



CareSam

Åldrande och utmaningar i Öresundsregionen - Att arbeta med äldre i Sverige och Danmark

Red.
Finnur Magnússon
Jonas Christensen
Anne Liveng

© Copyright Finnur Magnússon, Jonas Christensen, Anne Liveng, Linda Bengtsson, Tine Fristrup, Jessica Hall, Anne Lise Hansen, Tove Harnett, Anette Olsson, Margareta Rämgård, Lotte Røhder, Margit Schrøder, Susanne Thygesen, 2013

CareSam

Åldrande och utmaningar i Öresundsregionen

Att arbeta med äldre i Sverige och Danmark

Malmö högskola, 2013
Hälsa och samhälle, Inst för Socialt arbete
Partneruniversitet: Roskilde universitet

Publikationen finns elektroniskt,
se www.mah.se/muep/

INNEHÅLL

SUMMARY	15
INTRODUKTION (JONAS CHRISTENSEN)	17
FÖRFATTARPPRESENTATIONER	24
ANTOLOGINS UPPLÄGGNING OCH STRUKTUR (FINNUR MAGNÚSSON)	28
1. FREMTIDENS ÆLDRE OG OMSORGEN FOR DEM – BYRDE ELLER GULDGRUBE? (ANNE LIVENG)	32
2. VEMS BEHOV? ”NYA” PROFESSIONER PÅ GAMMAL GRUND (FINNUR MAGNÚSSON)	50
3. SOCIALPÆDAGOGIKKEN OG DENS BETYDNING FOR DEMENSPLEJEN (ANNE LISE HANSEN)	63
4. FORSKELLE OG LIGHEDER MELLEM DEN DANSKE SOSU- UDDANNELSE OG DET SVENSKA VÅRD OCH OMSORGSPROGRAM (SUSANNE THYGESEN)	88
5. FRONTPERSONALETS UDFORDRINGER I ÆLDREOMSORGEN I DANMARK OG SVERIGE (LOTTE RØHDER, MARGIT SCHRØDER)	105
6. ”DET SÆTTER SNURR PÅ ALLTIHOP” (JESSICA HALL, LINDA BENGTTSSON)	128
7. SENLIVETS (U)BEBOELIGHED (TINE FRISTRUP)	145
8. IMPLEMENTERING AV NATIONELLA RIKTLINJER VID VÅRD OCH OMSORG FÖR PERSONER MED DEMENSSJUKDOM OCH DERAS ANHÖRIGA I MALMÖ STAD ÅR 2011 – 2012 (ANETTE OLSSON)	176

9. **DEMENTA PERSONERS SOCIALA VÄLBEFINNANDE
RELATERAT TILL OLIKA PLATSER (MARGARETA RÄMGÅRD) 195**
10. **VARDAG, RUTINER OCH MAKT. TRIVIALISERING AV
BEHOV OCH ÖNSKEMÅL (TOVE HARNETT) 217**

SUMMARY

This anthology is part of the CareSam project, which focuses on the elderly sector in Sweden and Denmark and is financed by the EU-Interreg I VA. The purpose of this project is to establish a CareSam network in the Øresund region. This network will bring together interest groups in order to create in-service training, identify opportunities for cooperation, and provide a two-way knowledge transfer within the region. The project will make substantial and transparent contributions to the development of quality assessment for public-sector elderly care in the region. Even though there are many similarities between Sweden and Denmark, there is significant potential for knowledge transfer within the elderly sector – Sweden and Denmark have different traditions when it comes to client influence, education systems, service and attitudes.

CareSam is a cooperative initiative between Malmö University, Sweden (www.mah.se) and Roskilde University, Denmark (www.ruc.dk), as well as Scania's Association of Local Authorities, Sweden (www.kfsk.se) and Metropol College, Denmark (www.phmetropol.dk). The project content includes theoretical inputs, evaluation and process work. The goals of the project are to strengthen the day-to-day integration of the elderly sector in the Øresund region, to establish a functional network, and to promote knowledge acquisition in the following areas:

- Cultural knowledge and the future of elderly care in the Øresund region
- Education in the elderly sector
- Dementia in the elderly and its impact on staff

This anthology includes articles written by researchers, educators, practitioners and students, giving it a special character. It addresses a variety of themes, including the following:

- How future demographic changes will create new demands for innovative thinking in elderly sector professional education
- How new attitudes are needed that focus on the undeveloped potential of the elderly
- The interplay between learning and the elderly – which is high on the EU agenda
- Dementia in the context of space, and why a chaotic life cannot be a good life
- Client influence, professional meetings and the organization of elderly care in a regional context
- Comparative aspects of education in Sweden and Denmark
- Different modes of professional behaviour
- Activity-based training methods in elderly pedagogy
- The future challenge of living conditions for the elderly

The special character of the anthology arises from the experiences and reflections of the authors, the empirical studies that are included, and the active participation in the CareSam project. A key conclusion, which can be seen in the various contributions, is that we need to be aware of organisational and structural differences between the nations. However, the anthology also clearly shows similarities in core values and, significantly, identifies concrete examples of how elderly care and elderly policy can be dynamic processes in which the elderly themselves and elderly sector staff meet at the frontier.

INTRODUKTION

Antologin – en del av CareSam

Jonas Christensen

Interreg IV är ett av EU:s s k strukturfondsprogram och ett viktigt verktyg i EU:s sammanhållningspolitik. EU:s sammanhållningspolitik syftar bl a till att minska de ekonomiska och sociala skillnaderna mellan EU:s medlemsstater, men i genomförandet av politiken spelar den regionala nivån en central roll. I takt med utvidgningen ökar antalet medlemsstater och regioner inom EU och kravet på regional sammanhållning inom unionen blir ännu tydligare. Under den nya strukturfondsperioden för åren 2007-2013 har därför regionalt samarbete över nationsgränser prioriterats. Interreg IV A-programmet sträcker sig fram till år 2013 och omfattar bl a Öresundsregionen.

Syftet med regionala samarbeten är att skapa gynnsamma förutsättningar för ökad sysselsättning och konkurrenskraft i EU:s regioner och att genom samarbete mellan länder bättre försöka utnyttja den potential och dynamik som ländernas olika samhällssystem, regelverk, traditioner och kulturer utgör. Det finns tre olika sorters samarbeten. Det gränsöverskridande samarbetet sker över en landsgräns och syftet är att genom aktiva och strategiska åtgärder utveckla en attraktiv gränsöverskridande region. Dessa program kallas för Interreg A-program.

Grundläggande för de gränsöverskridande programmen är att de har en stark lokal och regional förankring. I grunden finns tre prioriterade områden för ett program; främja hållbar ekonomisk tillväxt, binda samman regionen och främja vardagsintegration. Öresundsregionen är en av Europas mest dynamiska regioner. Här finns den största koncentrationen av högutbildad befolkning i hela Nordeuropa och här produceras en fjärdedel av Sveriges och Danmarks samlade BNP. Öresundsregionen består av Skåne på den svenska sidan och Själland, Lolland-Falster, Mön och Bornholm på den danska. Totalt har regionen ca. 3 700 000 invånare, varav ca. 2 500 000 på den danska sidan och ca. 1 200 000 på den svenska sidan. Andelen 65+ är stadigt växande och motsvarar drygt 20% av Öresundsregionens befolkning (2011). En stadigt ökande andel i denna grupp väljer att bosätta sig på endera den svenska eller danska sidan. Caresam är ett samarbetsprojekt mellan Malmö högskola, Roskilde universitet, Kommunförbundet Skåne och Professionshögskolan Metropol under projektledning av med Malmö Högskola. Syftet med projektet, som finansieras av Interreg IV A, är att utbyta erfarenhet och bidra till utvecklingen av framtidens äldreomsorg.

Caresam står för Omsorg i samverkan (Care=omsorg och Sam=samverkan), ett projekt som stöds av av EU-Interreg I VA.

Projektiden har sitt ursprung i ett tidigare Öresundsprojekt (Interreg III) mellan Malmö stad och Københavns Kommunes Kursuscenter. Projektet pågick under åren 1998-2000. Projektmålet var att utbilda projektledare i Öresundsregionen, och i projektet ingick att leda, planera och genomföra utbildning för förvaltningsanställda i Malmö respektive Københavns kommun. Det var dock först i och med en decemberdag 2008, då tankar föddes på ett projekt med fokus på äldrefrågor i Öresundsregionen. En grupp svenskar och danskar möttes förutsättningslöst och diskuterade hur ett sådant projekt skulle kunna utvecklas. Varför? Ja, ett viktigt skäl var att i takt med att en region som Öresundsregionen växer och integreras, så ställs ökade krav på förståelse i att se skillnader och likheter i hur vi möter framtidens behov inom äldreomsorgen. I allt det som vi upplever som kulturella likheter, så finns också skillnader i bl a utbildningstraditioner och organisering.

Medvetenheten om skillnader för att se och förstå det gemensamma utgör en viktig drivkraft generellt i förändrings- och utvecklingsarbete.

Att framtidens äldreomsorg står inför betydande utmaningar är nog de flesta överrens om; vi blir allt fler äldre och allt färre händer till att möta framtidens förväntningar i äldreomsorgen – Hur möter vi i praktik, utbildning och forskning dessa utmaningar? Vi behöver utveckla vår kreativitet för att få resurser och behov att bättre hänga samman i äldreomsorgen. En titt in i framtiden, säger oss att allt fler äldre kommer att leva ett längre, sundare och mera aktivt liv, vilket kommer att ställa andra och nya krav på äldreomsorg och dess intressenter. Öresundsregionen binds samman genom arbete, rörlighet och kommunikation. Boende ”på andra” sidan, på ”äldre dagar” bidrar till att binda samman regionen. Trots många likheter i miljö och kultur råder betydande skillnader i välfärd och de förväntningar och mål som äldre har på den omsorg som ges. Frontmedarbetare i äldreomsorgen förväntas kunna möta de krav som ställs på att uppfylla de mångfacetterade behov som åldrande och äldre har behov av. Huvuddelen av frontmedarbetare har ingen eller kort utbildning, och en del har själva en annan kulturell bakgrund än dansk respektive svensk. Det behövs mot bakgrund av detta nytänkande och kunskapsutveckling.

Det finns en betydande potential i att lära av varandras verksamheter inom äldreomsorgen i Öresundsregionen, exempelvis vad gäller kultur i arbetslivet, utbildning, metoder i utveckling av brukarinflytande och förväntningar på service. Intressenters roll och inflytande varierar. Ett exempel är att i Danmark finns en stark tradition av brukarinflytande, emedan det i Sverige finns en stark tradition i synen på service och attityd i mötet med brukaren. Denna potential i kunskapsutveckling vill Caresam bidra till att närmare studera, kommunicera och utveckla.

Genom Caresam har ett nätverk etablerats, av frontmedarbetare, arbetsledare, utbildningsansvariga och representanter för olika intresseorganisationer inom äldreomsorgen. Nätverkets mål är att bidra till att skapa en aktiv dialog om framtidens äldreomsorg i regionen i en alltmer föränderlig arbetsmarknad, där personer med olika kompetenser rör sig inom regionen. Caresam utgör, i denna

mångfald av kunskaper, erfarenheter, frågeställningar och visioner, nätverkets plattform. Denna plattform som nätverket utgör, stimulerar till fortsatt dialog även efter projektets formella avslut. De aktiviteter och kunskapshöjande stöd som utvecklats i Caresam ger förutsättningar för ökad integration i Öresundsregionens äldreomsorg. Samtliga involverade i projektet drar på olika sätt nytta av detta, vilket i metod och systematik berikar äldreomsorgen i regionen. Målet med Caresam är att, i dialog med projektets deltagare, ge ökad förståelse och på sikt bidra till vardagsintegration, genom utvecklad kvalitetssäkring i framtidens äldreomsorg i öresundsregionen. De målgrupper som Caresam riktar sig till är; anställda i äldreomsorgen, äldreomsorgsutbildning, kommuner och förvaltningar, intresseorganisationer men även brukare.

Projektet bidrar till att uppmärksamma och ge kunskap för beslutsfattare i Öresundsregionen att de utmaningar äldreomsorgen står inför, ställer nya krav på att möta brukares förväntningar och äldreomsorgens attraktivitet som arbetsfält. Mål och syfte i projektet har utvecklats genom reflektioner hur vi som svenskar respektive danskar betraktar och upplever äldre och äldreomsorg och vad vi kan lära av varandra.

Under projektets första år, 2011, har fyra seminarier om framtidens äldreomsorg genomförts, med fokus på utbyte och kunskapsutveckling och erfarenhetsutbyte i Öresundsregionen. Denna seminarieserie syftade till att fånga upp aktuella frågeställningar i regionen. Det ledde till att Caresam identifierade tre områden som man arbetat vidare med i olika arbetsgrupper, där fördjupade teman definierats; a) nytänkande i äldreomsorgen b) framtidens äldreutbildning och lärande c) kompetensutveckling i praktiken – fokus demens.

Under projektets andra år, 2012 har fördjupade dialogseminarier och workshops genomförts, vars olika aktiviteter bidragit till vardagsintegration, exempelvis utvecklat samarbete mellan utbildningsinstitutioner, arbetsplatsväxling och studiebesök. Arbetsplatsutbyte där svenska respektive danska medarbetare inom äldreområdet har fått chans att arbeta på andra sidan sundet, vilket utgjort ett viktigt bidrag i att utbyta kunskap och

erfarenheter, men också ett sätt att hämta inspiration. Input till utbildning på olika nivåer genom ökad kunskap och reflektion om skillnader och likheter i den professionella vardagen har utvecklat det kunskapsmässiga utbytet mellan frontmedarbetare. Deltagarna i projektet har vidare i projektet utvecklats i sina olika yrkesroller och bidragit till vardagsintegration, där mötesplatser i Öresundsregionen haft en viktig roll. Sverige och Danmark har olika utbildningstraditioner och ser mötet med klienten eller patienten på lite olika vis. I Danmark är man mer flexibel och lägger stor vikt vid att tillbringa tid tillsammans med klienten. I Sverige har vi ett tydligare systemtänkande som innebär att vi fokuserar mer på att göra än på att vara. Ytterligare skillnader är de danska äldre rådets stora referensmakt, emedan i Sverige anhörigföreningarna istället har en viktig roll.

På basis av under 2012 fördjupade dialogseminarier, så har under 2013 tre avslutande seminarier/workshops genomförts i Caresam, vilka sammanfattningsvis har resulterat i konklusioner kring olika synsätt och kulturer även om också betydande likheter har kunnat ses. Vad gäller nytänkande i äldreomsorgen så betonas att fokus i Sverige ligger mer på attityder och service och mer brukarfokus i Danmark, att utbyte i sig berikar mer än vad utbildning och kompetensutveckling gör, vilket i sig blir viktigt i utveckling av nya idéer. Begreppet "professionell kärlighet" har diskuterats och med det menas vikten av att vara professionell på ett kärleksfullt sätt. Det är viktigt med en känsla för vad vi faktiskt gör och varför. Vad gäller framtidens äldreutbildning och lärande så kan likheter och olikheter i utbildning ses. Frontmedarbetarens syn på sitt eget arbete genom självreflektion har belysts. Som exempel kan ses att behov av mer tvärvetenskaplig utbildning för undersköterskor och vårdbiträde (Sosuassistenter) har identifierats på dansk sida samt kompetensutveckling i samtal, samarbete och konfliktlösning. När det gäller kompetensutveckling i praktiken – fokus demens så redovisades i delprojektet "Platsens betydelse för dementa", "Sønderhaven i Målev – ett innovativt äldreboende, där demensas involveras i boendemiljö och organisering, där brukarinflytande i demensboende står i fokus.

Inom ramen för projektet gjordes även en film, i syfte att belysa äldrefrågor i Öresundsregionen, syftande till att inspirera, initiera och introducera kring de frågor som Caresam projektet behandlar. Filmen har producerats i olika äldreboendemiljöer på dansk och svensk sida, där medarbetare i danska och svenska kommuner medverkar. Denna film finns tillgänglig på projektets hemsida www.caresam.dk / www.caresam.se

Caresam har rönt fortsatt stort intresse bland intressenter och omgivande samhälle, och fortlöpande info om projektet har kanaliserats genom såväl intern- som extern information hos respektive partner. Projektet har tydligt bidragit till fördjupad samverkan och dialog mellan medarbetare i Öresundsregion. Mötet mellan olika nationaliteter, praktiker, forskare och beslutsfattare har varit mycket givande då vi har olika perspektiv och erfarenheter och kan lära av varandra. Beslutsfattare ser Caresam som en referens vad gäller diskussioner om framtidens äldreomsorg i regionen. Vidare har Caresam-projektet givit generell input till kursutveckling av inom vård- och omsorgsutbildningar för såväl grundutbildning som medarbetarutbildning. Caresam kommer att i de nätverk som etablerats att utvecklas vidare och stimulera till fortsatt utvecklingsarbete kring för Öresundsregionen centrala frågor som rör äldrefrågor i Öresundsregionen. I projektet har nya forskningsfrågor identifierats, exempelvis hur hemtjänstens organisering kan belysas med avseende på äldres autonomi och identitet. CareSam har bidragit till etablering av nätverk i Öresundsregionen, exempelvis genom erfarenhetsutbyte av frontmedarbetare i dansk och svensk äldreomsorg, fördjupade kontakter mellan forskare och utbildningsinstitutioner samt mellan intresseorganisationer och dansk och svensk äldreomsorg.

Caresam står för Omsorg i samverkan (Care=omsorg, Sam=Samverkan), ett projekt som stöds av EU-Interreg I VA. Antologin utgör en del i CareSam-projektet, och tillgänglig för alla på projektets hemsida, som har intresse i nutidens och framtidens äldrefrågor och äldreomsorg. Antologin är skriven av danska och svenska forskare, praktiker och studenter, vilket ger en bred ingång i äldreomsorgens frågeställningar. Antologin kan fritt användas i utbildningssyfte. I Din hand håller Du resultatet av denna antologi,

der praktiker, forskare och utbildare bidragit med sina reflektioner utifrån egna erfarenheter och forskning, men också som resultat av aktivt deltagande i Caresam. Det är redaktionens ambition att Antologin skall bidra till fördjupad kunskap och reflektion kring Öresundsregionen äldreomsorg. Föreläsare som på olika sätt varit involverade i Caresam, och intresserade har bjudits in att medverka i antologi, och ett betydande intresse av medverkan har visats, där såväl bredd i ämnesval som djup kring olika aspekter och frågeställningar karaktäriserar de olika bidragen.

Antologin skall med fördel kunna användas i såväl vardagsnära praktik, som i utbildning av framtidens frontmedarbetare och som referensstöd diskussioner kring framtidens utmaningar som berör äldreomsorgen. Projektgruppen vill rikta ett stort tack till alla medverkande i projektets olika faser, som genom sitt engagemang och kompetens, sin forskning, verksamhet i äldreboende, äldreomsorg och intresse- och brukarorganisationer har bidragit till projektets resultat. Vi vill också rikta ett särskilt tack till Interregsekretariatet i Köpenhamn, som stöttat projektets olika faser samt Ekonomistödet hos respektive partner. Särskilt tack riktas till de författare som bidragit till antologin. Christer Neleryd och Helle Krogh-Hansen har lämnat värdefulla synpunkter på antologins innehåll, tack. Magnus Erikssons arbetsinsats med antologins layout och struktur har varit ovärderligt. Kommunförbundet genom Annica Forsgren och Professionshögskolan Metropol genom Trine Lassen har ingått i projektgruppen för Caresam, och ett särskilt tack vill Er.

Mycket stimulerande läsning!

Redaktører

Malmö och Roskilde, december 2013

Finnur Magnusson, Malmö Högskola

Jonas Christensen, Malmö Högskola

Anne Liveng, Roskilde Universitetscenter (RUC)

www.caresam.dk www.caresam.se

FÖRFATTARPRESENTATIONER

Jonas Christensen

Fil Dr i pedagogik och Utbildningsvetenskap. Universitetslektor i Socialt arbete, inriktning Organisation, institutionen för Socialt Arbete vid Malmö Högskola, skrev sin Dr avhandling med titeln "*A Profession in Change – A Development Ecology Perspective*". Undervisar inom främst socionom- och äldreomsorgsprogrammet. Forskningsintresse kring internationalisering och frågor som berör förändring med fokus på lärande, organisation och äldrefrågor. Projektledare i Caresam.

Finnur Magnússon

Finnur Magnússon är docent i socialt arbete vid Fakulteten för Hälsa och samhälle, Malmö högskola. Han har under flera år forskat inom ramen för flera av de områden som rör åldrandet och äldreomsorgen. Forskning har kretsat kring frågor om maktaspekter på institutionslivets vardagsrutiner, den åldrande kroppens betydelse i vård och omsorgssituationer, synen på död och åldrande och sambanden mellan ålder och etnicitet.

Anne Liveng

Anne Liveng er lektor ved Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning på Roskilde Universitet og tilknyttet Center for Sundhedsfremmeforskning. Hendes forskning anlægger et psyko-socialt perspektiv på pleje og omsorg for ældre, forstået som arbejde, relation og mulig skabelse af livskvalitet for svækkede ældre. Forskningen har fokuseret på ældrepleje som indlejret i et

kønnet og kropsligt hierarki, med betydninger for både arbejdets status og de kulturelt skabte billeder af gamle mennesker. Anne Liveng er medlem af bestyrelsen for Dansk Gerontologisk Selskab.

