslivsforskning (RALF), riktade sig till personal på två gruppboenden för äldre demenssjuka. Genom intervjuer och observationer med vårdbiträden på dessa gruppboenden fick jag tillträde till en vardag som då var ny för mig. För detta tillträde till ”er” verklighet vill jag ge er ett varmt tack!

Under arbetet med detta utvecklingsprojekt växte frågor fram som jag senare fick möjlighet att ställa till vårdbiträden och arbetsledare på ett annat särskilt boende för äldre. Detta inom Kunskapsbaserad socialtjänst (KUBAS), som leddes av Dolf Tops och Sune Sunesson. Detta var ett projekt finansierat av Socialstyrelsen inom ”Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten”. Sune var också min handledare, inledningsvis tillsammans med Claes Levin, som sedermera efterträddes av Rosmari Eliasson-Lappalainen. Ett stort tack till samtliga handledare för värdefulla synpunkter och framförallt till Rosmari. Hon har med sitt vetenskapliga kunnande, sin noggrannhet och ihärdighet hjälpt mig att formulera mina iakttagelser och reflexioner i (förhoppningsvis) begriplig text. Särskilt jag tacka Rosmari för hennes ärlighet (som ibland yttrar sig i vredesutbrott och svordomar) men mest av allt skapat en glädje i handledningsprocessen och har hållit mig kvar på en bana där jag inte riktigt alla gånger vetat vart det skulle bära hän.

Genom forskningsprogrammet ”Äldreomsorgens vardag och villkor”, som leds av Rosmari Eliasson-Lappalainen och Marta Szebehely och finansierat av forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), har jag avlönats några månader och fått bidrag till tryckning av denna skrift. Inom ramen för detta forskningsprojekt har jag deltagit i lärorika seminarier och själv fått kreativ och konstruktiv kritik under vägen. Varma tack till gruppen, särskilt då till Rosmari, Ulla Melin Emilsson, Ingrid Nilsson Motevasel, Agneta Franssén, Håkan Jönson, Monica Larsson, Hanna Egard. Och jag vill också tacka forskare och doktorander vid ”Stockholmsavdelningen” av forskningsprogrammet som har deltagit vid några seminarier i Lund.

Ett extra tack vill jag ge till Ulla som har givit mig värdefulla synpunkter på slutmanuset till denna skrift.

Stort stöd har jag fått från Socialhögskolan Lund/Helsingborg där både administrativ personal som Mats Larsson, Carina Olsson, Torbjörn Magnusson, Gertie Gröndahl och Anna Karin Eklund-Signell och lärarkolleger som Lars Grönvall, Karin Lenz, Christer Lindgren och Lars Harrysson som jag vill ge ett extra tack för hjälp med tryckning. Ni har alla underlättat och visat engagemang i mitt arbete. Jag vill också uttala uppskattning till Ludvig Holmdahl, på biblioteket, Campus, Helsingborg, för hans stora kompetens och hjälpsamhet. Kamraterna i forskarutbildningen har givit mig värdefulla kommentarer under arbetets gång. Telefonsamtalen med Eva Jonsson har varit ovärderliga.

Naturligtvis finns det många fler personer som förmått mig att gå utanför mitt eget perspektiv i synen på olika fenomen inom det sociala arbetet. En av dem är Eric Olsson som var min första lärare när jag började på Socialhögskolan i Lund i början av 1970-talet. Både som student och lärare har jag fått lära mig mycket genom Erics ifrågasättande resonemang och hans konstruktiva kritik. Den skolan har varit viktig för min egen forskningsprocess nu, både för att tåla kritik och för mina försök att betrakta vardagen på äldreboende ur ett annat perspektiv än mitt eget.

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
Döendet i nutid	4
Syfte, frågor och teman	6
Uppläggning	8
2. Historik	9
Åldrande och död i olika tider	9
Åldrandet i nutid	16
3. Några forskningsperspektiv	25
Hemtjänst och institution	25
Omsorgsarbete	27
Ålderdom, beroende, makt	31
Aktivitets- och disengagementteorier	32
Teoretiska perspektiv på döende och död	34
Empirisk forskning om döende och död	35
4. De empiriska studierna	39
Interventionsstudien	39
Intervjustudien	43
5. Platserna	47
Gruppboende för demenssjuka	47
Ålderdomshemmet	49
Personalen	50
De gamla	52
6. Rutiners och vanors funktion i vårdbiträdenas praktik	53
Hushållets rutiner	56
Rutiner som avskärmare	65
Rolltagande	70
7. Döden som en del av vardagen	75
Kroppens skröplighet och den ofrånkomliga döden	75
Dödens och döendets skeenden	79
Äldreboende – ”dödens väntrum”	84
Sammanfattande reflexioner	85
8. Avslutande reflexioner	87
Summary	93
Referenser	97

1. Inledning

Särskilda boenden för äldre är platser där gamla människor kan få bo sin sista tid i livet, när de inte längre kan bo kvar hemma med insatser av anhöriga och/eller hemtjänst och hemsjukvård. Flertalet av de gamla människor som bor på särskilda boenden dör också där. Äldreboendena blir till en "livets sista boning" (jfr Whitaker 2004).

I gruppboenden såväl som på sjukhem och liknande institutioner har de boende egna kontrakt på sina rum. Den samhälleliga ideologin säger att boendet ska vara eget och så hemligt som möjligt. Men samtidigt är det för personalen en arbetsplats med reglerade arbetstider och bestämt, ibland schemalagt, arbetsinnehåll.

Kommunerna, där jag genomförde mina studier, tillämpar kvarboendeprincipen; demensgrad och hälsotillstånd ska inte styra utan den gamla ska så långt som är möjligt få bo kvar på äldreboendet. Detta gjorde att jag i ett visst skede av studien tänkte på äldreboendena som "dödens vänt-rum".

Genom två studier omfattande deltagande observationer och intervjuer med personal har jag fått insyn i hur tillvaron kan te sig på särskilda boenden för äldre. Den ena studien har i två omgångar genomförts vid två gruppboenden för demenssjuka och i den andra har jag intervjuat personal vid den form för särskilt boende som kan betecknas som sjukhem eller ålderdomshem. Likheterna är stora mellan dessa boendeformer, men en av skillnaderna är att för dem som får plats i gruppboende krävs diagnostiserad demenssjukdom. Men av dem som bor på ålderdomshemmet uppvisar majoriteten, 80 %, enligt personalen, tydliga symtom på demens (jfr. Thorslund 2002).

Flera frågor och undringar väcktes hos mig under arbetet i det första projektet (där jag i två omgångar genomförde deltagande observationer och intervjuade personal). Undringarna berör frågan vilken inverkan detta att de gamlas kroppar och mentala funktioner sakta slocknar ut för att slutligen dö, har på arbetets innehåll och utformning.

När jag genomförde deltagande observationer i den första omgången på gruppboendet väcktes min nyfikenhet mot aktiviteten "pedagogiska måltider", som jag förknippar med "dagis" och inte den plats som är gamla människors sista boning i livet. Jag såg gamla och dementa människor

som satt vid gruppboendets kök och fick hjälp av personalens med att äta. Majoriteten av dem hade glömt bort hur bestick används. Samtidigt som de gamla fick hjälp med maten frågade flera vad det var för mat idag. ”Pedagogiska måltider” förknippar jag med att lära barn sociala etikettsregler i olika matsituationer.

Personalen på gruppboendena talade om pedagogiska måltider som den enda kvarvarande aktivitet vars uppgift var att ge de gamla och dementa minnesstimulering. För övrigt menade personalen att det inte längre fanns möjlighet att genomföra strukturerade aktiviteter med tanke på de gamlas kroppsliga och mentala tillstånd. Vårdbiträderna tycktes, i mina ögon, i hög grad upptagna av hur och när olika praktiska arbetsuppgifter skulle utföras. Jag tolkade upptagenheten kring rutinarbetsuppgifter som ett sätt att hålla bort åldrandet, avtacklandet och döden från vardagsarbetet.

De gamla präglades av sin höga ålderdom och deras kroppar och minnen försämrades. Ingen av de gamla var under 80 år. Då deras kroppar och minnen var sköra blev de boende alltmer beroende och omsorgskrävande. Detta bekräftas av personalen. ”Detta gör att de boende behöver hjälp med det mesta” (vårdbiträde, gruppboende 2).

Efter hand började jag fundera över hur mina tolkningar under datainsamlingen överensstämde med hur vårdbiträderna reflekterade över sitt vardagsarbete. Min beteckning ”dödens väntrum” tycktes i vart fall inte svara mot personalens egna föreställningar. De gamlas döende och död beskrivs som slutet på ett naturligt och biologiskt förlopp. Döendeförloppet för de gamla är långsamt och döden beskrivs av personalen som ett naturligt slut på ett långt liv.

Mina frågor försköts från frågan om det rutiniserade arbetets funktion som ett sätt att hålla åldrandet, döendet och döden frånvarande för vårdbiträderna till att snarare handla om *hur personalens rutinsystem förhöll sig till de gamlas vanor, skröplighetsgrad och förestående död.*

Döendet i nutid

Synen på döende och död har förändrats genom tiderna. Åhrén Snickare (2002) menar att det inte är synen på döden i sig som förändras utan att det snarare är ett av flera uttryck för tidens mentalitet. (Detta kommer jag att ta upp i historiken i kapitel 2).

Giddens (1999) skriver om en process där vården av döende har flyttats från familjen och hemmet till professionella vårdgivare på institutioner, en process som författaren benämner konfiskering av sjukdom och död där döden osynliggörs och avskiljs från vardagslivets rutiner. Men, som Åhrén Snickare (2002) påpekar är det inte enbart de döende som avskiljs från vardagslivet utan det är också de döda kropparna. Men, skriver författaren, bondesamhällets syn på döende och död bör inte idealiseras i allt för hög grad. Handlingar i avsikt att hantera döden är meningsfulla i den tid och i det sammanhang de utförs.

Dagens hospiceideologi ses som en reaktion mot den opersonliga och tekniska synen på vården av döende. Hospiceideologin förespråkar att förutsättningar ges för en god livskvalitet både för den döende och för deras anhöriga (Walter 1996, Whitaker 2004). Det är inte enbart den döendes fysiska behov som bedöms utan vårdens inriktning ska också utformas utifrån den döendes psykologiska behov (Clarke & Seymour 1999). Den palliativa vården eller vård i livets slutskede inriktas på att ge lindring till den döende när beslut har fattats om att sluta med eller att avstå från att bota (Whitaker 2004). Den ideala palliativa vården utförs i hemmet då denna plats anses som den bästa att dö på. Men parallellt med palliativ vård finns hospiceinstitutioner. Seale (1990) tar upp frågan om det är att föredra för gamla människor att leva sin sista tid i livet i sitt hem. Dels har de inte alltid anhöriga kvar i livet, dels är det inte en tydlig övergång mellan att vara gammal och döende (jfr Raunkier 2007). Whitaker (2004) skriver om hur brytpunkten definieras när vården övergår till att vara vård i livets slutskede. Gamla människors döendeförlopp kännetecknas snarare av ett långsamt borttynande än av brytpunkter mellan olika tydliga vårdbehov.

De gamlas död är dock i lika hög grad annalkande på ett boende för äldre som på ett hospice. Flera sjukdomar tillsammans med hög ålder och trötthet gör de gamlas hjälpbehov kontinuerligt.

Särskilt boende för äldre – språklig omdefiniering

Den samhälleliga strävan är att särskilt boende för äldre ska vara så hemligt som möjligt. Ädelreformen (1992) medförde att äldreomsorg är kommunernas ansvar. Vårdideologin försköts mot ett omsorgsinriktat förhållningssätt snarare än ett sjukvårdsinriktat (Melin Emilsson 2004). 105 000 gamla människor bodde under 2004 permanent på särskilt boende för

äldre. Detta är en minskning sedan 2000 med 11 %, vilket är ett nytt fenomen då boende på äldreboende i stort sett varit oförändrat under perioden mellan 1980 och 2000 (Szebehely 2005). Begreppet institution är inte längre politiskt korrekt att använda. I stället används uttrycket särskilt boende för äldre. Den gamla boende har ett eget hyreskontrakt och betalar för hyra, mat och omsorg. Men i mina iakttagelser, i första hand från deltagarobservationer på gruppboende, framträder ett institutionsliknande organiserat arbete enligt fastställda scheman och i en viss ordning.

Vårdbiträdenas vardagliga arbete innehåller skiftande arbetsuppgifter. Praktiska rutinarbetsuppgifter kring kropp och hem varvas med möten med gamla som blandar ihop tider: historien blandades med nutid och framtid, personer sammanblandas och de gamla ställer ständiga frågor om en och samma sak oberoende av vårdbiträdets svar. I detta sociala samspel pågår vårdbiträdets arbete med att ta hand om den kroppsliga och rumsliga skötseln samtidigt som de boende sakta slocknar ut och dör på äldreboendet.

Syfte, frågor och teman

Syftet med studien är att försöka beskriva och belysa vårdbiträdenas vardagliga praktik på särskilt boende för äldre. Frågor som väglett mig i bearbetningen av materialet är:

- Vilka funktioner fyller personalens rutiner?
- Hur förhåller sig personalens rutiner till de gamlas egna vanor?
- Hur förhåller sig personalens arbete till de gamlas skröplighet, döende och död?

Rutiner som att städa, tvätta, mata, duscha, klä på och hjälpa till med toalettbestyr upptar en stor del av vårdbiträdenas arbete. En säkerhet både i vad som ska göras och hur det ska göras utmärker vårdbiträdenas rutinarbete. Detta gäller också personalens handlande då den boende går från att ha varit skröplig till att bli döende. Ritualer och ceremonier ger vägledning om vad och hur omhändertagandet av den döende bör utformas. Den döda kroppen hanteras enligt bestämda rutiner och ritualer.

Vårdbiträdena upplever en säkerhet inför rutiner och ritualer medan de beskriver en osäkerhet i mötet med de gamla utanför rutinerna. Frågan om

vad som är rätt eller fel budskap till en boende upptar deras funderingar. Frågor som personalen ställer är om man ska svara på sakinnehållet i den boendes fråga eller försöka lista ut frågans innebörd eller försöka avleda.

De gamlas död beskrivs av personalen som naturlig. Den är inte heller någonting som vårdbiträdena pratar om sinsemellan eller med de gamla. Samtidigt finns det en sorg när en människa inte längre lever. Den form av döende som personalen önskar för de boende är den lugna, fridfulla och värdiga (jfr Hospiceideologin om den goda och värdiga döden). När detta ideal inte inträffar tillskrivs döendet olika innebörder som den torftiga döden, den vanvördiga döden eller den oväntade döden.

I min redovisning av det empiriska materialet stannar jag vid två teman; vardagsrutiner och döden. I båda fallen gäller att jag genom att konfrontera mig med det empiriska materialet släppt mina initiala föreställningar och kommit att förstå och tolka vardagen på särskilda boendet för äldre på ett annat sätt än vad jag gjorde inledningsvis. Mitt utgångsantagande handlade om att döden, som ett skrämmande fenomen, fanns ständigt närvarande i en vardag som jag tänkte på som "dödens väntrum". Jag tänkte mig att de gamlas död gjordes frånvarande genom en rutinisering, som om döden inte fanns.

Jag finner inget stöd i empirin för den tolkningen. Döden förefaller vara ett av de minst svårhanterliga problemen på äldreboende och dödens förekomst är inte tabubelagd. Rutiner är bra att ha även då, som i den övriga vardagen.

Den andra förhandsföreställningen som jag fick revidera var att organisationen bestämde rutinerna oberoende av de gamlas behov av omsorg. Rutiner kan vara en följd av organisatoriska strukturer, men rutiner utformas också i förhållande till de gamlas egna vanor.

Ett första försök att sammanfatta ett par tolkningar som växt fram under arbetets gång:

- Rutiner fyller för personalen en funktion av att upprätthålla illusionen om det förutsägbara.
- Rutinerna fyller också funktionen att man känner sig säker i arbetet.
- Döden i detta sammanhang upplevs som en naturlig del av vardagsarbetet och inte som skrämmande.

I kapitlen 6 och 7 kommer jag att mer ingående belysa och försöka förstå dels rutiners funktioner dels döendet och döden som en del i vardagsarbetet på äldreboende.

Uppläggnig

Efter detta inledande kapitel följer en kort historisk tillbakablick på det samhälleliga omhändertagandet av gamla och döende. Det mynnar ut i en beskrivning av nusituationen vad gäller offentlig äldreomsorg och i synnerhet då särskilt boende för äldre. Kapitel 3 är en genomgång av befintlig empirisk forskning om äldreomsorgens vardag med avgränsning till arbete och arbetsinnehåll på särskilda boenden för äldre. Kapitel 4 är en redogörelse för min empiriska studie och dess genomförande. I kapitel 5 beskriver jag platserna som ingår i min studie, i avsikt att ge en bild av de institutionella förutsättningarna på de särskilda boenden för äldre. I kapitel 6 presenteras empiriskt material som fokuserar på personalens rutiner. Döendet och döden fokuseras i kapitel 7. Kapitel 8 innehåller avslutande reflexioner, där jag försöker återknyta till teoretiska begrepp från social interaktionism som jag fört in i kapitel 6 i mitt försök till att förstå rutiners funktion i vardagsarbetet.

2. Historik

Åldrandet som biologisk, kognitiv och mental process leder till att den åldrande människan blir beroende av andra för omsorg och omvårdnad. Det innebär att varje samhälle måste förhålla sig till de konsekvenser som ålderdomen har. Men i historien har synen på åldrande och vem som har ansvar för omsorgen skiftat över tid och mellan olika samhällen (Eliasson-Lappalainen & Szebehely 1998).

Ansvar för de gamla i Sverige vilar idag på samhällets insatser. Anhörigas insatser är viktiga men ytterst är det ett ansvar för välfärdssystemet. Fram till mitten av 1900-talet var ålderdomshem den mest eftersträvarvärda omsorgsformen. Därefter fick ideologin om hemmaboende större inflytande på omsorgen om de gamla. Det som tidigare betecknades som (och i praktiken fortfarande benämns) sjukhem, ålderdomshem, gruppboenden för dementa och servicehus betecknas i dagens officiella språkbruk ”särskilda boendeformer för äldre” (jfr Edebalk 1990, 1996, Szebehely 1995, 2005, Melin Emilsson 1998).

Ålderdomen leder ofrånkomligt till döende och död. Bauman (1992) beskriver döden som samhällets drivkraft samtidigt som den hotar samhällets kontinuitet. Människan försöker att motarbeta detta förhållande genom att skapa varaktiga samhällsstrukturer. Inom både sociologi, psykologi och historia har döden i vår tid kommit att intressera flera forskare (jfr Ariès 1978; Bauman 1992; Baudrillard 1993; Magnusson 2000).

Åldrande och död i olika tider

Vetenskapen började intressera sig för åldrandet under 1800-talet. I fokus för forskningen var hur biologiska funktioner kunde mätas statistiskt. Men i och med att människan har blivit äldre så har också det vetenskapliga intresset för åldrande och äldre ökat. I dagsläget är en del av de vetenskapliga studierna inriktade på de äldres möjligheter till självbestämmande och förutsättningar för att leva ett aktivt och värdigt liv (Melin Emilsson 2004, Tornstam 2005).

Offentliga organisationer inom stat, landsting och kommuner har i och med industrialiseringen övertagit omsorgsuppgifter som tidigare har han-

terats av familjen eller kyrkan. 1871 års fattigvårdsförordning präglades av synen på fattigdom som självförvållad. Obligatorisk hjälp gavs enbart till vansinniga personer och föräldralösa barn. De äldre som vid 1900-talet början var 8 % av befolkningen (då 5 miljoner) utgjorde inte en egen grupp enligt fattigvårdslagstiftningen. Med gruppen äldre fick kommunen göra vad de ville (Trydegård 1996).

Aries (1978) menar att både kategorin "barn" och kategorin "äldre" i ett historiskt perspektiv är förhållandevis nya företeelser. I och med folkskolans införande bildades kategorin skolbarn. Kategorin "ålderspensionärer" uppstod i samband med pensionsreformernas genomförande; 1948 års folkpensionsreform som möjliggjorde för flertalet pensionärer att klara av sin försörjning (Edebalk 1991). I ett historiskt perspektiv ges inte ålderdomen en kronologisk innebörd. Ålderdomen måste förankras i olika tidsepokers skilda definitioner av äldre. Under 1500-talet var man gammal när man var 50 år (Tornstam 1982).

Många studier i vår tid kring åldrande och död inriktas på människors självbestämmande. Tornstam (2005) beskriver exempelvis hur åldrandet kan studeras både ur ett "eländesperspektiv" och ett "resursperspektiv". Med eländesperspektiv menas att åldrandet på ett ensidigt sätt beskrivs som ett tillstånd av förluster som i sin tur ger beroende och/eller vanmakt. I resursperspektivet däremot antas människan ha en egen inneboende styrka och möjligheter trots svårigheter. Åldrandet innehåller också samlade livserfarenheter (jfr Erikson 1985). Erikson beskriver ålderdomens livs-ålder som en fas med både känslor av integritet och förtvivlan. Mognad och visdom uppkommer genom det dynamiska förhållandet mellan integritet och förtvivlan. När känslan av integritet uppväger känslan av förtvivlan utvecklas visdom.

Begreppet "äldre", som kategori, förutsätter att det existerar en grupp "ickeäldre"; de yngre, de medelålders, de arbetsföra. Beskrivning av kategorin äldre hänför sig både till likheter och till olikheter inom gruppen i förhållande till de ickeäldre (Jönson 2001). Men som de Beauvoir (1970) skriver är de äldres situation beroende av den sociala kontexten. I kontextlösa beskrivningar av de äldre framställs de som eländiga, lyckliga, svaga, starka, sjuka, friska, beroende, oberoende.

De äldre som grupp betraktas oftast som en homogen grupp trots kunskapen om att de äldre precis som de yngre är unika individer med olika behov och levnadsvillkor (Tornstam 2005).

En sådan föreställning eller stereotyp kan vara mer eller mindre falsk (Tornstam, 1988). Ofta handlar det om fördomsfulla tillskrivanden och myter om hur det är att vara gammal. En existerande myt är att de äldre är hjälplösa och krävande och att deras liv är meningslösa (Bondevik 1994). En annan stereotyp kan vara att ålderdomen förskönas genom att de gamla ges egenskaper som varande friska, erfarna, lyckliga, ha god ekonomi. Myterna ger en förenkling av verkligheten som kan få konsekvenser för hur omsorgen om de äldre utformas. Men, menar Tornstam (1988), det kan också vara praktiskt att generalisera utifrån ålder utan att det handlar om stereotyper.

De Beauvoir (1970) använder sig i boken "Ålderdomen" av följande definition: "En fortskridande process av ogynnsam förändring, vanligen i samband med tidens gång, som blir skönjbar efter mogenhetsperioden och som oföränderligen leder till döden" (s 16). Ålderdomen är inte statisk utan snarare slutet av en process med ett visst innehåll. Ålderdomen är dels en samhällskategori, dels en fas av livet där varje individ har sitt egna personliga öde. Människans åldrandeprocess förstås också utifrån den sociala kontext där hon lever. Åldrandet i sig både erfars olika och tillskrivs av andra olika attribut beroende på var och när vi åldras och beroende på den enskilda äldres ekonomiska och sociala levnadsförhållanden. Varje samhälle skapar på så sätt sina egna värden om ålderdomen. Det är i sitt sociala sammanhang som ordet kroppsligt förfall får en speciell innebörd menar de Beauvoir (1970 s 18).

Demens beskrevs tidigare som en naturlig del i en åldrandeprocess; normalt åldrande och glömska. Ord som sinnesslöhet, dumhet dåraktighet, idioti, ålderdomsslöhet och senilitet användes före 1700-talet för att beskriva kognitiv- och beteendeförsämringar som ger psykosocial inkompetens. Det var först under 1600-talet som beteckningen demens började användas (Melin Emilsson 1998). För att en människa ska diagnostiseras som demenssjuk ska man kunna finna ett samband mellan beteende och skador på delar av hjärnan som är av betydelse för beteendet (Öhlander 1999). Sjukdomen som ger psykologiska och sociala inskränkningar i vardagslivet som minnestörningar, personlighetsförändring, svårigheter i förståelse av språkliga uttryck samt inskränkningar i utförande av vardagliga handlingar som att äta, klä på sig och sköta sin hygien (Melin Emilsson 1998; 2004).

De socialpolitiska målsättningarna under 1950-talet avsåg att ge gamla människor möjlighet att bo kvar i sina egna hem så länge som möjligt.

Den politiska viljan och ideologin strävade mot att avveckla äldreinstitutioner. Denna politiska ideologi har ansetts som nyskapande i den svenska välfärdsstatens utbyggnad. En bidragande orsak till ideologiförskjutningen från institution till eget boende anses vara Ivar Lo Johanssons bok "Åldersdoms-Sverige" (1987). Men är detta en ny trend i ett historiskt perspektiv?

Det gamla samhällets funktion blir till en referensram för föreställningen om samtiden. På så sätt styr det våra föreställningar om det goda samhälle som vi önskar leva i och det onda samhället som vi vill undvika. Följden blir att det historiska samhället är inbyggt i både institutioner och infrastruktur men främst i människorna som lever i samhället. Det blir till myter om historien vars funktion är att vår framtid kan väljas (Odén 1993). En viktig skillnad mellan "förr" och "nu" är att omhändertagandet av de äldre förr var ett både tidskrävande och oavlönat arbete. I det nutida samhället arbetar många kvinnor i lönearbete för att ge omsorg till äldre. Men politiska signaler i samband med att institution bör undvikas i så hög grad som möjligt ger åter ett ökat ansvar till anhöriga som ger informell omsorg till både sjuka och gamla människor (Waerness 1983).

I följande avsnitt har jag för avsikt att ge en i hög grad summarisk historisk överblick över den samhälleliga synen på döden och dess boningar. Jag kommer inte att behandla döden i allmänhet utan avgränsa mig till synen på äldre och döden.

En av de stora historiska skillnaderna är förändring i människors dödlighetsmönster. Människans sätt att dö före 1900-talet var förhållandevis snabbt. Under medeltiden och senmedeltiden hade människan en större närhet till döden då spädbarn, barn, unga och vuxna människor dog till följd av epidemier, svält, krig och i för denna tid obotliga sjukdomar. Den samhälleliga strävan var att människor skulle dö i närvaro av släkt, vänner och präster (Odén, 1993).

Arthur Imhof (1988) beskriver fyra olika döendeförlopp i den tidigmoderna historien; Pest, hunger, krig och dåtidens obotbara sjukdomar. Under den "förindustriella" historien var inte sjukdomar och krig i lika hög utsträckning orsak till död som tidigare. Den medicinska tekniken har utvecklats i den "nuvarande" tiden varför sjukdomsförloppet är mer utsträckt över tid. Den "kommande" tidens döende antas äga rum sent i livet efter kort tids sjukdom och ett snabbt biologiskt sammanbrott. De äldre antas få ett långt och aktivt liv där de gamlas döendeprocess varar under en kort tid och vars förlopp är "snabbt utslocknande".

Ättestupa och ätteklubba

Sägnera kring ättestupa och ätteklubba innehöll en föreställning om att den åldriga själv var införstådd med ett sådant avlivande. Främst under 1600- och 1700-talet skapades myter om ättestupan (Gaunt 1983; Odén 1985).