Anne Lise Hansen

Anne Lise Hansen påbegyndte sin karriere som pædagog, leder og konsulent inden for børne- og ungeområdet, hvor hun har arbejdet både i USA og i Danmark. Hun tog efterfølgende en akademiske uddannelse på RUC i fagene pædagogik, filosofi og psykologi, bl.a. fordi hun var optaget af de iboende dilemmaer inden for omsorgsarbejdet. Hun har derefter benyttet sin akademiske baggrund til at undervise og være censor på pædagogseminarierne og til at arbejde som konsulent inden for demensområde, hvor socialpædagogikkens indflydelse gør sig særligt gældende.

Susanne Thygesen

Susanne Thygesen er:

Projektleder på SOSU C og arbejder på projektet Job og uddannelse i Øresundsregionen med aktivitetsområdet Bedre uddannelsesindsats i Øresundsregionen. Master i voksenuddannelse/Master of Adult Education and Human Resource Development. Sygeplejefaglig Diplomeksamen med speciale i uddannelse og undervisning. Sygeplejerske

Lotte Røhder

Lotte Røhder er uddannelseskonsulent i Hvidovre Kommune. Hun koordinerer den kliniske undervisning af sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistent-elever, og social- og sundhedshjælper-elever. Lotte Røhder er sygeplejerske og har en Master i Humanvidenskab og praksisudvikling (MHH).

Margit Schrøder

Margit Schrøder er lektor på Professionshøjskolen Metropol i København, hvor hun underviser sygeplejestuderende i ældreomsorg. Margit Schrøder er sygeplejerske og har en kandidatgrad i Sygeplejevidenskab (cand.cur.).

Jessica Hall

Jessica Hall är äldrepedagog och kandidat i socialt arbete. Hon har en bakgrund som ekonomiassistent men har valt att omskola sig till äldrepedagog på Malmö högskola. Våren 2013 startade hon företaget Äldrepedagogen Jessica Hall för att t ex kunna arbeta på uppdrag tillsammans med ägare till trygghetsboende eller utveckla det sociala innehållet i omsorgens vardag hos privata och kommunala omsorgsgivare. Under hösten 2013 inleder företaget samarbete med ett bostadsförvaltningsbolag och deras trygghetsboende.

Linda Bengtsson

Linda Bengtsson är äldrepedagog och kandidat i socialt arbete. Hon har arbetat som undersköterska i tio år men valde att vidareutbilda sig på Malmö högskola till äldrepedagog då hennes mål är att kunna vara med och förändra synen på åldrandet och omsorgen. För närvarande arbetar hon som enhetschef inom äldreomsorgen i Karlshamns kommun.

Tine Frstrup

f. 1965, cand.scient.soc. fra RUC, ph.d. fra DPU. Ansat som lektor i gerontopædagogik ved Aarhus Universitet, Institut for Uddannelse & Pædagogik. Forsker i hvordan det aldrende samfund udfordrer selvfølgelige forståelser af aldring og alderdom.

Anette Olsson

Socionom och doktorand vid forskarskolan för yrkesverksamma inom det sociala området på Malmö Högskola. Anställd i Malmö stads stadsområdesförvaltning Norr som utvecklingssekreterare. Min forskning handlar om familjer där en medlem blir utredd för minnesproblematik eller har fått en demensdiagnos. Jag fokuserar på hur familjen ska få stöd med omsorg för att kunna fortsätta att ha ett gott välbefinnande.

Margareta Rämgård

Margareta Rämgård har en bakgrund som sjuksköterska, barnmorska och samhällsvetare och har disputerat i kulturgeografi

på Lunds Universitet med en avhandling som heter *The power of place - Place security in the context of pregnancy*. Hon arbetar som lektor i Vårdvetenskap på Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle med hälsogeografiska begrepp för att utveckla teorier om det spatialas betydelse i hälsofrämjande processer. Hon har även arbetat 5 år som forskare och forskningsledare för kommunförbundet Skåne, i den kommunala äldreomsorgen, med aktionsforskning och interaktiva projekt tillsammans med olika personalgrupper, och är också knuten till en internationell forskargrupp för metodutveckling inom hälsorelaterad aktionsforskning och "community work".

Tove Harnett

Tove Harnett är biträdande lektor i socialt arbete. Hon arbetar vid Socialhögskolan, Lunds universitet samt vid forskningscentrat CASE (Centre for Ageing and Supportive Environments). Hon disputerade 2010 medavhandlingen *The Trivial Matters. Everyday power in Swedish eldercare* som handlar om makt och inflytande i äldreomsorgen.

ANTOLOGINS UPPLÄGGNING OCH STRUKTUR

Finnur Magnússon

I antologin publiceras bidrag som alla på ett eller sätt presenterats inom ramen för Caresams verksamheter. Föreläsare och intresserade har bjudits in att medverka. Sammantaget antologin, en inblick i Öresundsregionens äldreomsorg och diskussionen kring denna där såväl bredd i ämnesval som djup kring olika aspekter och frågeställningar karakteriserar de olika bidragen. Först ut efter Jonas Christensens inledningskapitel är Anne Liveng som fokuserar frågor om framtidens äldreomsorg. Anne väcker den ständigt återkommande frågan om hur en demografisk förändring med en allt mer växande population vuxna äldre tenderar att ses som hot. Hot eller inte, står det klart att framtidens äldre kommer att ställa helt andra krav än vad vi tidigare har varit vana vid. Detta kommer att få konsekvenser för omsorgens utformning, men ställer dessutom krav på en utveckling som kräver nytänkande inom utbildningen av nya professioner. Inte minst handlar det här om en ny syn på åldrandet som ser vuxnas erfarenheter som en outnyttjad resurs. Detta tema utgör fortsättningsvis grunden för Finnur Magnússons bidrag. Här görs nedslag i ämnet äldrepedagogik som exempelvis fokuserar främst förebyggande insatser i ett socialt arbete med äldre. En förutsättning för ett framgångsrikt socialt arbete med äldre är att utgångspunkten tas i vuxna äldres erfarenheter och kunskap. På detta ser vi tendenser i ett europeiskt sammanhang och inte minst arbetet med Caresam har visat

liknande tendenser i ett Öresundsregionalt sammanhang. Ett exempel på detta utgörs av Anne Lise Hansens kapitel där hon vårdar de demanta utifrån ett socialpedagogiskt perspektiv. Här utpekar författaren något som hon betecknar som ett paradigmskifte inom vården av demanta i Danmark. Fokus har flyttats från ett vårdvetenskapligt synsätt på den demente till att istället ta utgångspunkt i den dementes krav och önskemål som en expert på sitt eget liv. Författaren ställer frågan på följande underfundiga vis: Vem är det säger att ett kaotiskt liv inte kan vara ett gott liv? I kapitlet visas på ett mycket konkret sätt hur man inom omsorgens olika områden Öresundsregionen alltmer börjar närma sig den åldrande individens egna krav och önskemål. Inom ramen för Caresam har utbildningen av personal till äldresektorns, sk. frontmedarbetare, fått ett betydande utrymme. Detta utgör temat för Susanne Thygesens bidrag. Här görs en jämförelse mellan de danska SOSU-utbildningarna och det svenska Vård och omsorgsprogrammet. Vid en jämförelse uppstår en rad olika strukturella och organisatoriska skillnader, men innehållsmässigt är likheterna betydande. Utifrån detta tycks det som att vi på utbildningssidan kan tala om gemensamma utbildningsmässiga prioriteringar på bägge sidor Öresund. Framtidens utmaningar inom utbildningar till äldresektorn är utgångspunkten för Lotte Röhders och Margit Schröders intervjustudie. Här resoneras ett antal danska frontmedarbetares definitioner om betydelsen av olika kompetenser. Av studien framgår att man upplever dagens situation som besvärlig och det finns ett glapp mellan den politiska retoriken och den praxisvärld som frontmedarbetarna befinner sig i. De framtida utmaningarna är talrika, man skall förebygga, hälsofrämja och rehabilitera i syfte att säkerställa ett värdigt åldrande. Detta kommer att ställas större krav på i framtiden samtidigt som frontmedarbetaren kommer att hamna i en korseld mellan de organisatoriska systemens krav på ekonomisering och en växande äldrebefolknings krav allt mer komplexa vård- och omsorgsinsatser. sitt kapitel presenterar Linda Bengtsson och Jessica Hall sin studie av hur den så kallade RGM-metoden kan ses som en innovativ metod inom ramen för ett äldrepedagogiskt arbetssätt. Metoden som fokuserar kombinationen av rytm och musik visar sig bidra till

gemenskap och sammanhållning. Kapitlet är en omarbetad version av ett examensarbete. Här betonas inte minst den lustfyllda effekten som bidrar till att det helt enkelt är "roligt" att träna. En annan aspekt som berörs är att de gemensamma aktiviteterna som RGM erbjöd skapade möjligheter för äldre och personal att mötas i ett projekt där bägge parter på olika sätt utgjorde nybörjare. Ett av karaktärsdragen i dagens samhälle är kraven på att vi skall ta ansvar för vårt eget åldrande. Denna tendens sätts i fokus i Tine Fristrups kapitel. Här vill författaren visa vilka effekter detta får för frågan om framtidens boendeformer för vuxna äldre i Danmark. Hon visar hur de krav ställs på oss att aktivt vara med och forma framtida boenden har sin utgångspunkt i åldrande som något som är negativt.

I sitt kapitel presenterar Anette Olsson den så kallade Malmömetoden för demensfrågor. I kapitlet betonas betydelsen av ökade insatser på utbildningsområdet för att en kvalitetsmässigt adekvat vård skall kunna ges. I sitt kapitel fortsätter sedan Margareta på temat vården av de dementa. Här beskrivs ett nytänkande inom omsorgen som alltmer börjar utpeka platsens betydelse för dementa. Detta är ett tema som hittills varit föga belyst. Det sista kapitlet är skrivet av Tove Harnett och fokuserar maktaspekter på äldreboenden. Här ställs en klassisk fråga som ofta ställts i forskningen kring äldreomsorgens institutioner, inte bara i svensk/danska sammanhang utan temat har vidrörts i otal internationella sammanhang.

Av detta framgår att antologin rör ett flertal teman som är aktuella på flera håll i en Öresundsregional äldreomsorg och forskningen kring denna. Här har praktiker, forskare och utbildare bidragit med sina reflektioner utifrån egna erfarenheter och forskning, men också som resultat av aktivt deltagande i Caresam. Ett viktigt resultat som kan iakttas utifrån de olika bidragen är att vi tycks kunna tala om en äldreomsorg som visar nationella skillnader vad gäller organisation och strukturer. Men framför allt kan vi skönja idémässiga likheter och inte minst bevittnar vi äldreomsorg och äldrepolitik som är dynamisk i så måtto att äldres och omsorgspersonals behov får en alltmer framskjuten plats. Om detta bevittnar de talrika lokala projekt som redovisats i boken.

Antologin utgör en del i CareSam-projektet, och är via webben tillgänglig för alla, som har intresse i framtidens äldre frågor och äldreomsorg och skall fritt kunna användas i utbildnings syfte. Det är redaktionens ambition att Antologin skall bidra till fördjupad kunskap och reflektion kring Öresundsregionen äldreomsorg.

1. FREMTIDENS ÆLDRE OG OMSORGEN FOR DEM – BYRDE ELLER GULDGRUBE?

Anne Liveng

I kapitlet diskuteres den demografiske udvikling og de udfordringer, den medfører for velfærdssamfundet, samt hvordan ældre også udgør en samfundsmæssig ressource. Der gives bud på betydningerne heraf for de mennesker, der arbejder med ældrepleje, hvad angår behovet for medarbejdere og nye kompetencer. Behovene for udvikling indenfor ældreplejen ses ikke bare som en økonomisk byrde, men også som en vej til øget social kapital og dermed som en mulighed for at højne feltets status.

Velfærd under pres?

I dagens debat er ældre ofte på dagsordenen. De omtales sommetider som en trussel: en byrde eller en bombe under velfærdssamfundet; andre gange beskrives de som "Det grå guld": velhavende, aktive og engagerede forbrugere og medborgere. I forbindelse med de negative omtaler af ældre nævnes, at de kommende generationer af ældre vil være både krævende og *plejekrævende*, og at der ikke vil være yngre nok i den erhvervsaktive alder til at tage sig af de mange ældre med behov for omsorg og pleje.

Både Kommunernes Landsforening, der repræsenterer de kommunale arbejdsgivere, og FOA, der organiserer sosu-assistenten

og -hjælpere i Danmark, forudser at velfærdsindsatsen kommer under pres de kommende år. Udover at vi bliver flere ældre og færre erhvervsaktive, kommer der nye og flere opgaver til kommunerne. Borgerne ønsker individualitet og fleksibilitet i indsatsen, hævdes det, og der vil blive behov for flere og nye kompetencer hos medarbejderne i ældreplejen. Gruppen af ældre er forskelligartet; så forskelligartet at det måske ikke giver så megen mening at tale om "ældre" under et. Nogle ældre borgere har behov for pleje; det gælder især de allerældste. Andre har omfattende ressourcer og kan både klare sig selv og bidrage til udvikling og konsolidering af velfærdssamfundet.

Kapitlet forholder sig til danske forhold. Det bygger bl.a. på oplæg, der blev holdt i forbindelse med CareSam projektets fire indledende seminarer i 2011, men også på en række statistiske undersøgelser og forskningsrapporter, med relevans for området.

Den demografiske udvikling

I alle vestlige lande stiger antallet af ældre i befolkningen, mens der bliver færre yngre. Ifølge Flemming Hansen KL, (CareSam seminar, 27.10.2011: www.CareSam.dk) skønnes antallet af ældre over 80 at stige med 173 % frem til 2015, samtidigt med at arbejdsstyrken i Danmark forventes at falde med 7 % i samme periode. Den "skæve" udvikling i befolkningens alderssammensætning vil efter al sandsynlighed fortsætte de kommende generationer. Når udviklingen i befolkningssammensætningen kan kaldes skæv, skyldes det at forholdet mellem antallet af personer i den arbejdsduelige alder og personer, der vil have behov for forsørgelse, herunder pleje og omsorg, vil blive voldsomt ulige. I den forstand kan man ligeså godt tale om et børne- og ungdoms-underskud, som man kan tale om et ældreoverskud. Hver enkelt nation kan bidrage til at forøge de yngres andel af befolkningen for eksempel ved at skabe en fordelagtig familiepolitik eller ved at lette regler for indvandring. Men det førstnævnte tiltag er længe om at slå igennem og ingen af tiltagene er på den politiske dagsorden i Danmark i dag.

Ældre med behov – og ressourcer

Der bliver både flere raske, rørige og aktive ældre og flere plejekrævende ældre. Gruppen repræsenterer således både ressourcer og behov. På baggrund af, hvor forskellige liv ældre lever og hvor forskellige plejebehovene er hos grupper af ældre, giver det ikke mening at tale om ældre som en udifferentieret gruppe. Snarere er det meningsfuldt at interessere sig for spørgsmålene: Hvem har hvilke ressourcer og bidrager med hvad? – og Hvem har behov for hvad – og hvornår?

Den danske Ældre database kan give nogle svar på disse spørgsmål. Ældre databasen indeholder oplysninger om personer i alderen 52-87 år. Data stammer fra tre omfattende interviewrunder i 1997, 2002 og 2007, og indeholder oplysninger om fx boligforhold, sociale netværk, fritidsaktiviteter, selv vurderet helbred og funktionsniveau. En rapport udarbejdet på ommeget ilf ældre databasen viser, at der over tid er sket en udvikling i retning af, at flere ældre rapporterer om et godt helbred og velbefindende, et højt funktionsniveau og at de i 2007 i mindre omfang end i 1997 modtager hjemmehjælp. Endvidere dyrker en større andel ældre i 2007 fritidsaktiviteter, både fysiske aktiviteter og stillesiddende og de gør det oftere (SFI 12:26). Fysisk aktivitet har gennem hele livet en positiv effekt i forhold til at forebygge aldersbetinget svækkelse (Avlund 2012) og betegnes af mange som den vigtigste prædikator for "succesfuld aldring". Der eksisterer ikke en fast definition af dette begreb, men reduceret funktionsniveau og sygdomme ses oftest som de væsentligste faktorer, der kan begrænse en succesfuld aldring.

Undersøgelser foretaget af Ældre Sagen viser tilsvarende, at ældre i stigende grad udfører frivilligt arbejde. Over de seneste 20 år er andelen af ældre i alderen 60-69 år, der udfører frivilligt arbejde steget fra 20 til 38 %, og blandt de over 70-årige er andelen steget fra 7-27 % (Ældre Sagen 2011). Endelig er der grund til at fremhæve den store rolle mange ældre spiller i forhold til det uformelle omsorgsarbejde i familierne. Særligt unge børnefamilier er ofte afhængige af "bedsteforældre-ressourcer" for at få hverdagene med arbejdspress, syge børn og manglende institutionspladser til at hænge sammen (Blaakilde 2012). Således

svarer 6 ud af 10 børnefamilier med børn under 15 år, at de er afhængige af bedsteforældrenes hjælp (Politiken 2010).

Ressourcer kan være både fysiske, mentale, sociale, uddannelses- og erfaringsmæssige. De økonomiske ressourcer er oftest det, der fokuseres på, når ældre betegnes som en byrde: fra det kommunale perspektiv er de mange ældre ensbetydende med øgede udgifter. Men ældre er som gruppe også i besiddelse af økonomiske ressourcer, selvom det her er uomgængeligt ikke at glemme de økonomiske uligheder.

Samlet set er de ældre den rigeste aldersgruppe, der nogensinde har eksisteret i vores samfund. Det skyldes primært, at mange ældre har egne pensionsopsparinger, opsparet værdi i deres ejendom og ingen gæld. Statistisk Tiårsoversigt 2011 (Danmarks Statistik 2011) viser blandt andet, at måden de 65-74 årige lever på har ændret sig betragteligt i løbet af de seneste ti år. De nye ældregenerationer kommer i stadig højere grad til at ligne den erhvervsaktive del af befolkningen. Flere bor i parcelhus end tidligere, og flere ejer deres egen bolig. Forbrugsmønstrene blandt de 65-74-årige har også ændret sig siden årtusindeskiftet, og deres forbrug er vokset mere end de øvrige aldersgrupper. De bruger relativt færre penge på medicin og flere penge på ferie og fritid end tidligere. Forbedringen af de ældres økonomi betyder samtidig, at de i højere grad end tidligere bidrager til det offentlige, og de offentlige kasser i dag bidrager relativt mindre til den enkelte ældrehusholdnings indkomster og forbrug end tidligere.

Men oversigten viser også, at der er en stigende økonomisk ulighed blandt ældre, således at de over 80-årige, hvor der er overtal af kvinder, ikke har haft nær de samme økonomiske gevinster som de 65-74 årige (Etwil et al. /Danmarks Statistik 2011).

Ældre kan altså siges at være i besiddelse af mangeartede ressourcer – både økonomiske, kulturelle og sociale. De kan derfor ikke blot forstås som en udfordring for velfærdssamfundet, men i ligeså høj grad som drivkræfter og støtter i samme velfærdssamfund. Afhængigt af vores måde at organisere hverdagsliv, arbejdsliv, boligforhold og ældrepleje på, *kan* dele af gruppen lige såvel ommet il at udgøre en guldgrube som en byrde.

Som titlen på tema-artiklen tilhørende undersøgelserne i Statistisk tiårsoversigt lyder – ”Ældrestyrken kommer”! (Ibid. 2011:5).

Tredje og fjerde alder

Men ovennævnte SFI rapport viser også, at jo ældre man bliver, jo større sandsynlighed er der for at man får behov for hjemmehjælp, og at både velbefindende og funktionsniveau reduceres med alderen. Der er store forskelle ældre indbyrdes, både kønnede og sociale, samt forskelle der hænger sammen med civilstand. Selvom man har det til fælles at kroppen ældes, er gruppen af ældre indbyrdes ligeså forskellige som resten af befolkningen.

Indenfor gerontologien (viden om aldring og alderdom) skelnes mellem det man kalder tredje og fjerde alder. Når det drejer sig om ældres plejebæhov, og dermed om hvorvidt ældre samfundsmæssigt udgør en ressource eller en belastning, er denne skelnen væsentlig.

Begrebet tredje alder refererer til den periode i livet, hvor man har forladt arbejdsmarkedet, men stadig har sine funktionsevner i behold. Ifølge den danske ordbog er tredje alder ”den periode af et menneskes liv hvor det ikke længere arbejder, men stadig kan være aktivt”¹. Det er især denne livsperiode, der siden 1950’erne er blevet forlænget i den vestlige verden. Hvor man for nogle generationer siden ofte var nedslidt, når man forlod arbejdsmarkedet, er mange i dag på grund af generelt bedre levevilkår og øget sundhed stadig ved godt helbred, når de træder ind i pensionisttilværelsen. Det er denne periode, der mere eller mindre tydeligt refereres til, når der tales om det golfspillende ”Grå Guld”. Den tredje alder er altså ikke præcist knyttet til et menneskes kronologiske alder. For ældre, der bliver syge eller er nedslidte kan perioden være kort, for andre kan den vare årtier. I Danmark eksisterer således en voksende social-økonomisk afstand mellem de fattigste og de rigeste grupper, der for eksempel afspejler sig i en forskel på hele 10 år i middellevetid for mænd (Baadsgaard & Brønnum-Hansen 2012).