Ättestupesägneras samhälleliga funktion innehöll negativa värderingar av äldre människor och/eller hade för avsikt att upplysa gamla människor om att de borde vara rädda om sina liv (Gaunt 1983). Ättestupan har betraktats som ett historiskt faktum men det saknas historiska belägg för detta. Källmaterial saknas också från den hedniska tiden men antropologer har noterat ritualmord på senila i grupper där äldre människor är traditionsförmedlare. Enligt Odén (1993) blev senila och dementa äldre ett hot mot gruppens intresse – inte i materiell bemärkelse utan i andlig. Den kunskap som förmedlas från en generation till en annan genom muntliga berättelser hotades av förvirring. Följden blev att förvirring måste utplånas och de som var bärare av förvirringen, de senila, måste dö (a a). Sedan 1600-talet har sägner om dödande av gamla existerat i Sverige. Speciellt under romantiken blomstrade dessa sägner eftersom det var en tid då självmord idealiserades i litteraturen. Ättestupesägner dyker upp som vandringsägner i nästan identiska former i olika samhällen. Sägneras innehåll speglar den dåvarande synen på och attityder till äldre människor. Attityder i fråga om hur människor ska vara innehåller exempelvis föreställningar om oberoende och självbestämmande. Men gamla människor kan till följd av sin åldriga kropp bli beroende av andra för att klara av sin vardag. Sägner om kollektiva ritualmord får en symbolisk funktion i avsikt att hantera den samhälleliga spänningen kring individens förhållande till beroende och oberoende (Gaunt 1983; Odén 1993).

Jordägarna hade som tradition att ge bort sina jordegendomar till sina barn och själva flytta till undantaget. Detta innebar att statsmakten förlorade skatter och andra avgifter. Vandringsägner om ättestupan och ätteklubban skapades av statsmakten i avsikt att försöka skrämja de gamla att inte alltför tidigt överlämna sin egendom till barnen och därmed göra sig ekonomiskt beroende av sina barn (Gaunt 1983).

Boningar för åldrande, döende och död

Släktens ansvar för omsorg om de äldre är dokumenterad så långt tillbaka som historiska källor ger inblick i. Både släktingar och arvingar hade till uppgift att ge omvårdnad och omsorg till de gamla. Under den tidiga medeltiden stod emellertid två olika vårdssystem emot varandra; det hedniska släktsamhället och det kristna feodalsamhället. I det hedniska släktsamhället gjordes skillnad mellan de gamla som tillhör en släkt respektive dem som är utanför slakten. Följden blev att omvårdnadsansvaret för den gamla vilade på släktens axlar. I det kristna feodalsamhället uttrycks föreställningar i en nordisk lag från tidig kristen tid om människor som inte tillhör en släkt såsom frigivna trälarna och deras familjer. När de kom i nöd skulle de läggas i en grav levande istället för att få hjälp. Om en av de levande begrävda trälarna överlevde föreskrev lagen att han erövrade vårdgemenskap i den släkt där han tidigare varit slav (Gaunt 1983; Odén 1993).

Under medeltidens Europa etableras institutioner i form av kyrkans barmhärtighetsinrättningar för både spetälska, fattiga sjuka och gamla människor (Odén, 1993). 1600-talet beskrivs som ”den stora inspärningen”. Under en månad 1656 spärrades en procent av Paris invånare in på institution. Vistelse på anstalt hade inget behandlingssyfte utan var ett uttryckssätt för den ordning som samhällets makt bestämde. Stora interneringsanstalter skapades för fattiga oberoende av kön och ålder (Foucault 1983).

I början av 1800-talet rådde romantikens förhålligande syn på döden. I samband med industrialiseringen och fram till vår tid har synen förändrats på så sätt att döden belagts med tabu (Ariès 1978). I början av 1800-talet lyste läkaren med sin frånvaro i olika beskrivningar kring döende personer. Familjeläkaren som framträder i 1800-talet mitt uppträdde som en ledsagare för den döende tillsammans med familj och präst. De läkare som efterträdde familjeläkare är mer distanserade till döden. Läkaren flyttades från sjukrummet till lasarettet. I och med detta blev läkaren både vetenskapsman och en person med makt (a a).

Sedan mitten av 1900-talet började platserna för liv och död skiljas åt. Man dog inte i lika hög grad i sitt hem som förut. En av orsakerna är att den materiella utvecklingen sköt i höjden. Människan dör på sjukhus och hon dör i ensamhet. Sjukhuset blir den plats där den döende kan få den behandling som inte kan erbjudas i hemmet. Asylerna där fattiga fick sin

tillflykt blev nu en plats för medicinsk behandling och försök att bemästra döden. Det blev också en plats där vi kan dö (Ariès, 1978). När inte längre den sjukas tillstånd är botbart kan man idag dö på speciella enheter inom sjukhuset, hospice, som är konstruerade platser för människan att dö på.

Förtrogenheten och bemästrandet av döden innebar inte någon samlevnad med de döda. Under den hedniska och kristna antiken hölls de döda på avstånd. Gravkulturens syfte var att hindra de döda från att återvända till livet och hota de levande. Begravningsplatserna anlades till stor del utanför stadsbildningarna som till exempel Via Appia utanför Rom. Men på 400-talet börjar de döda återkomma in till städerna då åtskillnaden mellan klostrets kyrkogård och katedralkyrkan suddades ut (Ariès 1978).

De levande och de döda skiljs åt genom förpassande av de döda till en annan plats och så upphör de döda att finnas till. Det första gettot, mönster för samtliga därefter kommande getton, var kyrkogårdarna (Baudrillard 1993). De döda blir till de andra, de som genom begravning avskiljs och blir därigenom hanterbara hot som inte längre har kvar sin kraft när de hålls på avstånd.

Genom ökad kunskap kring sjukdomars botbarhet har handhavandet av döendet övergått till rationell institutionalisering (Glaser & Strauss 1968). Skillnaden är stor mellan förindustriella samhällen där familjemedlemmarna gav vård och omsorg till sina döende anhöriga och det industrialiserade samhället med sina högteknologiska sjukhus där vården är teknisk och hygienisk. Men både döendeprocesser och själva döden kan vara våldsamt med kroppsliga uttömningar och odörer. Dilemman uppkommer trots våra rationella försök att motverka icke-rationella händelser. Kontrollen över döendeförloppet misslyckas och kompromissen blir att den döende transporteras till en avskild plats, sjukhus, hospice. Dagens retorik inom den palliativa vården är att så långt som det är möjligt ska den döende vårdas i hemmet med stöd av professionella vårdgivare från palliativa vårdteam. Men när döden alltmer närmar sig rekommenderas ofta den döende att tillbringa de sista dagarna i livet på ett hospice (jfr Elias, 1985; Whitaker, 2004, Raunkier 2007).

I och med 1800-talets upptagenhet kring döden fruktar man inte i lika hög grad den egna döden som den andres. Detta förhållande ger i sin tur 1800-talets kult omkring gravar och kyrkogårdar. Denna religiösa företeelse gäller också för vår tid, menar Ariès (1978). Medeltidens begravningar i eller runt kyrkan innebar att liket övergavs och överlämnades till kyrkan.

Det var inte av betydelse för individen under medeltiden att gravplatsen var utmärkt. Men framförallt från 1600-talet väcktes intresset för utmärkta gravplatser. I mitten av 1700-talet riktades kritik mot att de döda hopades i kyrkorna och deras förgårdar. Ett fenomen som pågått sedan ett årtusende och inte väckt anstöt kunde inte längre tolereras. Kritiken innehöll två centrala inslag; att folkhälsan var hotad av de kraftiga odörerna från massgravarna och att liken inte visades tillräcklig vördnad genom att de hopades i kyrkorna och att benhusen var fyllda med skellett. De döda blev till ett hot för de levande genom att dessa kunde förgiftas. De som fortfarande var i livet borde värda de döda genom att värda deras gravplatser. De döda blir lika betydelsefulla som de levande och de dödas samhälle blir till avbild av de levandes. Förändringens orsak, menar Ariès, kan sökas i 1900-talets samhällsekonomiska utveckling; snarare i industrialisering och urbanisering än religion.

Åldrandet i nutid

Åldrandet är allmänmänskligt om vi lever fram till ålderdomen. Beroende på den åldrandes erfarenheter och levnadsvillkor tar sig ålderdomen olika uttryck. För de gamla som bor på särskilda boenden för äldre är flertalet beroende av personalens hjälp för att klara av vardagens aktiviteter som att äta, att ta på sig kläder, att förflytta sig. På sjukhem och gruppboende behöver 80% hjälp med att klara av vardagens nödvändigaste aktiviteter medan motsvarande siffra på ålderdomshem och äldreboende är 60% (Socialstyrelsen 2001).

De första vetenskapliga studierna kring åldrandet kom runt mitten av 1800-talet. Statistiska värden om muskelstyrka, längd och psykologiska mått presenterades. Senare under samma århundrade presenterades forskningsresultat ifråga om gamlas prestationsförmåga inom olika områden. Föreställningar omkring åldrande skiftar beroende på vilka teoretiska glasögon som används. Syn på och föreställningar om åldrande studeras utifrån biologiska, psykologiska och sociala teoretiska perspektiv. Definitioner ifråga om åldrandets innebörd varierar utifrån vilket teoretiskt perspektiv som används. Begreppet åldrande kan beskrivas utifrån kronologisk, biologisk, funktionell, psykologisk och social ålder (se även Bengtson 1985; Melin Emilsson 2004; Tornstam 2005).

Odén (1985) menar att utformningen liksom människors upplevelse av åldrandeprocessen också är beroende av samhällets kultursyn. Med begreppet kultur menar författaren hur samhället på ett konstruktivt försöker lösa olika problem; hur rättsapparaten försöker stifta lagar och förordningar i avsikt att dels bevara samhället, dels skydda individen; omsorgs- och vårdssystem som byggs upp; byråkratiska strukturer som innehåller tjänstestrukturer; system för kunskapsutveckling där samhället har etablerat universitet med sin rigida kultur som i sin tur stöter på ”praktikens” erfarenheter.

Odén (1985 s. 8-9) refererar till tre olika förändringsprocesser i vår tid som påverkar åldrandeprocessen:

- Vår tids industrialisering med dess komplicerade system av olika välfärdsorganisationer, byråkratisering, inkomstöverföringar möter den gamla människans erfarenheter som har sitt ursprung från en annan tid.
- Den svenska kulturen har förändrats i och med att människor har flyttat till Sverige. Tidigare var människor från andra byar utsocknes och därmed främlingar.
- Den svenska kulturen har genomgått en sekularisering under de senaste hundra åren.

Åldrandet kan studeras på olika teoretiska nivåer. Människan kan betraktas ur ett individperspektiv med fokus på biologiska och psykologiska faktorer, som social varelse kan hon betraktas ur ett socialpsykologiskt perspektiv och på samhällsnivån som politiskt ekonomiskt problem (Tornstam 2005). I min studie kommer jag att uppehålla mig på den interaktionistiska nivån; hur personalens arbetssätt vid särskilda boenden för äldre utformas i det sociala samspelet till de gamla och deras kroppar.

De Beauvoir studerar åldrandet både som en social kategori och som gamla människors egna erfarenheter. Författaren använder sig av både ett inifrån och ett utifrån perspektiv. De Beauvoir (1976) skriver om ålderdomens komplexa sanning: ”den är ett dialektiskt förhållande mellan mitt objektivt definierade jag sådan jag framstår för andra och det medvetande om mig själv som jag får via andra. Inom mig är jag den Andra – dvs. den person jag är för andra – som är gammal och denna Andra är jag själv” (s

195). Eliasson (1992) menar att i det svenska samhället inträdde en ny och särskiljande social kategori genom pensionering (s 15).

Ett begrepp som används inom socialgerontologin är "successful ageing". Begreppet tycks som mall ha medelålders framgångsrika personer med kropp och själ i behåll och där vikten av aktivitet, effektivitet, oberoende, social kompetens eftersträvas. Både teoretiker och "den vanliga människan" förefaller att projicera egna, personliga föreställningar om värderingar och handlingsmönster på ålderdomen. Socialgerontologiska teorier om åldrandet betonar betydelsen av att medelålderns livsmönster ska gälla också för ålderdomens (Tornstam 2005). Det blir, som de Beauvoir (1976) skriver: "En massa människor, särskilt gamla, försökte vänligt eller ilsket trumfa i mig att ålderdomen, det är något som inte finns. Vad som finns är människor som inte är så unga som andra, mer var det inte med den saken" (s 7).

I vad Tornstam (2005) betecknar som "gerotranscendens" ifrågasätts antagandet om att det goda åldrandet är likvärdigt med medelålderns livsmönster. Ålderdomen innehåller snarare en egen mening och karaktär. Eller som Tornstam (2005) uttrycker sig: "Detta bildar kontrast till en hel del av det sedvanliga sättet att tänka inom socialgerontologin, där kontinuitet och stabilitet, snarare än förändring och utveckling, utgör nyckelbegreppen i teorierna" (s 282).

Flertalet gamla människor som bor på äldreinstitutioner är beroende av personalens hjälp för att klara av vardagens aktiviteter som att äta, att ta på sig kläder, att förflytta sig. På sjukhem och gruppboende behöver 80 % hjälp med att klara av vardagens nödvändigaste aktiviteter. Motsvarande siffra på ålderdomshem och äldreboende är motsvarande siffra 60 % (Socialstyrelsen 2001).

Försörjning och boende för äldre

Projektet "Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden" (1985) med Birgitta Odén som projektledare var det första större forskningsprojekt i Sverige som studerade åldrandet och äldre människor i Sverige. I min kortfattade genomgång nedan kommer jag huvudsakligen att förmedla uppgifter ur olika perspektiv hämtade från Birgitta Odéns historiska forskning.

Under 1800-talet ökade de äldres andel av befolkningen vilket resulterade i att de gamlas försörjning blev ett politiskt dilemma; en fråga som är fortsatt aktuell i vår tid. Den historiska forskningens frågeställning är hur

människan planerar sin ekonomiska och sociala situation inför åldrandet och hur samhället lagstiftar och organiserar ramarna för individens handlingsutrymme (Odén 1993).

Fram till 1847 lagstiftade samhället att barn och arvingar till de gamla också hade skyldighet att försörja de gamla och orkeslösa. 1847 instiftades en lag om att socknen hade skyldighet att försörja den gamla. Redan 1855 ändrade den konservativa majoriteten i riksdagen lagen till att släktingar hade försörjningsbörda för den åldrande. Anledningen var att familjebanden ansågs bli upplösta. 1871 års fattigvårdslag uttrycker tydligt barnens ansvar för sina åldrande föräldrars försörjning. Först genom socialhjälpslagen 1956 blir de äldres försörjningssituation samhällets ansvar (Odén 1993; Gaunt 1983).

I och med industrialiseringen förändrades det agrara samhället i fråga om omhändertagande av gamla; vården institutionaliserades (Åman 1976). Fattigstugorna revs på den svenska landsbygden och de gamla flyttades ibland med hjälp ”av lock och pock, ibland med våld” till ålderdomshemmen (Lo-Johansson 1987). Fattiga gamla utan barn som kunde försörja dem, fick förlita sig på den kommunala fattigvården för försörjning, för vård och för boende. Institution som understödsform för äldre ökade kring sekelskiftet 1900 (Edebalk 1991).

Ordet ålderdomshem blev allmänt känt omkring 1910. Dess funktion var att ge försörjning, bostad och vård till fattiga gamla och formen skulle vara hemlik (Åman 1976, Edebalk 1991). 1918 fanns tjugo olika benämningar på den kommunala fattigvårdens institutioner som fattiggård, fattighus, fattiginrättning, försörjningsinrättning och kammungård. De vanligast använda orden var fattiggård och ålderdomshem (Åman 1976).

1946 beslutade riksdagen att folkpension skulle utgå enligt s k minimistandard och 1947 beslutades att ålderdomshem inte längre var fattigvårdsanstalt. Blandning av olika grupper som 1947 benämndes sinnessjuka, sinnesslöa och kroniskt sjuka, skulle upphöra på institutionerna. Dessa ”nya” ålderdomshem skulle vara öppna för samtliga vårdbehövande åldringar oavsett ekonomiska förhållanden. Arbetet på ålderdomshem var tänkt att bli attraktivt i avsikt att kompetent personal skulle söka arbete där. Samhällets enda form för åldringsvård in på 1940-talet var ålderdomshem och dess föreståndarinna var husmor i detta de gamlas egna och goda hem. Föreståndarinnan skulle också delta i hemmets olika arbetsuppgifter (Trydegård 1996, s 157). Under 1950-talet formulerade två huvudarbetsuppgifter: husmors- och vårdaruppgifter. Ålderdomshemsföre-

ståndarna lyckades också få igenom ett bruttolönesystem. Under 1960-talet dominerade sjukvårdsinslaget i den treåriga utbildningen (a a). Efter andra världskriget rådde full sysselsättning varför brist på personal var förväntad och blev verklig. Samtidigt förväntades kategorin gamla öka varför efterfrågan på ålderdomshemsplatser förväntades bli stor (Edebalk 1991).

Ivar Lo-Johansson (1987) kritiserade ålderdomshemmen för bristfälliga förhållanden och stränghet och torftighet för de gamla som saknade egna tillhörigheter. Gamla människor skulle ha kvar möjligheten att bo kvar i sina egna hem. Detta gjorde att andra former för åldringvård började att utvecklas under 1950-talet genom organiserad hemtjänst för gamla efter en modell i England (Trydegård 1996, s 162).

Under 1950 och 1960-talen utvecklades ett flertal olika former för äldreboende som ålderdomshem, servicehus, pensionärshem, pensionärlägenhet, tillfälliga åldringsbostäder och åldringscentraler (Åman 1976). Dessa olika vård- och boendeformer har utökats med gruppboende för äldre demenssjuka. I vår tid samlas de olika kommunala boendeformerna under beteckning "särskilt boende för äldre". En samhällelig avsikt är att tona ner skillnaden mellan eget boende och institutionsliknande boende.

Gruppboende för äldre demenssjuka

När forskning inom demensområdet inte ledde fram till framgångsrika botemedel startade diskussioner om att istället utveckla boendemiljöer där terapeutiska inriktningar skulle kunna prövas (Gaunt m fl 1994). "Gruppboendeidén" växte fram för att ge en adekvat omsorg till förvirrade, dementa äldre människor och som ett alternativ till andra vårdformer (Annerstedt 1995, Melin Emilsson 1998). Denna kategori gamla har svårt både att anpassa sig till de anhörigas krav och till den traditionella vårdmiljö som finns inom sjukvården. Genom gruppboende försökte man åstadkomma en miljö för de dementa som innehöll trygghet och säkerhet (a a).

Genom att anpassa den fysiska miljön, aktivering och rätt bemötande försökte man att så långt som möjligt att bevara det friska hos den dementa och göra deras vardag så dräglig som möjligt. I fokus var det sociala umgänget dels med varandra dels med personalen (a a). Miljön på gruppboendet skulle vara så likt ett hem som möjligt. Sex till åtta dementa skulle bo i var sin lägenhet men med gemensamma utrymmen för måltider och

socialt umgänge. Sviktande kognitiva minnesfunktioner skulle kompenseras med avvägda handlingar från vårdbiträdenas sida (se Melin Emilsson 1998). Ett krav för att få plats på gruppboende var att det inte skulle behövas två personer för att hjälpa en boende vid förflyttning och de dementa skulle kunna kommunicera på ett meningsfullt sätt med personalen. Tillsammans med behandlingsideologi och vårdmetodik var också ekonomiska motiv drivande vid etablering av gruppboende. Ur ett ekonomiskt perspektiv anses gruppboende vara dyrare än ett traditionellt ålderdomshemsboende, men billigare än sjukhem (Melin Emilsson 1998, 2004a, b).

Organiseringen av vård och boende för äldre dementa kallades vårdstrategi i tre nivåer. Vård i hemmet var den första nivån och detta var målsättningen för majoriteten av de demenssjuka. Nivå 2 var gruppboende och den tredje nivån var vård på sjukhem. Den organisatoriska strukturen där gruppboende ingår innebär att gruppboende för äldre demenssjuka betraktades som en mellanvårdform, mellan det egna boendet och sjukhemmet. En demensdiagnos är förutsättningen för dem som flyttar in på gruppboendet. De som bor där har ett eget hyreskontrakt. Det är olika meningar huruvida vårdformen skall betraktas som en del i en vårdkedja eller som det sista permanenta boendet. En fråga som har diskuterats är om boendeformen kan betraktas som privat eller inte, då det knappast finns några situationer som är privata i den här typen av boende. Båda begreppen, vård och boende, används samtidigt och ofta i kombination med varandra. Men den tidigare organisationsstrukturen med tre nivåer har alltmer ersatts av kvarboendepincipen. Den innebär att de gamla så långt som möjligt ska bo kvar på gruppboendet eller det särskilda boendet och om möjligt få dö "hemma". En följd av kvarboendepincipen är att fler och fler gamla väntar på plats till äldreboende. När den gamla flyttar in på gruppboendet idag så är därför vårdtyngden större och den nyinflyttade äldre är snarare i behov av sjukhemsvård (Melin Emilsson 1998, 2004).

Gruppboenden för äldre demenssjuka har inga uttalade mål om att vara en plats för att ge omsorg till människor som är döende. Ambitionen är snarare att med anpassad miljö, rätt aktivering och adekvat bemötande arbeta för att minska symptomen och höja livskvaliteten för de boende (jfr. Gaunt 1994; Melin Emilsson 1998). Ett av gruppboendets syften är att försöka underlätta kontakten genom "rätt bemötande" av de dementa och att på så sätt mildra effekterna av sjukdomen (jfr. Borell 1992).

I början av gruppboendeverksamhetens präglades vården av en sjukvårdsbaserad ideologi men i och med Ädelreformen (1992) har den övergått till att bli alltmer omsorgsinriktad. Sjukvårdens syn på de dementa som sjuka har ersatts av socialtjänstens syn på de dementa som gamla (Melin Emilsson 2004).

Gruppboendereformen lever knappast alltid upp till de ursprungliga idealen. I sin avhandling "Vardag i olika världar" försöker Ulla Melin Emilsson (1998) beskriva och förstå den vardagliga verkligheten på tre gruppboenden för äldre demenssjuka. Studien visar att den vardagliga praktiken innehåller passivitet trots gruppboendens strävan efter aktivitet. Personalens tidigare erfarenhet, ålder, utbildning och tid i vårdarbetet föreföll inte påverka deras handlingsmönster. Melin Emilsson menar att kampen för den egna identitets bibehållande är central både för vårdbiträden och dementa. I sina handlingsmönster söker både personalen och de dementa bekräftelse av varandra men får den inte.

En följd av åldrandet är att många gamla har flera olika sjukdomar som demens, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Tillsammans med hög ålder, kognitiva och kroppsliga funktionshinder ger allt sammantaget en generell skröplighet. De äldres möjlighet att själv bestämma och fatta beslut minskar i detta skede i livet. Samtidigt som hospiceideologin stärks och institutioner för yngre döende tillskapas är platser för döende och död lågprioriterade för kategorin äldre (Whitaker 2004).

Personalens utbildning

Personal inom äldreomsorgen har i ökande utsträckning undersköterskeutbildning men beteckningen vårdbiträde lever kvar. I fråga om arbets- och utbildningssituation är förhållandena i stort sett likvärdiga för vård- och sjukvårdsbiträden samt undersköterskor. 1946 startade den första utbildningen till undersköterska medan de första kurserna till sjukvårdsbiträde gavs 1957 (Emanuelsson 1992). Men inom dessa utbildningar fanns inte möjlighet till att fördjupa sina kunskaper om åldrandets olika uttrycksformer (Fahlström 1999).

Hemtjänsten fick inte konkurrera med den övriga arbetsmarknaden varför ingen egentlig yrkesutbildning gavs till hemsamariter, den yrkestitel som föregick "vårdbiträde i hemtjänsten" (Szebehely 1996). För att arbeta som vårdbiträde inom hemtjänst har inga formella krav på utbildning ställts (Nordström 1998). Men i mitten av 1960-talet fick hemsamariter

och vårdbiträden som arbetade på ålderdomshem möjlighet att gå olika kurser (Zingmark 1991). Kommunerna har genom intern utbildning och projekt som "Kunskapslyftet" har utbildat vårdbiträden till undersköterskor (Melin Emilsson 2004). Undersköterskor och vårdbiträden utbildas sedan 1993 vid gymnasieskolan (Fahlström 1999).

Vårdbiträdesyrket anses ur ett professionsperspektiv inte som en profession. Definitioner av yrke respektive profession kan variera. Men kravet på en vetenskapsbaserad kunskapsbas är vanlig hos professionsforskarna (Nilsson & Sunesson 1988; Fahlström 1999).

Framförallt under 1980-talet togs initiativ till att förstärka professionaliseringen genom att skapa en teoretisk struktur i omsorgsyrket (Johansson 2001). Aktivering, social rehabilitering och hjälp till självhjälp sattes i fokus vilket fick till följd att formell utbildning sattes i förgrunden för anställda inom äldreomsorgen (a a). Szebehely (1995) tolkar detta på två sätt i sin avhandling; formell utbildning krävdes antingen för att klara av verksamhetens mål eller för att göra vårdbiträdesyrket attraktivare och därmed kunna rekrytera ny personal.

3. Några forskningsperspektiv

Hemtjänst och institution

Detta kapitel gör inte på något sätt anspråk på att ge en heltäckande beskrivning av befintlig forskning utan är några nedslag i forskning som jag finner vara av intresse och ha relevans för mina frågor.

Nordisk forskning om äldreomsorg har i stor utsträckning studerat hemtjänstens organisation och vårdbiträdenas arbete inom hemtjänsten (för en översikt se Szebehely, red, 2005). Eliasson-Lappalainen m fl (2005) har gjort en genomgång av akademiska avhandlingar visar att under perioden 1995 – 2004 belyser, av totalt 31 svenska avhandlingar, 22 stycken hemtjänst. Sex avhandlingar behandlar institutionsboende/särskilt boende för äldre varav två avhandlingar behandlar gruppboende för äldre demenssjuka. Personalen vid äldreinstitutioner är fler till antalet och dessutom står äldreboendena för en större ekonomisk kostnad än hemtjänsten (Trydegård 2005).

Genom att omnämna några avhandlingar vill jag mycket kondenserat antyda något om perspektiven i empirisk forskning om äldreomsorg. Marta Szebehely (1995) belyser i sin avhandling "Vardagens organisering" tre olika organisationsformer för hemtjänst. Hon analyserar konsekvenserna av organisationsformerna utifrån vårdbiträdenas upplevelser kring sitt arbete och de äldres tillfredsställelse med hjälpen. Gunilla Fahlström (1999) beskriver i avhandlingen "Ytterst i organisationen" arbete och arbetsvillkor både utifrån vårdbiträdet och utifrån organisationen. Resultaten tyder på att omsorgsarbetet formas mer utifrån den gamla och hennes behov än organisationens. Wanja Astvik (2003) studerar i avhandlingen "Relationer som arbete" hemtjänst med fokus på vårdbiträdenas arbetsvillkor. Hon fann bl.a. att vårdbiträdena ofta upplevde skuld- och otillräcklighetskänslor i relation till de gamla omsorgstagarna. Gunilla Silfverberg (1996) visar i "Att vara god eller att göra rätt" att vårdbiträdena oftast väljer handlingar som innebär att de försöker göra "gott" i förhållande till de gamla snarare än att enbart handla "rätt" enligt regler och föreskrifter. Relationsperspektivet är också centralt i Bengt Ingvads avhandling, "Omsorg och relationer" (2003). Han menar att både den gamla och vårdbiträdet anpassar sig till varandra i sitt samspel både på det känslomässiga pla-

net och i det praktiska arbetet. Vårdbiträden försöker ibland skapa en beroenderelation till den gamla som i sin tur kan leda till att vårdbiträdet blir känslomässigt beroende av den gamla. Ingrid Nilsson Motevasel (2000) menar i sin avhandling "Män, Kvinnor och omsorg" att omsorgshandlingar förekommer i såväl i mans- och kvinnodominerande yrken och att de skillnader som blir synliga har sin grund snarare i arbetets organisering än i yrkesutövarnas kön.