¹ <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?mselect=59000138&query=alder> (04-06-2013)

I modsætning hertil beskriver begrebet fjerde alder den sidste periode i et menneskes liv, hvor man er ramt af funktionsnedsættelser, sygdomme og svækkelse, der vanskeliggør et aktivt og selvhjulpent liv. Nogle træder ind i denne fase allerede før pensionsalderen. Men for størstedelen af befolkningen i den vestlige verden optræder perioden senere i livet end nogensinde før i historien. I den fjerde alder har man brug for andres hjælp og støtte for at klare almindelige livsopretholdende opgaver. Det kan fx handle om hjælp til den personlige hygiejne, til indkøb og madlavning, til rengøring og tøjvask – alle de opgaver der i dag udføres af hjemmeplejen. I tilfælde af alvorligere sygdom er der tale om tungere plejeopgaver, der varetages på plejecenter eller i kortere perioder på sygehuset. Endelig kan nævnes hospice, som det sted, hvor en del ældre ender deres fjerde alder.

Opsummerende er der altså tale om at vi generelt set lever flere år, hvor vi kan være aktive og uafhængige af andres hjælp, og at perioden hvor vi får behov for pleje indtræffer senere i livet. Men da både antallet af tredie alders ældre og antallet af fjerde alders ældre er stigende, vil det betyde, at flere i fremtiden vil få behov for pleje og omsorg end tilfældet er i dag (Petersen, 2012).

Den velfærdsstatslige organisering af arbejdet

I Danmark er omsorgs-, sundheds- og plejearbejde et stort lønnet arbejdsområde, både hvad angår antal ansatte, antal medborgere, der modtager hjælp, og udgiftsmæssigt. Det er et fælles vilkår for sektoren, at kravet til de ansattes kompetencer delvis er en direkte konsekvens af politiske og økonomisk motiverede beslutninger: jf. fx har øgede krav til dokumentation betydet at plejepersonalet er nødt til at bruge mere tid på registrering og at it-kompetencer i det mindste på brugerniveau er uomgængelige

Det er særegent for Danmark og de øvrige Nordiske lande, at organiseringen af pleje- og omsorgsarbejdet er et af velfærdsstatens væsentlige domæner. Rammerne for den politiske organisering af arbejdet udgøres bredt forstået af de strukturelle, økonomiske og lovgivningsmæssige rammer, arbejdet er indlejret i. Økonomiske og organisatoriske rammer har konsekvenser for den professionelles

møde med borgeren, brugeren eller patienten, ligesom strukturelle indlejringer kan have betydning for de belastninger, personalet oplever i arbejdet. Rammerne for arbejdet har således betydning for arbejdets kvalitet, og i sammenhæng hermed for personalets arbejds- og læringsmiljø.

Omsorgs- og plejearbejdet har i Danmark de sidste 60 år gennemgået en markant transformation fra først at være varetaget i civilsamfundet til under velfærdsstatens vækst at blive et offentligt ansvarsområde. Når sektoren de sidste ca. 20 år har været underlagt markedsgørelse og markedslignende vilkår, er der tale om endnu en radikal ændring af området (Hjort 2001:57). Udviklingen i omsorgs, sundheds- og plejearbejdet må ses i sammenhæng med de generelle ændringer af de velfærdsstatslige ydelser, moderniseringen heraf og debatten, der bl.a. har stillet spørgsmål ved staten og kommunernes funktion i forhold til centrale serviceydelser.

Der er mange forskellige aktører indenfor omsorgs- og plejearbejdet, der har indflydelse på varetagelse af arbejdet. De handler ikke kun ud fra deres funktion i organisationen, men også ud fra de etablerede forståelser og skiftende diskurser i relation til, hvad der har betydning for arbejdets udførelse, og hvad der er arbejdets essens.

Blandt disse aktører er:

- Regioner
- Kommuner,
- Fagbevægelsen (FOA, FTF og LO).
- Arbejdsgiverorganisationer (KL).
- Forskere/"eksperter"
- Bruges interesseorganisationer (fx Ældre Sagen, patientforeninger, m.fl).

Effektiviseringen af den offentlige sektor har stået på den politiske dagsorden, siden Schlüter-regeringen fremlagde den første moderniseringsreform i 1983. Reformen indebar bl.a. en decentralisering af ansvar og kompetence samt markedsstyring, friere forbrugsvalg og ændrede finansieringsmekanismer (Ejersbo & Greve:2005: 213).

I den anden moderniseringsreform lancerede Nyrup Rasmussen-regeringen 'Nyt syn på den offentlige sektor'. Her blev den offentlige servicevirksomhed fremlagt som et aktiv for erhvervslivet, og et af kerneområderne var borgernes ret til kvalitet (Ibid.: 213). Borgernes ret til frit valg og højere kvalitet var det formulerede mål i den tredje moderniseringsreform 'Velfærd og valgfrihed', der blev fremsat af VK-regeringen i 2001.

Strukturreformen 2007 udsprang af disse moderniseringstendenser og af intentioner om at effektivisere den offentlige sektor. Reformen inddrog således kerneområderne fra de forrige reformer, samtidig med et fokus på øget markedsgørelse (Ibid.: 213).

Arbejdsmarkedet for social- og sundhedspersonale

Arbejdsmarkedet for social- og sundhedshjælpere/-assistenter består af en række områder bl.a. ældrepleje, somatisk og psykiatrisk pleje, hvor ydelserne er relateret til forskellige sektorlovgivninger. Sundheds-, omsorgs- og plejepersonalet er i dag beskæftiget indenfor en række delarbejdsmarkeder med store interne organisatoriske og kulturelle forskelle:

1. Ældreplejen, fx plejecentre, hjemmepleje og leve-boenheder
2. Sygehusene – det somatiske område
3. Det psykiatriske og socialpsykiatriske område
4. Området pleje og udvikling af udviklingshæmmede
5. Nyere aktivitetsområder som hospicer, sundhedscentre, mv. (Teknologisk Institut, 2007.)

For de kortest uddannede blandt sundheds- og omsorgspersonalet er ældreplejen langt det største arbejdsfelt. Ca. 86.000 social og sundhedshjælpere og -assistenter er således ansat indenfor ældreområdet. Hertil kommer sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og lignende faggrupper. Uddannelserne varetages tilsvarende af forskellige erhvervs- og professionsbacheloruddannelser. På trods af forskellighederne udgør opgave- og strukturreformen et fælles vilkår for områderne. De politisk dagsordensatte temaer er: ligestilling af den private og offentlige

opgavevaretagelse, dokumenteret kvalitet og faglige begrundelser for praksis samt bruger- og pårørende inddragelse. De politiske mål til organisationerne betyder krav om stadig stigende produktivitet og kvalitet i ydelserne samt tiltrækning og fastholdelse af kvalificerede medarbejdere.

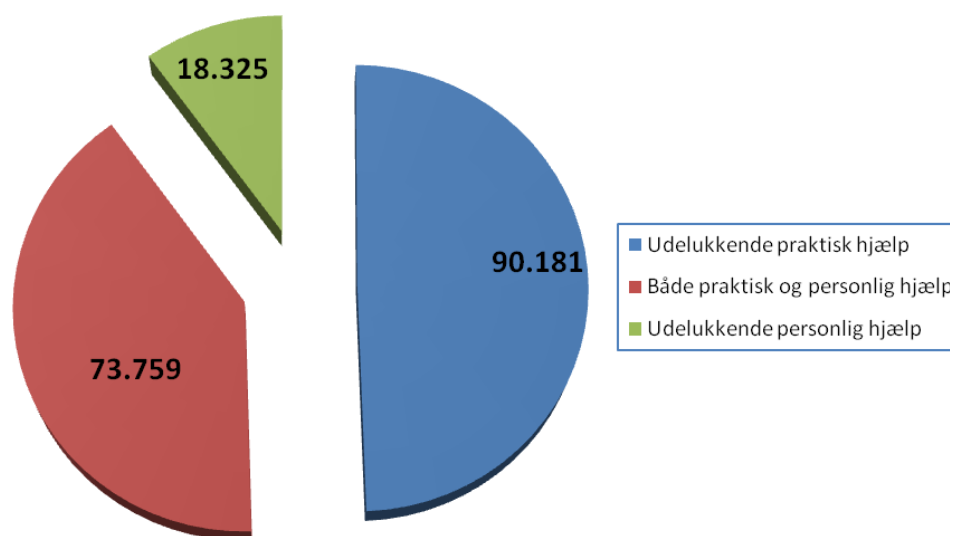
En række undersøgelser peger på, at arbejdsfeltet er præget af udfordringer i forbindelse med:

- Øget krav til dokumentation
- Teknologisering af arbejdet
- Højt personaleflow
- Opgaver i forbindelse med prioritering og organisering af praktik
- Opgaveglidning mellem faggrupper og mellem institutioner
- Øget markedsføring af sektoren
- Behov for inddragelse af pårørende og samarbejde med den frivillige sektor
- Øgede krav til formelle ledelseskompetencer på alle niveauer
- Modstridende opfattelser af den faglige udvikling – mellem sygepleje, omsorg og sundhedsfremme.

Hvad ydes der hjælp til i dag?

Af de kommunalt bevilligede omsorgsydelser ydes ca. halvdelen af hjælpen i dag til det der kaldes "praktisk hjælp". Ca. 180.000 borgere i Danmark modtager i dag hjemmehjælp i egen bolig. Af de 180.000 får halvdelen *kun* praktisk hjælp, mens den anden halvdel modtager enten udelukkende personlig hjælp eller *både* personlig og praktisk hjælp. Der er stor forskel på omfanget af den hjælp, der ydes: ca. 7000 borgere i Danmark modtager i dag mellem 12 – 20 timers hjælp om ugen i eget hjem. 4.700 borgere modtager mere end 20 timers hjælp. Beregninger fra Københavns Kommune viser, at når en borger når op på at modtage mere end 19 timers hjælp ugentligt i eget hjem, overstiger udgifterne til hjemmepleje udgifterne der ville have været, hvis borgeren var flyttet i plejebolig

eller på plejehjem (Ældrechef Margrethe Kusk Petersen oplæg på CareSam seminar 20.09.2011).



(Kilde: Flemming Hansen KL, præsenteret på oplæg på CareSam seminar 27.10. 2011.)

De opgaver der i dag varetages af ældreplejen retter sig dog ikke bare mod borgere i den fjerde alder. Karen Stæhr fra FOA fremhævede på sit oplæg i CareSam regi de øvrige borgergrupper, der i dag modtager hjælp via ældreplejen. Når vi taler om udfordringer for fremtidens ældreomsorg kunne det derfor mere præcist kaldes udfordringer i fremtidens primære sektor, idet der er tale om en sektor, der favner andre end ældre mennesker, der har behov for omsorg. Kommunernes opgaver ændrer sig i takt med, at der ikke bare bliver flere ældre i vores samfund, men også flere kronikere, flere psykisk syge og flere misbrugere med behov for omsorg og pleje. Vi bliver flere ældre med anden etnisk oprindelse end dansk, og der bliver flere meget gamle med komplekse plejebehov, herunder gamle med demenssygdomme.

Demenssygdomme udgør både økonomisk og i forhold til medarbejderkompetencer en særlig udfordring. I dag har vi i Danmark ca. 75.000 danskere med demens. I år 2050 vil vi forventeligt have knap 200.000, med den gennemsnitslevealder vi har i dag. Endelig kommer kommunerne til at tage sig af flere behandlingsopgaver som følge af at indlæggelsestiderne på sygehusene ønskes forkortet.

Som det ser ud lige nu (2011) varierer behovet i de forskellige aldersklasser. For borgere under 64 år ses en stor stigning i antal borgere, der modtager hjælp. I alderen 65 – 79 falder antallet af borgere med brug for hjælp, mens ældre over 80 år får mere hjælp end tidligere. Tallene kan et stykke hen ad vejen forklares ved, at sygehusvæsenet er blevet bedre. Flere overlever med svære sygdomme, efter trafikulykker mv. og har dermed behov for hjælp i hjemmet. Vi udskrives hurtigere, når vi har været indlagt, og hjælp der tidligere blev varetaget under indlæggelsen, ydes nu i hjemmet. Presset på velfærden handler således både om en ændret demografi, dvs. om udviklingen i sammensætningen af befolkningen mellem erhvervsaktive, ”yngre” ældre og gamle, og om udfordringer i forhold til plejemedarbejdernes faglighed, fx i form af viden om demens eller om pleje af borgere, der er svært syge i eget hjem. Disse forhold får betydning for både hvor mange medarbejdere, der er brug for i ældreplejen og for, hvilke kompetencer disse medarbejdere bør have for at kunne varetage opgaverne.

Behov for flere medarbejdere

I Kommunernes Landsforening, har man regnet på hvor mange nye medarbejdere, der bliver brug for i ældreplejen de nærmeste årtier. Forudsigelserne viser at der vil være brug for langt flere medarbejdere, end vi uddanner i Danmark i dag¹.

En dansk gennemsnitskommune er på ca. 50.000 indbyggere. Her er i 2011 ca. 26.700 personer mellem 18 og 64 år. 3.500 er over 75 år gamle og 883 arbejder i ældreplejen. Det svarer til at 3,3 procent af de erhvervsaktive arbejder i ældreplejen.

¹ (Flemming Hansen KL, CareSam seminar 27.10. 2011)

I 2020 er der blevet ca. 2,6 % flere indbyggere i denne by. Arbejdsstyrken er faldet ca. 3 % og 34 % flere borgere er over 75. Det betyder, at vi også har brug for 34 % flere i ældreplejen, hvis de ældre har brug for samme hjælp, som kommunen tilbyder i dag. Samtidig vil 206 af medarbejderne være gået på pension i denne periode, så kommunen skal ud og ansætte 50 nye medarbejdere om året alene for at servicere de 34 % ekstra borgere og erstatte de medarbejdere, der går på pension. Medarbejdere på sosu-området skifter ofte job, bl.a. for at udvikle sig fagligt. Så i denne kommune skal man i alt ansætte 20 nye medarbejdere *om måneden* i 2020 for at kunne følge med i behovet for plejeydelser. 4,6 % af arbejdsstyrken vil arbejde med ældrepleje. En udfordring heri er selvfølgelig økonomisk: hvordan skal denne pleje finansieres, når antallet af borgere i den arbejdsdygtige alder samtidigt falder? En anden udfordring ligger i at skaffe alle de medarbejdere, der er brug for: Hvordan gøre området så attraktivt, at tilstrækkeligt mange søger ind på uddannelserne – og opnår de nødvendige kompetencer?

Hvad skal fremtidens sosu-medarbejdere kunne?

Omsorgs-, sundheds- og plejearbejdets særegenhed består i, at arbejdets indhold og "genstand" er et hjælptrængende andet menneske. Ser vi på de indholdsmæssige fokus i social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent-arbejdet tegner der sig et billede af tre tæt sammenvævede aktiviteter i den daglige kontakt med borgeren:

- 1) Plejefaglige, sundheds- og omsorgsaktiviteter= (syge-) plejefaglige kompetencer
- 2) Relationsarbejde og kommunikation = omsorgsfaglige og pædagogiske kompetencer
- 3) Motivere til aktiviteter og egen omsorg = pædagogiske og psykologiske kompetencer (Liveng & Storm, 2008).

Disse aktivitetsområder vil alle blive påvirket af den ovenfor skitserede demografiske udvikling. Flere ældre har gode ressourcer og bedre helbred end for bare få år siden. Samtidig er der i dag et

stærk fokus på, at ældre bliver ved med at bevare deres funktionsevner. Slagord om "Aktiv aldring" findes i snart sagt enhver kommunes ældrepolitik, ligesom rehabiliteringstankegangen vinder indpas i den kommunale hjemmeplejes praksis og målsætning.

Både ideologien om aktiv aldring og rehabiliteringstænkningen bygger dels på videnskabelige undersøgelser, der viser sundhedsværdien af at leve et aktiv liv og værdien af, fx efter en indlæggelse, at blive genoptrænet til at kunne klare sin egen hverdag så vidt muligt uden offentlig hjælp. Langt de fleste ældre ønsker autonomi og selvhjulpenhed i deres hverdagsliv, og rehabilitering kan være en forudsætning herfor. Samtidig er økonomiske hensyn stærkt i spil, når vi taler Aktiv aldring og rehabilitering. Jo længere det er muligt at rykke grænsen mellem tredje og fjerde alder, jo billigere er det for kommunerne,

For fremtidens sosu-medarbejdere betyder det et øget fokus på træning og sundhed, fra at lære enkemanden selv at lave mad efter sin kones død, til at motivere borgeren til at gå til fysioterapi eller gymnastik efter hospitalsindlæggelse. Sosu-medarbejderne vil komme til at bidrage indenfor opgaverne intensiv træning og hverdagsrehabilitering med det formål, at så mange som muligt kan klare sig selv, så længe som muligt. Opgaverne vil være både praktiske og pædagogiske – at kunne give hjælp til selvhjælp vægtes allerede i dag højere end kompenserende hjælp. Medarbejderen vil skulle *støtte* borgeren i at udføre opgaverne, snarere end at udføre dem *for* borgeren. Medarbejderens rolle under "aktivitetsparadigmet" er kompleks, og som artiklen om kompetencekravene til frontpersonalet i denne antologi viser, er det langt fra uproblematisk for medarbejderne at tilpasse sig den nye tankegang.

Når en borger bliver syg eller kommer til skade og bliver behandlet på hospitalet, følger efter udskrivningen en periode, hvor man skal restituere sig tilbage til samme funktionsniveau som før. Allerede i dag er det en offentlig opgave at yde pleje, omsorg og træning, men opgaven er på vej helt væk fra hospitalsvæsenet og over til kommunerne. Derfor er såvel forebyggelse som genoptræning i dag en opgave som de social-og sundhedsfaglige også bliver involveret i.

Kommunerne løser langt flere sygeplejeopgaver end før, vi ser behandlingsopgaver i hjemmet som respiratorpatienter, og vi ser at døende i dag vælger at dø hjemme i stedet for på sygehuse. Så i kølvandet af opgaveglidningen fra sygehusvæsen til kommune følger nye opgavetyper, som sosu-medarbejdere bliver involveret i.

Sidst men ikke mindst vil velfærdsteknologi og telemedicin i højere grad komme til at indgå som en integreret del af opgaveløsningen (Stæhr 2011, Winterberg 2012). Der udvikles løbende velfærdsteknologi som hjælp til selvhjælp, fx robotstøvsugere, toiletter med vaske og tørrefunktion, sensorer med forbindelse til en alarm, så borgeren kan kalde hjælp og en professionel via telefonen kan finde ud af, om man skal sende en ambulance. Rollatorer, elektriske kørestole og elektriske loftslifte er eksempler på velfærdsteknologi, der allerede er indført, og som både har gjort arbejdet mindre belastende og har øget den enkelte borgers muligheder for at bevæge sig trods funktionsnedsættelser. Medarbejderne skal kunne håndtere den ny teknologi. De skal vide hvordan de teknologiske løsninger fungerer, kunne forklare brugen til de ældre borgere, og kunne registrere, hvis noget ikke virker.

Hertil kommer den teknologi, som den ældre selv er i besiddelse af, som computere, fjernsyn, mm. Allerede i dag oplever sosu-medarbejdere at skulle hjælpe med at installere computeren eller programmere tv'et, når en ældre borger flytter på plejecenter. Sådanne opgaver kræver en anden type kompetencer, end de traditionelle omsorgs- og plejekompetencer, men vil blive nødvendige for at sikre opretholdelsen af den ældres livskvalitet.

Kompetencer, udvikling og social kapital

Udviklingen af nye kompetencer kan ses som nødvendig for, at fremtidens sosu-medarbejdere kan magte de nye krav og mere komplicerede opgaver, de vil blive stillet overfor. Men tilegnelsen af nye kompetencer kan også ses bredere som led i udvikling af sektorens faglige status gennem en højnelse af omsorgs-, pleje- og sundhedsvirksomhedernes "sociale kapital" og innovative evner.

En styrkelse af virksomhedernes sociale kapital og innovative evner er ikke kun til gavn for den enkelte medarbejder, men også for brugere af velfærdsydelserne. Set i dette perspektiv er kompetenceudvikling inden for sektoren af væsentlig betydning for at sikre gode livsvilkår for alle borgere, hvad enten vi er brugere, patienter eller pårørende.

Social kapital er ikke noget, den enkelte ansatte besidder, men en styrke, der ligger i relationsstrukturerne på arbejdspladsen. I den forstand er social kapital både et produkt af kollegial og menneskelig fællesskab og et middel hertil. Muligheden for udvikling af social kapital hænger sammen med såvel tilgængeligheden af relevante informationer, gensidig tillid mellem medarbejdere og ledelse, tid og rum til at udføre arbejdsopgaver i overensstemmelse med faglige mål og idealer, og endelig med lærings- og udviklingsmuligheder (Hegedahl og Rosenmeier (red) 2007).