Ulla Melin Emilsson (1998) och Magnus Öhlander (1999) har vårdbiträden som arbetar på gruppboende för dementa i fokus. I Melin Emilssons avhandling "Vardag i olika världar" delas vårdbiträden in i två olika grupper; "de som orkar" och "de som inte orkar". Gruppen som inte orkar föredrar hellre sina arbetskamraters sällskap än att vara med de gamla och dementa. Öhlander (1999) fokuserar i "Skör verklighet" på hur det icke-normala, demensen, hanteras genom att personalen på olika sätt försöker skapa en plats och en vardag för människor som är glömska och förvirrade. Personalen försöker förverkliga gruppboendets ideal om hemlighet och gemenskap, i kombination med individualism som bygger på föreställningen om att de gamla ska ges ett normalt liv som liknar det vardagsliv som de hade innan sjukdomen. Vidare menar Öhlander att omsorgen om de dementa utspelar sig både i offentligheten och i vardagen. Producerandet av texter kring demens och gruppboende tolkar författaren som ett sätt att hantera den skrämmande verkligheten i offentligheten. "Trots att de sjuka inte botas och även om demensen obönhörligheten leder till försämringar, kan man anta att gruppboendet givit en plats för omsorg om den sönderfallande människan som också kan hantera de icke-dementas smärta och ångslan" (Öhlander 1999, s 137). Genom att återskapa ett strukturerat vardagsliv ges trygghet och möjlighet att undvika den ångest som hör demensen till.

Den arkitektoniska utformningen av äldreboende har strävat efter att skapa en miljö som är hemlik. Anne Liveng (2007) belyser i avhandlingen "Omsorgsarbejde, subjektivitet og læring" hur personalen skapar egna utrymmen mitt ibland de gamla, då man inte har några avskilda personalutrymmen. Äldreboendets arkitektur signalerar en illustration av att personal och boende är som en enda stor familj (s 338 - 339).

Finnur Magnússon (1996a, 1996b) fann i sina studier av sjukhem att rutiner och ritualer inte nödvändigtvis är strukturer och ramar för de gamlas och personalens handlande. Rutiner och ramar skapas i stället i mötet mellan den gamlas och vårdbiträdets erfarenheter som i sin tur både kan ge

trygghet och osäkerhet. "Äldre blir i det vardagliga livet ofta föremål för identitetsskapande processer och inläring till ett visst beteende. Äldre kan exempelvis automatiskt förväntas bära haklapp under måltider, äta upp på tallriken, inte vara överviktiga och framför allt inte ge efter för rutinisering och passivisering" (Magnússon 1996b, s 106-107). De gamla förutsätts anpassa sig till den normativa kultur som finns på avdelningen och uppträda efter lämpliga mallar. I olika handlingar kommunicerar personalen vad som förväntas av den gamla. Det är anpassningsförmågan hos den gamla som avgör om hon kategoriseras som "svår" eller "lätt", "snäll" respektive "elak" patient. Den snälla patienten lär sig vilken ordning som råder på sjukhemmet medan den "elaka" inte underordnar sig gällande rutiner. Anledning kan vara både demens och en strävan att bevara sin integritet. Inför de gamla som inte underordnar sig personalens rutiner upplever personalen ibland maktlöshet. På ett förnuftsmässigt plan ställer de "elaka" adekvata krav men samtidigt försvåras arbetet, i vårdbiträdenas stressade vardag, när rutiner ifrågasätts.

Omsorgsarbete

Waerness (1982) skriver om skillnaden mellan omsorgsarbete och personlig service. Omsorgsarbete definieras som omsorgen om de människor som inte kan klara sig på egen hand. Det som skiljer omsorgsarbete från personlig service är inte arbetsuppgifterna utan relationen mellan den som ger och den som tar emot. Vid omsorgsarbete kan inte mottagaren själv utföra sysslan, vilket är fallet vid personlig service. Omsorgsarbete och personlig service kan förekomma både i avlönad och i oavlönad form.

När Waerness (1982) myntade begreppet omsorgsrationalitet ville hon betona att omsorg är både känsla och arbete och att det handlar om en annan rationalitet än den som råder på beslutande och planerande nivå, men att den är förnuftig och ändamålsenlig, på sin nivå. "För att lösa konkreta vardagliga problem krävs ett tänkesätt som är kontextuellt och beskrivande istället för formellt och abstrakt" (Waerness 1996, s 212). Personlig kännedom och en viss förmåga till inlevelse ingår i omsorgsrationalitet och är samtidigt förutsättningar för att ge "god" omsorg. Men omsorgsrationalitet kräver också fakkunskaper och färdigheter för att hantera den fysiska och psykiska belastning som omsorgsarbete innebär och för att möta människor som har avvikande beteende i förhållande till samhällets

normer (a a, s 212). Vidare anser Waerness att omsorgsrationalitet innebär att den omsorgsbehövandes förmåga till självhjälp, i så hög utsträckning som är möjligt, bör stärkas. Samtidigt, framförallt inom äldreomsorgen, så får omsorgsgivaren vara beredd på att den omsorgsbehövandes hjälpbehov blir större. Detta förbigås framförallt inom planering och forskning, menar Waerness.

I antologin "Egenheter och allmänheter" (Eliasson, red. 1992) skriver Rosmari Eliasson att hon i sitt sökande efter svar på frågan vad omsorg är gick till ordboksdefinitionen. Hon fann att omsorg där definierades som "engagerat och noggrant arbete" och omsorgsfull som "handling som utförs grundligt och med eftertanke" (a a s 208).

I en senare antologi "Omsorgens skiftningar" (Eliasson, red. 1996) skriver Eliasson att hittillsvarande kvinnovetenskapligt inspirerande omsorgsforskning kommit att förknippa omsorg med kvinnors arbete och förhållningssätt och kopplat omsorg till någorlunda kontinuerliga relationer mellan människor. Omsorg har också kommit att förknippas med något "gott" som riskerar att trängas bort av tekniska, byråkratiska, marknadsekonomiska rationaliteter, värden och intressen. Men Eliasson tillägger: "historien har inte nått sin ände. Och omsorgen har inte (ännu) låsts in i en slutgiltig definition" (a a s 235).

Leila Simonen (1990) definierar omsorg i tre dimensioner: Omsorg som mentalt arbete med planering och omprioriteringar, emotionellt arbete med engagemang i den andre, manuellt arbete som innehåller praktiska sysslor.

Agneta Franssén (1997) har i sin avhandling, "Omsorg i tanke och handling", fokus på kvinnors tal om omsorg och deras handlingar i sjukvård och äldreomsorg. Hon finner tre olika mönster för omsorgshandlingar som hon betecknar patientorientering, kollegial orientering och familjeorientering. Hon skapade dessa olika begrepp i avsikt att beskriva och tydliggöra olika delar av kvinnors omsorgsverklighet, hur dessa har ett samband och påverkar varandra (s 235). Begreppen konstruerade Franssén utifrån handlande och sociala relationer som var centrala för kvinnor i vården. Genom att försöka anpassa sig till de tre grupperna – patienter, kollegor, den egna familjen - försökte kvinnorna skapa balans i sina omsorgshandlingar. Men vid kolliderande krav uppstod en tredubbel lojalitetskonflikt och kvinnorna fick problem med att avgöra vad som skulle prioriteras.

Marta Szebehely (1996, s 22) sammanfattar diskussionen om omsorgsbegreppet med hjälp av tre innebörder; "Det är praktiska sysslor utförda med noggrannhet och omtanke av en känslomässigt engagerad person. Begreppet omsorg säger därmed samtidigt något om vad som görs, om relationen mellan de inblandade parterna och om kvaliteten i det utförda arbetet".

Eric Olsson och Bengt Ingvad (2006) menar att arbetsmiljön är betydelsefull för hur vårdbiträdet inom hemtjänst upplever relationen till hjälptagaren. Om ledning och organisation bedöms som negativ bedöms också belastningen som högre i relation till hjälptagaren. Närhetsupplevelsen är i relation till hjälptagaren oftast asymmetrisk då vårdbiträdet upplever en högre grad av närhet till hjälptagaren än denna gör till vårdbiträdet. När hon i sin tur upplever den känslomässiga relationen till hjälptagaren som otillfredsställande tillskrivs emellanåt hjälptagaren egenskaper som "besvärlig" (a a).

Olika omsorgsforskare med ett kvinnovetenskapligt perspektiv visar på det komplexa och sammansatta i omsorgsarbetet. De försöker visa på arbetets "osynliga" sidor; dess känslomässiga och emotionella aspekter. Nicky James (1989, 1992a, b) hör till förgrundsgestalterna inom denna inriktning inom omsorgsforskningen. Undersökningar är utförda på hospice i England. James (1992a) ser omsorg som kombinationen av organisation, fysiskt arbete och emotionellt arbete. Författaren betonar omsorgens organisatoriska villkor. För det första betonar James organisationens arbetsdelning och hur man i omsorgsarbete skiljer planering från utförande. För det andra innebär det känslomässiga arbetet att försöka förstå den andres emotionella situation, ta hand om och försöka göra känslorna mer hanterbara för den andre. För det tredje innehåller det fysiska arbetet praktiska och rutiniserade handlingar. James betonar att både det fysiska och emotionella arbetet är såväl ett hårt som kvalificerat arbete. Det fysiska arbetet kan lättare observeras medan det emotionella arbetet är osynligare. James (1992a) analys är att emotionellt arbete kännetecknas av ambivalens inom hospiceverksamheten. Vård i hemmet i livets slutskede kategoriseras ideologiskt som korrekt. Samtidigt kännetecknas emotionellt arbete av låg status då det finns svårigheter att beskriva vilka färdigheter som är nödvändiga för omsorgspersonalen. Emotionellt arbete är tungt arbete som innehåller både svårigheter och sorg menar James (1989). Det konkreta omsorgsarbetet kan uttryckas i termer av en kompromiss mellan omsorgsideal som är hämtade från familjeomsorgen och de organisatoriska villko-

ren på arbetsplatsen. En organisation som bygger på byråkratisk grund hindrar de som arbetar med omsorg att uppfylla idealen. När idealen för arbetet inte uppnås av personalen lägger de snarare skulden på sig själva än på arbetsvillkoren (James, 1992b).

När döden är nära förestående kännetecknas situationen, enligt James (1989), av känslor som är socialt förväntade. Den moderna döden äger ofta rum på olika institutioner där professionella vårdgivare ger omsorg i livets slutskede. Tidigare dog vi i större utsträckning hemma där familjen utformade olika känslouttryckssätt i relation till döden. Numera är det professionella personer inom hälso- och sjukvård som anger tonen för vilka förutsägbara känslor i förhållande till döden som kommer till uttryck eller hämmas.

Omsorgsarbete - Byråkrati

Enligt Abel & Nelson (1990) kommer inte omsorgsarbete till sin rätt i en byråkratisk organisation., eftersom omsorgens kärna innebär att individen uppmärksammas. Byråkratin kännetecknas av specialisering, rutinisering, standardisering och en arbetsdelning där beslut och utförande är separerade. Denna organisationsform gör att vårdbiträden inom omsorg har svårt att få kunskap om klienten. Svårigheter uppstår även när vårdbiträdet skall använda kunskapen i själva omsorgshandlingen. En förutsättning för ett ”bra” omsorgsarbete är att vårdbiträdet har ett tillräckligt stort handlingsutrymme.

Ferguson (1984) menar att det finns en inneboende konflikt mellan ”kvinnliga” värderingar i förhållande till arbetet och byråkratin normer. ”Kvinnliga” värden betecknas som omvårdnad, empati och samarbete medan ”manliga” byråkratier framhäver konkurrens och individualism. En följd av detta kan bli att kvinnor intar underordnade roller i en byråkrati för att skydda sig. En följd av detta perspektiv blir att Human Service Organisationer inte bara hindrar kvinnors kapacitet utan även förhindrar belöning för insatserna.

Bauman (1989) skiljer i ”Auschwitz och det moderna samhället” mellan begreppen moraliskt och tekniskt ansvar. Det betecknar skillnaden mellan den omsorgsfulla relationen och handlingen och den som är i avsaknad av omsorg. Tekniskt ansvar är att pliktskyldigast utföra uppgifter och följa regler och principer medan moraliskt ansvar är ett obegränsat, ett genuint mellanmänniskt förhållningssätt. Baumans tanke är att moral är

en irrationell impuls som inte kan intellektualiseras. Förnuftsstyrda regler för etik ger människor som följer regler, men det har inte att göra med moral. Lika lite som människans vara för andra kan regleras, lika lite kan ansvaret för andra göra det. Bauman menar att vi antingen kan uppfylla ett moraliskt ansvar för andra – ett personligt ansvar – eller följa regler som krävs för ett tekniskt ansvar. Bauman anser att moral kommer före det som samhället reglerar för relationer. Samhälleliga strukturer och byråkratier gör att vi förlorar vår känsla för moral.

Ålderdom, beroende, makt

Att vara i behov av hjälp och ta emot den av andra har ett pris. Den gamla blir beroende av hjälparens tider, bedömningar, arbetsideologi och maktutövande. Den åldrande människan är till följd av kroppens sönderfall och de mentala aktiviteternas nedbrytning i en relation där hon tar emot mer än vad hon ger. Människans ömsesidiga tagande och givande har varit centralt i människans liv sedan urminnes tider (jfr Bergspredikan, Matteus 7:12, Bibeln, 2000), Allt vad ni vill att människorna skall göra för er, det skall ni också göra för dem). Begreppet reciprocitet innebär att sociala samspel människor emellan präglas av rättigheter och skyldigheter i förhållande till varandra. I vårt samhälle kan gamla människor ha svårt att bibehålla ett ömsesidigt utbyte i sociala relationer. Den åldrade har inte längre samma resurser som tidigare att delta i givande och tagande människor emellan. Medgörlighet är en av få möjligheter som kvarstår för gamla människor att använda sig av för att få stöd av andra (Dowd 1975, 1986).

”Maktutövning är således inte en enkel affär mellan två personer utan en komplicerad social process” (Olsson 1998, s 141).

Eric Olsson skriver i sin avhandling om psykiatri ”Förändring och konflikt. Om mellanmänniska processer i en vårdorganisation” (1988) att konflikter är latenta så länge som olika uppfattningar inte påverkar parternas tankar, känslor och handlingar. När konflikten blir öppen framkommer olika strategier för att hantera dessa. Konflikter kan lösas genom förhandlingar. Om inblandade parter inte är beredda till en lösning trappas konflikten upp. Enlig Olsson används företeelser som maktutövning och tvång, undvikande, nedtystning och uppskjutande i avsikt att vinna över varandra. Bengt Ingvad skriver i sin avhandling ”Omsorg och relationer.

Om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten” (2003) att ”konflikter mellan de äldre och vårdbiträdena kan uppstå när förväntningarna på det känslomässiga förhållandet och omsorgsarbetet inte uppfylls” (s 139). Ingvad skriver vidare att ”likt vårdtagarna har vårdbiträdena både strategier för konflikthantering med makt och inflytande och en undvikande-defensiv strategi” (s 140).

Beroende kan utvecklas hos den gamla om hon är i en ett socialt samspel där hon får mer än hon ger. Blau (1964) att menar den som ger till den beroende också utövar makt i relationen. Författaren skriver att ett vanligt sätt att utöva makt är att ge sådant som en person behöver och inte heller kan klara sig utan. Ett sätt för den gamla att minska motpartens makt är att säga nej till erbjudandena.

Ann-Britt Thulin (1987) visar att vårdbiträden i hemtjänst upplever enskilda pensionärers kravfyllda beroende, övervakning och kontroll och bitterhet som mest påfrestande i arbetet. Magnus Öhlander (1991) menar att vårdbiträden i arbetet med att ta hand om de åldrande och skröpliga kropparna försöker avvärja negativa associationer i omsorgssituationen genom att omvandla de gamlas kroppar till barns kroppar (Öhlander (1991, 1993a,b).

Aktivitets- och disengagementteorier

Den samhällslogiska ideologin har präglats av ett grundläggande synsätt om att aktivitet gynnar ett åldrande där det friska bevaras hos den gamla. Den gamla människans behov anses inte på ett nämnvärt sätt skilja sig från den medelålders. Aktivitetsperspektivet bygger på ett interaktionistiskt synsätt där sociala aktiviteter gör att den gamla bibehåller sin hälsa och upplever en högre grad av tillfredsställelse i sitt liv (Bengtson 1985; Gaunt 1994; Tornstam 2005).

Ett synsätt som i mångt och mycket skiljer sig från och ställer sig kritisk till aktivitetsynsättet är disengagementsynsättet som har sin grund i funktionalistisk teori med grundläggande begrepp som funktion och struktur. Cumming och Henry (1961) menar att det amerikanska samhällets värderingssystem föredrar och stöder målinriktade aktiviteter, och att därför unga människor favoriseras framför gamla. Författarnas slutsats är att både samhället och den åldrande människan själv har en önskan om att de gamla lösgörs från samhället som en förberedelse inför döden. Samhäl-

let å sin sida förbereder sig för att en individ ska dö och den gamla människan å sin sida börja acceptera sin egen död med avsikt att undvika avbrott i samhället. Inom disengagementteorin finns, till skillnad från aktivitetsteorierna, inga avsikter om att intervensera i de gamlas liv (Bengtson 1985, s 32).

Teorier om disengagement innehåller tre olika teser. Den första innebär att disengagement förekommer inom alla samhällen. Individen själv drar sig tillbaka ifrån olika sociala arenor i samband med åldrandet, vilket i sig inte innebär några negativa upplevelser för den gamla. För det andra är processen psykologiskt och biologiskt betingad och i princip oundviklig. För det tredje är den individ som är disengagerad tillfredsställd med sitt liv (Cumming m.fl. 1960; Cumming & Henry 1961; Bengtson 1985).

Tornstam (2005, s. 176) sammanfattar disengagementteorins tre hypoteser på följande sätt:

- Samtliga samhällen stöter bort de gamla på olika sätt. I västvärlden kan möjligtvis pensionssystemet ha en utstötande funktion.
- Den enskilda individen minskar frivilligt och spontant sina åtaganden i samhället och i sina personliga relationer. Disengagement kan vara både social och psykologisk. Socialt disengagement betyder att den gamla skär ner på social samvaro med andra människor i sin vardag. Psykologiskt disengagement innebär att den äldre inte längre är lika känslomässigt engagerad i människor eller händelser i sin omgivning.
- Disengagement förknippas med tillfredsställelse och välbehag.

Aktivitetsteorin har tagit intryck från den interaktionistiska rollteorin medan disengagementteorin menar att den gamlas frändragenhet är biologiskt betingad. Begrepp som används inom båda synsätten är rollförväntningar, rollbeteende, rollförluster, rollkonflikter och sociala vinster respektive förluster genom rollbyte (Tornstam 1973, Bengtson 1985).

Även om de gamla drar sig tillbaka från ett aktivt socialt liv är detta inte i sig ett bevis för att frändragenhet och disengagement är nödvändigt. De gamlas frändragenhet kan också ha sitt ursprung i socialt sammanbrott; påverkan av den sociala situationen och inte nödvändigtvis en följd av det kroppsliga åldrandet (Tornstam 2005). Daatland (1997) menar att

disengagementperspektivet på åldrande kan inverka på omvårdnad om de gamla som leder till en passiv socialpolitik.

Teoretiska perspektiv på döende och död

”Döden! Vad är döden? Vari består detta, att dö? Ingen vet det. Ingen har förmått att ge en definition av begreppet död” (Oscar Bloch 1904).

Elias (1985) beskriver både vår språkliga och mentala handfallenhet inför döden. Den person som vi tidigare har fört samtal med vet vi inte längre hur vi ska prata med när han eller hon har en obotbar sjukdom. Skamkänslor föder fråndragenhet från den döendes närhet. Elias menar att människans förlägenhet är inlärd. Känsla av skam uppstår inför den verklighet som vi har förpassat till det fördolda och döden, som existentiellt grundvillkor, har förpassats till det obenämbara. Den civiliserade och moderna människan anser sig inte syssla med grymhet som vi anser den primitiva människan gjorde.

Bauman (1992) anser till skillnad från Elias att det inte enbart är den känslomässiga skammen som gör oss stumma. Döden är det definitiva slutet för det privata livet och för detta saknas språkliga uttryck. De döende erbjuds de överlevandes språk men språket har inga uttryck för döden då livets vokabulär är anpassat till det kollektiva och offentliga förnekandet av människans oundvikliga död. Språket, som tjänar de överlevande, är instrumentellt och styr ett instrumentellt handlande; ett språk för medel och mål. Ett språk som är instrumentellt beskriver döden på samma sätt som det beskriver specifika händelser där kausala samband gäller. Vi talar inte om att vi dör utan använder oss av uttryck som ”Vad dog han av”? Uttryck som kan tolkas som att vi dödas av något/någon. Dödens oundviklighet saknar språk medan ovissheten om hur slutet blir leder till handling. De överlevandes språk upptas av praktiska bekymmer som skyddar individen från tankar kring dödligheten, menar Bauman.

Genom att vara upptagen av motion, näringsriktig kost, undvika både rökning och rökare hanterar och omdefinierar människan döden som, enligt Bauman i sig inte är ett problem, då vi inte kan göra något åt den.

Skamkänslor gör döden ensam menar Elias (1985) medan Bauman (1992) finner hur döden ackompanjeras av tystnad. Den döljer oförmågan till kommunikation då det inte finns något att tala om på det språk som är

de överlevandes. ”Den moderna instrumentaliteten har dekonstruerat dödligheten” (Bauman 1992, s 168). Men detta avskaffar inte döden. Bauman menar att den moderna människan åtskiljer döden som ”det andra” och förpassar det till glömska.

Bauman (1992) skriver att döden i hög grad betraktas som en sjukdom. När döden står för dörren tillkallas inte längre prästen utan läkaren. Denna yrkesgrupp behandlar sjukdomar, även dödliga. Ibland besegras döden, ibland inte och då betraktas detta nästintill som ett personligt nederlag. Den moderna tiden med dödens dekonstruktion och döendets privatisering har förflyttat döden från existensens yttersta och avlägsna gräns till vardagens mardröm. Vardagslivet upptas av handlingar vars syfte är att hålla dödsrisken i schack genom träning, nyttig mat, ”ren” miljö. Existentiell oro inför livet och döden har ersatts av febrila aktiviteter kring hälsa i syfte att minimera riskerna för ”dödliga” sjukdomar.

Empirisk forskning om döende och död

Svenska pionjärer som bedrivit empirisk forskning kring döende och död är Loma Feigenberg (1977) och Ulla Qvarnström (1979). Bådas avhandlingar utgår ifrån intervjuer med döende människor om deras upplevelser inför sin förestående död och visar på den mångfald av känslor som den döende människor uttrycker. I Feigenbergs avhandling ”Terminalvård” (1977) studeras döendet ur ett patientperspektiv. Författaren utvecklar en modell där den döendes upplevelser beskrivs. Upplevelserna varierar; förnekande-accepterande, hopp-förtvivlan, vilja leva-önska dö, värdighet-förödmjukelse, levande-död. Ulla Qvarnströms avhandling ”Upplevelser inför döden. Samtal vid livets slut” (1979) innehåller beskrivningar av döende cancerpatienters situation. Den döendes upplevelser karakteriseras av motsatser; förnekande-insikt, accepterande-protest, identitet-upplösning, värdighet-förödmjukelse. I en senare studie (1993) utgår Qvarnström från sin mångåriga forskning och beskriver hur synen på död och kunskapen om döende och död har förändrats över tid. I ett nutida perspektiv har döden alltmer skilts från människors vardagsliv. Nutidens oro för döende och död beskriver Qvarnström som oro för förlust av identiteten, beroende, förlust av självkontroll, förlust av den egna kroppen.

Under 1900-talet, med dess medicinska utveckling, har synen på döden påverkats (Magnusson 2000). I och med framväxten av terminalvård

för obotbara cancerpatienter under 1970-talet har döden fått ett nyväckt intresse. Detta speglar en förändring från ett större förnekande till ett erkännande av döden på särskilda platser (Feigenberg, 1977). Döden har också under det senaste seklet ändrat karaktär; från att tidigare ha haft ett snabbt förlopp genom infektionssjukdomar till ett långsammare förlopp genom cancersjukdomar och åldrande då människan lever längre (Åhrén Snickare 2002, Odén 1993). Weisman (1975) belyser i ett kapitel i boken "Death and Dying as a Psychiatric problem" hur döden kan upplevas komma lägligt eller olägligt utifrån till tidsmässiga skäl; den kan komma för tidigt, för sent eller vid rätt tidpunkt. De gamlas död skiljer sig från de yngres då de gamla inte i lika hög grad känner fruktan för döden som de yngre, menar Weisman.

Raunkiaer (2007) belyser i sin avhandling, "At vara döende hemma – vardagsliv og idealer" hur vardagliga motsättningar måste övervinnas för att döende och deras anhöriga på något sätt ska kunna förlika sig med de döendes kroppsliga förfall, relationella och praktiska förändringar i familjen. I studien ges inblickar i hur vardagen kan gestalta sig, vilka utmaningar som anhöriga och professionella står inför. Både döende och anhöriga påtalar i Raunkiaers studie betydelsen av rutiner och kontinuitet för att vardagen ska fungera i hemmet.

Döende och död på sjukhem

Jaber Gubrium (1993, 1997) och Finnur Magnússon (1996a) visar i sina studier att den gamlas sista tid i livet på ett sjukhem innehåller maktlöshet, meningslöshet och sårbarhet. Den gamla "förlorar" sin identitet och i stället övergår till att bli en del av institutionen och därmed osynlig-gjorda (jfr Goffman 1983).

För de gamla som bor på sjukhem finns närheten till döden. I sin studie "Living and Dying at Murray Manor" (1997) fann Gubrium att de gamla definierade framtiden genom sin egen närstående död. Vistelsen på ett sjukhem medför att den gamla erfar både att hennes egen tid i livet är utmätt och att andra gamla som bor på institutioner dör under tiden. Ett dödsfall på sjukhemmet medförde, enligt Gubrium, inte automatiskt sorg. Endast i undantagsfall, då den gamla hade ett känslomässigt band till den döda, upplevdes förtvivlan. Magnússon (1996b) skriver "att arbeta med människor som på sin ålders höst har tvingats söka institutionsvård, utgör förmodligen ett av de svåraste arbeten som finns i vårt samhälle" (s 112).