Når de tildelte ressourcer er knappe, som indenfor ældreplejen, kan der være logik i at effektivisere arbejdsprocesserne og ledelsesmæssigt fokusere på arbejdsopgaverne og snævert arbejdsrelaterede emner. Spørgsmålet er imidlertid, *hvordan* effektivisering kan foregå uden, at arbejdspladsens sociale kapital samtidig begrænses. For social kapital er en væsentlig faktor i forhold til at skabe en velfungerende arbejdsplads, der kan findes attraktiv både af nuværende og kommende ansatte (Sørensen et al 2008).

Hvis ældreplejeområdet skal gøres mere attraktivt og de nuværende problemer med at rekruttere og fastholde medarbejdere og ledere skal løses, må området have mulighed for at opbygge social kapital. Social kapital etableres bl.a. gennem gensidig tillid mellem medarbejdere og ledelse, gennem fortsat faglig udvikling og gennem karrieremuligheder *indenfor* arbejdsfeltet.

Sociologerne Coleman og Putnam anskuer, med afsæt i Bourdieus kapitalbegreb, social kapital som en afgørende produktionsfaktor. Ifølge dem er virksomheder med høj social kapital kendetegnet ved høj produktivitet, høj kreativitet og kvalitet i ydelserne, og et godt arbejdsmiljø (Hegedahl og Rosenmeier (red) 2007:9-37).

Virksomhedernes sociale kapital kan operationaliseres i forhold til tre dimensioner:

- Gensidig tillid og troværdighed blandt de, der indgår i arbejdspladsens netværk.
- Retfærdighed og respekt, der bl.a. ses ved om medarbejderne informeres og inddrages i processen på en ligeværdig måde i forhold til ændringer.
- Samarbejdsevne, der handler om dialog angående fælles normer og mål (Sørensen et al, 2008: 118-128).

Udvikling af de tre dimensioner kræver, at der på arbejdspladsen etableres en fælles dialog om og refleksion over de udfordringer, dilemmaer og prioriteringsspørgsmål, der dukker op i arbejdet og er meningsbærende i virksomheden. En sådan dialog fordrer et kompetent og målrettet ledelsesansvar som rækker ud over den konkrete opgaveløsning og har et fortsat fokus på udvikling.

Opsamling

Indledningsvis stillede kapitlet spørgsmålet: Vil fremtidens ældre og omsorgen for dem blive en byrde eller en guldgrube? Som det fremgår, er svaret ikke entydigt. Ligesom andre generationer i befolkningen er ældre ikke ens. Der er ressourcestærke ældre og ældre med store pleje- og omsorgsbehov. Der bliver flere af begge grupper og dermed behov for flere medarbejdere i plejen. I en tid hvor mange jobs, der varetages af kortuddannede flytter til udlandet og hvor arbejdsløsheden er stigende, kan dette, trods den økonomiske udfordring, næppe kaldes bekymrende. Der ligger en opgave i at tiltrække og uddanne de mange nye medarbejdere, der bliver brug for, og videreuddanne de nuværende med henblik på at varetage mere komplekse plejeopgaver. Men et løftet kompetence-niveau kan give sektoren øget status, og dermed på sigt være en gevinst både for medarbejdere, ældre borgere og for velfærdssamfundet. Omsorgsløsninger vil være efterspurgt i hele den vestlige verden; i Norden har vi en unik mulighed for at kunne bidrage hermed.

Referencer

Avlund, Kirsten (2012): Forebyggelse i alderdommen. København: Dafolo Forlag.

Baadsgaard, Mikkel & Brønnum-Hansen, Henrik (2012): Social Ulighed i Levetiden. København, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.

Blaakilde, Anne Leonora (2012): "Bedsteforældreressourcer". I *Gerontologi*, nr. 2, årgang 28, København.

Ejersbo, Niels & Greve, Carsten (2005): Moderniseringen af den offentlige sektor, Børsens Forlag, København K.

Etwil, Preben, Sørensen, Henrik Sejerbo, & Mackie, Marianne (red.) (2011): *Ældrestyrken kommer – de ældres indkomster, opsparing og forbrug*. Danmarks Statistik, Statistisk Tiårsoversigt 2011. Temaartikel. (Hentet 8.8.2013) Tilgængelig på:

<http://www.dst.dk/da/statistik/publikationer/vispub.aspx?cid=16219#temaartikler>

Hansen, Flemming, KL, oplæg på CareSam seminar 27.10. 2011: www.CareSam.dk

Hegedahl og Rosenmeier (red.) (2007): *Social kapital som teori og praksis*. Samfundslitteratur.

Hjort, Katrin (2001): *Moderniseringen af den offentlige sektor*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg C.

Lauritzen et al. (2012): *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af ældredatabasen*. SFI, Det nationale forskningscenter for velfærd.

Liveng, Anne & Storm, Helle (2008): *Afdækning af kompetenceudviklings- og videreuddannelsesbehov hos Social- og sundhedsassistenter m.fl. ansat i sundheds-, pleje- og omsorgssektoren*.

<http://www.vfsj.dk/Publikationer/Sider/Publikationerfravækstforumprojekter.aspx>

Petersen, Jørn Henrik (2012): "Generationer og økonomi". I *Gerontologi*, nr. 2, årgang 28, København.

Ord net:
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?mselect=59000138&query=alder>
(Hentet 04-06-2013)

Stæhr, Karen, FOA, oplæg på CareSam seminar 06.12. 2011:
www.CareSam.dk

Sørensen, Ole H; Mac, Anita; Limborg, Hans Jørgen og Pedersen, Merete (red) (2008): *Arbejdets kerne – om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*, VIPS (virksomheders indsats for et bedre psykisk arbejdsmiljø), Frydenlund.

Teknologisk Institut, Arbejdsliv (2007): *Social og sundhedsassistent – en profil i bevægelse*. Taastrup.

Winterberg, Erland (2012): "Teknologi i velfærdssektoren". I *Gerontologi*, nr. 4, årgang 28, København.

Ældre Sagen (2011): *Ældre Sagens Frivilligpolitik*. (Hentet 8.8.2013)Tilgængelig på: <http://www.aeldresagen.dk/bliv-frivillig/frivilligpolitik/Documents/Ældre%20Sagens%20frivilligpolitik%20april%202011.pdf>.

2. VEMS BEHOV? ”NYA” PROFESSIONER PÅ GAMMAL GRUND

Finnur Magnússon

Bakgrund

I detta kapitel fokuseras en rad olika insatser från vårdens och omsorgens sida för att främja äldres i integration i samhället. Exempel kommer dels att ges från ett almäneuropeiskt sammanhang, dels från de olika rön som Caresam-projektet resulterat i, varav några ges prov på i denna bok. Det faktum att världens befolkning ökar är känt sedan länge och är ett återkommande tema i de flesta sammanhang där framtidens äldreomsorg och äldres livsvillkor diskuteras. Samtidigt har hälsotillståndet bland vuxna äldre stadigt förbättrats. Mot denna bakgrund kan vi utgå ifrån att nya behov, krav och önskemål kommer att kräva en allt högre grad av anpassning inom den Europeiska äldreomsorgs- och vårdsektorn. I en kommentar till dagens ökande rörlighet, hävdar forskare att globaliseringens effekter på migration, kommer att ha stor betydelse för hur erfarenheter av åldrandet uttrycks. Det anses i allra högsta grad sannolikt att definitionerna av åldrandet i ett framtida samhälle kommer att bli allt mer skiftande (Philipson 2007). Det som åsyftas här är att det ökande antalet äldre är inte att enbart betrakta som ett demografiskt fenomen. Det handlar i lika hög grad om kulturella attityder, uppfattningar och föreställningar.

Socialgerontologin har exempelvis visat att föreställningar om vuxna äldre i Europa och USA, tenderar att vara negativa (Bodily 1994, Hazan 1994 och Biggs 2001). Detta visar sig inom populärkultur och media, arbetsmarknadsfrågor och även inom vård och omsorg. Negativa aspekter på ålderdomen har lett till en dystopisk och mörk diskurs som har fått tydliga konsekvenser inom exempelvis det socialpolitiska området. Här finns en av anledningarna till att spådomar om framtidens äldreomsorg ofta har undertonen av hot och katastrofbilder. Vuxna äldre ses snarast som en börda för samhället än att utgöra en tillgång. Den amerikanske äldreforskaren Ken Dychtwald lanserade termen exempelvis *äldresunami* för att ringa in några av de ansträngande faktorer som uppstår till följd av den ökande mängden äldre (1999). Som Anne Liveng påpekar i sitt kapitel dyker denna metafor upp ibland i en dansk/svensk äldreomsorgsdebatt. Denna hotbild definierar åldrandet som ytterst problematiskt. Ju äldre du blir, desto mer sårbar blir du, socialt såväl som hälsomässigt. Det är lätt att förskasta tolkningar av detta slag som eländighetsprofetior av det slag som forskare som Owe Ronström (1996) har fört fram i en diskussion kring äldre utlandsfödda som anses lida av utanförskap och social såväl som fysisk och psykisk ohälsa. Alltför ofta är dessa påståenden överdrivna och byggda på lösa antaganden. Enligt en färsk undersökning som organisationen Help Age International har gjort är Sverige i jämförelse med 91 andra länder rankat som världens bästa land att åldras i (Global Age Watch Index (2013). Faktum kvarstår dock att flera forskare har visat att ett ökande antal vuxna äldre i Europa riskerar att hamna i ett socialt utanförskap och lida av de negativa konsekvenser detta kan leda till (Walker & Foster 2006). Detta är mot denna bakgrund som detta kapitel skall ses. Utgångspunkten är några av förändringar som svensk äldreomsorg har genomgått de senaste åren. De organisatoriska förändringarna liknar den skandinaviska utvecklingen och kan karakteriseras som en allt tydligare "marknadisering", samt en allt mer diversifierat äldreomsorg (Jfr. Meagher & Szebehely 1013). Parallellt med denna tendens som har sina rötter i ett marknadsliberalt tänkande, har behoven av nya professioner inom äldresektorn resulterat i en gradvis utveckling

mot etablerande av nya professioner (Jfr. Nilsson 2004 och 2006, Dunér & Ohlin 2011, Fristrup 2012 samt Hallstedt, Högström & Nilsson 2013). Detta är en utveckling som vi har kunnat se på bägge sidor Öresund.

Syfte

Syftet med detta kapitel är i huvudsak explorativt. Jag vill kasta ljus på hur beprövade ansatser för att minska äldre vuxnas utanförskap och sociala marginalisering kan användas inom nya professioner inom äldresektorn. Dessa kan ses som socialt innovativa sätt att skräddarsy insatser för att passa vuxna äldres behov och önskemål. Ett flertal av insatserna i denna riktning har getts prov på i andra delar av denna bok. Den första delen av kapitlet är en grov översikt över några karakteristiska drag som kännetecknar en rad olika sociala interventionsinsatser inom ramen för internationell socialgerontologi. Denna genomgång är långtifrån heltäckande, utan bör ses som ett axplock. I den andra delen diskuteras hur interventioner av detta slag kan möta framtidens krav på nya och innovativa sätt att arbeta med äldre. Här gör jag en löslig koppling till begreppet sociala innovationer och hur det kan vara fruktbart i en diskussion kring framtida äldreomsorg. Slutligen vill jag knyta ihop trådarna genom att fokusera ämnet *aldrepedagogik* som möjligen kan ses som ett sätt att uppfylla de krav som en åldrande befolkning kan tänkas ställa. På många sätt kan konstateras att det idémässiga etablerandet av *aldrepedagogik* återspeglar en rörelse som vi återfinner på flera håll i Öresundsregionen (Krogh-Hansen 2002, Nilsson 2004, 2006, Fristrup 2012 Hallstedt, Högström, Nilsson, 2013) Andra exempel som belyser detta utgörs av Anne Lise Hansens, Tine Fristrups och Margareta Rämgårds bidrag i denna antologi.

Att minska social isolering

Med utgångspunkt i att en av de viktigaste utmaningarna för framtiden ofta definieras som behoven av äldre vuxnas integrering i samhället, är det naturligt att vända blicken mot socialgerontologins traditionella intresse för äldres ensamhet och isolering. Denna

mångåriga tradition har fokuserat sambanden mellan integration, deltagande i multipla sociala roller och samspel och tillgång till sociala stödformer och välbefinnande. Motsatsen: utanförskap, bristande tillgång till socialt sammanhang, meningsfulla relationer och aktiviteter leder i sin tur till ohälsa på flera plan. Att motarbeta detta kan sägas utgöra en kungstanke i allt socialt arbete med äldre. Inom socialgerontologin definieras social isolering och ensamhet vanligen på två sätt, objektivt eller subjektivt (Wegner et al 1996, Andersson 1998). I en objektiv bemärkelse åsyftas den faktiska, mätbara bristen på social interaktion, medan samma fenomen rent subjektivt syftar upplevelserna av ensamhet och bristfälliga möjligheter till kommunikation med andra (Weiss 1982). Detta betyder att ensamhetskänslor kan uppstå i välutvecklade sociala sammanhang. I forskningen anses de vanligaste orsakerna till social isolering och utanförskap vara rollförluster (Arbuckle & de Vries 1995), ensamboende (Fisher & Oliner 1998) förlust av en äkta hälft (Moen 1996) hälsoproblem (Pillemer 2000) och ren fattigdom (Klinenberg 2002). På senare år har man allt mer börjat intressera sig för konsekvenserna av nya livsmönster som har att göra med att allt fler har valt att avstå från äktenskap, ökande skilsmässofrekvens och minskat barnafödande (Easterlin 1987, Easterlin et al 1990). På så vis vet vi en hel del om orsakerna till social isolering bland vuxna äldre. Dessutom vet vi att en relativt stor grupp vuxna äldre kan ses som riskgrupper i dessa avseenden. Mot denna bakgrund, är det föga förvånande att en betydande del av den sociala hälso- och omsorgssektorn i Europa och USA har varit inriktat på en rad olika sociala interventionsformer. Å andra sidan tycks det som att forskningen endast har kunnat peka ut ett fåtal ansatser som har kunnat påvisa ett lyckat och varaktigt resultat. En snabb översiktsblick över några av de vanligaste interventionsansatserna visar däremot att insatser som bygger på stöd till ett mindre antal aktiva gruppmedlemmar så kallad *Group Peer Support* är långt mer effektiva än aktiviteter som riktas till individer. Dessa interventioners grund i att arbeta med exempelvis fokusgrupper, och aktivt deltagande, har i regel lett till lyckade resultat (Andersson 1984, 1985). Dessutom har de ofta varit knutna till sociala nätverk i närsamhället och därmed bidragit till att

säkerställa varaktiga resultat (Arnetz & Theorell 1983). En annan framgångsfaktor bland gruppbaseade interventionsprogrammen har varit fokus på pedagogiska inslag av olika sorters träning (Hopman-Rock & Westhoff 2002). Sammanfattningsvis kan vi säga att de traditionella socialgerontologiska insatserna har vänt sig till grupper av vuxna äldre som lider eller anses brottas med hälsoproblem, social isolering eller diskriminering. Det är däremot svårt att finna exempel på förebyggande insatser. Dessutom ser vi i den socialgerontologiska forskningen få eller inga exempel där man har tagit utgångspunkt i det sociala och kulturella kapital som medför åldrandet.

Mot åldersvänliga miljöer

Följderna av ökad livslängd för exempelvis arbetsmarknaden i de industrialiserade samhällen är ett återkommande ämne i forskningen. Här har man ofta använt sig av begreppet sociala innovationer. I detta sammanhang tar jag mig friheten förhålla mig till en något löslig definition av begreppet som enbart är kopplat till hur det här kommit att användas och refereras till i diskussionen om vuxna äldres ställning i dagens samhälle. Vad gäller arbetsmarknadsfrågorna har forskare ibland fokuserat företagsvärldens nödvändighet av att attrahera äldre arbetskraft (Kolbacher & Herstadt 2008). De menar att erkännandet av vuxna äldres kunskapskapital utgör en social innovation i sig. Nya sätt att tänka kring äldres position på en arbetsplats skulle på sikt kunna leda till ett flergenerationsaktigt sätt att tänka som kan förhindra uppkomsten av fördomsfulla stereotyper om äldre som okunniga, eller på olika sätt ur takt med sin tid. Detta har WHO benämnt som skapandet av *age-friendly environments* – ett slags åldersvänliga miljöer (WHO 2010). Hur kan då begrepp som sociala innovationer kopplas till en framtida äldreomsorg i en tid av allt mer högljudda krav på omsorgsapparaternas anpassning till nytänkande, exempelvis genom etablerandet av nya professioner? I den internationella diskussionen har det hävdats att en lyckad förutsättning för att sociala innovationer skall kunna betraktas som varaktiga ligger i begreppet *Livslångt lärande*. Socialgerontologen Simon Biggs ansluter till detta när han hävdar betydelsen av olika

pedagogiska aktiviteter som riktar sig till äldre (2005). Vidare resonerar Biggs att äldres anpassningsförmåga inte enbart skall erkännas utan utnyttjas effektivt. Framför allt hävdar han att alla pedagogiska insatser i syfte att bryta åldersfientliga barriärer måste ta sin utgångspunkt i vuxna äldres uttalade önskemål och behov. Det kunskapskapital som en åldrande del av befolkningen besitter, är en betydande utnyttjad resurs. Detta ser han som ett samhälles misslyckande att ta till vara på de förutsättningar som en ökande äldre befolkning innebär. Samtidigt påpekar Biggs en förändring som vi har kunnat iaktta på senare år. Vuxna äldres erfarenheter och kunskap tycks tas till vara på i en allt större utsträckning. En del av denna förändring har att göra med gruppens ökade krav och uttalade förväntningar. En annan förklaring kan sökas i förbättrade ekonomiska möjligheter och förändrade konsumtionsmönster bland vuxna äldre (Kolbacher & Herstadt 2008).

Äldrepedagogik

I dagens Öresundsregion har vi bevittnat olika tendenser till nya och innovativa sätt att utveckla arbetet med äldre, dels inom den sociala sektorn dels inom hälsosektorn. Äldrepedagogik har under 10 års tid drivits som ett självständigt utbildningsprogram vid Malmö Högskola. Ämnets vetenskapliga kontext ligger i ett gränsland mellan socialt arbete, pedagogik och social omsorg (Nilsson 2004, 2006 Hallstedt, Högström, Nilsson, 2013). Äldrepedagogiken kännetecknas av arbetet med förebyggande interventioner där utgångspunkt tas i äldres sociala och kulturella erfarenhetsramar, där begreppet livslångt lärande har en central innebörd. Genom att direkt rikta förebyggande insatser till äldre som på ett eller annat sätt kan sägas befinna sig i gränslandet mot exempelvis socialt utanförskap, är äldrepedagogens mål att säkerställa god livskvalitet. Rent praktiskt liknar dessa insatser dem som redan beskrivits. Ett exempel på äldrepedagogiska metoder ges i Kristina Bengtssons och Jessica Halls kapitel.

Det som dock framför allt utmärker det äldrepedagogiska arbetssättet är ambitionen att främja äldres möjligheter till hållbar integration i ett att fokusera förekomsten av ålderistiska stereotyper och fördomar. I förlängningen skall detta ses som ett

sätt att tillvarata äldres outnyttjade kunskapskapital inom de flesta av samhällets arenor, exempelvis vård- omsorg, samt arbetsliv. på det sätt efterlysts av Biggs (2005). Ambitionen kan ses som led i skapandet av värdegrund i det sociala arbetet med äldre, där hänsyn tas till en åldrande befolknings samlade erfarenheter, behov och förväntningar. Under den tioåriga period som äldrepedagogprogrammet har getts vid Malmö högskola har en rad svårigheter uppstått. Till att börja med har dessa haft med arbetsmarknadsrelaterad problematik att göra. Att etablera nya professioner låter sig inte göras i handvändning. Redan etablerade grupper har en naturlig önskan att bevaka sin egna intressen och nya grupper upplevs som hot. Men svårigheterna har i hög grad med att några av de ålderistiska idéer som redan beskrivits har ett mycket djupt fäste i samhället. Detta visar sig inte minst i det faktum att det har varit svårt att rekrytera studenter till programmet i önskvärd utsträckning. Detta bekräftar i sin tur det faktum att socialt arbete med äldre inte är särskilt attraktivt vilket internationella rön visar (Sharlach et al 2000, Snyder et al 2008, Weiss 2005). Som några amerikanska forskare har visat, kan vi se tecken på att bland socialarbetare finner vi exempel på stereotypa och ålderistiska tendenser (Cohen et al 2000). I syfte att råda bot på detta upprättade forskarna fokusgrupper bestående av en blandning av vuxna äldre och studenter i socialt arbete. Resultatet visade att förutom att konfronteras med sina egna fördomar, blev studenterna från att ha varit avvaktande allt mer positiva till socialt arbete med äldre. Av detta kan man dra slutsatsen att utbildningar på området kan ha en mycket viktig roll som brobyggare över generationsklyftor och bana väg för vuxna äldres integration i samhället.

I dagens Öresundsregion har vi bevittnat olika tendenser till nya och innovativa sätt att utveckla arbetet med äldre, dels inom den sociala sektorn dels inom hälsosektorn. Äldrepedagogik har under 10 års tid drivits som ett självständigt utbildningsprogram vid Malmö Högskola. Ämnets vetenskapliga kontext ligger i ett gränsland mellan socialt arbete, pedagogik och social omsorg (Nilsson 2004, 2006 Hallstedt, Högström, Nilsson, 2013). Äldrepedagogiken kännetecknas av arbetet med förebyggande interventioner där

utgångspunkt tas i äldres sociala och kulturella erfarenhetsramar, där begreppet livslångt lärande har en central innebörd. Genom att direkt rikta förebyggande insatser till äldre som på ett eller annat sätt kan sägas befinna sig i gränslandet mot exempelvis socialt utanförskap, är äldrepedagogens mål att säkerställa god livskvalitet. Rent praktiskt liknar dessa insatser dem som redan beskrivits. Ett exempel på äldrepedagogiska metoder ges i Kristina Bengtssons och Jessica Halls kapitel.

Det som dock framför allt utmärker det äldrepedagogiska arbetssättet är ambitionen att främja äldres möjligheter till hållbar integration i ett att fokusera förekomsten av ålderistiska stereotyper och fördomar. I förlängningen skall detta ses som ett sätt att tillvarata äldres outnyttjade kunskapskapital inom de flesta av samhällets arenor, exempelvis vård- omsorg, samt arbetsliv. på det sätt efterlysts av Biggs (2005). Ambitionen kan ses som led i skapandet av värdegrund i det sociala arbetet med äldre, där hänsyn tas till en åldrande befolknings samlade erfarenheter, behov och förväntningar. Under den tioåriga period som äldrepedagogprogrammet har getts vid Malmö högskola har en rad svårigheter uppstått. Till att börja med har dessa haft med arbetsmarknadsrelaterad problematik att göra. Att etablera nya professioner låter sig inte göras i handvändning. Redan etablerade grupper har en naturlig önskan att bevaka sin egna intressen och nya grupper upplevs som hot. Men svårigheterna har i hög grad med att några av de ålderistiska idéer som redan beskrivits har ett mycket djupt fäste i samhället. Detta visar sig inte minst i det faktum att det har varit svårt att rekrytera studenter till programmet i önskvärd utsträckning. Detta bekräftar i sin tur det faktum att socialt arbete med äldre inte är särskilt attraktivt vilket internationella rön visar (Sharlach et al 2000, Snyder et al 2008, Weiss 2005). Som några amerikanska forskare har visat, kan vi se tecken på att bland socialarbetare finner vi exempel på stereotypa och ålderistiska tendenser (Cohen et al 2000). I syfte att råda bot på detta upprättade forskarna fokusgrupper bestående av en blandning av vuxna äldre och studenter i socialt arbete. Resultatet visade att förutom att konfronteras med sina egna fördomar, blev studenterna från att ha varit avvaktande allt mer positiva till socialt

arbete med äldre. Av detta kan man dra slutsatsen att utbildningar på området kan ha en mycket viktig roll som brobyggare över generationsklyftor och bana väg för vuxna äldres integration i samhället.

Slutsatser

Följderna av en snabbt växande andel vuxna äldre har väckt politikernas, myndighetsutövarnas, och forskares intresse för olika insatser som motverkar isolering, dålig hälsa och effekterna av ålderistiska attityder. Ett exempel på detta är etablerandet av åldersvänliga miljöer som diskuterats när det gäller vuxna äldres roll i arbetslivet. Dessa har ofta kännetecknats som sociala innovationer som tillvaratar vuxna äldres behov och erfarenhetsbaserad kunskap. Det är dock tidigt att sätta något om resultaten. Inom ramen för den sociala omsorgssektorn har utvecklingen inte nått lika långt, eller i varje fall inte följt samma mönster. I kapitlet har jag velat uppmärksamma redan etablerade traditionella metoder och modeller för sociala interventioner inom det socialgerontologiska fältet. Sätta i ett nytt sammanhang som exempelvis en ny utbildning inom ramen för socialt arbete med äldre, som äldrepedagogiken kan de ha en viktig roll att spela. I kombination med insatser på en rad olika områden som sociala medier, tekniska innovationer och så vidare kan de bidra till en förståelse och tillvaratagande av de resurser som äldres erfarenheter innehåller. Men den allra viktigaste uppgiften för socialt arbete med äldre ligger inte i nya eller nygamla metoder eller nya organisationsformer. Dessa blir endast fullt ut verkningsfulla och relevanta i arbetet med att motverka de negativa aspekterna av åldersbaserad diskriminering, stereotyper och föreställningar om ålder.

Referenser

- Andersson, L. (1984) Intervention against loneliness in a group of elderly women: A process evaluation. *Human Relations* 37 (4) p. 295-310
- Andersson, L. (1985) Intervention against loneliness in a group of elderly women: an impact evaluation. *Social Science and Medicine* 20 (4) p. 355-364
- Andersson, L. (1998) Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging and mental health* 2 (4) p. 264-274
- Arbuckle, N. W. & de Vries, B. (1995) The long-term effects of later life spusal and parnetal bereavement on personal functioning. *Gerontologist* 35 (5) p. 637-47
- Arnetz, B. & Theorell, T. (1983) Psychological, sociological and health behavior aspects of a long term activation programme for institutionalized elderly people. *Social Science and Medicine* p. 449-456
- Biggs S. (2001) Towards a Critical Narrativity. Stories of Aging in Contemporary Social Policy. *Journal of Aging Studies* 15: p. 303-316.
- Biggs, S. 2005 Beyond appearances: perspectives on identity in later life and some implications for method. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* (2005) 60(3) p. 118-128
- Bijak J. et al (2007) Population and Labor Force Projections for 27 European Countries:2002-2052: Impact of International Migration on Population Ageing, *European journal of population* 23 (1) p. 1-31
- Blomberg, S. & Petersson J. (2007) Elderly Care in Sweden as Part in the Formulation of Social Citizenship – A Historical Perspective on Present Change. In Harryson L. & O'Brian M. eds. *Social Welfare, Social Exclusion, a Life Course Frame*. Lund: Värpinge Ord & Text. P 173-193
- Bodily C. (1994) Ageism and the Development "Age": A Constructionist View. In Sarbin T. R. & Kitsue J. L. (eds) *Constructing the social. Inquiries in social*

- construction*. London/ Thousand Oakes/New Dehli: Sage Publications.
- Caserta, M.S. & Lund D.M. (1996) Beyond bereavement support group meetings: Exploring outside social contacts among group members. *Death studies* 20 (6) p. 537-556
- Cohen H. L. et al (2004) Using focus groups as an educational methodology: deconstructing stereotypes and social work practice misconceptions concerning aging and older adults. *Educational Gerontology* 30 (4) p. 329-346
- Dunér A. & Ohlin E. (2011) En begynnande professionalisering? Om gränsarbete och kompetenser inom funktionshinder- verksamhet och äldreomsorg. In *Socialvetenskaplig tidskrift* 2011 (4) p. 336-353
- Easterlin, R. A. et al (1990) Retirement prospects of the baby boom generation. *Gerontologist* 30 (6) p. 776-783
- Easterlin, R. A.(1987) New age structure of poverty in America: Permanent or Transient?
- Fischer, C.S. & Oliker S.J. (1998) Research not on friendship, gender, and the life cycle. *Social forces* 1983. 62 (1) p. 124-33.
- Fristrup, T. (2012) Gerontopedagogicalization: A critical approach to performAGE in later life. I Jacob Kornbeck & Niels Rosendal Jensen (red.) *Social Pedagogy for the Entire Lifespan. Volume II. Studies in Comparative Social Pedagogies and International Social Work and Social Policy, Vol. XVIII.* KG, Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co.
- Global Age Watch Index (2013)
- Hallstedt, P., Högstöm, M. & Nilsson, R. (2013) Samtal – en väg till gemenskap för äldre. I L.Eriksson, G. Nilsson & L.A. Svensson (red.) *Gemenskaper. Socialpedagogiska perspektiv*. Göteborg: Daidalos.
- Hazan, H. (1994) *Old age: constructions and deconstructions*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Hopman-Rock, M. & Westhoff M. (2002) Development and evaluation of “Aging well and healthily: A health education and exercise program for community living older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* (10) p. 363-380

- Klinenberg, E. (2002) *Heatwave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*. Chicago: University of Chicago press.
- Kolbacher, F. & Herstadt, C. (2008) *The Silver Market Phenomenon, Business Opportunities in an Era of Demographic Change*. New York: Springer
- Krogh-Hansen, H. (2002). Livet er et kunstværk – om ældrepedagogisk teori og praksis. Copenhagen ÆldreForum
- Meagher, G. & Szebehely, M., (2013): *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work, 30. Stockholm: Department of Social Work
- Moen, P. (1996) Changing age trends: The pyramid upside down? In Bronfenbrenner U. et al eds. *The changing state of Americans*. Free press: New York, p. 208-58.
- Nilsson, R. (2004) Om omsorg och utbildning. I Magnusson, F. & Plantin, L. (red.). *Mångfald och förändring i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, R. (2006) Äldrepedagogik – socialt arbete med äldre i ett nytt perspektiv
- Phillipson C. (2007) New Ageing and New Policy Responses: Reconstructing Gerontology in A Global Age, In Wahl H-W. et al, *New Dynamics in Old Age: Individual, Environmental and Societal Perspectives*, Amyville, New York, Baywood Publishing, p. 291-305
- Pillemer, K. et al eds. (2000) *Social integration in the second half of life*. John Hopkins University Press Baltimore, p. 19-47
- Ronström, Owe 1996 (red): *Vem skall ta hand om de gamla invandrarna?* Rapport från forskningsprogrammet ”Åldrandets kultur”. FoU-rapport 1996:3, Stockholms socialtjänstförvaltning.
- Sharlach, A. et al (2000) Educating social workers for an aging society: a vision for the 21st century. *Journal of social work education*. 36 (3) p. 521-538
- Snyder, C. S. et al (2008) Bridging the Gap: Gerontology and social work education. *Gerontology & and Geriatrics Education*, 28. p. 1-21

- Walker A. & Foster L. (2006) Ageing and social class: An enduring Relationship. In: Vincent, J. et al *The future of old age*. London: Sage
- Warness A.M. et al (2004) The Diversity and Welfare of Older Migrants in Europe, *Ageing and society* 24 (3) p. 647-663
- Wegner, G.C. et al (1996) Social-isolation and loneliness in old-age: review and model refinement. *Ageing and Society*, p. 333-358
- Weiss, I. (2005) Interest in working with elderly: a cross-national study of graduating social work students. *Journal of Social Work Education*. 41 (3) p. 379-391
- Weiss, R.S. (1982) Issues in the study of loneliness. In Peplau D. ed. *Loneliness: A Source Book of Current Theory, Research and Therapy*. Wiley, New York. P. 71-80
- World Health Organization 2010 *Age Friendly Environments programme*. Available at: <http://www.who.int>

3. SOCIALPÆDAGOGIKKEN OG DENS BETYDNING FOR DEMENSPLEJEN

eller

Det absurde meningsfulde liv er et godt liv!

Anne Lise Hansen

Artiklen beskriver et paradigmeskift inden for demensområdet: et skift fra et overvejende sundhedsfagligt perspektiv til et socialpædagogisk perspektiv; Arbejdsperspektivet flytter sig fra et fokus på behandling og pleje med afsæt i en objektiv ekspertviden til et nyt perspektiv, hvor borgeren forstås som ekspert i eget liv, og hvor der i større grad sættes fokus på at skabe rammer for et meningsfuldt liv.

Socialpædagogik i Demensplejen i Danmark

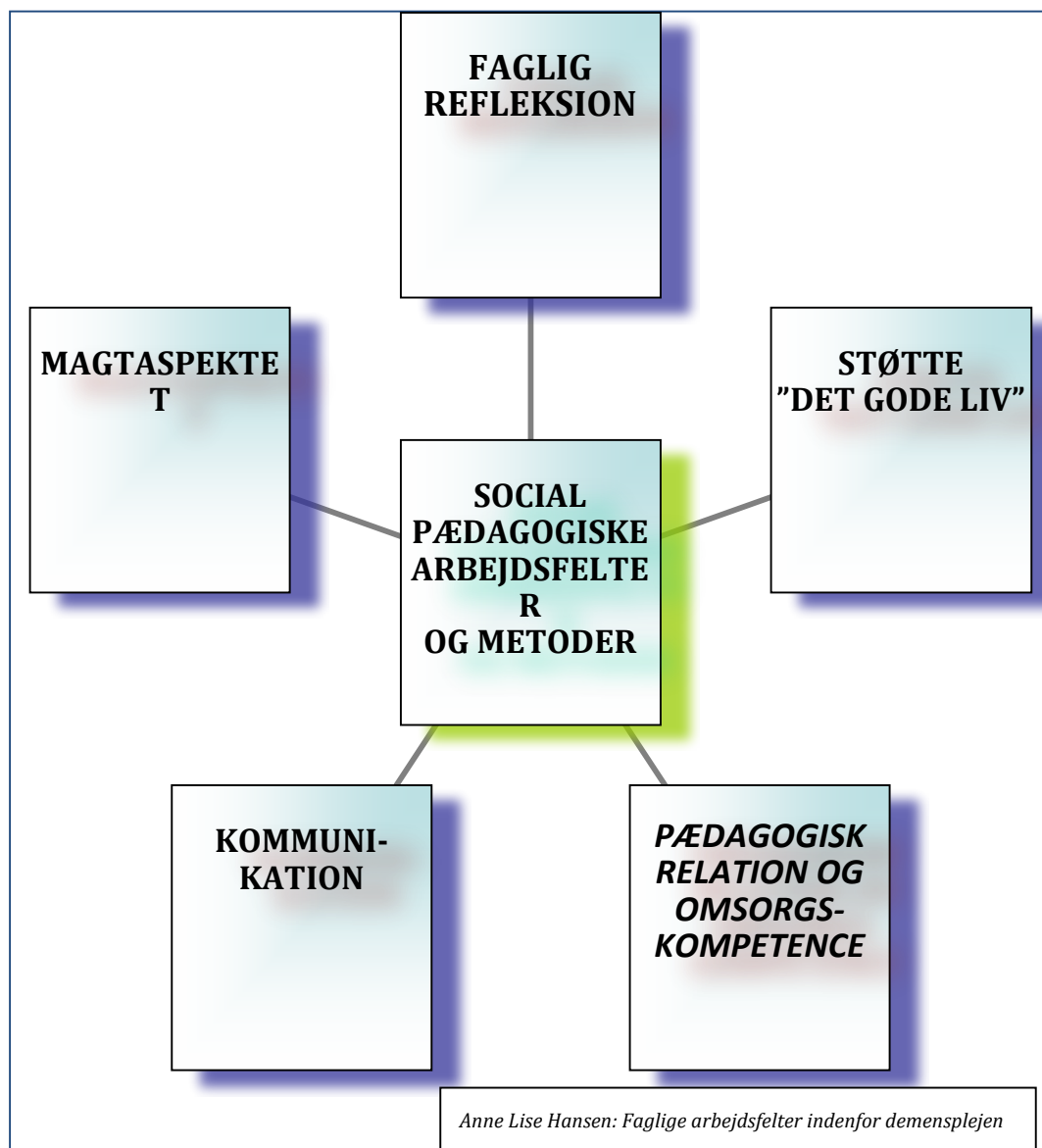
Der står i serviceloven, at det påhviler de sociale myndigheder at tilbyde mennesker, der ikke kan tage vare på egen tilværelse, pleje, omsorg og socialpædagogisk hjælp. (jvf.: Ministerieltidende 2008,). Ligeledes står der i Københavns Kommunes demenspolitik at socialpsykologi, pædagogik, og det kulturelle i højere grad danner afsæt for omsorgsarbejdet (Københavns Kommunes demenspolitik. 2010-2014, s. 11). Socialpædagogikken har derfor nu en

fremtrædende placering i demensplejen. Det betyder, at sundhedsfaglige selvforståelser, der er grundlagt i plejediskursen ekspanderes til også at omfatte socialpædagogiske og socialpsykologiske vidensområder. Men hvad betyder dette for plejepersonalet? Hvad er det for en opgave, der skal varetages på en anderledes måde?

Artiklen vil forsøge at beskrive den særlige socialpædagogiske faglighed. Artiklen vil redegøre for nogle af de faglige arbejdsfelter og metoder, der inddrages i demensplejen, når man arbejder med afsæt i et socialpædagogisk perspektiv: At udvise socialpædagogisk faglighed indebærer, at der reflekteres over borgernes mulighed for livskvalitet¹, at der skabes initiativer til at støtte et godt liv for borgeren, at der udvises en særlig omsorgskompetence og bevidsthed om kommunikation med borgeren, og at der tages stilling til den magt, der er til stede i institutionelle positioneringer af personer. Som demenskonsulent, der arbejder med personalegrupper og oplever man gang efter gang, at når personalet benytter en socialpædagogisk tilgang, så kan det lykkes at kommunikere og samarbejde med personer med demens.

De faglige perspektiver i følgende arbejdsmodel er fremkommet som fokusområder i arbejdet med personalet, som har medvirket til, at personalet kan opdage det, der virker over for personer med demens.

¹ Denne artikel har ikke til hensigt at inddrage en analyse af livskvalitetsbegrebet. Livskvalitet i denne artikel forstås helhedsorienteret, idet den omfatter to overordnede betydninger af begrebet; 1) livskvalitet forstået som objektive livsvilkår, der antages at have positiv indflydelse på menneskets trivsel og 2) livskvalitet som subjektiv begreb om menneskets oplevede trivsel, velbefindende og tilfredshed med livet (Zachariae og Bech, 2008). Inden for demensområdet benyttes blandt andet observationsværktøjet Kitwood Dementia Care Mapping til at observere borgeres velbefindende for derigennem tydeliggøre, hvad der er og hvad der ikke er personcentreret omsorgspraksis (Brookker & Surr, Dementia Care Mapping, 2007). Tegn på velbefindende bliver derved en måde at måle livskvalitet. Forslag: denne note flyttes op som et afsnit om det gode liv/livskvalitet og uddybes yderligere. Et normativt begreb der bruges gennem hele artiklen.....,Det var overvejet ikke at uddybe fordi der er mange forskelle teorigrundlag for at forstå livskvalitet. Jeg nævner her to af teorigrundlaget jeg benytter



MODEL: Socialpædagogiske arbejdsfelter og metoder

Plejesektoren er traditionelt en sektor, som har fundet sin identitet i den sundhedsvidenskabelige forsknings- og plejetradition, hvor målsætningen er at behandle sygdomme med afsæt i sundhedsfaglig, objektiv ekspertviden om, hvad der er bedst for borgerne. Med serviceloven, som er lovgrundlaget for social og sundhedsvæsnets arbejde i primær sektor, sætter man i højere grad fokus på borgeren som subjektiv ekspert i eget liv. Udfordringen for de professionelle bliver derfor ikke kun at behandle og pleje, men derimod at *skabe rammer og muligheder for et meningsfuldt liv* for borgerne ved at sætte borgernes egne ønsker og selvbestemmelsen i centrum. Flere ting tyder altså på, at der er tale om et paradigmeskifte inden for feltet, væk fra et udelukkende sundhedsfagligt perspektiv til at inddrage et mere socialpædagogisk og psykologisk tankesæt.

Idet 50 til 80 % af borgerne på almindelige plejehjem har demenslignende symptomer, er demens¹ et område, som hele personalet fagligt skal være klædt på til at "håndtere". I arbejdet med mennesker med demens møder social- og sundhedspersonalet store faglige udfordringer i form af uforståelig adfærd og komplekse sygeforløb. Når en demenskonsulent bliver tilkaldt i en sådan kompleks borgersag, handler konsultationen som oftest om den frustration og magtesløshed personalegruppen oplever, når de forsøger at pleje en person med demens. Den altovervejende plejediskurs er det, der oftest driver personalets intentioner. Denne plejediskurs handler om at vaske, klæde på, bespise og medicinere borgeren. Da mennesker med demens kan anskues som at reagere uhensigtsmæssigt i disse plejesituationer, kan borgere alt for ofte betragtes som værende usamarbejdsvillige. Dette kan i visse tilfælde medvirke til ulovlig brug af magt i omsorgen, idet personalet med de bedste hensigter om at pleje den ældre, med

¹ Ved demens forstås en kombination af symptomer på svækkelse og tilbagegang af mentale funktioner som følge af hjerneskade, dysfunktion eller legemlig sygdom, (Gulmnan , 2001:69).

magt gennemfører plejen uden at tage hensyn til borgerens ønsker eller behov. Dette kan resultere i "problematisk" adfærd hos borgere, der slår, spytter og råber. Personalegrupper oplever i disse interaktioner, hvor vanskeligt og udfordrende, det kan være, at udføre demenspolitikens faglige intention; at skabe værdi for borgerens med afsæt i den personcentrerede omsorg.

Artiklen vil benytte modellen om socialpædagogiske arbejdsfelter til at analysere, hvad der kan gøres for at undgå disse vanskelige og utilsigtede interaktioner. Omdrejningspunkter vil være at socialpædagogisk arbejde fordrer:

- En personlig og kollegial refleksion over den arbejdspraksis, der udvikler sig i hverdagen
- En etisk stillingtagen til den daglige interaktive praksis for at minimere magtaspektet
- En kvalificering af livskvalitetsaspektet i borgerens liv.