Ett arbete där döden och förfallet är närvarande är det en förutsättning att till en viss grad "rutinisera obehaget och den känslomässiga svårigheten" (a a s 112).

I sin avhandling, "Livets sista boning", har Anna Whitaker (2004) fokus på åldrandets och döendets villkor för de gamla och deras anhöriga under deras sista tid i livet på sjukhem. Det är i första hand inte döden som de gamla och deras anhöriga fruktar utan "den kroppsliga upplösningen och gränslösheten", menar Whitaker (s 225).

Sjukhemmet beskrivs som en institution präglad av institutionella rutiner, ordning och upplevelser av trygghet, gemenskap (Magnússon 1996b; Whitaker 2004). I första hand de anhöriga betonar, enligt Whitaker, sjukhemmets dubbelhet; "en på samma gång skrämmande och välkänd plats, tillrättalagd men ändå trevlig, ful men likväl trivsamt, en källa till sorg såväl som glädje" (Whitaker 2004, s 220).

De anhörigas uppgift är att "bevaka och bevara den gamlas personliga identitet och därigenom värdighet" (a a, s 219). Enligt Whitaker är både de anhörigas och personalens uppgift att skapa ett välbefinnande för de gamla under livets sista tid och samtidigt erkänna att döden är i annalkande (s 226).

Jag har i detta kapitel givit några inblickar i forskning som har relevans för min egen studie vid institutionsliknande äldreboenden, där jag fokuserar dels vardagens rutiner, dels hantering av döende och död i denna vardag.

Nästa kapitel beskriver hur mina egna empiriska studier har genomförts.

4. De empiriska studierna

Min rapport baserar sig i fortsättningen på två olika empiriska studier. Den första var upplagd som en interventionsstudie och fokuserade på handledningsinsatser för personal vid två gruppboenden för äldre demenssjuka. Jag benämner den studien ”interventionsstudien”. Den andra studien föddes ur frågor som växte fram under arbetet i det första projektet. Den senare, uppföljande studien betecknar jag ”intervjustudien”.

Interventionsstudien

Denna studie, som leddes av Ulla Melin Emilsson och finansierades av Rådet för arbetslivsforskning (RALF), genomfördes vid två gruppboenden för äldre demenssjuka 1999-2001.

Syftet var dubbelt då ambitionen dels var att undersöka i vad mån s k ”yrkesinriktad processhandledning” för baspersonal och arbetsledare kunde fungera som stöd i det vardagliga arbetet, dels att söka kunskap om och försöka begripa hur personal (med eller utan handledning) hanterar det som uppfattas som problematiskt i vardagen. Ulla Melin Emilsson (2004) har i boken *Handledning och lärande – i äldreomsorgens vardag* analyserat insamlat material utifrån dessa syften.

Mitt deltagande i projektet bestod i att jag genomförde handledning med arbetsledare (samtidigt som Ulla Melin Emilsson handledde vårdbiträden), och att jag – före och efter handledningsinsatsen – genomförde deltagande observationer på de båda boendena och intervjuer med de vårdbiträden som arbetade där. Jag medverkade också i den första bearbetningen av det samlade materialet.

Projektets uppläggning

Steg 1. Före handledningens början: Ulla Melin Emilsson intervjuade arbetsledare (som jag skulle handleda) och jag genomförde deltagande observationer vid de båda gruppboendena samt intervjuade vårdbiträdena vid de båda gruppboendena.

*Steg 2.*Handledningen, som pågick under två terminer, omfattade två timmar varannan vecka. Jag handledde en grupp arbetsledare om sex personer, fem kvinnor och en man. I gruppen ingick föreståndare och biträdande föreståndare, varav två ansvarade för de två gruppboenden som står i fokus för studien, fyra för andra särskilda boenden. Parallellt handledde Ulla Melin Emilsson de två vårdbiträdesgrupperna (alla kvinnor). Handledningens syfte var att ge stöd både känslö- och kunskapsmässigt. (För en närmare redogörelse för handledningens syfte och funktion, se Melin Emilsson 2004)

*Steg 3.*Efter genomförd handledning upprepades intervjuer och observationer, enligt samma schema som ett år tidigare: Ulla Melin Emilsson intervjuade arbetsledare och jag gjorde observationer samt intervjuer med vårdbiträdena vid de båda boendena.

Det är de delar av detta empiriska material som jag själv samlat in som jag nu använder som utgångspunkt för en belysning av äldreomsorgens vardag.

De deltagande observationerna

Vid det ena, lite större gruppboendet för demenssjuka bor det 11 gamla, och arbetar sju vårdbiträden. Jag intervjuade sex av dessa. Vid det andra bor 9 gamla och arbetar sex vårdbiträden, som jag intervjuade. (För närmare beskrivning av gruppboendena, se kap 5).

Såväl före som efter handledningen gjorde jag fem deltagande observationer på vardera boendet, dvs. sammanlagt 20 observationer. Observationerna förlades till vardagar, mellan kl. 07.00 och 20.00. Jag vistades mellan tre och fyra timmar på gruppboendena, vid olika tidpunkter under dagen. Under observationer förde jag informella samtal med personal och de gamla.

Avsikten med deltagande observationer var bland annat att få en uppfattning om arbetets innehåll och dess utformning i förhållande till att de boende var både kroppsligt och mentalt skröpliga.

Deltagarobservationer som metod innebär svårigheter att på förhand bestämma fokus och innehåll (Patton 1987). Jag hade ändå vissa frågor som fungerade vägledande: Hur ser miljön ut på ett gruppboende för demenssjuka? Är det hem- och/eller institutionslikt? Vilka är på gruppboendet? Vilka vårdbiträden är närvarande? Vad och hur gör personalen?

När jag inledde deltagarobservationer var jag osäker över vad och hur jag skulle agera. Min strävan var att försöka vara så passiv som möjligt. Men rollen blev alltmer aktiv då några av vårdbiträdena föreslog olika arbetsuppgifter som att duka på och av matbordet, sätta in disk i diskmaskinen, sitta med en av de boende på hennes rum.

Denzin (1989) poängterar vikten av att deltagarobservationerna är fyllda med ostrukturerat material. Det möjliggör ökad förståelse av hur interaktionen uttrycker aktörernas känslor och handlingar. Dessa uttrycksmedel ger samtidigt mening åt samspelet. Under tiden som deltagande observatör tog jag för vana att sätta mig avskilt, vanligtvis på toaletten, för att göra dagboksanteckningar. Jag använde inte bandspelare då jag bedömde det som opassande att gå runt med en bandspelare på gruppboendet. Jag antecknade både observerbara handlingar och hur jag tolkade vårdbiträdenas interaktioner, med varandra såväl som med de gamla. Men som Patton (1987) skriver så är det omöjligt att observera allt som händer på en plats. Whitaker (2004) poängterar att ”man ser, uppfattar och hör mycket under observationerna, men det mesta ser man inte alls” (s 42). Trots olika begränsningar menar Whitaker att inte någon annan metod ger en lika stor inblick i en plats, verksamhet och miljö.

Deltagande observationer och intervjuer är olika metoder och ger möjlighet att få olika sorts information (Denzin 1989). I ”interventionsstudien” använde jag observationerna bland annat som en förberedelse inför intervjuerna, som jag i sin tur använde i avsikt att få information om personalens upplevelser och erfarenheter av arbetet på äldreboende.

Intervjuerna

Vid första intervjutillfället intervjuade jag 12 vårdbiträden, sex på varje gruppboende, både fast anställda och vikarier. Intervjuerna genomfördes före handledningen. Ett vårdbiträde vid gruppboende 1 ville inte bli intervjuad.

Den andra omgångens intervjuer genomfördes efter ett år då vårdbiträdena haft handledning under två terminer. Jag intervjuade då endast de vårdbiträden som var fortsatt anställda och hade intervjuats i första omgången och deltagit i handledningen. På gruppboende 1 hade tre vårdbiträden slutat och jag intervjuade vid det andra tillfället endast tre vårdbiträden som jag intervjuat tidigare. På gruppboende 2 hade ett vårdbiträ-

de slutat och jag intervjuade de fem som var kvar. På gruppboendena har jag således intervjuat tolv vårdbiträden, varav åtta vid två tillfällen.

Varje intervju tog cirka en timme i anspråk. Intervjuerna var halvstrukturerade bestående av frågor med utgångspunkt i en intervjuguide, som var vägledande vid intervjuerna. Under intervjuens gång, och beroende på vad vårdbiträdet berättade, ställdes uppföljningsfrågor kring personalens beskrivningar av vardagsarbetets innehåll och handlingar som: Var? Hur? När? Vad?

Intervjuerna genomförde jag på vårdbiträdenas arbetsplats och under deras arbetstid. Men det var inte på själva gruppboendet utan i ett av rummen som fanns i byggnadens första våning. Där fanns också reception, arbetsterapi och föreståndarnas tjänsterum. I och med att intervjuerna företogs på en plats avskild från själva gruppboendet minskade risken för att bli ”störd”.

Samtliga intervjuer spelades in på band. I mina utskrifter har jag återgett utsagorna ordagrant men inte skrivit ner upprepningar, pauser, suckar. Jag har också till en del omformulerat talspråk till skriftspråk (jfr Kvale 1997).

Själva intervjusituationen är till sin natur formell vilket kan påverka vad och hur människor säger olika saker. Arbetsgrupperna på gruppboendena hade nästintill identiska uttryck i sina beskrivningar av arbetssituation, förhållande inom personalgruppen och förhållandet till anhöriga och arbetsledare. Men under spontana samtal i samband med observationerna skiftade uttalandena mer mellan olika vårdbiträden, som då uttryckte personliga uppfattningar om både gamla, kolleger, arbetsledare och anhöriga.

Handledningen

För mig finns själva erfarenheten av att under två terminer handleda arbetsledare vid särskilda boenden främst som en viktig bakgrundskunskap. Då handledningen ingick i ett forsknings- och utvecklingsprojekt som skulle dokumenteras, gav deltagarna emellertid sitt medgivande till att material inte bara från intervjuer och observationer utan även från själva handledningen kunde komma att användas i forskningssyfte, som i mitt avhandlingsarbete.

Jag använder mig i denna rapport huvudsakligen av anteckningar från deltagande observationer och direkta citat från utskrivna intervjuer med

vårdbiträden och i den senare, uppföljande studien också med arbetsledare.

Dokumentationen av handledningen gick till så att jag efter varje avslutad handledningstillfälle, som uppgick till två timmar varannan vecka under två terminer, antecknade både vad handledningsdeltagarna samtalande om och hur de samtalande.

Handledningsmodellen beskrivs av Ulla Melin Emilsson (2004) som yrkesinriktad processhandledning. Med detta menas bland annat att handledningen innehåller både en bekräftande, stödjande och lärande moment.

Intervjustudien

Då jag började bearbeta materialet från den ovan beskrivna studien insåg jag att jag skulle behöva komplettera med empiri som var mer styrd av frågor som blivit angelägna för mig. Dessa frågor handlade bl a om vad synen på åldrande, döende och död som allmänmänskligt fenomen betydde i förhållande till den vardagliga praktiken och vad jag tänkte på som "dödens väntrum".

Genom anställning i projektet KUBAS (Projekt Kunskapsbaserad socialtjänst, finansierat av Socialstyrelsen) fick jag utrymme att genomföra en mindre studie där jag vid två tillfällen samlade vårdbiträden och arbetsledare vid särskilda boenden till gruppintervjuer. Dessa intervjuer genomfördes år 2003 och i en annan kommun än det tidigare projektet. I den ena gruppen deltog fyra vårdbiträden med undersköterskeutbildning vid ett särskilt boende som jag benämner "Ålderdomshemmet" och i den andra två arbetsledare, den ena ansvarig för samma boende, den andra för ett annat.

I kontakter med förvaltningschefen för vård och omsorgsnämnden fick jag rekommendationer om två arbetsledare för två olika särskilda boenden för äldre. Jag kontaktade dessa två per telefon och berättade om studien. Ett informationsmöte kom till stånd som förberedelse inför de två gruppintervjuerna. En av arbetsledarna valde därefter ut vårdbiträden från de tre avdelningar som utgör äldreboendet. Jag träffade också dessa fem vårdbiträden i informationssyfte och genomförde därefter två gruppintervjuer.

Till det första intervjutillfället sökte jag teman, som jag ville att samtalen skulle kretsa kring. Till den första intervjun formulerade jag fem teman. Jag använde samma teman till arbetsledare och vårdbiträden. I bör-

jan av gruppintervjun presenterade jag samtliga fem teman som jag hade nedskrivna på pappersark och lade på bordet. Därefter tog jag ett tema i taget. I samband med att jag bearbetade den första omgångens intervjuer vaskade jag fram fem nya teman som jag hade med mig till den andra omgången av gruppintervjuer. Genomförandet var detsamma som vid det första tillfället.

De teman som jag konstruerade för gruppintervjuerna har sin grund i studiens syfte och frågeställningar. Sin konkreta utformning fick dessa teman utifrån de data jag hade samlat in under observationer och genom intervjuer med vårdbiträden i den första studien på de två gruppboendena för äldre demenssjuka. Frågor som väcktes kom utifrån mina iakttagelser om vardagsarbetets rutiner och procedurer och min undran hur dessa förhöll sig till de gamlas åldrande och slutliga döende och död. Gruppmedlemmarna informerades också om att mina teman hade genererats ur kunskap från en studie på gruppboende. Gruppintervjuerna var inspirerade av fokusgruppintervjuer men inte utförda enligt regelboken (Wibeck 2000). Min avsikt med att genomföra gruppintervjuer var att söka kunskap om personalens upplevelser och erfarenheter om vad och hur deras vardagsarbete gestaltas i förhållande till de gamlas åldrande, döende och död. Vid det första intervjutillfället använde jag fem teman, samma till båda grupperna.

- Vad är det att åldras?
- Hur är det att arbeta inom äldreomsorgen?
- Aktivering/stimulering: För människor som är ”mitt i livet”?
- Aktivering/stimulering: Äldre människor som bor på äldreboende?
- Hur är det att arbeta med äldre människor som är döende?

Ur materialet från den första gruppintervjun sållade jag fram fem nyckelbegrepp.

- Omsorg/sjukvård
- Omsorg som fysiskt rutinarbete – känslomässigt orienterat arbete
- Arbetsledning
- Anhöriga
- Äldreboende – ”Dödens väntrum”?

När jag intervjuade arbetsledarna upplevde jag stämningen som positiv. Båda deltagarna avlöste varandra i reflekterandet över varje tema och de "svarade" på varandras uttalanden. Det fanns både olikheter och likheter i arbetsledarnas uppfattningar. I vårdbiträdesgruppen var två av personerna mer tongivande än de tre övriga. När jag hade visat varje tema var det alltid en av dessa två kvinnor som inledde reflekterandet. Dessa två kvinnor var både äldre och hade arbetat fler år inom äldreomsorgen än de övriga tre kvinnliga deltagarna. Även här var stämningen positiv med inslag av skämt och skratt. I vårdbiträdesgruppen inträdde en större samstämmighet mellan deltagarna än mellan de två arbetsledarna. I vårdbiträdesgruppen tolkade jag kommunikationen så att deltagarna anpassade sina uttalanden så att den överensstämde med den norm som uttalades av de två tongivande vårdbiträdena. Vid flera tillfällen uttrycker de "nyanställda" andra uppfattningar än de tongivande. Men efter ett tag modifieras deras uppfattningar i riktning mot det som kan tolkas som vårdbiträdesgruppens norm i fråga om uppfattning kring olika teman.

Jag ingrep inte när deltagarna reflekterade runt mina olika teman förutom när jag antog att samtalen började beröra andra förhållanden. Gruppintervjuerna inspelades på band och jag skrev ut dem i sin helhet. Vid utskrifterna omformulerade jag deltagarnas talade språk till skriftspråk.

5. Platserna

I detta avsnitt kommer jag att beskriva tre äldreboenden som hem och som institution; en plats där gamla människor bor och vårdbiträden arbetar.

Inledningsvis beskriver jag miljön vid de två gruppboendena för demenssjuka respektive Ålderdomshemmet. Därefter följer en kortfattad presentation av dem som befolkar platserna, personalen och de gamla.

Gruppboende för demenssjuka

En januariförmiddag 2000 kommer jag för första gången till det lite större gruppboendet för deltagarobservation. Ett vårdbiträde visar mig en kombinerad städskrubb och kapprum där jag hänger av mig mina ytterkläder. På gruppboendet bor elva gamla demenssjuka i var sitt rum. Förutom den gamlas säng är möblerna deras egna. Varje rum har dusch och toalett. Byggnaden, där gruppboendet är beläget, har sex våningar. Varje våningsplan utgör en egen avdelning. På två av våningarna finns det gruppboende för äldre demenssjuka. Gruppboendet är format som ett U. I mitten är gruppboendets kök där både gamla och personal intar sina måltider. Allmänna utrymmen, förutom köket, är allrummet där det finns Tv och möbler som har donerats av en före detta boendes anhöriga. Vårdbiträdet som har tagit emot mig börjar med att visa mig runt på gruppboendet. Hon visar mig några av rummen som skiftar karaktär beroende på den boendes egna möbler. Slutligen kommer jag till gruppboendets kök som ligger i Uets mitt. Vid köksbordet sitter några av de gamla som inte är klara med frukosten. En äldre dam ger mig intryck av att vara upptagen med att leka med maten. Hon minns inte längre alla ord för hur ting och människor benämns. En man har svårt med att hålla sig vaken. Från ett av rummen hör jag en dam som ”hallåar”. Ingen av de elva som bor på gruppboendet har en kropp som bär dem för egen hand; samtliga elva boende behöver hjälp av vårdbiträdena med att ta sig från sina rum till köket för att äta och tillbaka till sina rum.

Dessa anteckningar är hämtade från den första dagens deltagande observationer på gruppboende 1. Gruppboende 1 och 2 ligger på var sin våning. Den fysiska miljön på de två gruppboendena är nästintill identiskt utformad. Skillnaden består i att gruppboende 1 har en förlängning av en av korridorerna. Där finns boenderum vilket får till följd att "ettan" har elva gamla som bor där, medan "tvåan" har nio boende.

Varje gruppboende når jag genom att ta hissen från bottenplanet. När jag går ut ur hissen kommer jag till en korridor, som är formad som ett U. Färgen på väggarna går i en diffus grå ton. Golvet är täckt av en linoleummatta, också den i en gråaktig ton.

I de tre korridorerna finns de gamlas egna rum. Förutom boenderummen finns ett allrum som är ett gemensamt utrymme, städskrubb och omklädningsrum för personal. I Uets mitt ligger gruppboendets kök som i begynnelsen användes för matlagning, men som vid undersökningens genomförande var en plats dit färdiglagad mat kom i kantiner för att sättas på bordet av vårdbiträderna. Här intog de boende sina måltider tillsammans med vårdbiträderna; pedagogiska måltider.

I den, för mig, institutionella framtoningen visar sig personalens och anhörigas försök att göra miljön mer ombonad och trevlig. På korridorernas väggar hänger tavlor och bonader. Korridorerna är tillräckligt breda för att kunna möbleras med bord och några stolar som står längs med väggarna. I allrummet finns det soffgrupp, flera bord och stolar. I ett av allrummets hörn står en TV och på golvet ligger mattor. Blommor, både konstgjorda och levande, står i fönsterkarmarna. På väggarna hänger olika tavlor. Både dekorationer och möbler hjälper till att skapa en hemkänsla samtidigt som det institutionella visar sig i form av korridorsystem och färgtoner.

Tiden går på gruppboendena

I och med att jag intervjuade och genomförde deltagande observationer både före handledningen och ett år senare fick jag möjlighet att iakttaga om och i så fall hur gruppboendena förändrats. På gruppboende 1 var tre av sex ordinarie vårdbiträden kvar i tjänst och tre nya hade blivit anställda. Hälften av de boende hade dött under året. De gamla som flyttade in var vitalare i både kropp och minnesfunktioner. Personalen på gruppboende 2 var med något undantag intakt under året som gått. De gamla som bodde hade å andra sidan försämrats till kropp och mentala funktioner.

När jag för första gången samlade material på gruppboende 1 hade avdelningen fungerat som gruppboende för äldre demenssjuka under tio år. Personalgruppen var i stort sett intakt sedan dess etablering. Vid den andra omgångens materialinsamling beskrev vårdbiträdena de gamla med ord som "piggare", "klarare i huvudet". Ett av vårdbiträdena på gruppboende 1 tyckte vid första intervjutillfället att "ibland tror jag att vi vårdbiträden tycker att det inte är lika belastande när de gamla fungerar som kollin för då behöver vi varken tänka eller känna utan det räcker med att känna till rutinerna". Arbetet beskrivs som rutinarbete som händerna utför men där "huvudet" inte alltid behöver användas (jfr Ryle 1963; Rolf 1995). Framförallt vårdbiträdena på gruppboende 1 ger vid första intervjutillfället uttryck för en saknad efter den tid då arbetet innehöll både rutinhandlingar och eftertanke. Vardagsarbetet hade vid starten innehållit aktiviteter som minnesträning, matlagning och promenader. Vid den andra omgångens observationer och intervjuer på gruppboende 1 bodde där återigen gamla människor vars kroppsliga och mentala förmågor jag uppfattade så som vårdbiträdena beskrev situationen för 10 år sedan. Mina iakttagelser under observationerna tydde emellertid inte på några större skillnader i fråga om hur arbetet planerades och de vardagliga rutinerna, jämfört med ett år tidigare. I kapitel 6 under rubriken "Tiden går men rutiner består" kommer jag mer ingående att skriva om detta.

Ålderdomshemmet

I samband med de gruppintervjuer jag senare genomförde med personal vid det särskilda boende som jag benämner Ålderdomshemmet gjorde jag inga observationsstudier. Därför saknar jag observationsmaterial som bakgrund till miljöbeskrivningen av detta boende. Mina summariska iakttagelser har jag genom att jag visades runt av en av arbetsledarna.

Detta boende har tidigare betecknats ålderdomshem och sjukhem. Byggnaden är omgiven av två kyrkogårdar och en vacker mindre park. Huset byggdes i avsikt att fungera som ålderdomshem. Byggnaden består av tre våningar med en avdelning på varje våningsplan. Sammanlagt bor 65 gamla i detta hus. På varje våningsplan binder flera olika korridorer samman de gamlas rum med gemensamma utrymmen som kök, matrum och allrum. I matrummet intas gemensamma måltider. Golv och väggar går i en gråaktig ton. På väggarna i de gemensamma utrymmena, som

korridorer och matrum och allrum, hänger tavlor som till en del har donerats av tidigare boenden. De gamlas egna rum är möblerade av de boende själva, ibland med hjälp av anhöriga och/eller personal. Det är enbart sängen som tillhör ålderdomshemmet. Resterande möbler är privata och varje rum får den boendes personliga prägel.

Den fysiska miljön på såväl gruppboendena som ålderdomshemmet präglas av en institutionell framtoning i och med den arkitektoniska formen med korridorer och gemensamma utrymmen som kök och dagrum/allrum. Samtidigt försöker personal, de boende och deras anhöriga även här göra miljön så hemtrevlig som möjlig.

Personalen

Det är framförallt vårdbiträden som arbetar på samtliga tre arbetsplatser. Sjuksköterskor och arbetsledare har sina tjänsterum på andra platser men i samma byggnad som äldreboendena. Både sjuksköterskornas och arbetsledarnas tjänster är riktade mot samtliga avdelningar inom hela enheten.

Jag har sammanlagt på de olika boendena intervjuat 16 vårdbiträden, tolv vid de två gruppboendena och fyra vid ålderdomshemmet, samtliga kvinnor. I beskrivningen av personalgrupperna nedan håller jag inte isär de olika boendena. Medelåldern är relativt hög. Fyra är över 50 år, fyra är mellan 50 och 40 år och sex är mellan 40 och 30 år och två vårdbiträden är mellan 30 och 20 år.

Utbildning

Av de sexton intervjuade vårdbiträdena är det fyra som saknar undersköterskeutbildning. Åtta av vårdbiträdena har utbildat sig till undersköterskor på betald arbetstid genom Kunskapslyftets regi. De övriga fyra har gått på gymnasieprogrammet för att ta sin undersköterskeexamen. Förutom undersköterskeutbildning har sex av de 12 vårdbiträdena på gruppboendena för äldre demenssjuka genomgått en sex veckors lång kurs i demensvård.

Yrkeserfarenhet

Vårdbiträdesgruppen är en yrkeserfaren grupp. På varje arbetsplats finns det en grupp som har arbetat tillsammans under lång tid och följt äldreboendenas förändring i fråga om fokusförskjutning; från sjukvårds- till omsorgsinriktat arbete.

TVå av vårdbiträdena har arbetat upptill 3,5 år inom äldreomsorg. Elva vårdbiträden har arbetat mellan 10 och 20 år och tre har arbetat mellan 20 och 30 år. De har under sitt yrkesverksamma liv så gott som uteslutande arbetat med gamla människor.

Arbetsledare

Av de sex arbetsledare jag handledde i ”interventionsprojektet” var tre föreståndare för sina respektive verksamheter medan de tre övriga var biträdande föreståndare. Fem av dessa arbetsledare är kvinnor och en man.

Föreståndarna i handledningsgruppen var mellan 30 och 60 år. I gruppen finns en sjuksköterska, en mentalskötare, en med examen från social servicelinje och tre med utbildning från social omsorgslinje. Gruppen föreståndare skiljer sig åt inte enbart ifråga om ålder och utbildningsbakgrund utan också i fråga om tidigare yrkeserfarenhet. Tre av dem har under någon period arbetat som vårdbiträden. Fem har tidigare varit verksamma som hemtjänstassistent, mellan 1 och 14 år. I fråga om praktisk erfarenhet som arbetsledare skiljer sig också erfarenheterna åt. Två har varit föreståndare i drygt tio år, två i fyra år medan två har haft tjänst som föreståndare mindre än ett år.

De sex föreståndarna och biträdande föreståndarna som deltog i handledningen var arbetsledare vid mer än en avdelning och var och en ansvariga för cirka 50 personer, företrädesvis vårdbiträden. Men föreståndarna ansvarar också för sjuksköterskor, arbetsterapeuter, vaktmästare och kanslist.

I den uppföljande studien intervjuade jag två arbetsledare vid vad jag betecknar ”ålderdomshem”. Deras yrkesbeteckning är områdeschef, båda är kvinnor i 50-årsåldern och båda har sjuksköterskeutbildning.

En av dem har arbetat inom äldreomsorgen sedan hon gick ut gymnasiet. Hon utbildade sig till sjuksköterska efter att ha arbetat som undersköterska i några år. Under de senaste 10 åren har hon varit arbetsledare efter att tidigare ha arbetat som sjuksköterska inom äldreomsorgen Den andra

började som arbetsledare inom äldreomsorgen för 20 år sedan, efter att dessförinnan ha varit verksam inom psykiatri. Båda har arbetat både inom privat och offentliga äldreomsorg.

De gamla

De gamla som bor på äldreboendena har inte varit i fokus för min undersökning, då den inriktas på personalens arbete. Min information om hur de gamlas vardag ser ut härrör sig dels från mina egna iakttagelser vid deltagande observationer på de två gruppboendena för demenssjuka, dels från personalens beskrivningar av de boende.