Faglig Refleksion

Socialpædagogisk arbejde fordrer faglig, kollegial refleksion over den praksis, der udvikler sig i dagligdagen. Faglig refleksion er en af arbejdsmetoderne til at understøtte læring i hverdagen og til at benytte praksis som grundlag for vidensudvikling. Det indebærer en refleksion over, hvorledes livskvalitetsaspektet i borgerens liv kan kvalificeres samt hvorledes magtaspektet minimeres i den daglige praksis. Ved at udføre faglige analyser kan borgerens resurser afsøges, samtidig med at borgerens særlige behov og livsudfoldelsesmuligheder synliggøres og søges realiseret. Der er forskellige metoder til at understøtte refleksion.

Model : Metoder til at underbygge faglig refleksion i hverdagen

- At lave observationer af dagligdagen og bruge observationer som afsæt for faglige diskussioner, om hvorledes daglige arbejdsprocesser kan anskueliggøres og forbedres.
- At benyt sig af "et 10-minutters interview". Hvis for eksempel en interaktion med en borger opleves som "ikke vellykket", kan et personale bede en kollega interviewe sig og via dennes spørgsmål, reflektere over hvad der skete i interaktionen med borgeren og overveje hvordan man kan handle anderledes en anden gang.
- Faste tilbagevendende borger-refleksioner, hvor borgerens livskvalitet undersøges ud fra forskellige faglige perspektiver og fra borgerens og pårørende egne personlige perspektiver. Dette møde kan evt. holdes sammen med borger eller sammen med borgers pårørende.
- Interviewe borger og/eller pårørende

Analyse gennemføres på baggrund af forskellige former for observationer¹ eller interview med henblik på at opdage det, der lykkes: - Hvornår lykkes det at skabe kontakt med borgeren og hvilke handlemuligheder giver det personalet?; - Hvornår lykkes det at skabe meningsfuld aktivitet for borgeren med demens, og hvilke rammer bør personalet tilbyde borgeren? Det indebærer, at der løbende gøres et detektivarbejde for at søge og opdage "det der virker" og "gør en positiv forskel" i borgerens liv. Særligt i forhold til "den komplekse"² borger, er det nødvendigt at udfordre og diskutere holdningerne til, hvad omsorgsopgaven er. Her bliver det særligt vigtigt at benytte tværfaglige perspektiver for at kunne løfte livskvaliteten. Det kan både dreje sig om pleje- og sygepleje

¹ Observationer i form af: Dementia Care Mapping, deltagende observationer, observationer af fokusområder, videos, dagligdagsbetragtninger, notater i dokumentation systemer m.m..

perspektiver, ergo- og fysioterapeutiske perspektiver, pædagogiske og psykologiske perspektiver samt kulturelle perspektiver m.m. for at afsøge det, der kan gøre en positiv forskel i borgerens liv.

Et eksempel på et tværfagligt perspektiv kan være at benytte viden om sanseintegration i hverdagen. Viden om sanseintegration benyttes når en borger pga. demens ikke kan mærke sin egenkrops position. Dette kan medføre, at en personlig hygiejnesituation opleves som et overgreb. Ved brug af massage eller kugledyne stimuleres muskel-led sansen, der kan gøre det muligt for en borger med demens at mærke sin krop og derved samarbejde med at blive vasket. Personalet kan derudover benytte denne viden for at vurdere, hvor mange sansestimuli en borger kan bearbejde. Oftest er det sådan, at det kan gavne velbefindende ved at minimere antallet af sansestimuli.

Faglige refleksioner sker ikke af sig selv. Det er en ledelsesopgave at indtænke tid og plads til refleksionen i arbejdstilrettelæggelsen samt at facilitere de nødvendige refleksionssamtaler i dagligdagen. Den læring der sker på baggrund af disse refleksioner kan øge muligheden for, at faglighed og ikke personlige normative holdninger er grundlaget for praksishandlinger. Normative holdninger, der kommer i spil i dagligdagen kan være: at vaske en borger fordi han/hun lugter, at tvinge en borger til noget fordi man er bange for de pårørendes krav og reaktioner, at skælde en borger ud fordi de har opført sig på en måde, man ikke kan lide. Eksempler på at opdage det, der lykkes kan være at opdage at en borger er taktil overfølsom og skal have fast berøring og ikke let berøring, at en borgers mistriivsel ændres til trivsel ved at skabe løbende social kontakt i løbet af dagen, hvor borgeren nyder blot at være sammen med en anden person, eller at opdage at personalets kropssprog og egen indre ro skaber ro for borgeren med demens.

Støtte "Det Gode Liv"

Socialpædagogikkens rolle i arbejdet med mennesker med forskellige former for demens, er at skabe grundlaget for oplevelsen af det gode liv (jvf. Ministerieltidende, 21. juni, 2010 s. 10). Med andre ord er målet at skabe størst mulig livskvalitet for hver enkelte borger. For at sikre borgeren gode leveår med demens, arbejder personalet for at styrke borgerens oplevelse af egen identitet og

integritet, samt for at bibeholde en oplevelse af kontinuitet og tryghed i hverdagen. Selv i det sene stadie af demensen, hvor borgeren er immobil og har mistet sproget, er det muligt at skabe livskvalitet.

Personalet har ansvaret for at udforme et identitets- forstærkende miljø, hvor der kompenseres for de skader, demensen volder, hvor fysiske, sociale, kognitive og emotionelle behov opfyldes, og hvor personalet understøtter borgeren i at fungere på egne betingelser og i samspil med andre. Potentialet for "det gode liv" opretholdes ved at der skabes mulighed for social og fysisk tryghed, for oplevelsen af respekt og værdighed, og ved at en kvalificeret selvbestemmelse bibeholdes. Der skal være mulighed for at LEVE livet på borgerens præmisser!

På trods af demensens ødelæggende virkning på hjernen, må de, der arbejder med mennesker med demens, huske på, at fra borgerens perspektiv leves livet stadig med en lyst, intentionalitet¹ og en form for meningsfuldhed

Derfor er personalet forpligtet til at begrænse demenshandikappet ved at ændre betingelserne i omgivelserne for at minimere funktionshæmningen og styrke mulighed for deltagelse (jvf. FN's handicapbegreb²). Med et socialpædagogisk perspektiv arbejder personalet for at muliggøre borgerens "livs"-deltagelse ud fra personens egne motiver, interesser, behov og resurser. Opgaven bliver at opdage disse motiver, interesser og behov ved at observere og spørge ind til borgerens liv.

¹ *Intentionaliteten som fænomenologisk begreb er et iboende træk ved bevidstheden og den er således altid rettet mod sin genstand, uanset om det eksisterer eller ej.*

² *FN's konvention om rettigheder for personer med handicap ;artikel 1: Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre*

MODEL

Eksempler på observationsspørgsmål (fokusområder) for at opdage det meningsfulde og det intentionelle for borgeren:

Den neurologiske skade

- Hvordan kan man se i personens adfærd, at personen har en hjerneskade? (afasi, agnosi, apraksi, frontal lab, hukommelsestab?)
- Hvad betyder skaden for personens mulighed for at skabe et meningsfuldt liv?
- Hvor mange sansestimuli kan borgeren "håndtere" på en gang?

Livshistorie & personlighed

- Hvilke interesser har borgeren, eller hvilke handlinger giver glæde?
- Hvad er meningsfuldt for borgeren?
- Hvad er borgerens særlige måde at folde sine livsmuligheder ud på?
- Hvad prøver borgeren at opnå gennem sine handlinger? /Hvad kan være borgerens bevæggrunde for at handle?
- På hvilken måde afspejles borgerens livshistorie sig i borgerens handlinger og mulige forståelser?
- Hvad er borgeren optaget af?
- Hvordan kommer borgerens interesser til skue?
- Hvad er en god dagsrytme for borgeren, med muligheder for både at kunne slappe af og være aktiv?

Resurser

- Hvad gør borgeren glad, trist, vred? Hvad skaber velbefindende hos borgeren?
- Hvilke betingelser har borgeren for at handle? / Er der noget i miljøet der kan ændres for at fremme borgerens livs - og deltagelsesmuligheder?
- Hvad kan borgeren mestre?
- Hvordan skabes relationer til de andre borgere?
- Hvordan handler borgeren i overgangssituationer?

- Hvilke relationer skaber størst glæde, trøst og ro for borgeren?
- Hvilken form for struktur i dagens forløb vil skabe ro, glæde og meningsfuldhed for borgeren?
- Hvordan kan der opsøges andre perspektiver på borgerens liv, handlinger og mulighed for livsudfoldelse?
- Er der behov for at etablere kontakt- ø¹er og hvordan og hvornår kan de etableres

På baggrund af den viden, der skabes ved at udføre analyse ud fra denne model, kan personalet tilrettelægge dagen ved fagligt at planlægge kommunikation, processer og strukturer omkring borgeren, og derved rumme og kompensere for hjerneskaden. Eksempelvis vil en person, der har mistet sin korttidshukommelse og som ikke længere kan planlægge ud i fremtiden, være total underlagt tilfældigheder. Hvis borgeren har en god ven, så vil borgeren ikke bevidst kunne planlægge at komme til at tale med sin ven i løbet af dagen. Det vil bero på en tilfældighed, hvis de mødes og oplever den gode samtale eller det meningsfulde samvær sammen. Her har personalet ansvaret for at bemærke, at de to borgere har det godt sammen og tilrettelægge dagen på en sådan måde, at de to muligvis mødes flere gange om dagen. Det er personalet, der har til ansvar at skabe gode "nu'er", at sikre mulighed for socialt samvær og meningsfuldt livsindhold for de enkelte borgere, i den måde dagen planlægges på. Dagen må planlægges på baggrund af borgerens behov og ikke "blot" på baggrund af de institutionelle arbejdsrutiner.

¹ 1 "En kontakt – ø er en pædagogisk begrundet, koncentreret, fastlagt og målrettet samvær, som foregår regelmæssigt mellem en bestemt omsorgsperson og en borger, der trækker sig tilbage i ro og fred for at koncentrere sig om hinanden og den kontaktfremmende aktivitet. (Helle Krogh Hansen, Tidsskrift for Socialpædagogik, 2006)

Eksempler på aktiviteter der kan underbygge meningsfuldhed:

- Fredericia Kommune har udført et projekt der hedder "En god dag for alle", hvor der bl.a. hver dag planlægges et forløb for en borger med afsæt i deres interesser, livshistorie og interesser. (http://www.fredericia.dk/OmKommunen/Sider/Nyheder/2013/2013_05/En-god-dag-for-alle.aspx)
- "Pilestrøget" i Demenscenteret Pilehuset i København har etableret et flot strøg af "butikker" og "cafeer" nede i deres kælder. Butikkerne bruges i stedet for depoter, således at "Fru Hansens Kælder" bruges til madvarer, der skal hentes og "Schous Sæbehus" bruges til at hente bleer, cremer med mere. Derved kan borgere med demens inviteres med og få oplevelsen af butikker, dufte og samvær. Dette er eksempler på identitetsskabende og sanserige forløb, der kan være meget meningsfuld for den enkelte. (<http://www.demenscentret-pilehuset.dk>)
- Konceptet om at benytte "værtinde rollen": at der til ethvert tidspunkt på dagen er et medlem af personalet, der påtager sig rollen som værtinde. Det vil betyde, at der altid er en medarbejder i fælles områderne, der skaber stemning, hygge, samtale og indhold for de borgere og pårørende, der måtte komme forbi.
- Det gode måltid: Til alle måltider skabes der hyggelige og æstetiske og sanselige stemninger, med dug og blomster, hvor borgere opfordres til at hjælpe og hvor personalet sætter sig for at støtte op om måltidet og om den stemning, der helst skulle være. Et medlem af personalet påtager sig rollen som madmor og ordner det praktiske, mens de andre personaler deltager i måltidet og er med som guider på forløbet. (www.servicestyrelsen.dk/godmad-godtliv)
- Elever benytter deres tid til at lave en borgerrefleksion og ud fra disse overvejelser, skabe aktiviteter og pædagogiske materialer, der understøtter livskvaliteten hos den pågældende borger.

Pædagogisk relation og omsorgskompetence

I udøvelsen af det socialpædagogiske arbejde har personalet ansvaret for at yde omsorg over for en person, der ikke længere kan drage omsorg for sig selv. At yde omsorg indebærer, at være til stede i omsorgsrelationen både i sin rolle som medmenneske og i sin rolle som professionel fagperson og med afsæt i disse positioner have fokus på at initiere og opretholde en ligeværdig relation til borgeren med demens. Alt for ofte, når plejediskursen er prominent

i demensplejen, er resultatet en uligeværdig relation, hvor borgeren bliver et objekt for plejerens arbejde. Inden for plejediskursen, er personalets fornemmelse af faglighed hæftet på, at deres plejeopgaver løses, dvs. at borgeren kommer op, får mad, bliver vasket, får ble og rent tøj på. Denne objektgørelse kan resultere i, at borgeren føler sig afmægtig og betydningsløs, fordi hun eller han ikke bliver mødt som et individ. Tænk, hvordan det må føles kun at modtage menneskelig kontakt i plejesituationer, og ikke fordi nogen er reelt interesseret i en! Et socialpædagogisk perspektiv fordrer, at en særlig omsorgskompetence skal benyttes i alle kontaktformer med borgeren, på en måde der omfatter både en medmenneskelig og en professionel relation til borgeren.

Model : Omsorgskompetencer	
Medmenneskelig relation Fokus på subjekt – subjekt relation ("jeg - du" relation)	Professionel relation Fokus på egen faglighed i relationen
<ul style="list-style-type: none"> • Udvide medmenneskelighed (gør mod andre som du selv ønsker andre gør ved dig, at elske andre, at søge det fælles i det at være menneske for at skabe sammenhæng og forståelse) • Vedvarende genkendelse af personen • Skabe tilknytning • Skabe ligeværdige relationer med indbygget gensidighed • Udvide opmærksomhed og interesse og lære personen at kende • Udvis positivt personarbejde (facilitere, anerkende, validere, stimulere, feste, samarbejde, lege, omfavne, m.m.) (Kitwood, 2006:99.) • Udnyt spontanitet, kreativitet og legen i relationen • Udvis empati ved at være anerkendende og validerende 	<ul style="list-style-type: none"> • Er ansvarlig for at skabe og opretholde kontakten og kvaliteten i relationen • Er ansvarlig for at denne kontakt og relation er anerkendende og rammer borgerens behov • Kunne handle professionelt uafhængig af egen personlige anti - eller sympatier • At handle på afsæt af en analyse af borgerens behov og livssituation • Kan rumme borgerens følelser og demensens udtryk • Reflektere over egne blinde pletter og reaktionsmønstre • Ikke selv være sårbar – eller være ærlig omkring egen sårbarhed, for at undgå projektion over på borgeren. • Undgå at gå i forsvar • Hold egne personlige normer på afstand • Arbejde ud fra en faglig viden

<ul style="list-style-type: none"> • Skabe meningsfuldt nærvær i nuet • Være tillidsvækkende • Indlevelse i personens kommunikative signaler • Udvide respekt og undgå at ignorere eller at behandle som hjælpeløs • Udvikle en <u>følelse</u> af <u>hengivenhed</u> og agtelse over for et andet <u>menneske</u>¹ • Opleve at holde af og være knyttet til et andet menneske² • Erkende at relationen er åben idet ethvert menneske og situation er unikt, som man ikke fuldt ud kan gennemskue eller kontrollere (Hansen, 2006:18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Skabe relationel kontinuitet for borgeren • Være en dygtig planlægger/ designer af det omgivende fysiske og psykiske miljø • Være procesorienteret • At kunne observere handlinger • At analysere med afsæt i Kitwood's demensligning • Hjælpe, støtte og facilitere når nødvendigt • Benytte tværfaglig viden • Være ydmyg i forhold til relationen og være opmærksom på magtaspektet på spil
---	---

Oversigten beskriver særlige medmenneskelige og faglige tilgange til en person med demens, som udtryk for en omsorgskompetence. Disse tiltag er nødvendige for at minimere stigmatisering og deraf følgende social og personlig devaluering (Madsen, 2005), der nemt kan forekomme for en person, der får demens. Med disse særlige omsorgskompetencer arbejdes der for at undgå disciplinering og objektgørelse i den institutionelle omgang med borgere.

Omsorg er et kernebegreb i det socialpædagogiske arbejde. Det er et begreb, der ansues fra flere perspektiver og forståelser i demensplejen:

- For det første arbejder personalet inden for en lovmæssig forståelse af omsorgsbegrebet, idet man ifølge Serviceloven § 81 har en omsorgspligt over for mennesker med psykisk og fysisk nedsat funktionsevner.

Dette indebærer, at personalet bør behandle personen med demens som et individ med oplevelser, selvfølelse og rettigheder, at der værnes om personens selvbestemmelse og mulighed for medbestemmelse samtidig med, at man er forpligtet til at tilbyde

¹ <http://da.wikipedia.org/wiki/K%C3%A6rlighed> (28-12-11)

² <http://da.wikipedia.org/wiki/K%C3%A6rlighed> (28-12-11)

omsorgsfuld pleje og sikre at personen med demens ikke kommer til skade (jvf www.Videnscenterfordemens.dk, 2011).

- For det andet benyttes der en psykologisk beskrivelse af de menneskelige behov, hvorimod omsorgen er rettet. Inden for demensplejen benyttes Tom Kitwood's (2006) teori om den *personcentrerede omsorg*. Teorien, der er funderet i et psykodynamisk og humanistisk tænkesæt, beskriver fem særlige menneskelige behov, som alle mennesker har, og som er særlige vigtige at have øje for, når man arbejder med mennesker med demens. Kitwood forklarer begrebet "behov" som "*det, foruden opfyldelse af hvilket et menneske ikke kan fungere som en person, end ikke i minimal forstand*" (Kitwood, 2006:89.) De fem nært forbundne behov består af: *trøst, tilknytning, inklusion, beskæftigelse og identitet* med omdrejningspunkt om et altomfattende og centralt behov for kærlighed (Kitwood, 2006:90). Dette indebærer, at plejepersonalet i deres omsorgsarbejde for at opfylde borgerens behov, konkret for hver eneste borger arbejder mod:

Model : Fem menneskelige behov (Tom Kitwood, 2006)

Tilknytning:

- At sikre at borgeren føler sig knyttet til stedet og til en eller flere personer.
- At borgeren oplever tryghed og en følelse af sikkerhed
- At borgeren mødes af glæde, genkendelse og af en der vil mig!

Inklusion:

- At borgeren oplever at være en del af et fællesskab
- At borgeren får hjælp til at være til stede i fællesskabet,
- At borgeren får støtte, hjælp og guidning, også når de sociale spilleregler ikke længere kan aflæses af borgeren

Identitet:

- At borgeren oplever at være en person. Fornemmelsen af et "jeg" understøttes af personalet.
- At hver borger mødes som en unik person med egen historie, egen oplevelse og egne følelser

Trøst

- At borgeren oplever fysisk og psykisk ømhed, nærvær samt lindring af sorg og smerte
- At borgeren rummes på en omsorgsfuld måde, når demensen skaber desorientering og ængstelse og uoverkommelighed
- At borgeren mødes med varme, støtte, styrke og anerkendelse

Meningsfuld beskæftigelse:

- At borgeren har mulighed for at beskæftige sig med noget meningsfuldt
- At borgeren støttes op om at bruge sine færdigheder
- At borgeren mødes med åbenhed, nysgerrighed og viljen til at være behjælpelig

Modellen kan benyttes som et analyseværktøj, hvorfra der specifikt kan undersøges, hvilke behov et menneske med demens har, og på hvilken måde personalegruppen kan opfylde disse behov. Personalegruppen kan ud fra modellen analysere, hvordan støttende rammer omkring personen med demens kan opstilles, og på hvilken måde personalets egen faglige og medmenneskelige tilgange til personen kan udvikles og forbedres. Modellen kan rammesætte diskussioner i personalegruppen og understøtte, at disse diskussioner foregår ud fra et fagligt ståsted og ikke blot diskuteres ud fra et personligt og normativt perspektiv (Asbjørn & Olsen, 2011).

Det faglige ståsted indebærer en kritisk bevidsthed om egne omsorgskompetencer. Personalets og pårørendes omsorgsforståelser er som oftest knyttet til et "forældre" perspektiv, hvor omsorg er rettet fra voksenalderen mod et barn. Dette omsorgsperspektiv har som indlejret hensigt at passe på og bestemme over et andet persons liv, med det formål at beskytte og skærme det. Perspektivet indeholder et udviklingsparadigme; der handles for at støtte op om en andens livsudvikling. En kritisk stillingtagen til egen omsorgsforståelse betyder i stedet, at der etableres en "voksen rettet mod voksenalderen" omsorgsrelation, der både kan indeholde et udviklings- og afviklings perspektiv, og udviser en dyb respekt, ydmyghed og accept af et andet menneskes liv.

At yde den ovenfor beskrevne "personcentrerede omsorg" er dermed en kompetence, der gør, at den enkelte omsorgsgiver kan udvise varme, nærhed og indlevelse i et andet persons liv ud fra et fagligt ståsted (Bayer, 1995).