Samtliga boende på de tre äldreboendena var över 80 år. Förutsättningen för att få en plats på ett gruppboende var att det fanns en diagnostiserad demenssjukdom. Plats på ålderdomshemmet kan man få på grund av olika krämpor och funktionsnedsättningar som följer med åldrandet. Den personal jag intervjuat beskriver dock att ca 80 % av de boende på ålderdomshemmet har tydliga demenssymptom.

Gemensamt för de gamla som bor i gruppboende respektive ålderdomshem är att de är berättigade till bistånd i form av plats på särskilt boende för äldre. Innan de kom till äldreboendet har de bott hemma och klarat sig med hjälp av hemtjänst, hemsjukvård och i vissa fall med hjälp av anhöriga.

De gamla vid de tre boendena har egna kontrakt på sina rum och man tillämpar kvarboendepincipen, vilken innebär att den boende ska kunna ha kvar sin plats på äldreboendet så länge som möjligt. De gamla ska helst kunna bo kvar i "sitt hem" tills döden kommer.

De gamla som bodde på gruppboenden för äldre dementa skulle enligt regler för denna kommun ha diagnostiserad demenssjukdom. Men personalen menade att detta inte var fallet för samtliga boende under den tid som undersökningen ägde rum. Samtliga boendens beteende tydde dock på att de var dementa.

På ålderdomshemmet fanns inga diagnoskriterier för att beviljas bistånd i form av särskilt boende för äldre. (Statistik saknades över hur många som har diagnostiserad demenssjukdom). Arbetsledarna på Ålderdomshemmet menar de gamlas genomsnittliga tid på "deras" boenden är två till tre månader. De flesta som bodde på äldreboendena var kvinnor. På gruppboendena bodde det två män, en vid varje undersökningstillfälle.

6. Rutiners och vanors funktion i vårdbiträdenas praktik

Ett vårdbiträde vid gruppboende för demenssjuka beskriver i en intervju en "helt vanlig arbetsdag":

När jag arbetar dagtid börjar jag 6.45 och slutar 16.00. I princip är det samma saker som vi gör varje dag. Man skulle kunna säga att varje dag är den andra lik. Morgonen börjar med att jag får rapport från nattpersonalen. När den är avklarad går jag ut i köket och sätter på kaffe. Samtidigt börjar jag förebereda frukost. Både jag och mina arbetskamrater tycker det är viktigt att de gamla får vakna när de själva vill. Så frukosten serveras mellan 8.00 och 10.30 då den mest morgontrötta har ätit färdigt. En av damerna brukar komma upp vid åttatiden och då sätter vi oss i lugn och ro och fikar och äter smörgås tillsammans.

Varje morgon är det rapport hos föreståndarna. Egentligen tycker jag inte att de har med att göra hur våra boende har det. Men ibland går jag dit och lyssnar.

På morgnarna är det ett vårdbiträde som börjar kl. 6.45. De andra två vårdbiträdena börjar kl. 8.00. När de har kommit hjälper vi de gamla med att stiga upp, gå på toaletten, klä på sig och följas ut till köket för att där hjälpas med att äta sin frukost. Det är inte många som endast behöver stötas på längre. Vi försöker alltså inte att stressa de boende. Det är sagt att de ska ha ätit frukost och sedan ha tagit medicin före 10.00. Det är något om hur många timmar det ska vara mellan varje måltid. Men det tar vi inte så allvarligt på. Jag tycker att det är viktigare att de gamla får ta det i sin takt och inte stressas.

Samtliga boende ska duschas en gång per vecka. Vi försöker ta två varje dag. Vid duschningar försöker kontaktpersonen ta hand om dessa. Men ibland får vi duscha dem lite oftare om de exempelvis är sjuka. På förmiddagarna tar vi också hand om städning av de gamlas rum. Det är också kontaktpersonen som sköter det. Städning gör vi varannan vecka.

Vid halv elva tiden är det dags för förmiddagskaffe. Då brukar vi läsa tidningen tillsammans med de gamla. Ibland tar vi en promenad. Men det är inte så många av de gamla som vill det. De har svårt att tolka väder och vind. Oftast behöver de vila en stund på förmiddagen. Då klarar vi i personalen av städning och tvättning.

Halv ett är det dags för middag. Vi äter tillsammans med de gamla. Oftast behöver de hjälp med att äta. Förresten sitter vi med vid alla måltider. De klarar inte av det själva. När maten är uppäten är det dags för toalettrunda. Det går inte att låta de gamla själva sitta på toaletten. Vi måste vara med dem hela tiden. Det går inte att säga till dem att jag snart kommer tillbaka för det kommer de inte ihåg. När detta är avklarat vilar de flesta av de boende middag fram till eftermiddagskaffet klockan halv tre. På eftermiddagen är det inte mer än två vårdbiträden i tjänst. När de gamla vilar och bestyren efter middagen är avklarade sitter vi oftast runt köksbordet och dricker kaffe. Det är rätt skönt för hela förmiddagen har gått i ett. (Intervju med vårdbiträde, gruppboende 1)

Vårdbiträdenas vardagliga praktik på gruppboendena och på ålderdomshemmet kom i förgrunden i min studie. I detta kapitel vill jag skildra personalens rutiner och dess olika funktioner för personalen i deras vardagsarbete.

Institutioners rutiner tolkas ibland som tröga strukturer, fastlagda av organisationen utan egentlig relation till målgruppens behov och vanor. Sellerberg (1986) beskriver t ex hur kosthållningen för långvårdspatienter regleras av övergripande målformuleringar vilket gör att patienternas egna önskemål inte är så lätta att beakta.

I denna studie har jag valt att försöka belysa hur vårdbiträdenas olika rutinsystem för praktiska arbetsuppgifter inte nödvändigtvis behöver vara en följd enbart av äldreinstitutioners struktur och organisering av arbetet utan också har utvecklats i relation till de gamlas olika vardagsvanor. Rutinarbetsuppgifterna på äldreboendena riktas i första hand gentemot hushållsgöromål och de gamlas kroppar.

Samtliga vårdbiträden på gruppboende 1 var rörande överens om arbetsgruppen var självstyrande. Som ett uttryck för detta uppfattar jag när vårdbiträdet i citatet ovan säger:

Egentligen tycker jag inte att de (arbetsledarna) har med att göra hur våra boende har det. Men ibland går jag dit och lyssnar.

Det fanns en formell arbetsledare men i praktiken upplevde vårdbiträdena att det inte fanns någon. Framförallt vårdbiträdena på gruppboende 1 pratade om sin första arbetsledare, då gruppboendet startade i början av 1990-talet, med ord som att hon alltid fanns till hands både bokstavligt och bildligt. ”Hon var den enda arbetsledare som vi har haft” (vårdbiträde, gruppboende 1). De vårdbiträden, som hade arbetat sedan gruppboendets start, mindes denna sin första arbetsledare mycket väl. Detta trots att hon var arbetsledare mindre än ett år. Hon hade sitt tjänsterum i direkt anslutning till gruppboendet. Vid tiden för studiens genomförande hade arbetsledaren sin arbetsplats på bottenvåningen i det hus som gruppboendet, tillsammans med flera andra enheter, var beläget. Den första arbetsledare höjdes till skyarna medan den nuvarande beskrevs som bristfällig. Flera av vårdbiträdena konstaterade att arbetsledaren besökte gruppboendet senast för nio månader sedan. Denna arbetsledare beskrivs som att hon har svårigheter både med att begripa vårdbiträdenas arbetsituation och de gamlas behov. Vårdbiträdena ser sig som en självstyrande grupp, som kan sina rutiner och sitt arbete, samtidigt som de saknar en fungerande arbetsledare, en som den första.

Kapitlet består av två delar. Den första delen beskriver hur vårdbiträden lyckas integrera detta ”att bry sig” i praktiska rutinuppgifter. Detta avsnitt är också ett försök att illustrera hur personalens rutinuppgifter förhåller sig till de gamlas vanor. Jag har valt att använda uttrycket ”förhåller sig till” utifrån mitt antagande om att rutinsystem och vanor står i ett ömsesidigt förhållande till varandra.

I den andra delen beskriver jag hur rutinhandlingar, med institutionella förtecken, utförda enligt ett sedan tidigare fastställt schema, kan fylla en funktion som varseblivningsbarriär i avsikt att skapa en arena ”fri” från de boende.

Min utgångspunkt är att rutiner ger personalen möjlighet att upprätthålla illusionen av kontroll i vardagsarbetets oförutsägbarhet. Olika dagar innehåller på förhand bestämda arbetsuppgifter vilket i sin tur ger personalen en känsla av kontroll över vardagsarbetet. Trots att arbetet i äldreomsorgen rymmer en mängd oförutsägbara händelser som exempelvis diarréer och ”plötsliga” dödsfall där rutiner saknas.

När institutionens rutiner samspelar med de gamlas egna vardagsvanor upprätthålls på ett motsvarande sätt illusionen om en innehållsrik vardag

med schemalagda aktiviteter som städdagar, mattider, duschdag, minnesträning. Dessa aktiviteter ersätter ibland de gamlas tidigare yrkesliv och sociala aktiviteter. Genom ett inrutat schema fyllt av olika aktiviteter som känns nödvändiga uppfylls "tomma dagar" med uppgifter som nästintill blir till krav och skyldigheter. De gamlas vardagsvanor med uppstigning, frukost, middag och kvällsmat, städning etc. innebär att den yttre tillvaron är reglerad genom att varje händelse inträffar vid samma tidpunkt varje dag och vecka och att varje sak har sin plats. De gamlas vardagsvanor ersätter sviktande minne. På motsvarande sätt kan personalens olika rutinuppgifter utförda med regelbundenhet kompensera de boendes glömska.

I kapitel 7 skriver jag om arbetsinnehållet i förhållande till döende och död. I stället för begreppet rutiner använder jag då begreppen *ritualer och ceremonier* för att beteckna handlingar och förhållningssätt som jag antar bidrar till att skapa säkerhet och kontroll i situationer där döden avbryter vardagsordningen. Dödens ritualer ser jag som en brygga mellan den gamla invanda och den nya och okända vardagen. Rutinhandlingar underlättar och effektiviserar arbetsuppgifterna medan ritualer gör det möjligt för personalen att hantera att en gammal människa som har bott på äldreboendet inte längre finns i livet. "Döden blir nästintill vacker när den gamla ligger i sin säng och jag har tvättat och klätt henne och tänt ett ljus i rummet. Det är lugnt och fridfullt" (vårdbiträde, gruppboende 2).

Hushållets rutiner

Matsituationer

Vid mina observationer på gruppboendena såg jag sedan tidigare fastställda rutinarbetsuppgifter upprepas dag efter dag. Varje syssla utförs nästan alltid på samma klockslag. Men vissa dagar är vikta åt särskilda uppgifter som att duscha de gamla eller tvätta deras kläder. Vårdbiträdenas rutinarbetsuppgifter är tänkta att ge struktur till och anpassas till de gamlas egna vanor. "Ju äldre jag blir och ju mer glömsk jag blir desto större betydelse får vanorna" (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Den mat som serveras på de båda gruppboendena levereras från ett centralkök. Personalen sätter fram tallrikar där maten är upplagd. Hälften av de boende äter med sked varför deras mat är mosad. När vårdbiträdena lägger upp mat på de gamlas tallrikar pratar de med varandra om ämnen

som inte är arbetsrelaterade. Samtidigt frågar en av de gamla om och om igen vad det är för mat som serveras. Olika vårdträden svarar den gamla damen, men riktar samtidigt blicken åt ett annat håll än den gamlas. Måltiderna, middag och kvällsmat, pågår under en knapp halv timme. Sellerberg (1994) studerade två geriatriska avdelningar och fann speciella interaktionsmönster. De gamla uttryckte sig både genom sitt sätt att vänta på maten och genom sitt sätt att kontrollera sitt iakttagande av personalens fastställda schema. Personalen å sin sida förde fram att den fastställda ordningen var ett arbetsschema som måste följas (s 84).

På båda gruppboendena betraktas pedagogiska måltider som ett aktivitetsinslag. Vårdbiträdena åt samtliga måltider tillsammans med de gamla. Denna aktivitets syfte var både att försöka upprätthålla etikettsregler för bordsskick och att hjälpa de gamla med att äta. Ett av vårdbiträdena på gruppboende 1 berättar: "Pedagogiska måltider är till för att de boende ska kunna behålla vett och etikett kring matbordet." Men varken under deltagande observationer eller intervjuer uttrycker vårdbiträdena funderingar över avsikten med pedagogiska måltider som aktivitet i förhållande till gamla och dementa människor som har glömt hur exempelvis bestick används (jfr Magnússon 1996b). Pedagogiska måltider innebär att maten är gratis för personalen och att vårdbiträdena på gruppboendena i regel inte tar ut några raster under en arbetsdag. "Ibland kan man sluta lite tidigare för att uträtta ärenden eller om det är något med familjen som måste ordnas" (vårdbiträde gruppboende 2).

Men det finns undantag från att varje dag fylls av fasta rutinuppgifter. Vissa helgkvällar serveras speciell mat med vin därtill. "Det är det lilla extra som sätter guldkorn på tillvaron" (vårdbiträde, gruppboende 1). Händelser som inträffar utanför rutinsystemet omtalas återkommande av personalen. Men "festkvällar" på gruppboendet är både planerade och genomtänkta minst en vecka i förväg. "Det är mat och vin som ska köpas hem. De gamla informeras inte då de glömmar lika fort som de har hört om måltiden" (vårdbiträde gruppboende 2).

Ann-Mari Sellerberg beskriver "övertäckningskaffe" på ett långvårds-sjukhus som personalens "genialiska motdrag" till den övervakning man upplever från patienternas sida då de sitter i kö i sina rullstolar vid måltiderna, kollar och kollar. Övertäckning innebär att den som överraskar har initiativet och mat och kaffe som överraskningar är en god sak. Övertäckningskaffet blir omöjligt för patienterna att kontrollera. Patienterna motdrag blir att försöka göra överräckningskaffet till en fast rutin genom att

fråga och tjata. Ett maktspel är i gång kring överraskningskaffet (Sellerberg 2004, s 91-92).

Personalen hjälper de gamla med toalettbesök efter varje måltid. ”Det är en rutin efter maten” berättar ett av vårdbiträdena på gruppboende 1. När middag och toalettbesök är avklarade är det dags för de gamla att sova middag. När de gamla sover eller vilar sitter vårdbiträdena vid bordet i gruppboendets kök. Samtliga rutinarbetsuppgifter för dagen är avklarade. ”Vi brukar göra det mesta av det praktiska arbetet under förmiddagarna. Det gör att det blir lugnare under eftermiddagarna”. Vårdbiträdena pratar sinsemellan om privata spörsmål eller läser i en tidning. Eftermiddagskaffe serveras vid halv tre tiden i gruppboendets kök.

Schemalagda och anpassade rutiner

Personalen upplever att tiden inte räcker till för att bara sitta ner och masera någon av de gamlas händer eller titta i ett gammalt album. Tidsschemat är preciserat för olika uppgifter kring mat, hygien och städning. Fastställda tider för olika rutinuppgifter innebär att varje vårdbiträde inför en ny arbetsdag känner till vad som ska göras, hur det utförs och i vilken ordning, vilket i sin tur gör vardagsarbetet förutsägbart (jfr Magnússon 1996 b; Öhlander 1996).

Arbetsuppgifterna är i stort sett desamma på de undersökta gruppboendena och ålderdomshemmet, men det finns viss skillnad mellan rutinerna, som t.ex. individuella respektive kollektiva frukosttider. De båda gruppboendena serverar frukost till var och en av de gamla, efterhand som de vaknar. Ålderdomshemmet däremot har kollektiva frukostar. I och med att de boende har olika mediciner är det av vikt att de äter vid en viss tid, tycker personalen på ålderdomshemmet. De tycker också att det är trevligare för de gamla att äta tillsammans.

På de båda gruppboendena försöker personalen anpassa tidpunkterna för frukostrutinernas genomförande efter de gamlas egna morgonvanor då dessa varierar bland de boende. Personalens övergripande avsikt är att ge de gamla människorna möjlighet att få sova tills de vaknar. Varje avdelning skapar sig, enligt personalen, ett eget rutinsystem för att passa både personalen och de gamla. Det är samma uppgifter som ska göras men rutinsystemen är olika. Personalgruppen på gruppboendena ger uttryck för att de vill prioritera de boendes individuella vardagsvaror medan ålder-

domshemspersonalen menar att gemensamma frukostar inverkar positivt på den sociala trivseln.

De gamlas vanor

Ju äldre jag blir ju mer fasta är mina vanor. Inrutade vanor är för de gamla det som rutiner är för personalen. Rutiner är ändamålsenliga eftersom de är tidsbesparande men det måste finnas utrymme för improvisationer. (Arbetsledare, ålderdomshemmet)

Arbetsledarna på ålderdomshemmen jämför äldreboendenas rutiner med de gamlas egna vanor när de fortfarande bodde kvar i det egna hemmet. Personalens rutinarbetsuppgifter, menar arbetsledarna, ger trygghet på motsvarande sätt som de gamlas vardagsvanor gör när minnesfunktionerna sviktar. Arbetsledarna påpekar att handlingar som att sätta på kaffe, borsta tänder, klä på sig är självklara för en människa som är "mitt-i-livet", men inte för en gammal och dement människa. När arbetslivet ersätts av pensionering och åldrandet kanske gör att minnet sviktar, är ett inrutat schema med olika aktiviteter som utförs på särskilda tider en kompensation både för sviktande minne och strukturerat yrkesliv menar, arbetsledarna. Thomas (1986) skriver att ritualen kan ses som ett mönster och en möjlighet till förutsägbarhet. Vardagssysslor kan, för en gammal människa med sviktande hälsa, fungera som ritualiserade handlingar i avsikt att förvissa sig om existensberättigande.

"Det finns vårdbiträden som hela tiden anpassar rutiner till vad de boende behöver och vill. Dessa vårdbiträden brukar också sköta de praktiska arbetsuppgifterna samtidigt som de känslomässigt bryr sig om de boende. Men det finns personal som är helt inriktade på att rutinuppgifter ska skötas i en viss ordning oavsett vad de boende tycker och tänker" (arbetsledare, Ålderdomshemmet). Individuella skillnader snarare än strukturella förs fram som anledning till att arbets sättet varierar mellan vårdbiträdena. Men det arbets sätt som eftersträvas är när praktiska arbetsuppgifter vävs ihop med att bry sig om den gamla. I detta möte mellan vårdbiträde och gamla anpassar sig personalens rutiner och de gamlas vanor (jfr Magnússon 1996b, James 1992a).

Sammanfattningsvis kunde jag iakttaga att vardagsarbetet på båda gruppboendena präglas av regelbundenhet. De gamlas desorienterade verklighet mötte personalens återkommande rutiner, ibland med omsorg,

ibland utan. När rutinsystemen fungerar och inget oförutsägbart inträffar behövs inget annat än handens rörelser. När de boende inte gör sig påminda med olika anspråk och vardagsarbetet kan utföras med hjälp av olika rutiner för arbetsuppgifterna upplevs detta som bekvämt. Men, enligt några av vårdbiträdena på gruppboende, blir arbetet också monotont och tråkigt när det inte krävs tankeverksamhet.

Rutiner och undantag

Ur mina observationsanteckningar:

Lunch serverades vid 12.30-tiden. Två damer kom ut i gruppboendets kök och frågade när och vilken mat som serverades. Frågorna ställdes om och om igen och besvarades av ett vårdbiträde om och om igen. Vid matbordet i gruppboendets kök satt redan två damer och åt lunch. En av damerna, Asta, uppmanade mig att gå därifrån eftersom jag inte var en av flickorna. Asta satt bredvid Gustav och berättade för de andra damerna att han var hennes man. Vid köksbordet satt också Anna, vilket var ett undantag då vårdbiträdena hade för vana att bära in maten till hennes rum. Anna uppfattades som elak mot andra boende och personalen. Denna dam sade till mig att ”du är inte som de andra flickorna. Till och med servitriserna sköter sitt arbete bättre än de gör”. När ett vårdbiträde försökte hjälpa henne med att äta blev hon arg och försökte riva henne med naglarna. Vårdbiträdet försökte förmedla att ett sådant beteende inte var önskvärt runt ett köksbord. Men Anna fortsatte att prata om dålig service. Samtidigt påtalade hon att jag inte tillhörde personalgruppen. Enligt henne vara jag av en finare sort. Vid några tillfällen föreslog personalen att jag kunde vara med Anna i hennes eget rum, där hon tillbringade en stor del av sin vardag. Anna pratade mycket om personalen, som hon var övertygad om att de förgiftade hennes mat och stal hennes pengar. När maten bars in till Anna bad hon mig att provsmaka för att försäkra sig om att maten inte var förgiftad. Anna väntade ett tag för att se om jag tålde maten. När så var fallet kunde jag hjälpa Anna med att äta. I Annas berättelser blandas historia med nutid. Jag skriver i min observationsanteckningar att Anna emellanåt pratar om sina barn som om de vore små, blandar samman barn och barnbarn, föreställer sig att hon befinner sig i tiden för andra världskriget, har ibland svårt att skilja ut om hon är på restaurang eller gruppboende. Anna beskrivs av personalen på gruppboendet som

”elak” (jfr Magnússon 1996b). Hennes uppförande vid matbordet uppfyller inte gruppboendets mallar för vad uppförandet kräver i matsituationer. När ett vårdbiträde försöker hjälpa Anna med att måla hennes naglar river hon vårdbiträdet. Fasta rutiner, främst kring matsituationer, är svåra att upprätthålla för personalen då Anna inte följer rådande etikettsregler. Personalens lösning på konflikten mellan att kunna utföra rutinarbete och få dem ifrågasatta blir att Anna förblir i sitt egna rum.

Personalens huvudsakliga uppgifter på gruppboendena är att ge omsorg till glömska och förvirrade gamla människor. När de gamla och dementa fungerar i den av vårdbiträdena påbjudna gemenskapen utförs rutinuppgifterna efter en viss regelbundenhet. Men när en av de boende inte deltar i vardagsarbetets i form av aktiviteter, måltider eller gemenskap rubbas personalens inordnade dagordning. En av följderna blir att Anna vistas på sitt rum under hela dygnet. Hon sorteras ut från vårdbiträdenas sedan tidigare fastställda schema, för att inte störa rutinuppgifter kring kropp, hygien, mat. Personalen vill inte heller störa trivselen för de andra gamla vid matsituationer. Vårdbiträdena uttrycker en säkerhet, som jag uppfattar det, i fråga om att en av de boende inte får störa rutinordningen (jfr Magnússon 1996b) .

Mitt intryck är att personalen ibland fokuserar på de dementas beteenden och inte symtomens orsaker. När vårdbiträdena har svårigheter med att för sig själva begripliggöra den gamlas beteenden kan den gamlas handlingar tillskrivas någon form av avsikt. Som när det gäller Anna: ”Hon gör skillnad på folk och folk och tror att vi i personalen är någon slags tjänstefolk” (vårdbiträde gruppboende 1).

Rutiner och att bry sig

I vardagsarbetet tog de praktiska arbetsuppgifterna överhanden. Tanken om att integrera praktiska och ”bry sig” uppgifter formulerades inte, men vårdbiträdena berättade att det var svårt att hinna med att bara sitta ner och vara med de gamla. Denna uppfattning var gemensam för personalgrupperna på gruppboendena och ålderdomshemmet.

Arbetsuppgifter i förhållande till platsen och i förhållande till de gamlas kroppar är i förgrunden i personalens berättelser. I mina observationer såg jag ofta rutiniserade praktiska arbetsuppgifter gå hand i hand med att bry sig om den gamla genom att vårdbiträdena tog hänsyn till hennes vanor.

Sådan uttryck för omsorg och att bry sig betonades dock inte i personalens egna beskrivningar av sitt arbete.

Flera av de äldre damerna var måna om sitt yttre. För några av dem var det viktigt att vara nylagd i håret, ha välmålade naglar eller lite rött på läpparna. När vårdbiträdet skötte om hår eller naglar framträdde också ett ompysslande av de gamla.

En av damerna, Ella, brukade oroligt vanka av och an i korridorerna och leta efter sin mamma. Hon försökte också ta sig ut från gruppboendet då hon var orolig över att hennes mamma inte visste var hon var. Men när ett vårdbiträde tvättade håret för att sedan rulla upp det på spolar satt Ella i en stol till synes avslappnad. Vårdbiträdet berättade för mig att Ella varit mån om att se välvårdad ut och att det var viktigt att försöka bevara Ellas bild av sig själv så långt som det är möjligt.

Signe var en snart 100-årig dam med ett spänstigt steg men med ett minne som inte längre fanns. Hon kom inte heller längre ihåg sitt språk. Signe var morgontrött. Hon var både arg och trotsig på morgnarna och sov fram till klockan tio. När hon sov längre försökte ett, för Signe välbekant vårdbiträde, att väcka henne. Vårdbiträdena beskrev en väckningsprocedur med lirkande, lockande och ibland att fysiskt ta över och leda in Signe till toalett och dusch. När de kroppsliga bestyren var avklarade var det dags att äta frukost. Ibland åt Signe frukost samtidigt som de övriga boende åt lunch. Flera av vårdbiträdena berättade att Signe tyckte om att sitta flera timmer vid köksbordet och uttrycka olika ljud samtidigt som hon flyttade runt maten på sin tallrik. När vårdbiträden gick förbi höll de ibland om henne och frågade hur det var. Samtidigt pratade de om hur trevlig Signe är och vilken stark vilja hon har. Hon fick alltid sitta kvar och äta frukost så länge hon ville.

Vid köksbordet satt också en äldre skröplig man, Gustav, som hade glömt hur man satte sig och reste sig från en stol. Gustav var trött och ibland somnade han vid matbordet. I samband med måltider fick Gustav en medicinmugg med ett medel som skulle hålla magen igång. Men han mindes inte längre hur han skulle lyfta medicinkoppen. Vårdbiträdet sade till Gustav, samtidigt som hon höll honom om axeln: vore det inte gott med en snaps till maten? Gustav lyfte då glaset från bordet med en fingerställning som påminde om snapsdrickande. Samtidigt smackade han och såg tillfreds ut.

Personalens regelbundet utförda rutiner kring matsituationer anpassas också till den gamlas egna vanor, i detta fallet Gustav och hans vana med

att emellanåt ta en snaps. Men när den gamla är desorienterad och inte längre minns vad besticken används till eller glömmet bort både sina egna frågor och personalens svar fungerar rutinerna också som ersättare för de gamlas vanor. Vardagen ges även struktur och blir samtidigt förutsägbar genom att olika uppgifter äger rum i en bestämd ordning. ”I sin tvåfaldiga roll av automatism och rutin är vanans roll så mycket viktigare för åldringen i de mån hans andliga liv är statt i avtynande. Vanan kan bland annat ersätta minnesluckor” (de Beauvoir 1976 s 358).

Tiden går men rutiner består

Här följer ett bearbetat utdrag från dagboksanteckningar från andra omgångens observation på gruppboende 1, mitt första ”återbesök” där.