Ved at benytte personcentreret omsorg kan et socialpsykologisk miljø tilrettelægges omkring borgeren med demens. Kitwood har i sin forskning påvist, at den måde personalet omgår og kommunikerer med personen med demens, påvirker demensens udtryk. Hvis personalet ikke formår at yde den rette omsorg, da undermineres personens integritet og selvfølelse, og det kan medføre hyppigere tilfælde af "problematisk" adfærd hos personer med demens. Til gengæld viser det sig, at den rette omsorg

medvirker til at støtte op om personens selvstændighed og initiativ og formindsker uro hos personer med demens. Dertil medvirker det efterfølgende til at mindske forbruget af antipsykotisk medicin (jvf. www.videnscenterfordemens.dk. 1-11-11)

Når et personcentret og socialpædagogisk analyse benyttes, da kan der øjnes mange rutiner i plejehjemmets hverdag, der ikke er optimal for borgeren. For eksempel er der på mange plejehjem den opfattelse, at man ikke skal sidde ned med borgerne, fordi det signalerer, at man ikke arbejder! Hvor mange steder er spisestuen en banegård fyldt med personale, der farer rundt, klirer med kopper, taler med hinanden, og står op omkring de magtesløse borgere, samtidig med at fjernsyn eller radio kører? Hvor mange steder leves der to parallelle liv; - et liv, der handler om have det travlt på arbejde, - og et andet liv, der handler om at sidde og blive opvartet og føle sig forbigået og ignoreret, fordi alt foregår for hurtigt til at opfatte, hvad der er på færde. Med et socialpædagogisk perspektiv bliver det tydeligt, at personalet bør have fokus på at sætte sig og være sammen med borgeren.

”At være til stede” indebærer det at kunne frigøre sig fra den fiksering på at handle, som ofte skader omsorgsarbejdet, og have en større kapacitet for simpelthen at være.” (Kitwood, 2006 s. 127)

Med et socialpædagogisk perspektiv, bliver det tydeligt i disse eksempler, at støjen skal minimeres omkring måltidet og at personalet skal sætte sig og være sammen med borgeren omkring måltidet, ja endda selv sidde og få en bid mad med! Med et socialpædagogisk perspektiv kan der arbejdes mod at skabe et leve sted, hvor man arbejder og lever sammen!

Det at være omsorgsfuld betyder, at man som personale ikke bør distancere sig fra subjektet. I stedet fordrer det til en nysgerrighed og interesse i personen. Denne medmenneskelige interesse i at lære en anden person at kende for at kunne derved forbedre denne persons velbefindende og om muligt livskvalitet er et fagligt perspektiv, der udgør kernen i omsorgskompetencen.

I udførelsen af denne omsorgsfuldhed vil man til en hver tid være i gang med en kommunikativ handling. For at kommunikationen med personer med demens kan lykkes, er det nødvendigt at tilegne sig viden og kyndighed om de måder, man kommunikerer på.

Kommunikation

Et eksempel på kommunikativ omsorgskompetence:

En borger med demens, som bor på plejebolig, var gået en tur og havde taget elevatoren ned på stueetagen. Her blev hun forvirret og begyndte at sige "Hvad skal jeg? Hvad skal jeg her?" En medarbejder lagde mærke til, at hun var forvirret og ikke kunne finde tilbage til sin bolig. Personalet besluttede i stedet for blot at handle og lede den ældre dame tilbage til sit hjem, at prøve noget andet som kunne tale til den ældre persons identitet og fornemmelse af selvstændighed. Hun reagerede på følgende måde: "Nej Fru Hansen, tænk at møde dig her på stueetagen! Du har fortalt mig, at du gerne vil vise mig din lejlighed. Passer tidspunktet dig nu?" Denne henvendelse var med til at ændre konteksten nok, til at kvindens identitet som "værtinde" blev vækket. Hun genvandt sin orientering og førte medarbejderen tilbage til elevator og op til sin lejlighed.

Demenssygdommen ødelægger områder i hjernen, der betyder, at personens kommunikative formåenhed formindskes og ændres betydeligt. Talen er ikke længere det bærende element i kommunikationen. Det kræver en særlig kommunikativ kompetence hos plejepersonalet, hvor personalet både skal kunne tolke signaler og selv udvise kropslig kommunikation. Målet med en virkningsfuld kommunikation er at gøre hverdagen meningsfuld og betydningsfuld for denne enkelte borger (Borresen, Hansen & Trangbæk, 2004:9) Borgernes signaler tolkes og situationer vurderes, og der afprøves kommunikationsformer. Der er fokus på borgerens perspektiv og intentionalitet i tolkningen af kommunikationen. Personalet udviser en professional kendskab til kommunikation med mennesker med demens ved at kunne observere og agere på følgende:

MODEL : KOMMUNIKATIONSKOMPETENCER

- Hvad er den bedste måde at etablere kontakt med denne person?
- Hvornår er der "hul igennem"?
- Hvor lang latenstid er der?
- Hvordan skal mit tempo være til netop denne person?
- Hvordan reagerer han/hun på det, jeg gør/siger? Hvad virker godt?
- Bevidsthed om egne kropslige signaler (bevægelser, udtryk, mimik, øjenkontakt, toneleje, m.m.)
- Understøt egne ord med kropslige signaler.
- Skabe god kontakt ved at bruge personens navn, ved berøring og smil, ved at have øjenkontakt og være tæt på.
- Vær bevidst om måden man verbalt kommunikerer ved at tale tydeligt og ikke benytte abstrakte termer og ved ikke at give for meget information eller for mange valg på en gang,
- Undgå for mange stimuli på en gang, minimere støjen i omgivelserne og kommunikere mod en sans af gangen
- Være forudsigelig, og sig hvad du gør.
- Undgå brug af korrektion ("*nej*", "*lad være med at...*")
- Almindeligvis er det en god huskeregel at svare på det følelsesmæssige snarere end det indholdsmæssige.(Gulman, 2001)
- At respektere borgerens personlige kropssfære og opretholde borgerens værdighed i den personlige pleje

Med brugen af disse kompetencer bibeholdes der en nysgerrighed overfor, hvad borgeren forsøger at kommunikere, med en oprigtig undren over, hvad det han/hun forsøger at sige, hvad kan det være udtryk for, og hvilket behov ligger bag? For at udvise respekt, er det nødvendigt at have den symmetriske holdning, at man begge er lige meget værd og at begge er med til at bestemme. Pga. misforståelser afstedkommet ved det kognitive funktionstab er der nogle pædagogiske metoder, der kan være behjælpelig i den daglige kommunikative interaktion:

Validering: At validere en anden person, er at sætte ord på dennes intention og de værdier eller følelser intention har afsæt i. For eks

kan man ofte opleve, at en person med demens er forvirret i tid og sted. Personen spørger efter sin mor eller siger at de vil hjem. I stedet for at gå ind i diskussionen om, hvad der er rigtig/forkert (om mor er i live eller om man skal hjem til hende), kan man forsøge at tage *følelserne* bag alvorligt. Hvad betyder det at den ældre spørger efter sin Mor eller har behov for at "komme hjem". Betyder det, at de er utrygge eller trætte? Betyder det, at de ved deres valg af ordet "Mor", udtrykker, at de har behov for hvad en Mor kan yde, nemlig omsorg, forståelse og kærlighed? Man kunne svare validerende f.eks. ved at spørge ind til de ord, de benytter: "Savner du din Mor? Hvad savner du? Hvad ville Mor gøre? Det er dejligt at være hjemme? Hvad kan du godt lide ved at være hjemme?" På denne måde kan personalet forsøge at afklare, hvad personens behov er, og forsøge at opfylde dem.

Afledning: I det personer med demens ofte reagerer impulsivt, kan det ofte lede til situationer, hvor personalet siger "Nej" eller skælder ud. Dette medfører, at personen med demens oplever at blive talt ned til, og de kan blive gale eller kede af det. I stedet kan man aflede, hvor man skifter emne eller opfordrer til ny aktivitet. Dette kan være effektivt overfor en impulsstyret borger, idet man afleder ved at tilbyde en anden impuls, "Skal vi to ikke have en kop kaffe/et stykke chokolade?" Med en socialpædagogisk faglighed i bagagen vil det være muligt for personalet at agere med afsæt i en etisk intentionalitet i al kommunikation med borgeren med demens.



Privat foto med tilladelse af Anne Lise Hansen

MODEL : KOMMUNIKATIONSETIK I DEMENSPLEJEN

Husk på, at borgernes beslutninger kan meget vel være kvalificerede – de har blot vanskeligheder ved at forklare deres valg og at fastholde tankerækker.

I den kommunikative relation og tolkning er det væsentligt at tage udgangspunkt i den ældres eget værdisæt og behov samt livs - og samtidshistorie, og ikke personalets egne værdier eller historier. (Ministerieltidende, 21. juni, 2010 s. 10)

Det er vigtigt for den demensramte i kommunikationen:

- At bestemme over sit eget liv, at blive respekteret – selvom man har handicap og tab af evne.
- At føle sig værdifuld, at bidrage til samværet, at gøre det man kan – og med lidt hjælp at gøre mere end det, man kan.

Derfor er det vigtigt for personalet at:

- Undgå negative interaktioner som for eksempel at ignorere, at skælde ud eller at barnliggøre. (Kitwood, 2006)
- Ikke lade sig mærke af personens funktionstab eller at påtale det, det kan føre til.
- At beskytte borgeren mod nederlagsfølelse, og hvis borgerens verden ”bryder sammen”, så forsøg at støtte op.
- Indgå i kommunikative samarbejdsprocesser og videnssøgning med pårørende og med andre interessenter, der involveres for at støtte op om borgerens helbred og livskvalitet.

På grund af hjernens funktionstab, er personen med demens afhængig af personalets kyndighed til at skabe rammer om og påvirke indhold af det kommunikative spil. Personalet har ansvaret for relationen, for indholdet af samværet og for kommunikationen og har derfor en særlig magtfuld position.

Magtaspektet

En socialpædagogisk indsats indebærer, at udover at personalet er ansvarlige for at tilrettelægge et meningsfuldt livs - og værensrums og at indgå i en relation med borgere, så bør der være opmærksomhed på magtaspektet i arbejdet. Personalet har et lovpligtigt ansvar for at undgå magtudøvelse i relationen overfor borgerne, samtidig med at de har et skærpet omsorgspligt overfor borgeren (Serviceloven § 82, 83 og 124 - 129). Magtlovgivningen bør kendes af alle, så personalet ved, hvad der kræves af dem for at undgå brugen af magt, og hvad der i særlige tilfælde kræves for at få tilladelse af kommunen til at benytte magt, samt hvornår bør man benytte magt for at leve op til sin omsorgspligt.

I overvejelserne omkring magtaspektet i arbejdet, anskueliggøres det, at borgerne befinder sig i en særlig vanskelig livssituation, der betyder at:

- De står i en afhængighedssituation til andre mennesker for at opretholde livet
- De har ofte personalegruppen som primære sociale netværk
- De er afhængige af personalet til at organisere både rammer og indhold i eget liv
- De har en hjerneskade, der gør at omverdenen er sværere at bearbejde og forstå. Derved kan der nemmere opstå situationer, hvor omverdenens sanseindtryk giver oplevelser af forvirring og kaos.
- De er i afvikling, hvor borgerens fysiske og mentale muligheder for at bibeholde selvstændighed, at skabe social samhørighed, at mestre livets opgaver og skabe mening er på forskellige måder under pres og opløsning. Denne fornemmelse af opløsning kan bevirke at borgeren oplever, at de er i omgivelsernes vold.
- På grund af denne afvikling kan borgerne opleve en eksistentiel krise, hvor "meningen" med livet er under forvandling.

I dette arbejdsfelt, hvor omsorgspersonen har en magtposition, men ikke bør udføre magt, er det særlig vigtigt at værne om borgerens ret til selvbestemmelse og om ret til at leve det liv, de ønsker. Borgerens selvbestemmelse sikres, idet de har frihed til at gå og komme, frihed til at udtrykke sig og indrette sig på deres særlige unikke facon, og de har retten til et privatliv. De institutionelle tilrettelagte arbejdsrutiner kan ikke fravriste disse rettigheder fra den enkelte borger med demens. Omsorgspligten betyder dog, at der altid skal forsøges med socialpædagogiske tiltag for at yde pleje og omsorg. Magt må kun benyttes i særlige situationer for at undgå skade på personer. (jvf retsinformation) Magtanvendelse skal altid være undtagelsen, og må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand. Det fremkom i en undersøgelse af Muusmann (2006), at når der anvendes socialpædagogiske metoder, har det en positiv effekt på personalets adfærd i forhold til at arbejde med demensramte. Det har som yderligere effekt bevirket til en ændring af de demensramtes adfærd og til nedbringelse af omfanget af magtanvendelse (Muusmann, 2006, s.65).

Slutning

"Plejen æder det hele!" har et personalemedlem udtrykt om hverdagen på et demensplejehjem. I dette citat ligger der to forståelser. Den første forståelse der fremtræder, er et behandlerperspektiv, hvor borgeren bliver et objekt for personalets arbejde. Den anden forståelse er en følelse af frustration over, at dette behandlingsperspektiv tager overhånd i forhold til at skabe rammer og muligheder for et meningsfuldt liv for borgerne. Ved at benytte socialpædagogisk faglige metoder, bliver det muligt at få en anden tilgang til plejeopgaven, hvor fokus er på personens trivsel og på at støtte borgeren i at være ekspert i eget liv. Hermed kan personalet arbejde for at bevare borgerens velbefindende og livskvalitet i løbet af et helt demensforløb.

I arbejdet, der er præget af et paradigmeskift, hvor demensindsatsen ses i et andet lys end alene den medicinske og kliniske tilgang, inddrages flerfaglige perspektiver som social og neuropsykologi, socialpædagogik og kulturforståelser for at sikre fokus på relationen, kommunikationen og livserfaringer i arbejdet omkring borgeren. Arbejdet med mennesker med demens kan opleves som et absurd teater, idet livet leves på nye anderledes måder. Det fordrer, at personalets normalitetsforventninger og faglige forståelser udvides. Personalet selv skal kunne tænke kreativt, med humøret i behold for at kommunikere med og rumme personer med demens. Der skal arbejdes med at begribe og fortælle om livet med demens på nye måder, der kan vise det gode liv, de særlige måder at kommunikere på, og meningsfuldheden i det absurde liv, der udfolder sig i livet med demens.

Referenceliste

Litteratur

Brooker & Surr, *Dementia Care Mapping: Principper og praksis*, University of Bradford, 2007

Gulmann, Nils Chr. *Praktisk Gerontopsykiatri*, Hans Reitzels Forlag, 2001

Kitwood, Tom; *En revurdering af demens*, Munksgaard, Madsen, Bent; *Socialpædagogik*, Hans Reitzels Forlag, 2005

Artikler

Asbjørn & Olsen, "De 3 domæner – en guide for kontekstnavigatører", Attraktor

(http://www.attraktor.dk/laer%20mere/artikler/~media/Images/RM/Attraktor/PDF/Artikler/De_3_Domaener.ashx (januar 2011))

Borresen, Hansen & Trangbæk, *Social Pædagogik & Demens – det vanskelige omsorgsarbejde*, Styrelsen for Social Service, 2004

Muusman Research and Consulting, *Dokumentation for at bruge socialpædagogik som metode til at forebygge magtanvendelse*, Styrelsen for Social Service, 2006
2006

Tidsskriftsamling

Bayer, Søs, *Den ukyndige Kyndige*, Social kritik, # 35, 1995

Hansen, Helle Krogh: *Socialpædagogik i omsorg for mennesker med alvorlig demens*, Tidsskrift for Socialpædagogik, 2006,

Zachariae og Bech, *Livskvalitet som begreb*, i Ugeskrift for Læger, marts 2008

Kommunal & Statslig information

VEJ nr. 8 af 15/02/2011: Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper (Vejledning nr. 8 til serviceloven)

Københavns demenspolitik 2010-2014

(<http://www.kk.dk/Borger/Aeldre/Demens/~media/D5F116600B644124B1AEB7B83429FA05.ashx> (jan 2011))

Serviceoven:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132686>

Links

<http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/personcentreret-pleje-og-omsorg> (1-11-20119)

Kærlighed:

<http://da.wikipedia.org/wiki/K%C3%A6rlighed> (28-12-11)

FN's handicap begreb:

http://ucsyd.dk/fileadmin/user_upload/viden_udvikling/NVIE/artikler/94C9956A20110126124130.pdf (januar 2011)

En god dag for alle, Fredericia Kommune:

http://www.fredericia.dk/OmKommunen/Sider/Nyheder/2013/2013_05/En-god-dag-for-alle.aspx

(august 2013)

Billede af Pilestrøget <http://www.demenscentret-pilehuset.dk/> (august 2013) www.servicestyrelsen.dk/godmad-godtliv

Gør kun mod andre, hvad du ønsker, at de skal gøre mod dig, eller i. Matthæus' ord: "Alt, hvad I vil, at mennesker skal gøre mod.: Fra jura til pædagogik - Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.dk/filer/udgivelser/722.pdf

<https://www.google.dk/search?sourceid=navclient&hl=da&ie=UTF>

=

[https://www.google.dk/search?sourceid=navclient&hl=da&ie=UTF8&rlz=1T4GFRE_daDK376DK376&q=%E2%80%A2+Udvis+medmenneskelighed+\(g%C3%B8r+mod+andre+som+du+selv+%C3%B8nsker+andre+g%C3%B8r+ved+dig%2C+at+elske+andre%2C+at+s%C3%B8ge+det+f%C3%A6lles+i+det+at+v%C3%A6re+menneske+for+at+skabe+sammenh%C3%A6ng+og+forst%C3%A5else-#](https://www.google.dk/search?sourceid=navclient&hl=da&ie=UTF8&rlz=1T4GFRE_daDK376DK376&q=%E2%80%A2+Udvis+medmenneskelighed+(g%C3%B8r+mod+andre+som+du+selv+%C3%B8nsker+andre+g%C3%B8r+ved+dig%2C+at+elske+andre%2C+at+s%C3%B8ge+det+f%C3%A6lles+i+det+at+v%C3%A6re+menneske+for+at+skabe+sammenh%C3%A6ng+og+forst%C3%A5else-#)

(august13)

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132686>

"Den nødvendige faglige dokumentation kan bestå i fx lægefaglig, pædagogisk eller psykologisk dokumentation for, at netop dette indgreb ikke bare er forsvarligt men også nødvendigt for at undgå

personskade." "Beslutning om at iværksætte disse indgreb skal derfor altid træffes af den ansvarlige myndighed, det vil sige kommunalbestyrelsen, efter anmodning fra det personale, der har umiddelbar berøring med den pågældende."

4. FORSKELLE OG LIGHEDER MELLEM DEN DANSKE SOSU- UDDANNELSE OG DET SVENSKE VÅRD OCH OMSORGSPROGRAM

Susanne Thygesen

Der er lavet en sammenligning af erhvervsuddannelserne inden for Social- og sundhedsuddannelserne - SOSU-uddannelserne i Danmark og Vård och omsorgsprogrammet i Sverige. Der refereres til Uddannelsesordningen¹ og Vård och omsorgsprogrammet². Der er beskrevet strukturelle, organisatoriske og indholdsmæssige forskelle og ligheder i erhvervsuddannelserne på tværs af Øresund.

1

http://www.uddannelsesadministration.dk/Uddannelsesordninger/17952/UO_02_10_2012_tekstdel.pdf

² <http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/var-d-och-omsorgsprogrammet/examensmal-och-programstruktur>

SOSU-uddannelsen og Vård och Omsorgsprogrammet

SOSU-uddannelsen og Vård och omsorgsuddannelsen er en indgang til erhvervsuddannelse ud af ti i Danmark og tolv i Sverige. Uddannelserne er styret af lovgivning, uddannelsesordninger, læreplaner og lokale undervisningsplaner.

Uddannelserne er adgangsgivende til de mellemlange videregående uddannelser social- og sundhedsuddannelser/professionsbacheloruddannelser f.eks. sygeplejerske.

SOSU-uddannelsen og Vård och omsorgsuddannelsen har teori og praktik af forskellig længde, begge uddannelser kan tage op til 3 år. Se side 3 figur 2 og side 6 – 7.