När jag kommer till gruppboendet går jag först ut i köket. Klockan är nio på förmiddagen. Vid köksbordet är det endast en av de gamla, Signe, som sitter och trallar samtidigt som hon rör runt i sin frukostmat. För övrigt är det tre vårdbiträden som är i köket. Två av dem sitter vid bordet och den tredje står vid diskbänken och städar upp efter frukosten. Efter en halv timme kommer fem gamla efter varandra och börjar sätta in tallrikar och bestick i diskmaskinen. Själv blir jag förvånad då jag hade med mig minnesbilder från den första omgångens observationer då de gamla boende inte längre kom ihåg hur man åt, än mindre hur en diskmaskin fungerar. Dessa fem damer äter frukost, middag och kvällsmat tillsammans i gruppboendets allrum. Oftast äter de själva utan hjälp av något vårdbiträde. I och med att färre boende behöver hjälp med skötsel av kropp och hjälp med att äta avverkas förmiddagens arbetsuppgifter på kortare tid. När arbetsuppgifterna är avklarade är vårdbiträdena oftast i gruppboendets kök och pratar med varandra.

Personalen på gruppboende 1 berättar att rutinuppgifter som att tvätta, klä på, hjälpa till med hygien inte är lika frekventa under den andra omgångens observationer som vid den första. De boende har fler kroppsliga och mentala funktioner i behåll och vissa av deras vardagliga vanor sitter fortfarande kvar i kroppen. Fem av de boende mindes handlingar i relation till mat och kunde med viss hjälp från personalen klä på sig själva. Personalen pratade, i enlighet med äldreomsorgens ideologi, mycket om aktivitetens betydelse för de dementas välbefinnande. De gamlas kroppsliga och mentala tillstånd är i fokus när vårdbiträdenas berättar om arbetets utform-

ning. Men trots att hälften av de gamla dött under året och nya ”piggare” boende flyttat in framträder inte någon skillnad i fråga om praktiska uppgifters regelbundenhet. Innehållet i rutinerna som riktades mot platsens och kroppens skötsel var också i stort sett desamma.

I personalgruppens tal är aktiviteter i fokus; genom olika aktivitetsinslag upplevs arbetet som meningsfullt, den gamla får ett vardagsliv som inte enbart präglas av sysslöshet. Vid första omgångens observationer beskrevs de gamla av vårdbiträdena som alltför skröpliga för olika aktiviteter vilket, gjorde att vårdbiträdena på gruppboende 1 uttryckte en viss otillfredsställelse i arbetet. När jag genomförde observationer efter ett år var både personalgrupp och de gamla till stor del utbytta. De gamla var inte längre lika skröpliga som för ett år sedan. Men jag kunde inte iaktta någon märkbar skillnad i fråga om vilka arbetsuppgifter som utfördes. Den kvarvarande arbetsgruppens, ”kärngruppen”, förklaring var att de ”nya” i personalen saknade kunskaper i demenssjukdomars olika yttringar och färdigheter om vilka aktiviteter som ger stimulans för denna grupp. Personalen pratar ofta om att aktiviteter som enklare kökssysslor, promenader, minnesträning, sångstunder är centrala för att de gamlas sista tid i livet på ett gruppboende ska vara någorlunda värdigt. I praktiken präglades arbetet av olika rutinuppgifter som utfördes oavsett de gamlas kroppsliga och mentala funktioner. Under mina observationer, med ett års mellanrum, var rutinerna det framträdande. Men i vårdbiträdenas ”prat” framhålls att arbetssättet bör varieras i förhållande till graden av de gamlas skröplighet.

När jag genomförde observationer på de två gruppboendena tillbringade de gamla större delen av dagen inomhus. För tio år sedan, berättade personalen, tillät de boendes kroppsliga hälsa promenader, affärsbesök, kaffedrickande på konditori. Men under den första observationsperioden på gruppboendena var vårdbiträdena av den uppfattningen att det var till större besvär än nöje för de gamla att gå ut. De gamla hade svårigheter att orientera sig när de befann sig utanför gruppboendets lokaler. Blåsten var också till besvär eftersom de dementa gamla inte längre mindes vad blåst och vind är. Samtidigt frös de ofta, också då det var varmt ute. Vikarier på gruppboendena tog ibland, på eget initiativ, ut de boende på en kortare promenad i gruppboendets närhet. Ordinarie personal ställde sig då positiva till förslaget.

Sammanfattningsvis kunde jag inte iakttaga några påtagliga förändringar under observationerna, genomförda med ett års mellanrum i fråga

om hur och vilka arbetsuppgifter som utfördes på vare sig gruppboende 1 och 2. På gruppboende 1 skötte en grupp om fem gamla om köksysslor som lägga upp sin egen mat på sina tallrikar, duka av och sätta in disken i diskmaskinen. Detta gjorde att matrutinerna genomfördes snabbare vid det andra observationstillfället. Jag tänker mig att matlagning som aktivitet hade varit möjlig som det var för tio år sedan. Men matlagning var centraliserad till kommunens centralkök. På gruppboende 2 hade de boende blivit äldre och skröpligare under året som gått mellan observationstillfällena. Arbetet beskrevs som fysiskt tyngre men funderingar kring hur de gamla och dementa skulle bemötas var inte lika hög grad förekommande efter ett år.

Rutiner som avskärmare

Goffman (1963) använder begreppen fasta och bärbara avskärmare i betydelsen av varseblivningsbarriär. Bärbara avskärmare kan vara mobiltelefoner, tidningar eller solfjädrar medan fasta avskärmare på en arbetsplats är personalrum och tjänsterum. Avskärmares funktion är att ge individen en möjlighet att dra sig tillbaka från varseblivningsbruset som finns på offentliga platser och på arbetsplatser där människan bli iakttagen av andra. Eller annorlunda uttryckt; på offentliga platser konstrueras olika barriärer med avsikt att sortera varseblivningsintryck och för att minska den anspänning som uppstår i förhållande till olika intryck från omgivningen. Varseblivningsbarriärer definierar vem som, med Meads (1995) begrepp, tillhör den oidentifierade massan respektive den signifikante andre, dvs. de som man bara behöver som bakgrund respektive de som man försöker efterlikna (Goffman 1963).

I "Jaget och maskerna" (2006) belyser Goffman den sociala interaktionens innehåll utifrånbegreppen främre och bakre regioner. Regioner definieras "som vilket ställe som helst som till en viss grad är av gränsat av perceptions- eller varseblivningsbarriärer" (a a, s 97). Regioner kan avgränsas både auditivt och visuellt. Den främre regionen är den plats där framträdandet äger rum. En individs framträdande i den främre regionen upprätthåller vissa normer som i sin tur delas in i två grupper; hövlighetsnormer och anständighetsnormer. Hövlighetsnormer betecknar hur individen behandlar sin publik då han talar till den eller är upptagen med åtbörder som en ersättning för talet. Anständighetsnormer har att göra med hur den

agerande beter sig när publiken hör och ser honom utan att han för den delen nödvändigtvis talar till eller med publiken (Goffman 2006, s 98).

En bakre region definieras ”som ett ställe, i anknytning till ett visst bestämt framträdande, där det anses som en självfallen sak att med vett och vilja bestrida det intryck som har uppammats av framträdandet” (Goffman 2006, s 102). I den bakre regionen finns telefoner som kan användas i avskildhet, där man gå igenom sina framträdanden så att inte någon i publiken blir kränkt. Den agerande kan koppla av och vila och kliva ut ur sin rollgestalt (a a, s 102).

I mitt arbete med att söka mönster och innebörd i mina observationer började jag fundera över om och hur vårdbiträdena skapar varseblivningsbarriärer och bakre regioner, på en plats som gruppboendet, som enligt ideologin ska vara så hemligt som möjligt och där utrymmena är gemensamma för gamla och personal.

Arbetsgrupperna på gruppboendena och ålderdomshemmet saknar fasta avskärmare, en plats, ett ”personalrum”, dit de kan dra sig tillbaka exempelvis under raster. Ett av mina antaganden är att vårdbiträdena under en arbetsdag är offentlig på så sätt att hon befinner sig i ”varseblivningsbruset” från de gamla. Den vardagliga praktiken utförs på platser där de gamla befinner sig, som deras rum, gruppboendets kök alternativt allrum. Det är ytterst sällan som vårdbiträdena väljer att gå från gruppboendet under sina raster. Goffman (2006) exemplifierar behovet av avskärmare med en rapport om sjuksköterskor som hellre arbetar i en operationssal, ensam med en nedsövd patient, än på en vårdavdelning. Den enda andra personen på operationssalen är en patient som är oförmögen att uppfatta personalens handlande. Personalen kan på så sätt inrikta sig på det tekniska arbetet (s 191).

Vid ett tillfälle under den deltagande observationen ”försvann” vårdbiträdena ut från gruppboendets kök. Telefonen ringde. Efter en stunds ringande valde jag att svara. De två vårdbiträden fann jag, efter att letat en stund, i en av de boendes lägenhet. De satt i var sin stol och pratade med varandra. Den gamla låg och sov. Genom att vårdbiträdena drar sig tillbaka från gruppboendets offentliga platser till en boendes lägenhet föreställer jag mig att personalen skapar sig en bakre region där intrycken från de gamla minimeras, samtidigt som vårdbiträdet kan koppla av och inte behöver vara i sin yrkesroll. Den anspänning som väcks i mötet med kroppar och själar i sönderfall minskas och vårdbiträdena ger sig genom detta

handlande möjlighet att dra sig tillbaka från det ”offentliga” bruset (jfr Goffman 1963).

I en avhandling om den subjektiva orienteringen hos individer som utbildar sig inom omsorgsarbete skriver Anne Liveng (2006) om hur personalen är hänvisad till att försöka etablera ”egna” utrymmen, som personalbord, på sin arbetsplats. Personalen vid ett äldreboende i Danmark som hon studerade, skapade ett bord för de anställda, ”ett privat rum”, mitt i en miljö som i övrigt signalerar gemenskap med och ett hem för de boende. Det ”egna” bordet, där de gamla är utestängda fungerade så att personalen skapade sig både ett kontor och en plats dit man kunde dra sig tillbaka och hålla paus från omsorgsgivandet. Att ibland få dra sig tillbaka från omsorgsarbetet negligeras genom äldreboendets arkitektur. Författaren menar att följden av att behöva etablera ett ”personalbord” mitt bland de boende blev en nedvärderande attityd till de gamla, som inte kände till eller förstod att detta var personalens ”privata rum” (s 338-339).

Genom att hjälpa de gamla till sina egna rum görs gruppboendets kök om till ett personalrum fritt från de gamla. Detsamma gäller om vårdbiträdet går till ett rum där den gamla sover. Personalen kan då ha ”rast” och prata om personliga saker. Personalen skapar sig en ”boendefri” plats dit de kan dra sig tillbaka från arbetsrelaterade intryck.

Avskärmare i betydelsen varseblivningsbarriär föreställer jag mig också skapas genom vårdbiträdenas rutinsystem för praktiska arbetsuppgifter. Dessa utförs på ett särskilt sätt, i en viss ordning och på särskilda tidpunkter.

Sammanfattningsvis får rutinarbetet en funktion av mental avskärmare från bruset på boendet på ett liknande sätt som ett personalrum eller en stängd dörr (jfr Goffman 1963, Liveng 2006). Att simulera praktiskt arbete, kan förmodligen, på samma sätt som utförande av nödvändiga rutinuppgifter fungera som avskärmare (jfr Franssén 1997).

Hänsynsfull ouppmärksamhet

Goffman (2006, s 189) använder begreppet taktfull ouppmärksamhet och menar att en teammedlem som har dramaturgisk disciplin kan sin rolläxa och ”gör sig inte skyldig till oavsiktliga gester eller felsteg under framträdandet”. Individen har också förmågan att undertrycka sina egna personliga, spontana uttryck och följa den linje som teamet föreskriver. Känslouttryck visas inte utan ersätts med passande uttryck där det gäller att behärs-

ka röst och ansiktsuttryck. Vidare menar Goffman (2006, s 200) att taktfull ouppmärksamhet, med sin avskildhet, varierar mellan sociala sammanhang. När interaktionen mellan individer försiggår på offentliga platser uppför sig de utomstående på ett hänsynsfullt oengagerat sätt.

Med hjälp av uttrycket "hänsynsfull ouppmärksamhet" vill jag belysa hur vårdbiträdet utför rutinhandlingar och samtidigt ger den gamla ett erkännande genom exempelvis en blickkontakt som "inte ser" men samtidigt erkänner den gamla och dementa utan att kränka henne. Men det utesluter inte att rutinhandlingar utförs med ryggmärgen och enligt ett sedan tidigare fastställt schema oavsett vilka intryck som vårdbiträdet får i förhållande till de gamla. Eller som ett av vårdbiträdena på gruppboende 1 uttryckte sig. "Ibland tror jag att vi gör de boende sämre än vad de är. För då kan vi sköta rutinerna utan att behöva bry oss så mycket".

Goffman (2006) menar att personal inom såväl serviceyrken som mentalsjukhus är beroende av att ha förmågan att gripa och behålla initiativet till kund respektive patient. När en individ försöker definiera situationen tvingar han samtidigt de andra att värdera och behandla honom på det sätt som förväntas av en person i hans situation. Vid definitionsmässiga störningar använder individer olika strategier för att skydda de egna definitionsförslagen, de vidtar försvarsåtgärder. När en person däremot använder strategier för att skydda den andra används beskyddande åtgärder eller taktkänsla. Både försvarsåtgärder och beskyddande åtgärder används i syfte att säkra de "egna" intrycken under en konfrontation med andra.

Jag tycker att Goffmans begrepp taktfull eller hänsynsfull ouppmärksamhet är en adekvat etikett på en hel del handlingar som jag kunde iaktta under mina observationer på gruppboenden för äldre demenssjuka.

Mina iakttagelser tyder på att personalen utför det fysiska rutinarbetet ibland med känslomässiga inslag ibland utan. Vårdbiträdet kan vara hänsynsfull men samtidigt ouppmärksam; vårdbiträdet utför olika uppgifter som att hjälpa den gamla med att äta samtidigt som hon svarar en av de andra boende om och om igen på frågan vad som serveras till middag. Under tiden kommer en annan av de gamla till gruppboendets kök. Hon vankar rastlöst av och an. Hon är orolig över att hon inte kommer hem i tid då hennes mamma väntar hem henne. Ett av vårdbiträdena menar att vardagen på ett gruppboende innehåller en annan verklighet än den som råder utanför gruppboendets väggar. Jag uppfattar detta uttalande så att hon ser det som taktfullt att acceptera den gamlas verklighetsuppfattning.

Vid mina observationer iakttog jag situationer där vårdbiträden hjälpte de gamla med att äta och att gå på toaletten, sådana saker som de tidigare i sitt liv gjort på egen hand. Ett par exempel från mina nedslag i den vardagliga praktiken på gruppboenden får illustrera hur vårdbiträdena använder taktkänsla eller hänsynsfull ouppmärksamhet för att inte kränka de gamlas i deras alltmer tilltagande mentala och kroppslig hjälplöshet och beroende. Ett utdrag från observationsanteckningar:

Klockan halv ett varje dag serveras middag på gruppboendet som kännetecknas av nästintill identiska handlingsmönster; den färdiglagade maten hämtas på nedre plan av ett vårdbiträde och i matvagn transporteras den till gruppboendet med hjälp av hiss. Maten tas upp ur kantinerna och läggs i matskålar eftersom personalen finner att maten då blir aptitligare för de gamla. Några av de gamla äter själva, andra behöver hjälp med att finfördela maten, och det finns också gamla som behöver matas. Under varje lunch sitter vårdbiträdena med och äter tillsammans med de gamla; pedagogiska måltider. Själv sitter jag med vid bordet och försöker iakttä samspelet mellan personal och de gamla och dementa. Samtliga boenden får tallrikar, fyllda med mat, framställda framför sig. På en del av tallrikar är maten sönderdelad, på andra mosad. Vårdbiträdena har satt sig bredvid de gamla som behöver hjälp med att äta. Samtidigt som de tar mat med en sked och för upp den till den gamlas mun är blicken riktad mot skeden och man småpratar med den gamla om ”väder och vind”. Jag noterar att det inte riktigt visar sig att den gamla behöver hjälp med att äta.

Jag uppfattar det så att vårdbiträdena uppträder beskyddande; att de likom blundar för de gamlas hjälplöshet och vill få det att framstå som att de inte har förlorat förmågan att hantera vardagliga företeelser som att äta själva. Samtidigt som hänsynsfull ouppmärksamhet leder till att de gamlas beroende för mig är nästintill ”osynligt” leder det till att personalen uppnår avskildhet genom att vårdbiträdet inte behöver bry sig om de gamlas skröplighet.

Då personalen saknar personalutrymmen, bakre regioner, att dra sig tillbaka till kan den taktfulla eller hänsynsfulla ouppmärksamheten med sin skapade avskildhet på så sätt fungera som en avskärmare.

Ytterligare ett utdrag från mina observationsanteckningar:

Varje måltid följdes av toalettbesök för de gamla. Vårdbiträdena ledde en gammal i taget ut från gruppboendets kök till deras egna rum där

toalett och dusch fanns. Vid några tillfällen följde jag med vårdbiträdet och den gamla ut från köket och in till det egna rummet. En av gångerna inträffade en "olycka"; till följd av diarré hann de inte fram till toaletten i tid. Vårdbiträdet fortsatte prata om all dagliga ting utan att, som vad jag märkte, låtsas om incidenten. Samtidigt som hon tvättade den gamla pratade hon ömsom med mig ömsom med kvinnan ifråga. För mig berättade hon att de gamla och dementa inte känner sig sjuka och trötta efter maginfluensa eftersom de inte kommer ihåg att de har varit sjuka. När vårdbiträdet pratar om ditt och datt rengör hon henne samtidigt.

När den gamla har diarré och samtidigt inte är medveten om vad som händer "blundar" vårdbiträdet för händelsen som inträffar genom att konversera växelvis med mig och den gamla. Jag, som utomstående, upptäcker att även jag uppför mig på ett sätt som kan beskrivas som både hänsynsfullt och ouppmärksamt. Jag konverserar med vårdbiträdet och reflekterar över att min blickkontakt är svepande från vårdbiträde till den gamla och sedan tillbaka till vårdbiträdet. Även jag försöker uppenbarligen, på ett taktfullt sätt, att inte låtsas om olyckan som inträffade.

Med dessa exempel på hänsynsfull ouppmärksamhet i förhållande till gamla och dementa vill jag illustrera hur personalens taktfullhet beslöjar gamla och dementas hjälplöshet. Vårdbiträdenas blickar är svepande, deras konversation är lättsam och handlar om ditt och datt. Jag uppfattar att den hänsynsfulla ouppmärksamheten har två syften. För det första kränks inte de gamla i sin hjälplöshet och i sitt beroende, genom att blicken som ser samtidigt inte ser. För det andra gör den hänsynsfulla ouppmärksamheten att vårdbiträdena mentalt kan avskärma sig från upplevelser i förhållande till de gamlas skröplighet och förestående död.

Rolltagande

Rolltagande eller att ta den andres perspektiv är förutsättning för sociala interaktioner som när en bartender försöker föreställa sig vad kunden önskar, en student försöker anpassa sig till lärarens krav eller ett vårdbiträde försöker föreställa sig vad den gamla och dementa önskar sig när hon inte längre kan uttrycka sig eller minnas. Rolltagande definieras som att kunna föreställa sig verkligheten ur den andres perspektiv (Charon 1998, s 110). Rolltagande är för Mead förutsättningen för det mänskliga samvetet och

samarbetet. Rolltagande innebär också att individen förstår det närvarande både ur ett historiskt och ur ett framtida perspektiv (Mead 1995, Charon 1998).

Att ta den gamlas perspektiv

Den sociala handlingen är präglad av vad den andre gör och har gjort. Om den andres föreställningar om sig själv i relation till verkligheten är svår att tolka och/eller inte förutsägbar handlar människan utifrån sociala produkter och dess avtryck som både är tydliga och möjliga att förutsäga. I mina anteckningar från deltagarobservationerna iaktar jag material som jag tolkar som att vårdbiträdet tillskriver den dementa olika avsikter med sina sociala handlingar eller uttryckt med andra ord; en strävan att försöka översätta de dementas tal för att kunna hjälpa dem i deras försök att uttöka sin verklighet. Se exemplet ovan (s 58) med Anna, där vårdbiträdena uttrycker att hon har medvetna intentioner när hon kritiserar personalen och deras service. Utifrån Meads definition (1995) av rolltagande innebär det att vårdbiträdet förmodligen tar sitt eget perspektiv i sin tolkning av beteendets avsikt, istället för den andres, i detta fall den demenssjukas.

Rolltagande för ett vårdbiträde innehåller tagande av den gamlas, attityd och perspektiv. Det är inte lätt, särskilt när den gamlas minnesfunktioner inte är vad de har varit. Det kan vara att inte längre minnas den andres svar på sin egna sist ställda fråga, hur mat hanteras, motoriska färdigheter som att sätta sig respektive resa sig. Den dementas kognitiva strukturer är i sönderfall. Den gamlas förmåga att framgångsrikt konstituera kommunikation med den andre är satt ur spel. Rolltagande med en dement människa förutsätter att vårdbiträdet försöker föreställa sig vad det innebär att vara utan minne och samtidigt försöka navigera i en vardag som inte längre är välbekant. I bemötandet där perspektivtagande ingår förutsätts vårdbiträdet skapa mening i den till synes meningslösa interaktionen med en dement som inte kan skilja mellan dåtid, nuet och framtid. Jag utgår ifrån att vårdbiträdet får försöka ta den dementas perspektiv och attityd genom att skapa en kommunikation med sig själv som objekt genom att försöka föreställa sig hur det kan vara att befinna sig i ett tillstånd där tiden flyter ihop. Denna process uppfattar jag att vårdbiträdena upplever som osäker till skillnad från rutinernas säkerhet.

Säkerhet - osäkerhet

Mina observationer tyder på att vårdbiträdena förhåller sig olika till utmaningen att försöka ta den gamla och dementa människans perspektiv. Ibland korrigerar personalen de gamlas uppfattningar om sin verklighet. I vissa fall fungerar inte avledningsmanövrar trots att vårdbiträdet själv tyckte att hennes manöver var lysande:

En av damerna vaknar alltid klockan 5 och ska ut och mjölka korna. En morgon sade jag till henne att det har jag redan gjort. Damen undrade hur jag hade kunnat göra detta då jag hade varit på gruppboendet hela morgonen (vårdbiträde gruppboende 2).

Vårdbiträdet uttrycker en snopenhet inför den gamla, dementa damens realitetsanpassning, speciellt som hon i förväg tänkt ut en galant avledningsmanöver. Vid andra tillfällen avleder personalen de gamla i farten, utan att i förväg ha tänkt ut något sätt att avleda på. De regelbundna rutinuppgifterna är smidigare att utföra då de gamla inte gör något motstånd eller som ett av vårdbiträdena på gruppboende 1 uttryckte sig: "När de är som kollin behöver jag inte använda huvudet." Några av vårdbiträdena menade att personalen själv uppfattade de gamla dementare än vad de egentligen var eftersom "då kan vi sköta rutinerna utan att behöva fundera över varför". När rutinerna utförs enligt en bestämd ordning känner sig personalen säkra i arbetet. Men framförallt personalgruppen på gruppboende 2 beskrev osäkerhet i bemötandet av de gamla och dementa. Flera av vårdbiträdena uttryckte osäkerhet inför om de skulle använda avledningsmanövrar, svara realitetsanpassat på olika frågor, frisera "sanningen".

Det som främst skiljde de båda arbetsgrupperna åt var hur man talade om vardagsarbetets handlingar och innehåll. På gruppboende 1 talade man mer om aktivitetens betydelse för de gamlas välmående. Personalen på gruppboende 2 däremot talade i högre grad om vikten av att reflektera över hur de dementa borde bemötas och om och i så fall hur rutinuppgifter kan utföras samtidigt som vårdbiträdet ger omsorg till den gamla. "Ibland funderar jag över om det bästa är att försöka avleda den dementa eller säga som det är" (vårdbiträde gruppboende 2).

De gamlas sköra verklighetsupplevelse kan rämna i de mest oväntade lägen. Verklighetskorrigeringar kan öka oron hos de gamla. Ett vårdbiträde på gruppboende 2 illustrerar detta med följande beskrivning:

En av damerna vars man var död, frågade ofta när han skulle komma och besöka henne. Svaret blev att han inte kan komma eftersom han är död. Damen blev jätteledsen under en kort stund. Hon fortsatte fråga, fick svar och blev lika ledsen varje gång. Då funderade jag över om det var så klokt att säga att maken var död. Hon blev ledsen en kort stund när hon mindes och sedan mindes hon inte längre. Sorgen blev liksom ny varje gång.

Personalen på gruppboende 2 uttryckte en strävan att försöka sätta sig in i de gamlas upplevda verklighet, ta den gamlas perspektiv, även om den inte stämmer överens med deras egna upplevda verklighet. Men, ibland glider avledningarna och korrigeringarna ur munnen på vårdbiträdet utan att hon funderar över dess följder.

Flera av vårdbiträdena på ålderdomshemmet uttrycker svårigheter med att föreställa sig vad det innebär att åldras.

När man är i 30-årsåldern är det svårt att föreställa sig hur det är att bli gammal. Det är mest när man ser på sina barn som man ser att man blir äldre och äldre (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Den kroppsliga hjälplösheten med dess beroende upplevs som skrämmande. Döden är att föredra framför att under sin sista tid i livet bo på ett äldreboende och vara beroende av personalen för sin kroppsliga skötsel (jfr Gubrium 1993, Magnússon 1996a).

Naturligtvis kan mina resultat inte generaliseras, men jag vill sammanfatta hur jag i min studie tolkar att rutiner för arbetsuppgifter kan förstås.

För det första kan rutiner vara en följd av fasta strukturer som dock kan anpassas i respekt för de gamlas egna vanor.

För det andra kan rutiner fylla funktionen att upprätthålla illusionen om det förutsägbara. Praktiska arbetsuppgifter genomförs enligt tidigare fastställt schema och i rutiner upplever vårdbiträdena säkerhet och kompetens.

För det tredje kan rutiner fungera som mentala avskärmare genom att utestänga olika känslomässiga intryck i förhållande till de gamla. Rutiner, som kan yttra sig i hänsynsfull uppmärksamhet, blir till en ersättare för exempelvis personalrum, som för personalen fungerar som en bakre region eller vad Goffman (2006) också talar om som en försvarsstrategi.

Jag vill tillägga att rutinuppgifter emellanåt är en ersättning för att ta den andres, den gamlas, perspektiv. Men det finns episoder i mitt material då vårdbiträdet försöker föreställa sig hur det exempelvis är att befinna sig

i en verklighet där minnet inte längre hjälper till att förutsäga vardagshändelser. I dessa situationer uttrycker vårdbiträdena osäkerhet inför hur den gamla bör bemötas. Min tolkning är att osäkerhet uppträder utanför rutinerna där det inte existerar någon sedan tidigare fastställd ordning för vad som ska göras och hur.

Man kan föreställa sig att döden skulle bryta den fastställda ordningen. Men som jag har uppfattat det upplevs de gamlas död som en del av vardagen på äldreboende. Personalen känner säkerhet i rutiner och ritualer. Nästa kapitel handlar om detta.

7. Döden som en del av vardagen

Kroppens skröplighet och den ofrånkomliga döden

Jag var intresserad av döden redan i tonåren. Det gjorde att jag läste en hel del skönlitteratur som handlade om döden. Döden har aldrig skrämmt mig utan den är en naturlig del av livet. Detta har nog påverkat mitt yrkesval. Att få arbeta med gamla människor som har så mycket att berätta om sin historia och att få hjälpa dem in i det sista det känns lite som en förmån (vårdbiträde gruppboende 2).

I denna del kommer skeenden som är relaterade till döende och död att skildras både genom vårdbiträdernas beskrivningar och genom mina iakttagelser av vardagsarbetet på särskilda boenden för äldre. Då äldreomsorgen inrymmer en del av vårt samhälleliga förhållningssätt kring åldrande och död blir den till en plats som vi alla har olika föreställningar om och tillskriver olika egenskaper. Finnur Magnússon (1996) för fram tanken att nycklarna till varför äldreomsorgen blir så omdebatterad kan gå att finna i vad äldreomsorgen tillskrivs både av individer och från officiellt håll. Vi vill alla ge våra äldre så pass bra omsorg som möjligt, men då helst med hjälp av andra vårdformer än de gällande.

Äldreboende – en plats att dö på

Döden känns ibland lite vemodig. Jag kanske inte längre får uppleva en ny vår. Det liv som ibland har varit tufft, ibland roligt får jag inte vara i. Åldrandet innehåller på något sätt alltid en osäkerhetsfaktor. Men döden är naturlig inom äldreomsorgen. Det är inte naturligt när ett barn dör (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Den genomsnittliga boendetiden på ålderdomshemmen är, enligt arbetsledarna, två till tre månader. Men, poängterar arbetsledarna, ålderdomshemmet är inte en plats där de gamla väntar på döden. Personalen försöker

istället fylla varje dag med olika aktiviteter för de gamla i avsikt att försöka förmedla att deras liv fortgår och vardagen är innehållsrik.

Vi lever i stunden och tänker på vad som ska hända idag. Döden är en naturlig del av verksamheten som vi inte funderar över. Men de flesta lever på övertid på äldreboenden. Döden är ofrånkomlig och var vi dör är inte så betydelsefullt. Men teoretiskt är det så. Som exempel ligger ålderdomshemmet mittemellan två kyrkogårdar (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Vårdbiträderna på ålderdomshemmet menar att både de själva och de gamla är medvetna om att de gamlas liv närmar sig "upploppet". "Det är inget som vi, personalen och de boende, pratar om" (vårdbiträde, ålderdomshemmet). Men det finns undantag berättar ett av vårdbiträderna. "Några av de boende som har bott på ålderdomshemmet under en längre tid ställer sig frågan vad de har gjort för ont eftersom Gud inte hämtar hem dem." Personalen på ålderdomshemmet är överens om att det är "helt naturligt" att som gammal tänka att man har gjort sitt i livet.

Döende, död och rutiner

När jag började inom vården var det mycket svepningar med kors och annat som skulle till. Men nu är allt runt omkring enklare. Den döda tvättas och vi sätter på henne lite fina kläder. Sedan tänder vi ett ljus. Jag tror att detta underlättar för de anhöriga som kan sitta hos den döda och ta adjö (arbetsledare, ålderdomshem).

Enligt kvarboendepincipen ska de boende bo kvar på äldreboende fram till sin död, om så är möjligt. Framförallt personalen på gruppboendena är ambivalent inställda till detta. Å ena sidan får den gamla lugn och ro då hon i slutfasen av sitt liv kan bo kvar på äldreboendet. Å andra sidan kräver kroppsligt dåliga boende mycket av vårdbiträdernas arbetstid och personalen menar att ett arbetssätt med inriktning på aktivitet och stimulering för de dementa försvåras. Aktivitetsinslag som försvåras, enligt personalen på gruppboendena, är att samtliga boende inte kan sitta med vid bordet och äta, hjälpa till med att duka, minnesträning, promenader. Ett av vårdbiträderna på gruppboende 1 menar att kvarboendepincipen får till följd att gruppboendet blir till ett sjukhem där de boende ligger och väntar på döden. Ett vardagsarbete som till en del innehåller att tillsammans med

de gamla vänta på döden kan upplevdas meningslöst och osäkert i fråga om arbetets innehåll och utformning (Gubrium 1993, Magnússon 1996a). I min studie uttryckte vårdbiträdena en säkerhet i arbetet då döendeprocessen och döden omgärdas av ritualer och ceremonier.

På ålderdomshemmet finns en manual med beskrivningar av kroppens symtom vid döende och ritualer kring döden. I dagsläget är ritualer kring döende och död förändrade mot hur de var tidigare. "När den gamla är döende känns det helt naturligt. Vi vet vad vi ska göra. Det känns både fridfullt och naturligt när en gammal människa dör" (vårdbiträde, gruppboende 2). Personalen på gruppboendena och ålderdomshemmet menar att praktiska erfarenheter av arbete med gamla och döende gör att man tar döden som naturlig.

När ritualer och ceremonier kring döendet och döden är avklarade påbörjar personalen arbetet med praktiska arbetsuppgifter kring att flytta ut den dödas tillhörigheter, samtidigt som en annan gammal människa ska flytta in på äldreboendet. "Det går några dagar och så kommer det en ny" (arbetsledare, ålderdomshemmet). Vårdbiträdena uttrycker att vemodet inträder när en människas liv är utsläckt samtidigt som många hej och hejdå sliter. Inom den kommun där ålderdomshemmet är beläget ska den dödas rum vara tomt inom fem dagar.

Arbetsledarna på ålderdomshemmet beskriver sina arbetsuppgifter som att vara rådgivare och stödfunktion för personalen då det gäller att hantera upplevelser när en gammal människa dör och en annan flyttar in på äldreboendet.

Bot och omsorg

En äldre dam som hade bott hos oss i sju år fick en stroke. Hon gick ner i koma. Jag ville att hon skulle få dö i sin egen säng omgiven av, för henne, välbekant personal. Men de ville skicka in henne till akuten. Jag försökte säga till vårdbiträdena att det enda de gör på akuten är att sätta dropp. Sedan får hon ligga i en säng i en korridor alldeles själv. Ett annat exempel är en 99-årig dam som fick diagnos bröstcancer. Hon är pigg och vital för tillfället. Men hennes anhöriga vill att strålbehandling sätts in. Då blir hon kroppsligt sämre. Det är inte säkert att hon klarar av behandlingen. Ett tredje exempel är en 90-årig dam som ska bypass opereras (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Med detta citat vill jag belysa hur personalen på äldreboendena, både vårdbiträden och arbetsledare, brottas med förhållandet mellan omvårdnad, den medicinska vården och omsorg med praktiska handlingar kring plats och kropp samt därtill att tillfredsställa sociala och känslomässiga behov hos de boende. När den gamlas liv närmar sig sitt slut framkommer vissa skiljelinjer mellan arbetsledare och vårdbiträden ifråga om valet mellan medicinsk vård och omsorgsrelaterade handlingar.

Arbetsledarna är av den uppfattningen att den boende ska få dö i sin egen säng, i sitt egna rum på äldreboendet omgiven av sina anhöriga eller känd personal, helst kontaktperson. Den uttryckta policyn är att ingen av de boende ska behöva dö ensam. Men det kan inte alltid efterlevas; döden kommer ibland under sömnen eller helt plötsligt.

Personalen beskriver en osäkerhet i fråga om vård eller omsorg när en boende hastigt försämras i kroppsligt hänseende. Vårdbiträdena beskriver svårigheter inför valet "att göra rätt eller att vara god" (Silfverberg 1996). Inför döden tycks personalen välja att handla "rätt" genom att följa regler och/eller förlägga ansvaret för den boendes omvårdnad hos sjukvården eller som ett av vårdbiträdena på ålderdomshemmet säger: "Det är svårt att ta ansvar för en annan människas liv." En av arbetsledarna på ålderdomshemmet uttrycker dilemmat på detta sätt: "Jag tror att det för vårdbiträdena handlar om att handla rätt enligt regelboken."

"Extravak" och döende

Jag hörde om ett vårdbiträde som satt och läste i den gamlas favoritbok när hon låg för döden. Ett annat exempel är ett vårdbiträde som kör två mil till ålderdomshemmet för att hinna säga adjö till den gamla. Sådana initiativ tas alltför sällan. Det vanligaste är att en personal själv sitter och läser en veckotidning (arbetsledare, ålderdomshemmet).

När någon av de gamla är döende kallas ofta extra personal, eller ordinarie, in på ålderdomshemmet. Man talar då om "extravak". Avsikten med extra personal är, enligt arbetsledarna, att "extravaket" ska sköta olika praktiska arbetsuppgifter på boendet och att den döendes kontaktperson eller, om denna person inte är i tjänst, ett ordinarie vårdbiträde, ska sitta hos den döende. De båda arbetsledarna lyfter fram den döendes behov av närhet, både kroppslig och känslomässig, av en för dem välbekant person. Men arbetsledarna är arbetsledarna av den uppfattningen att ordinarie personal

i praktiken låter extravaket sitta hos den döende, endast avbrutet för raster. Arbetsledarna spekulerar kring personalens avsikter; sjukvårdens tradition med att extrainkallad personal sitter hos den döende, vårdbiträdenas upplevelse av obehag inför döendet och döden, praktiska uppgifter som att sköta plats och kropp är iakttagbara både för vårdbiträdet självt och andra. ”Jag tror att det finns vårdbiträden som är rädda för att sitta alldeles själv hos en människa som är döende och snart ska dö. Då är det lätt att tycka att praktiska uppgifter måste skötas” (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Vårdbiträdena menar att det är eftersträvansvärt att ett, för den döende välbekant vårdbiträde sitter vak och kan ge kroppslig beröring. Men rutinarbetet på boendet fungerar inte om en helt ”ny” person är i tjänst då varje avdelning har egna utarbetade rutinsystem. Den extrainkallade sitter hos den döende medan ordinarie vårdbiträde arbetar på boendet. ”Vi hinner knappt med alla arbetsuppgifter som ska göras varje dag med ordinarie personalstyrka, än mindre med vikarier” (vårdbiträde ålderdomshemmet).

Sammanfattningsvis talar arbetsledarna om det ideala extravaket som en, för den döende, känd person som har följe med den gamla den sista tiden i livet. Vårdbiträdena å sin sida poängterar detsamma, men vikten av att praktiska rutinarbetsuppgifter ”flyter” på avdelningen tycks ta över, i praktiken.

Dödens och döendets skeenden

Jag kommer här att försöka beskriva personalens föreställningar om de skeenden som är förknippade med de boendes döende och död. En gammal människa kan somna in lugnt och fridfullt och döden är väntad. Personalen beskriver denna död med ord som att det är inte bråttom längre, det gör inte ont. Denna död är en förväntad och önskvärd död som benämns som en god och värdig död. Men samtliga boendes död följer inte detta förlopp. Döendet och döden beskrivs då av personalen som ovärdig, vanvärdig, torftig, oväntad.

Det är inte döden som skrämmer de gamla som bor på ålderdomshemmet enligt personalen, utan snarare döendeprocessen med sina eventuella smärtor. Personalen är ense om att det för vissa av de boende är för snällt tilltaget med smärtstillande medel som morfin. Personalen poängterar vikten av att de gamlas döende är så smärtfritt som möjligt. ”De gamla får inte ha ont” (vårdbiträde ålderdomshemmet).

I den följande texten belyser jag hur personalen beskriver döendets och dödens olika skeenden. Jag har valt att benämna dessa olika skeenden och olika sätt att dö på samma sätt som personalen har gjort.

Döden kommer aldrig ensam

Blir det en så går det tre. Går det fyra så går sex. Det är ingen myt. Och det är det som är så konstigt. Döden kommer aldrig ensam. Döden kommer också olika under årets lopp. Det är under vår och höst som flertalet dör. Det är övergångarna som är värst, när våren blir till sommar och hösten övergår till vinter. Det är då många gamla inte orkar med längre (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Arbetsledarnas erfarenhet är att döden sällan kommer ensam. De visar mig statistik på att döden kommer i sällskap med sig själv. I vissa tidsperioder, som vår och höst, dör flera av de gamla ungefär samtidigt. När flera av de gamla dör inom en kort tidsperiod berövas en del av personalen sin möjlighet att förutsäga vardagsarbetet. Enligt arbetsledarna kan det upplevas som smärtsamt för personalen när flera av de boende dör under en kort tid. Det som tär på personalen, enligt arbetsledarna, är i första hand att de inte hinner sörja en boende innan en annan har flyttat in på vårdavdelningen. ”Det blir för många hej och hejdå” (arbetsledare, ålderdomshemmet).

Att leva på övertid

En av våra damer har levt ett och ett halvt år längre än vad både vi och hon har förväntat sig. För två år sedan renoverades avdelningen. Vi upplevde det svårt att behöva flytta på en boende som var så krasslig som hon var då. Men allt efterhand som tiden har gått har hon blivit piggare och piggare. Ett annat exempel är en man som kom hem från sjukhuset i avsikt att få dö hemma och i sin egen säng. Bland annat låg han i respirator. Det var mycket dividerande om vilka insatser som skulle sättas in. Läkarnas prognos i fråga om överlevnadstid var cirka en månad. Men han lever fortfarande, ett år efter sjukhusvistelsen. En av de boende upprepade ständigt frågan om vad för ont hon hade gjort ef-

tersom hennes Gud inte tog hem henne (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Liksom en del av de gamla själva på ålderdomshemmet väntar personalen ibland på att den gamla ska få dö på ett lugnt och fridfullt sätt, helst i sömnen. En död som inträffar i sömnen och som inte föregås av smärta är den död som personalen önskar för de boende. Det är när vårdbiträdena på ålderdomshemmet bedömer att den gamlas kropp är i sådant förfall att enbart väntan och lidande återstår som döden betraktas som en "befriare".

Döden blir aldrig rutin

Man vänjer sig aldrig. Det här blir aldrig rutin. Men man lär sig att med åren hantera känslor. Man lär sig att hantera reaktioner i kroppen; att hantera de anhöriga. Man blir lugn och hjälper de anhöriga. Men känslan inom sig vänjer man inte sig vid. Det är det definitiva slutet för en människa. Jag kan ha varit kontaktperson för den gamla under en period. På något sätt har vi kommit varandra nära. Och det är klart att man blir ledsen när hon dör. Ibland är det svårt när jag är ledsen och gråter och samtidigt ska jag vara den som tröstar de anhöriga (vårdbiträde, ålderdomshem).

Jag uppfattar att handlingar som riktas mot den döende och döda kroppen har sin utgångspunkt i ritualer. Personalen på gruppboenden och ålderdomshemmet beskriver att ritualhandlingar lärs in dels genom traditioner, dels genom erfarenheter. Detta leder till att handlingar riktade mot den döda kroppen utförs per automatik.

Vårdbiträdenas känslor efter att en boende har dött varierar. Emellanåt känns det som en lättnad när den gamlas lidande är slut. Personalen ger också uttryck för saknad och tomhet efter den gamla. Den gamla finns inte mer och det känns vemodigt. Saknaden och tomheten känns mer påtaglig för personalen då relationen mellan vårdbiträde och den boende har varit varm och nära. Vårdbiträdena känner sig inte ensamma i sin sorg då det finns arbetskamrater att prata med.

Den goda och värdiga döden

En mycket gammal man kom hem till äldreboendet från lasarettet för att dö. Han hade slutat äta. Han hade slutat med allt. Han sade nej till allt. Han kom hem för att dö. Det kommer att ta ett visst antal dagar. Det är uttalat. Vi satte inte in några extraresurser, ingen extra tillsyn. Det kändes bra att han fick dö här hemma och inte på lasarettet. Det är ingen som ska få ha ont. De ska inte behöva dö ensamma. Döendet ska vara värdigt (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Personalen på ålderdomshemmet beskrev flera olika exempel på en god och värdig död. En boende hade bott på ålderdomshemmet nästan ett år. Under denna tid tacklade hennes kropp av alltmer och det var svårt för personalen. Åldrandets olika skeenden övergick så småningom i ett döendeförlopp. Vårdbiträdet, som var hennes kontaktperson, kände sedan tidigare till vilka dikter som kvinnan hade föredragit i sitt liv. De sista timmarna i den gamlas liv satt vårdbiträdet hos henne och läste dessa dikter om och om igen, och kvinnan föreföll höra. Den döende kvinnan slappnade av. Slutligen dog hon genom att lugnt och fridfullt somna in.

Ett annat exempel är en man som hade druckit eftermiddagskaffe och då lagt sig för att vila. ”Till kvällsmaten kallade jag ut honom till matsalen. Han låg på sängen med båda händerna i fickorna och glasögonen på. Han låg alltid så när han sov. Han hade somnat in. Det var fridfullt. Jag ville inte ta ur händerna ur fickorna” (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Den typiska döden på ett äldreboende inträffar sällan hastigt. I de flesta fall har man god tid att förbereda sig. En del av de äldre, menar vårdbiträden på ålderdomshemmet, tar avsked av livet i samband med att de flyttar in på ålderdomshemmet. Det kan ske i tystnad men det händer att den gamla pratar med anhöriga och personal om sin nära förestående död. Denna död har personalen kontroll över, man hinner förbereda sig och man kan som personal möta den med hjälp av tidigare erfarenheter och beprövade rutiner.

Den oväntade döden

Personalen beskriver att de gamla ofta är dåliga under en längre tid och att döden därför inte kommer som en överraskning. Men personalens berättelser rymmer också att en boendes död kommer plötslig och utan förvar-

ning. Ett snabbt och oväntat dödsfall utlöser ibland känsllosamma reaktioner hos personalen. Ibland känner sig vårdbiträdet sviken av den gamla som dog helt plötsligt. ”En dam kände sig trött på morgonen. Vi lade henne efter toalettbesöket. Hon sa att hon inte orkade mer. Sedan somnade hon in. Hon dog istället för att gå upp och äta frukost. Hennes liv slutade där. Det var inte väntat. Hennes kropp orkade inte mer” (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Det finns också tillfällen då vårdbiträden känner skuld då den gamla dör under arbetsfri tid. ”Under en period bodde här en mycket speciell dam. Hon drog sig inte för att ta tåget till Malmö iklädd minkpäls, röda naglar och diamanter. Den dag som jag kom till arbetet och fick höra av mina arbetskamrater att hon dött glömmar jag aldrig. Jag grät under hela dagen. Hon och jag hade en mycket speciell relation som också respekterades av mina arbetskamrater” (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Saknaden och sorgen upplevs starkare när vårdbiträdet haft en mer personlig relation till de döda. Personalen pratar införstått i termer av ”favoritgamlingar” som jag tolkar som ett sätt att beskriva en relation till en gammal människa där både vårdbiträdet och den gamla är känslomässigt involverade.

Den vanvördiga döden

Den döende ligger och allt är lugnt och fridfullt. Då börjar den döende att tömma sig genom både mun och där bak (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Personalen är av den uppfattningen att de anhöriga inte alltid känner till att döden kan innehålla kroppstömningar. Personalen känner medlidande med de anhöriga eftersom de tror att de kommer att minnas just detta, att det rinner i hela sängen. Det finns anhöriga som försöker förbereda sig för sina anhörigas död, exempelvis genom att gå i samtalsbehandling. När döendet blir utan kontroll och kroppsöppningarna öppnar sig beskriver personalen svårigheter. Den föreställda ordningen omkring döden som lugn och fridfull då den gamla somnar in går inte att upprätthålla. I och för sig kan mycket hända som går utanför äldreboendenas ramar, men den död som personalen på ålderdomshemmet betecknar som den vanvördiga väcker nästintill maktlöshet. ”Det förstör så mycket” (vårdbiträde, ålderdomshemmet). Detta döendeförlopp beskrivs som förknippat med att all

värdighet är fråntagen både den döende och deras anhöriga. Kontrollen över livet och kroppen går inte längre, för någon, att upprätthålla.

Den torftiga döden

En äldre dam flyttade in på ålderdomshemmet. Redan efter några timmar dog hon, ensam på sitt rum. Vi i personalen hade inte fått någon kontakt med henne. Vi visste inte vem hon var (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Vårdbiträdena på ålderdomshemmet ger uttryck för önskan att den gamla ska få ett slut där hon har sällskap av antingen en anhörig eller personal. Denna önskan tycks inte ha med ålderdomshemmet som plats att göra. Den gamla och inte någon människa överhuvudtaget ska få dö ensam, enligt personalen. Det tycks handla om en mänsklig önskan att få dö, inte ensam, utan i sällskap med en annan människa.

Äldreboende – "dödens väntrum"

Dagens ideologi förespråkar vård i hemmet med alla tillgängliga insatser framför institutionsboende. När en äldre människa flyttar in på äldreboendet är förutsättningen att den gamla inte längre kan bo kvar hemma d.v.s. att de insatser som finns tillgängliga från hemtjänsten och andra inte längre är tillräckliga. Det har fått till följd att äldreinstitutioner är ett boende i livets slutskede.

Äldreboendena som för flertalet av de boende är deras sista hem i livet är också en arbetsplats för vårdbiträdena. Ålderdomshemmets geografiska läge är mittemellan två kyrkogårdar. Arbetsledarna på ålderdomshemmet uttrycker emellertid med eftertryck att äldreboende inte är en plats där de boende väntar på döden. Istället fokuseras på det friska och att varje ny dag levs i nuet. Ålderdomshemmet är en plats där de gamla ska väckas, tas upp, tvättas, kläs på, äta sina måltider, läggas. Men det är också en plats där vardagliga aktiviteter som att gå till frisör, gå till tandläkare, gå till läkare, gå till arbetsterapeut, göra utflykter och spela bingo äger rum. Den död som eftersträvas för de gamla är, säger arbetsledarna, den som sker "mitt i steget".

Arbetsledarnas mening är att personalens omvårdnad bör ha fokus på de kroppsliga och mentala funktioner som de boende fortfarande har i behåll och inte på den förestående döden.

Vårdbiträderna på ålderdomshemmet är däremot överens om att deras arbetsplats är att betrakta som dödens väntrum för de gamla då de har sin sista boplats där. Personalen menar att både de själva, de gamla och deras anhöriga är medvetna om dödens närhet men ingen av parterna uttalar detta.

Under gruppintervjuerna med vårdbiträden benämns ålderdomshemmet som "vår tid ättestupa". Bland vårdbiträderna finns uppfattningen att äldreomsorgen inte är värdig på grund av dels resursbrist, dels synen på de gamla. Idealen om en äldreomsorg med goda resurser står i motsats till den krassa ekonomiska verklighet som styr. Några av vårdbiträderna menar att ett hopp från ett berg är att föredra framför att bo sin sista tid i livet på ett äldreboende. "Det känns konstigt att inte själv som gammal vilja bo där man jobbar och försöker ta hand om de gamla på bästa sätt" (vårdbiträde, ålderdomshemmet).

Äldreboendena är platser som innehåller många olika människors motsägelsefulla behov; de gamla som lever där, vårdbiträderna som arbetar där, arbetsledarna som leder och fördelar personalens arbete och de anhöriga som besöker de gamla (Whitaker 2004).

Sammanfattande reflexioner

Jag uppfattar platserna gruppboende och ålderdomshem som "dödens väntrum" där ibland både de gamla, deras anhöriga och personalen väntar på att döden ska komma som en befriare från ett liv som inte längre är värdigt, samtidigt som de gamlas vardagsliv och personalens arbetsliv fortgår. Personalen uttrycker att de det är "naturligt" att de gamla lever sina liv och väntar på döden på en och samma gång. När döendet och döden inträffar kantas detta av ritualer och ceremonier som i sin tur hjälper till att behålla ordningen i vardagen.

Arbetsledarna på ålderdomshemmet beskriver att både anhöriga och personal förespråkar medicinsk vård för att den gamla ska hållas vid liv. Vårdbiträderna står ibland inför beslut kring att söka medicinsk hjälp eller ge omsorg till de gamla. Vårdbiträden söker, som jag uppfattar det, dels smärtlindring för de gamla dels ansvarsbefrielse att handla "rätt" (jfr Silf-

verberg 1996). För de anhörigas del, tror arbetsledarna, är skuld känslan framträdande. Genom att framhärda i att den gamlas sista tid i livet bör förlängas, vill anhöriga bidra till en ”värdig död”, utifrån idén att alla tillgängliga medicinska resurser sätts in.

En föreställning om att de gamlas sista tid i livet, döendet och döden bör vara värdigt är genomgående hos både vårdbiträdena och arbetsledarna (jfr Whitaker 2004). Framförallt arbetsledarna påpekar vikten av att de gamlas vardagsliv innehåller aktiviteter som förhindrar att deras sista tid i livet blir en meningslös väntan på döden. ”Döden kan komma när som helst. Därför är varje dag en ny dag i livet” (arbetsledare, ålderdomshemmet).

I nästa kapitel återvänder jag till den vanliga vardagen och dess rutiner, då de inte avbryts av döden.

8. Avslutande reflexioner

I denna studie har jag försökt att visa rutiners och ritualers funktion i vårdbiträdenas arbete på äldreboende. Mer specifikt har jag inriktat mig på hur personalen beskriver sitt arbetet utifrån dess närhet till åldrandets skröplighet, döendet och dödens närvaro. Det visade sig att döden upplevdes och hanterades som en del av vardagsarbetet, med sina rutiner och ritualer. Jag koncentrerar mig här på rutinernas funktion som mental avskärmare. Jag har också använt Goffmans begrepp (2006) hänsynsfull ouppmärksamhet för att visa på hur vårdbiträdena förhåller sig till de gamla då de utför sina rutiner. I de flesta yrken finns både avskärmare och bakre regioner (jfr Goffman 2006). Men vårdbiträdena på gruppboendena för äldre demenssjuka saknade både avskärmare och ett personalrum att dra sig tillbaka till på raster eller för att utföra administrativa arbetsuppgifter. Ideologin förespråkar att det ska vara så hemligt för de gamla som möjligt. Men samtidigt som äldreboendet är gamla människors hem så är det personalens arbetsplats. Jag har tolkat det så att vårdbiträden, i avsaknad av varseblivningsbarriärer och "bakre regioner" skapade sig mentala avskärmare och även fysiska rum att dra sig tillbaka till.

Goffman (1963) beskriver offentliga platser som kommunikativa trafikplatser vilka regleras av sociala etikettsregler. Begreppet taktfull eller hänsynsfull ouppmärksamhet ingår i dramaturgisk disciplin som innehåller att "den agerande skenbart är fördjupad i och uppslukad av den roll han spelar och av allt att döma spontant går upp i sin aktivitet, måste han icke desto mindre ha en känslomässig distans till sitt framträdande på ett sätt som ger honom fria händer att ta itu med oförutsedda dramaturgiska inslag allteftersom de uppkommer" (Goffman 2006, s 188).

I kapitlet om "rutiner och vanor" ville jag tydliggöra hur personalen på äldreboende försöker upprätthålla illusionen om vardagens förutsägbarhet; praktiska arbetsuppgifter utförs enligt fastställda scheman och vårdbiträdena upplever säkerhet och kompetens i detta arbete. Hänsynsfull ouppmärksamhet kan uppfylla två funktioner: dels att "se" den gamla utan att kränka henne i hennes hjälplöshet, dels vara en mental avskärmare, en försvarsstrategi gentemot "varseblivningsbruset" på äldreboendena (jfr Goffman 2006).

I detta avslutande kapitel vill jag föra in en glimt av vilken betydelse avskärmare och bakre regioner kan ha i ett annat arbete där man också ständigt har andra människor omkring sig, människor som ställer krav på ens uppmärksamhet.

Ur en bartenders berättelse

En doktorandkurs i kvalitativ metod och analys gav mig möjlighet undersöka sociala samspelsregler på offentliga platser som Pressbyrå och en bar (Strid 2003). Jag lutar mig här mot en intervju jag gjorde med en bartender. Bartenderns beskrivning av interaktionen mellan honom och bargästerna skiftar beroende på om det var en arbetskväll mitt i veckan eller en helgkväll han talade om. En generaliserande beskrivning av interaktionen en vardagskväll innehåller en högre grad av både hänsynsfullhet och uppmärksamhet. Bargästerna är färre till antalet och mindre berusade en kväll mitt i veckan vilket i sin tur gör att bartendern visar ett visst mått av känslomässigt engagemang i gästen. I varje dialog med en bargäst försöker han definiera ett visst ämne som leder till ett ömsesidigt utbyte. "Först måste jag avgöra om den här gästen vill prata eller inte prata. Det kollar jag genom att slänga ut en någon kommentar. Får jag inget riktigt svar så vet jag att den här gästen vill sitta för sig själv. Men om gästen svarar så gäller det att vara följsam och försöka svara som gästen vill". Samtidigt finns det gäster som inte har för avsikt att kommunicera vilket är lika centralt för bartendern att avläsa. Interaktionen en vardagskväll, enligt bartendern, kännetecknas av hänsynsfullhet och uppmärksamhet. Att stå bakom bardisken och samtidigt stå högre än gästen underlättar och hjälper till att sortera i allt varseblivningsbrus.

Fredags- och lördagskvällar präglas av dels betydligt fler gäster dels en högre grad av berusning hos dessa. Under en helgkväll uppstår inga egentliga möten mellan bartender och gäst. I första hand handlar arbetet om att servera öl i den takt som gästen önskar. Arbetet under helgkvällar upplevs inte som känslomässigt krävande. "Festandet står gästerna själva för". Hänsynsfull uppmärksamhet visar sig i att bartendern uppfattar beställningen, ser till att den levereras så snabbt som möjligt men han är under interaktionen inte uppmärksam på vem individen är. I syfte att exemplifiera detta berättar bartendern om gäster som ser sig som stamgäster, då de besöker baren så gott som varje helgkväll, men som bartender inte ens känner igen till utseendet. Bartenderarbete en helgkväll är företrädesvis

rutiniserat; servera alkohol på ett så snabbt sätt som möjligt utan att interagera med gästerna, förutom att ta emot beställning.

Bartendern talar om bardisken på ett sätt som svarar väl mot Goffmans begrepp avskärmare:

Bardisken den är verkligen som en mur, en skyddsmur. Gud nåde den gäst som tar sig bakom disken. När jag kommer ut och ställer mig vid ett av borden känns det både osäkert och naket. Kockarnas mur är luckan där maten går ut. Men då är det arbetskolleger som är på andra sidan muren. Kockarna tycker att vi bara blandar en grogg, och hur svårt är det? Men vi tycker att vårt svåra jobb är mötet med gästen. Kockarna tycker att de skapar mycket mer. De kallar oss kameler för att vi bara bär.

Bardisken i sig, med dess uppbyggnad, tycks således ha stor betydelse för att kunna sortera och skärma av varseblivningsbruset i baren. Kockarna, vars arbetsplats är köket, står i förbindelse med serveringspersonalen med hjälp av en "matlucka". Enligt bartendern underlättar detta för kockarna att säga nej till gästernas olika önskemål, eftersom de inte behöver möta dem. Bartendern eller servitören däremot är de som bargästerna ställer krav på och önskar få uppmärksamhet av.

Bardisk och "matlucka" ger också en definition av yrket. "Matluckan" skiljer en kock både från servitör och gäst medan bardisken skiljer gästen från bartender. Bardisken är upphöjd varför bartendern står högre än bargästen. Den säkerhet som bartendern erfar bakom disken minskar när han lämnar disken för att servera vid ett bord. Bardisken får ett dubbelt symboliskt meningsinnehåll genom att vara både avskärmare och rolldefinierare (Goffman 1963, Mead 1934/1967). Bardisken och "matluckan" definierar jag som fasta avskärmare vilka i sin tur är både en konstruktion som bestämmer roller, yrkesroll och bargäst, och en barriär för det offentliga bruset (jfr Goffman 1963).

Avskärmare – behövs det?

På de båda gruppboendena har vårdbiträdena inget " eget " personalrum dit de kan dra sig tillbaka för att uträtta administrativa uppgifter som att ringa arbetssamtal eller helt enkelt koppla av. Ulla Melin Emilsson (1998) skriver att personalen på de tre gruppboenden för äldre demenssjuka som hon har studerat innehåller personalutrymmen men att dessa inte används av

vårdbiträdena för rast eller vila. Vårdbiträdena lämnar ytterst sällan gruppboendet för rast som exempelvis middag. De pedagogiska måltiderna definieras som ett aktivitetsinslag varför personalen intar samtliga måltider tillsammans med de gamla.

Jag kan under mina observationer på gruppboendena inte iaktta några fasta avskärmare. Det som Goffman benämner bakre regioner, dit personalen kan dra sig tillbaka från det professionella rummet för att koppla av på raster, existerar inte heller. Vårdbiträdena skapar mentala avskärmare eller tillfälliga bakre regioner. De ser till att få ett "boendefritt" kök, sitter i ett av de gamlas egna rum då den gamla inte för ögonblicket befinner sig där eller ligger och sover i sin säng.

Mitt antagande är att rutiner på motsvarande sätt kan ha en funktion som mental avskärmare genom att handlingar utförs med ryggmärken och inte kräver på någon reflexion (jfr Goffman 2006). Eller annorlunda uttryckt: Bartendern skyddar sig från varseblivningsbruset genom att stå bakom bardisken på ett upphöjt trappsteg medan vårdbiträdet skapar sina "egna" utrymmen i gruppboendets kök och i den gamlas egna rum eller mentala avskärmare genom att stänga in sig i sina rutiner och inte höra eller se mer än vad en vänlig nick kräver.

Den sociala handlingens innehåll och innebörd är naturligtvis olika mellan bartendern och bargästen respektive vårdbiträdet och den gamla. Hur individer handlar är beroende av hur andra handlar och av föreställningar om vad de kan tänkas komma att göra. Följden blir att människor som interagerar med varandra skapar den sociala verklighet de lever och arbetar i. Samtidigt konstruerar människor olika föreställningar om denna sociala verklighet. Sociala aktörer som vårdbiträden och bartendern kan inte göra vad som helst, hur som helst eller när som helst. De agerar inom redan givna och mer eller mindre seglivade sociala etikettsregler för samspel (Goffman 1963).

Baren är en offentlig plats där bartendern och bargästen mer eller mindre är okända för varandra. De sociala aktörerna följer sociala etikettsregler som råder för den specifika situationen. På äldreboendet är inte den gamla okänd för vårdbiträdet. Men för den gamla och dementa är vårdbiträdet ofta okänd i den meningen att hon inte är igenkänd. Demensen som leder till att minnesfunktionerna inte längre är i behåll kan också leda till att sociala regler för samspel är bortglömda.

Personalen försöker upprätthålla etikettsregler vid matbordet genom pedagogiska måltider. Men de gamla som inte alltid minns har svårt att följa reglerna.

Personalen på gruppboendena skapar sig mentala avskärmare dels genom rutiner dels genom att göra rum fria från de gamla eftersom det saknas personalrum, bakre regioner dit de kan dra sig tillbaka. Personalen försöker etablera ett " eget " utrymme på gruppboendena, som de gamla och dementa har svårt att begripa och urskilja. Under mina observationer fanns det tillfällen då de gamla inte visste var de befanns sig, än mindre kunde förstå var de skulle befinna sig på gruppboendet.

Avslutande kommentar

I vardagsarbetet beskriver vårdbiträdena en säkerhet när rutinerna går att följa. Vardagsarbetet blir förutsägbart eftersom arbetspasset är inrutat enligt ett sedan tidigare fastställt schema. Arbetsuppgifter kring en döende och död gammal människa är också inramat med rutiner och ritualer, som är givna i sitt sociala sammanhang. Att personalen känner sig säkra när rutiner följs kan jämföras med bartenderens säkerhet bakom bardisken.

När rutinerna fyller en funktion av mentala avskärmare och hjälper personalen att hålla "bruset" från de gamla ifrån sig kan de legitimt visa de gamla en viss ouppmärksamhet då arbetet måste göras. Ouppmärksamheten från personalens sida kan beskrivas som hänsynsfull genom ge den gamla en vänlig nick utan att gå in i en mer krävande kommunikation.

Men när vårdbiträdet i stunden ska avgöra om hon ska berätta för en dement dam att hennes man är död eller inte, inträder en viss osäkerhet. En osäkerhet som också uttrycks när vårdbiträdet överväger med sig själv om en avledningsmanöver i förhållande till en dement gör henne lugn. När vårdbiträdet handlar "bortom" rutinerna tycker jag mig se ett behov av en arena för reflekterande kring både upplevelse av osäkerhet och vad som kan vara rimliga handlingsalternativ.

Under arbetet med den här studien har jag börjat fundera över gruppboendets ideologi som säger att boendet för de gamla ska vara så hemligt som möjligt. En av följderna är att de två gruppboenden som jag har studerat är utformade på så sätt att samtliga utrymmen är gemensamma för de gamla och för personalen. Personalrum och tjänsterum saknas vilket får till följd att personalen saknar utrymmen dit de kan dra sig tillbaka för att utföra administrativa uppgifter, bara vila huvudet och känslorna en stund

eller reflektera och kanske tillsammans med arbetskamrater fundera över "rätt och fel" i det som inträffar utanför rutinuppgifterna. Till mina iakttagelser hörde att vårdbiträdena skapade sig "eget" utrymme och mentala avskärmare. Vad jag kan förstå kan sådana "i smyg" skapade egna utrymmen leda till osäkerhet hos personalen. Personalen uttrycker att de utför samtliga rutinarbetsuppgifter under förmiddagen för att efter lunch kunna sätta sig vid köksbordet i gruppboendets kök, dricka lite kaffe och småprata. Men de poängterar att de dessförinnan utfört samtliga för dagen inplanerade arbetsuppgifter. Detta kan möjligen tolkas som dåligt samvete för att de tar sig en stunds avkoppling, i varje fall något som får ursäktas.

Vad jag har sett under framförallt mina observationer är ett arbete som är synnerligen påfrestande, både det fysiska arbetet och inte minst detta att svara på upprepade frågor sprungna ur en annan verklighetsupplevelse än ens egen. Många av oss skulle inte fullt ut orka engagera sig med alla sinnen under en hel arbetsdag utan att dra oss tillbaka till en bakre region. Hur kan det komma sig att man, för detta arbete, ideologiskt och arkitektoniskt, inte byggt utrymmen för legitim vila och avskärmning samt gemensam reflexion över sådant som erfars som svårhanterligt. Någon form av erkänd rätt att för en stund avskärma sig från "bruset" på ett gruppboende förefaller mig närmast nödvändigt för att orka vara närvarande i mötet med de gamla och dementa. Det förundrar mig att avskärmare och bakre regioner, som byggts in i de flesta andra service- och vårdyrken har byggts bort i arkitekturen och ideologin på gruppboende för äldre och demenssjuka. Argument för detta förhållande är inte synliga i diskussionen om en "god äldreomsorg", med dess ideologi om hemlighet.

Summary

This study is based mainly on observations and interviews made on two occasions with nursing assistants employed at two group facilities for elderly dementia patients. The two observations and interviews were held one year apart, before and after a project that included regular coaching of supervisors and nursing assistants. My task in the project was to observe the day to day work at these two facilities and to interview the nursing assistants involved in the project. I interviewed 12 assistants, 8 of them on two occasions. In a supplementary study, that was part of another research project at another special facility for the elderly, I have carried out group interviews on two occasions with two supervisors and four nursing assistants. The questions used in the later study are the result of questions raised by the first project and were especially concerned with how being close to death affects the staff and their daily work.

The aim has been an attempt to describe and illustrate the daily work practice of the nursing assistants at a special facility for the aged. Questions that assisted me in formulating the material were 1) what function do working routines have for the staff, 2) what is the relationship between working routines and the habits of the aged and 3) what is the relationship between the work of the assistants and the frailty, the dying process and the death of the aged?

Apart from a description of the daily routines based on empirical studies, the report contains a history of the attitudes to ageing, the dying process and to death, as well as a summary of existing, relevant and closely related research.

A first attempt to summarise my interpretations and conclusions from the empirical studies went like this:

- The function of routines is, among other things, to maintain an illusion of predictability
- Routines also function to give a feeling of security at work
- The dying process in this context forms a natural part of daily work.

That which challenged my preconceptions most was probably the fact that the dying process and death, together with their rituals and ceremonies, were perceived and dealt with as part of everyday work and that death itself was one of the least troublesome aspects of this work. Those situations that made the staff feel most unsure and caused them to question what is “right or wrong” were encounters with aged dementia patients outside of their normal work routines, when they were hesitant about whether or not to correct or accept the patients’ perceptions of reality, whether they should use methods of distraction or just answer the patients’ repeated questions honestly and thus causing grief and sorrow over and over again, when telling them for example, that their husband or mother was dead.

In the remainder of the analysis I have focused on trying to understand the role of routines according to Goffman’s concept of ‘barriers to perception’ (1963). Group living is, for ideological reasons, architectonically formed to afford no space for staff or, according to Goffman’s concept of ‘backstage’, somewhere staff can retire for a break, rest or reflection.

I consider working with the aged, dementia patients that I have studied to be an extremely demanding job and I am surprised that screens and backstage areas, that exist in most other service and care facilities, are absent in this case. Many of us would be unable to cope with involving all our senses for a whole working day. I have seen staff creating their ‘own’ space surreptitiously and heard them make excuses to get a moment alone in the temporarily “free from patients” common kitchen, stating that all necessary chores were done for the moment. An officially recognised right to escape for a while from the ‘disturbances’ of a group living facility is nonexistent at these workplaces and I suspect there is a twinge of bad conscience, or at least something that must be justified when retreating for a moment.

My interpretation of the function of routine tasks is that they can be seen as a kind of mental screen, you can “shut yourself in” with the necessary tasks and justifiably be inattentive towards the elderly, because of the tasks that must be done. This inattentiveness can often be seen as showing consideration, when a friendly nod is given without participating in a more demanding communications scenario.

Group living for dementia patients is based on an ideology of likening the home, where neither backstage regions nor “barriers to perception” are catered for. A question that I cannot answer concerns what the conse-

quences are when the staff somewhat on the sly and maybe feeling it to be illicit, find a place to hide themselves. However, I find the question very interesting.

Translated by Malcolm Webber

Referenser

- Abel E. & Nelson, M. (1990) Circles of Care: an Introductory Essay. I samma författare (red.) *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. New York: State University of New York Press.
- Annerstedt, L. (1995) *On Group-Living Care for Demented Elderly. experiences from the Malmö Model*. Institutionerna för klinisk samhällsmedicin och geriatrisk psykiatri, Lunds Universitet (Akad avh).
- Ariès, P. (1978) *Döden. Föreställningar och seder i Västerlandet från medeltiden till våra dagar*. Stockholm: Tiden.
- Astvik, V. (2003) *Relationer samarbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Stockholm: Arbetslivsinstitut nr 2003:8
- Baudrillard, J. (1993) *Symbolic Exchange and Death*. London: Sage.
- Bauman, Z. (1989) *Auschwitz och det moderna samhället*. Göteborg. Daidalos.
- Bauman, Z (1992) *Döden och odödligheten i det moderna samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Borell, L. (1992) *The Activity Life of Persons with a Dementia Disease*. Karolinska institutet, Stockholm (Akad avh).
- De Beauvoir, S. (1970) *Ålderdomen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Bengtson, G. (1985) Vad vet vi om äldres liv och omsorgsarbetets villkor. *En översiktlig inventering inom FoU-området Äldre*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsbyrån.
- Blau, P.M. (1964) *Exchange and Power in Social Life*. New York: Wiley.
- Bloch, O. (1904) *Döden. Populär framställning*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Clarke, D. & Seymour, J. (1999) *Reflections on Palliative Care*. Buckingham: Open University Press.
- Bondevik, M. (1994) Historical, Cross-cultural, Biological and Psychosocial Perspectives of Ageing and the Aged Person. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 8, 67-74.
- Charon, J. M. (1998) *Symbolic Interactionism. An Introduction, an Interpretation, an Integration*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Cumming, E. m fl (1960) Disengagement – a Tentative Theory of Aging. *Sociometry* 23:23-35.

- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961) *Growing Old: the Processes of disengagement*. New York: Basic books.
- Daatland, SO. (red.) (1997) *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-1995*. Oslo: Nova.
- Denzin, NK. (1989) *The Research Act: a Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Dowd, J.J. (1975) Aging as Exchange: A Preface to theory. *Journal of Gerontology* 30:584-594.
- Dowd, J.J. (1986) The Old Person a Stranger. I Marshall, W.W. (red.) *Later Life: The social Psychology of Aging*. Beverly Hills, California: Sage.
- Edebalk, P-G. (1990) *Hemmaboendeideologins genombrott – åldrvård och socialpolitik 1945-1965*. Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Edebalk, P-G. (1991) *Drömmen om ålderdomshemmet. Åldrvård och socialpolitik*. Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Edebalk, P G. & Lindgren B. (1996) Från bortauktionering till köp-sälj-system. Svensk äldreomsorg under 1900-talet. I Eliasson, R. (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Elias, N. (1985) *The Loneliness of the Dying*. Oxford: Blackwell.
- Eliasson, R. (1992) Omsorg och rationalitet. I Eliasson, R. (red.). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Lund: Arkiv.
- Eliasson-Lappalainen, R. Szebehely, M. (1998) (red.) *Vad förgår och vad består? En antologi om äldreomsorg, kvinnsyn och socialpolitik*. Lund: Arkiv.
- Eliasson-Lappalainen R. m.fl. (2005) Perspektiv i forskning om äldreomsorg – Personliga tillbakablickar samt trender i akademiska avhandlingar 1995-2004. I Szebehely M. (red.) *Äldreomsorgsforskning I Norden. En kunskapsöversikt*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Emanuelsson Blanck, A. (1992) *Forskning om kvinnliga yrken inom vård och omsorg*. Uppsala: Forum för forskning om arbetsliv och arbetsmarknad.
- Erikson, E. H. (1985) *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fahlström, G. (1999) *Ytterst i organisationen. Om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg*. Uppsala: Uppsala universitet, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap (Akad avh).

- Feigenberg, L. (1977) *Terminalvård. En metod för psykologisk vård av döende cancerpatienter*. Lund: Liber läromedel (Akad avh).
- Ferguson, K. (1984) *The Feminist Cause against Bureaucracy*. Philadelphia: Temple University Press.
- Foucault, M. (1983) *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Stockholm: Arkiv.
- Franssén, A. (1997) *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv (Akad avh).
- Gaunt, D. (1983) *Familjeliv i Norden*. Malmö: Gidlunds.
- Gaunt, D. & Öhlander, M. & Schwarz R. (1994) *Demensvård. En forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1965) *Awareness of Dying*. New York: Aldline.
- Giddens, A. (1999) *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos.
- Goffman, E. (1963) *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*. London: Free Press of Glencoe: Collier-Macmillan
- Goffman, E. (1983) *Totala institutioner: Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Goffman, E. (2006) *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts Akademiska förlag.
- Gubrium, JF. (1993) *Speaking of Life: Horizons of Meaning for Nursing Home Residents*. New York: Aldline de Gruyter.
- Gubrium, JF. (1997) *Living and Dying at Murray Manor*. Charlottesville: University Press.
- Imhof, A. (1988) *Die Lebenszeit: vom aufgeschobenen Tod von der Kunst des Lebens*. München: Beck.
- Ingvad, B. (2003) *Omsorg och relationer. Om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan (Akad avh).
- James, N. (1989) Emotional Labour: skill and Work in Social Regulation of Feelings. I *Sociology Review*, 37, 15-42.
- James, N. (1992a) Care=Organization+Emotional Labour. I *Sociology of Health and Illness*, 14(4), 488-509.
- James, N. (1992b) Care, Work and Carework: A Synthesis? I Robinson, Gray & Elkan (red.) *Policy Issues in Nursing*. Buckingham: Open University Press.
- Johansson, S. (2001) *Den sociala omsorgens akademisering*. Stockholm: Liber förlag.

- Jönson, H. (2001) *Det moderna åldrandet. Pensionärsorganisationernas bilder av äldre 1941-1995*. Socialhögskolan, Lunds universitet (Akad avh).
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.
- Liveng, A. (2007) *Omsorgsarbejde, subjektivitet og laering. Social- og sundhedshjaelperelevens orientering mod omsrgsarbejdet og deres møde med arbejdets laeringsrum*. Roskilde: Roskilde Universitet (Akad avh).
- Lo-Johansson, I. (1987) *Ålderdoms-Sverige. En stridskrift*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Magnússon, F. (1996a) *Janusansiktet*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Magnússon, F. (1996b) När syster kommer med medicinen. I Eliasson, R. (red.). *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, J. (2000) *Traditionellt, modernt och postmodernt kring döden*. Lund: Studentlitteratur.
- Mead, G.H. (1995) *Medvetandet, Jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos förlag.
- Melin Emilsson, U. (1998) *Vardag i olika världar. Om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. Lund: Arkiv (Akad avh).
- Melin Emilsson, U. (2004a) *Handledning och lärande – i äldreomsorgens vardag*. Lund: Studentlitteratur.
- Melin Emilsson, U. (2004b) Gruppboende för dementa – en omsorgsform eller ett begrepp i försvinnande. *Socialvetenskaplig tidskrift*. Vol. 11, nr 3-4, 252-274.
- Nilsson-Motevasel, I. (2000) *Män, kvinnor & omsorg. En studie av omsorg som begrepp och handling i mans- och kvinnodominerade yrken*. Meddelanden från Socialhögskolan 2000:5. Lunds universitet, Socialhögskolan (akad avh).
- Nilsson K. & Sunesson, S. (1988) *Konflikt, kontroll, expertis: att använda social forskning*. Lund: Arkiv.
- Nordström, M. (1998) *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation*. Göteborg: Göteborgs universitet, sociologiska institutionen (Akad avh).
- Odén, B. (1983) *Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden*. Del 2: Probleminventeringar. Stockholm: Liber förlag.

- Odén, B. (1985) Åldrandet och kulturen. Rapport från ett seminarium i Lund 23 september 1983. Odén, B. (red.) *Projektet Äldre i samhället-förr, nu och i framtiden*. Uppsala: Sociologiska institutionen.
- Odén, B. (1993) *Att åldras i Sverige*. Stockholm: Natur och kultur.
- Olsson, E. (1988) *Förändring och konflikt. Om mellanmänskliga processer i en vårdorganisation*. Lund. Studentlitteratur (Akad avh).
- Olsson, E. (1998) *På spaning efter gruppens själ. Gruppen i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, MQ, (1987) *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Qvarnström, U. (1993) *Vår död*. Stockholm: Almqvist Wiksell (Akad avh).
- Raunkiaer, M. (2007) *At vare døende hjemme – hverdagsliv og idealer*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan (Akad avh).
- Rolf, B. (1991) *Profession, tradition och tyst kunskap.: En studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Nora: Nya Doxa.
- Ryle, G. (1963) *The Concept of Mind*. Harmondsworth: Penguin.
- Seale, C. (1990) Caring for People who Die: The Experience of Family and Friends. *Aging and Society*, 10, 423-428.
- Sellerberg, A-M. (1986) Långvården idag – och en sociologisk klassiker. *Tvärsnitt. Humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. 1, 36-41.
- Sellerberg, A-M. (1994) *A Blend of Contradictions. Georg Simmel in Theory and Practice*. Transaction Publishers, New Brunswick.
- Sellerberg, A-M. (2004) "Maktens subtilitet" I Jönson, H red. *En kompanjonbok till forskningsetik och perspektivval*. Lund: studentlitteratur.
- Silfverberg, G. (1996) *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik och praktik*. Nora: Nya Doxa (Akad avh).
- Simonen, L. (1990) *Contradictions of the Welfare State, women and caring: Municipal Homemaking in Finland*. Tampere: University of Tampere, social Policy (Akad avh).
- Socialstyrelsen (2001) *Vad är särskilt I särskilt boende? – En kartläggning*.
- Strid, A-L. (2003) *Den sociala interaktionens symboliska meningsinnehåll*. Lund: socialhögskolan (Stencil).
- Szebehely, M, (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv. (Akad avh)

- Szebehely, M. (1996) Om omsorg och omsorgsforskning. I Eliasson, R. (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Szebehely, M. (2005) Äldreomsorgens i Norden – verksamheter, forskning och statistik. I Szebehely, M. (red.) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Thomas, A. (1986) *Vardagsvanor och ritualer. Om några gamla människors möte med hemservice*. FoU-rapport nr 52. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Thorslund, M. & Larsson, K. (2002) *En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stockholm: Stockholms läns äldrecentrum.
- Thulin, A-B. (1987) *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. FoU-rapport nr 80. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Tornstam, L. (1982) Åldrandet i utbytesteoretiskt perspektiv. I Tornstam, L. & Odén, B. Svanborg, A. (red.). *Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden. Del 1: Teorier och forskningsansatser*. Stockholm: Liber.
- Tornstam, L. (1988) *Ensamhetens ansikten; En studie av ensamhetsupplevelser hos svenskar 15-80 år*. Uppsala: Sociologiska institutionen.
- Tornstam, L. (2005) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Trydegård, G. (1996) Från kommandora till driftchef. En yrkesrolls historia i den sociala omsorgen. I Eliasson, R. (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Walter, T. (1996) Facing Death Without tradition. I Howarth, G. & Jupp, P. (eds.). *Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal*. London: Macmillan Press.
- Waerness, K. (1982) *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma.
- Waerness, K. (1996) "Omsorgsrationalitet". Reflexioner över ett begrepps karriär. I Eliasson R. (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Weisman, AD. (1975) Thanatology. I Freedman, A. & Kaplan, HA.. & Sadock, BJ. (red.) *Psychiatry and Other Specialities*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Whitaker, A. (2004) *Livets sista boning – anhörigskap, åldrande och död på sjukhem*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan (Akad avh).

- Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Zingmark, D. (1991) *Att ha blick för... Kunskapsbehov hos vårdbiträden för att tillgodose omsorg*. Studier i socialt arbete, Umeå universitet, nr 13 (Lic uppsats).
- Åman, A. (1976) Om den offentliga vården: byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen: En arkitekturhistorisk undersökning, *Stockholm: Liber förlag*.
- Åhrén Snickare, E. (2002) *Döden, kroppen och moderniteten*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Öhlander, M. (1991) *Engagerad distans. En studie av vårdbiträdens relation till pensionärer i ett servicehus*. FoU-rapport 1991:3. Stockholm: Stockholms socialförvaltning, Forsknings- och utvecklingsbyrån.
- Öhlander, M. (1993a) Gammal utan ålderdom. I Nord Nytt. *Nordisk tidskrift för folkelivsforskning*: 49.
- Öhlander, M. (1993b) De gamla barnen – infantiliseringen av äldre. I Nord Nytt *Nordisk tidskrift för folkelivsforskning*: 52.
- Öhlander, M. (1999) *Skör verklighet. En etnologisk studie av demensvård i gruppboende*. Lund: Studentlitteratur.