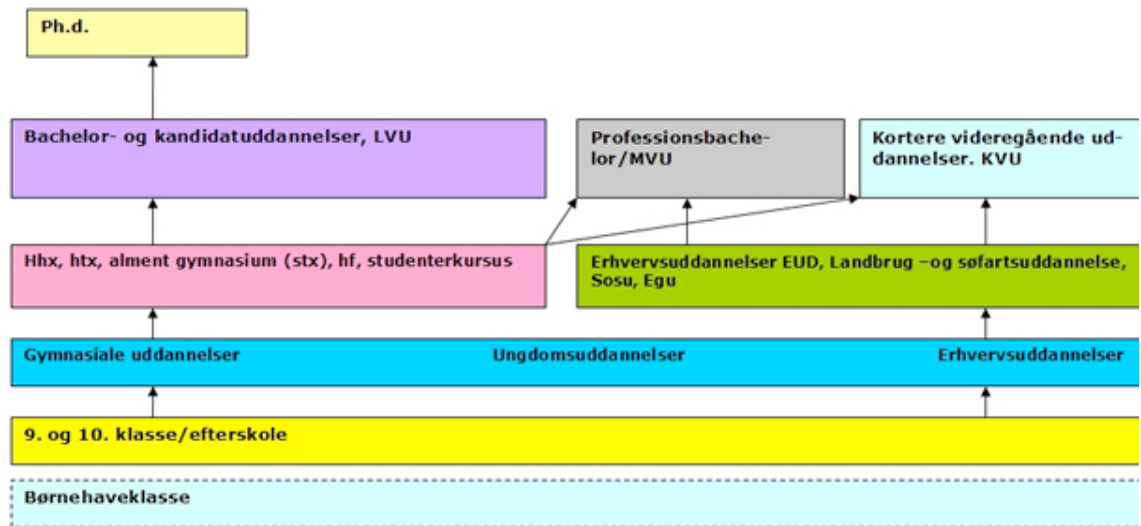
I Danmark er skolerne selvejende institutioner i statsligt regi og i Sverige er skolerne uafhængige eller kommunale.

Erhvervsuddannelsernes indplacering i det danske uddannelsessystem

Det danske uddannelsessystem¹ SOSU er en erhvervsuddannelse, der kan påbegyndes straks efter 9. eller 10. klasse i Folkeskolen eller senere, dvs. SOSU er en ungdoms- og voksenuddannelse. Gennemsnitsalderen på SOSU-uddannelserne (Trin 1 og 2) er over 25 år. På grundforløb er gennemsnitsalderen under 20 år.

¹

https://www.google.dk/search?hl=da&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1140&bih=562&q=danske+uddannelsessystem&oq=danske+ud&gs_l=img.1.7.0i24110.940.7351.0.12095.9.8.0.1.1.0.100.742.7j1.8.0...0.0...1ac.1.12.img.laxTgSLW5ek#imgrc=m0nwBT-GAfVUPM%3A%3BxLkY5jTnCZbgLM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.lige-frem.dk%252Fdokumenter%252Fdok_images%252Fddu4.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.lige-frem.dk%252Fdokumenter%252Fdudd.html%3B615%3B294



Figur 1: Det danske Uddannelsessystem
 Figuren skal læses nede fra og op

SOSU-uddannelsen

SOSU-uddannelsen er en ungdoms- og voksenuddannelse, som også er en veksel- og generalistuddannelse. Både unge og voksne går på samme uddannelse og hold. Uddannelsen er en veksel mellem skole og praktik, som er obligatorisk for alle elever, dvs. der er ikke mulighed for specialisering.

Trin/Steg 2: Social- sundhedsassistentuddannelsen	og Trin 2 er 20 måneder: 8 måneders teori og 1 års praktik på somatisk hospital og psykiatrisk hospital eller bosted og i en kommune på plejehjem eller hjemmepleje. De 8 måneders teori er opdelt i teoriforløb, der er målrettet den kommende praktik.
Trin 1/Steg 1: Social- sundhedshjælperuddannelsen	og Trin 1 er 14 måneder: 24 ugers teori og 31 ugers praktik i en kommune på plejehjem og i hjemmepleje.
Grundforløb	20 - 60

Figur 2: Oversigt over SOSU-uddannelsen i Danmark
Kilde: Susanne Thygesen. SOSU C

Grundforløb

Grundforløbet er en forberedelse til social- og sundhedsuddannelsen. Grundforløb er den indledende del af erhvervsuddannelsernes indgang: "Sundhed, omsorg og pædagogik". Grundforløbet kvalificerer eleverne til at søge direkte optagelse på hovedforløbets første del af SOSU-uddannelsen trin 1.

Målgrupperne for grundforløb er:

- Unge, der ikke er afklaret i sit uddannelsesvalg.
- Unge, der er afklaret i sit uddannelsesvalg, men har brug for ekstra tid til at arbejde med sine faglige og personlige kompetencer.

- Flygtninge og indvandre, der har brug for at lære mere om det danske sprog og dansk kulturforståelse, herunder arbejdspladskultur.
- Grundforløb for voksne med fokus på opkvalificering af basale færdigheder; læsning, skrivning, regning og matematik.

SOSU-uddannelsernes hovedforløb er Trin 1 og 2.

SOSU-uddannelsen giver mulighed for at tage uddannelse i en sammenhæng eller afslutte efter Trin 1 og arbejde som social- og sundhedshjælper. Social- og sundhedshjælperen kan genoptage uddannelsen på Trin 2 for at uddanne sig til social- og sundhedsassistent.

Social- og sundhedsuddannelsen har som overordnet formål, at eleverne gennem skoleundervisning og praktikuddannelse opnår viden og færdigheder inden for følgende overordnede kompetenceområder¹:

- 1) Borgerrettet og patientrettet sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse
- 2) Det social- og sundhedsfaglige myndighedsområde
- 3) Personlig og praktisk hjælp og støtte til egenomsorg
- 4) Professionel omsorg, pleje og sygepleje
- 5) Aktivitet i hverdagslivet og rehabilitering
- 6) Kommunikation, dokumentation, vejledning og instruktion
- 7) Koordinering, administration og styring.

Erhvervsfaglige kompetencer

Erhvervsfaglige kompetencer² opnås gennem den kombination af viden, færdigheder, faglige vurderinger og etiske overvejelser, der sætter eleven i stand til at handle professionelt inden for det kompetenceområde, uddannelsen retter sig imod.

Eleven opnår erhvervsfaglig kompetence gennem en aktiv deltagelse i praktisk og teoretisk undervisning i områdefag,

¹Uddannelsesordningen. Udstedelsesdato: 2. oktober 2012 side 1

²Uddannelsesordningen. Udstedelsesdato: 2. oktober 2012 side 2

grundfag, valgfri specialefag og valgfag, samt gennem udførelse af og refleksion over de daglige arbejdsopgaver i praktikuddannelsen.

Eleven skal gennem uddannelsen udvikle erhvervsfaglige kompetencer med henblik på at varetage jobfunktioner inden for sundhedsvæsnet i et arbejdsliv, hvor forandring, omstilling, udvikling og fortsat læring er et vilkår.

Praktikuddannelsen skal give eleverne mulighed for at tilegne sig erhvervsfaglige kompetencer i et fagligt funderet praksisfællesskab.

Eleverne tilegner sig kontinuerligt praktikmålene¹ i de forskellige praktikperioder, således at praktikfeltet samlet set kan sikre elevernes mulighed for at opnå slutmålene for den samlede uddannelse.

¹ Uddannelsesordningen. Udstedelsesdato: 2. oktober 2012 side 20

Fag på Trin 1¹

<p>Grundfag = Gymnasiegemensamma:</p> <p>Dansk</p> <p>Naturfag (matematik, kemi, fysik)</p> <p>Engelsk</p>	<p>Valgfri speciale fag = programfördjupningar:</p> <p>Palliation 1</p> <p>Demens 1</p> <p>Rehabilitering 1</p> <p>Velfærdsteknologi 1</p> <p>Borgere med psykisk sygdom</p>	<p>Yrkesutgånger:</p> <p>Generalist – primær kommune</p>
<p>Områdefag = programgemensamma:</p> <p>Social- og sundhedssektoren</p> <p>Pleje og dokumentation</p> <p>Psykologi og kommunikation</p> <p>Rehabilitering og social- og Sundhedsfaglig indsats</p> <p>Arbejds miljø og ergonomi</p>	<p>Valgfag:</p> <p>Skolerne planlægger selv.</p>	<p>APU = praktikperioder:</p> <p>2/3 af uddannelsen</p> <p>2 praktikperioder i primærsektoren/kommunal = hemvård/-sjukvård</p>

Figur 3: Fag/ämner på trin 1

¹ Uddannelsesordningen. Udstedelsesdato: 2. oktober 2012 side 4

Fag på Trin 2¹

<p>Grundfag = gymnasiegemensamma:</p> <p>Dansk</p> <p>Naturfag (matematik, kemi, fysik)</p> <p>Engelsk</p>	<p>Valgfri speciale fag = programfördjupninger:</p> <p>Den opererede borger/patient</p> <p>Palliation 2</p> <p>Demens 2</p> <p>Rehabilitering 2</p> <p>Velfærdsteknologi 2</p> <p>Organisation og ledelse</p>	<p>Yrkesutgänger:</p> <p>Generalist – alle 3: somatisk hospital, psykiatri og primær kommune</p>
<p>Områdefag = programgemensamma:</p> <p>Koordinering, kvalitetssikring og dokumentation</p> <p>Sygepleje</p> <p>Somatisk sygdomslære og farmakologi</p> <p>Psykiatrisk sygdomslære og farmakologi</p> <p>Forebyggelse og rehabilitering</p> <p>Sundhedspædagogik og kommunikation</p>	<p>Valgfag:</p> <p>Etik</p> <p>Misbrug</p> <p>Kost og motion</p> <p>Kognitiv behandling</p> <p>Ældrepedagogik</p> <p>Nyt Øresundsvalgfag</p> <p>Sundhed på arabisk</p>	<p>Praktikperioder = APL:</p> <p>2/3 af uddannelsen</p> <p>Somatisk hospital</p> <p>Psykiatrisk hospital, socialpsykiatriske bosteder og demenspleje = demensvård i eget hjem eller bosted.</p> <p>Primærsektoren/kommunal = hemvård/-sjukvård</p>

Figur 4: Fag/ämner på trin 2

¹ Uddannelsesordningen. Udstedelsesdato: 2. oktober 2012 side 4

Økonomi under uddannelsen

SOSU-eleverne på Trin 1 og 2 har en uddannelsesaftale, en uddannelseskontrakt med en kommune eller region. Der er løn under hele uddannelsen både på skole og i praktik. Almindelig elevløøn er 10.000 kr. Nogle elever over 25 år får vokselevløøn, som er ca. 18.300 kr. Elever på grundforløb, der er mere end 18 år, får Statens Uddannelsesstøtte – SU¹.

Erhvervsuddannelsernes indplacering i det svenske uddannelsessystem

Det svenske uddannelsessystem².

Vård och omsorgsutbildningen er en ungdomsuddannelse, der udbydes på Vård och omsorgsgymnasiet³ eller en vokseuddannelse på kommunal vuxenutbildning⁴; KOMVUX. Se bilag 1.

Unge under 20 år går på Vård och omsorgsgymnasiet i 3 år. Eleverne på Vård och omsorgsgymnasium har 15 ugers praktik. Eleven skal have 2500 point⁵ for at have gennemført Vård och omsorgsutbildningen.

Voksne over 20 år tager uddannelsen inden for Vård och omsorg på KOMVUX, enten på lærlinguddannelsen eller fuldtidsuddannelse. Lærlinguddannelsen er en kombination af teori, praktik og arbejde. Lærlinguddannelsen er gennemført med 1500 point. Fuldtidsuddannelsen tager 52 uger og har 11 ugers praktik. Fuldtidsuddannelsen er gennemført med 1500 point.

Vård och omsorgsutbildningen

Vård och omsorgsutbildningen er en ungdoms- eller vokseuddannelse. Uddannelsen er en teoretisk generalist-

¹ <http://www.su.dk/SU/satserSU/Sider/default.aspx>

² <http://www.bmpa.dk/events/svensker-i-danmark-sosu-omraadet>. SV utbildning - Rönnens Gymnasium i Malmö

³ <http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/vard-och-omsorgsprogrammet>

⁴ <http://www.skolverket.se/skolformer/karta-over-utbildningssystemet>

⁵ Et point svarer nogenlunde til en undervisningslektion

uddannelse med valg af specialisering og forskellige "specialeudgange"¹. Der er ca. 16 ugers praktik i alt.

Vård och omsorgsprogrammet

Vård och omsorgsprogrammet² har inte några inriktningar (specialer) men ger möjlighet att specialisera sig.

På programmet tränas eleven i att utföra arbetsuppgifter som krävs i yrkeslivet, till exempel hjälp med personlig vård, medicintekniska uppgifter, hushållsuppgifter och administrativa och sociala uppgifter.

Programmet utgår från arbetsuppgifter som eleven löser enskilt eller tillsammans med andra. Eleven tränar sig i att planera, genomföra och dokumentera arbetet.

Eleverna ska:

Utveckla de kunskaper som behövs för att arbeta inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utveckla kunskaper om och färdigheter i vård, omvårdnad och omsorg samt ge kunskaper om hälsa, ohälsa och funktionsnedsättning.

Förmåga att bemöta människor på ett yrkesmässigt sätt, kommunicera med respekt för individens integritet och ge människor möjlighet till delaktighet och inflytande.

Utveckla förståelse för människors olika behov och förutsättningar.

Utveckla en förmåga att diskutera och ta ställning i etiska frågor som rör yrkesutövningen och att följa den etik som råder inom yrkesområdet.

Identifiera, analysera och ta initiativ till att lösa problem i olika vård- och omsorgssituationer samt att se konsekvenser av handlingsalternativ inom yrkesområdet.

Utveckla kunskaper om vårdens och omsorgens historiska utveckling och aktuell forskning ska eleverna utveckla förmåga att

¹ <http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/vard-och-omsorgsprogrammet/fakta-om-var-d-och-omsorgsprogrammet-1.120153>

² <http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/vard-och-omsorgsprogrammet>

kritiskt granska invanda rutiner och kunna föreslå förändringar som innebär ökad kvalitet inom verksamhetsområdet.

Utveckla kunskaper och insikter om arbetsmiljöns betydelse för fysisk, psykisk och social hälsa samt om hur man kan samverka för att skapa goda och jämlika arbetsförhållanden.

Programmet kan leda till arbete inom hälso- och sjukvård samt inom socialtjänst. Inom hälso- och sjukvård kan man arbeta på till exempel sjukhus, vårdcentral eller i hemsjukvård. Inom socialtjänst kan man arbeta i till exempel särskilt boende, gruppboende, daglig verksamhet, hemtjänst eller som personlig assistent.

Praktik/APL

Det arbetsplatsförlagda lärandet¹ ska bidra till att eleverna utvecklar yrkeskunskaper och en yrkesidentitet samt förstår yrkeskulturen och blir en del av yrkesgemenskapen på en arbetsplats.

Det arbetsplatsförlagda lärandet kan också ge inblick i företagandets villkor.

¹ <http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/vard-och-omsorgsprogrammet/fakta-om-var-d-och-omsorgsprogrammet-1.120153>

Fag i Vård och omsorgsprogrammet¹

<p>Gymnasiegemensamma grundfag 600 poäng:</p> <p>Engelska</p> <p>Historia</p> <p>Idrott och hälsa</p> <p>Matematik</p> <p>Naturkundskap</p> <p>Religionskundskap</p> <p>Samhällskundskap</p> <p>Svenska 1 eller som andraspråk</p>	<p>= Programfördjupningar = Valgfri speciale fag 500 poäng:</p> <p>Engelska</p> <p>Pedagogi i vård</p> <p>Entreprenörskap</p> <p>Psykiatri 2</p> <p>Gerontologi och geriatri</p> <p>Psykologi 2</p> <p>Hälsa</p> <p>Sjukvård</p> <p>It i vård och omsorg</p> <p>Specialpedagogik 2</p> <p>Ledarskap och organisation</p> <p>Svenska 3</p> <p>Matematik</p> <p>Teknik i vård</p> <p>Medicin 2</p> <p>Vård och omsorg specialisering</p> <p>Människan</p> <p>Människans säkerhet</p>

¹ <http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/var-d-och-omsorgsprogrammet/examensmal-och-programstruktur>

Programgemensamma områdefag 1100 poäng:	=	Individuellt val = valgfag 200 poäng
Hälsa		Gymnasiearbete 100 poäng
Medicin 1		Yrkesutgång:
Människan		Funktionshinderområdet
Psykiatri 1		Hälso- och sjukvård
Psykologi 1		Psykiatri
Samhällskunskap		Äldreomsorg
Specialpædagogik 1		
Svensk 2 eller som andentspråk		

Figur 6: Fag/ämnen i Vård och omsorgsprogrammet.

Økonomi under uddannelsen

Elever på Vård och omsorgsgymnasiet, der er mere end 18 år og elever på KOMVUX kan søge Studiemedel¹, som består af 2 dele; bidrag og lån. Studiemedel suppleres med vikariater. De svenske elever tilmelder sig uddannelsen og har ikke som de danske SOSU-elever en uddannelseskontrakt.

Forskelle og ligheder

Strukturelt

Uddannelsesinstitutionerne er private og kommunale i Sverige og selvejende statslige i Danmark

Den svenske uddannelse er enten en ungdoms- eller voksenuddannelsen. Uddannelserne har forskellig længde og indhold.

¹<http://www.csn.se/>

De danske elever har en uddannelsesaftale; en uddannelseskontrakt med en kommune eller region og får løn under hele uddannelsen.

De svenske elever er studerende med bidrag og lån.

Begge uddannelser retter sig mod det samme felt, somatik, psykiatri og det kommunale område. Den svenske uddannelse giver mulighed for specialisering inden for funktionsnedsættelse. Et område der traditionelt varetages af pædagogisk uddannet personale i Danmark.

Begge uddannelsers formål er nogenlunde sammenfaldne og der er krav til sammensætning af fag, der fører til kompetencegivende uddannelse.

Begge uddannelser er studieforberegende og adgangsgivende til de videregående uddannelser.

Teori-praksisforholdet:

Den danske uddannelse er en generalistuddannelse, der veksler mellem skole og praktik, og uddannelsesansvaret er delt mellem uddannelsesinstitutionen og praktikken. Den danske elev er lærende i praktikken.

Den svenske uddannelse er ikke specialistuddannelse, men giver dog mulighed for specialisering gennem valgmulighederne i programfördjupning og APL.

Organisatorisk

Muligheder for valg er større i den svenske uddannelse, se figur 6 mulighederne for at vælge fag/ämner inden for pøintrammen.

Alle elever har praktik i primær kommunalt regi men af meget forskellig længde.

Få steder i den danske uddannelse nævnes ældre, mens der i den svenske er mulighed for at vælge gerontologi og geriatrik i 2 forskellige programfördjupninger.

Eksamener og bedømmelser:

De danske elever bliver vurderet oftere. Eleverne prøvetidsvurderes, det vil sige, den myndighed kommune eller region, der har lavet en uddannelsesaftale med eleven, kan opsig kontrakten inden for de første 3 måneder af uddannelsen, hvis eleven ikke udviser evner og interesse for SOSU-området. Alle fag bliver i hver teoriperiode standpunktsvurderet og alle

praktikperioder vurderes og skal godkendes for at fortsætte i næste uddannelsesperiode. Trin 1 afsluttes med to eksaminer og Trin 2 afsluttes med 3 eksaminer. Den danske social- og sundhedsassistent er autoriseret af Sundhedsstyrelse.

De svenske elevers opgaver inden for hvert kursus skal godkendes før næste kursus.

Fag:

Der er flere gymnasiefag i det svenske Vård- och omsorgsprogram, dog ikke på KOMVUX.

Områdefag og programgemensamma ämnen er nogenlunde ens.

Muligheder for valg er større i den svenske uddannelse.

Den danske uddannelse er tværfagligt opbygget, men den svenske er mere moduleret.

Uddannelsens indhold

Eksamen og bedømmelser:

De danske elever bliver vurderet oftere.

Fag:

Flere gymnasiefag i den svenske uddannelse.

Områdefag og programgemensamma ämnen er nogenlunde ens.

Opbygning:

Den danske uddannelse er tværfagligt opbygget, men den svenske er mere moduleret.

Sammenfatning

Sammenligningen af de danske Social- og sundhedsuddannelser og det svenske Vård och omsorgsprogram fører frem til følgende konklusion; de erhvervsfaglige kompetencer opnås både i SOSU-uddannelserne og Vård och omsorgsprogrammet gennem den kombination af viden, færdigheder, faglige vurderinger og etiske overvejelser, der sætter eleverne i stand til at handle professionelt inden for arbejdsfeltets kompetenceområde, som uddannelserne retter sig imod. De strukturelle og organisatoriske forhold for uddannelserne i de 2 lande er forskellige, mens uddannelsernes indhold; fag/ämnen er nogenlunde ens.

Litteraturreferencer

http://www.uddannelsesadministration.dk/Uddannelsesordninger/17952/UO_02_10_2012_tekstdel.pdf

<http://www.skolverket.se/forskola-och-skola/gymnasieutbildning/program/nationella-program/var-d-och-omsorgsprogrammet/examensmal-och-programstruktur>

https://www.google.dk/search?hl=da&site=imghp&tbn=isch&source=hp&biw=1140&bih=562&q=danske+uddannelsessystem&oq=danske+ud&gs_l=img.1.7.0i24l10.940.7351.0.12095.9.8.0.1.1.0.100.74.2.7j1.8.0...0.0...1ac.1.12.img.laxTgSLW5ek#imgrc=m0nwBT-GAfVUPM%3A%3BxLkY5jTn CZbgLM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.lige-

www.lige-frem.dk%252Fdokumenter%252Fdok_images%252Fddu4.jpg%3B

<http%253A%252F%252Fwww.lige->

[frem.dk%252Fdokumenter%252Fddudd.html%3B615%3B294](http%253A%252F%252Fwww.lige-frem.dk%252Fdokumenter%252Fddudd.html%3B615%3B294)

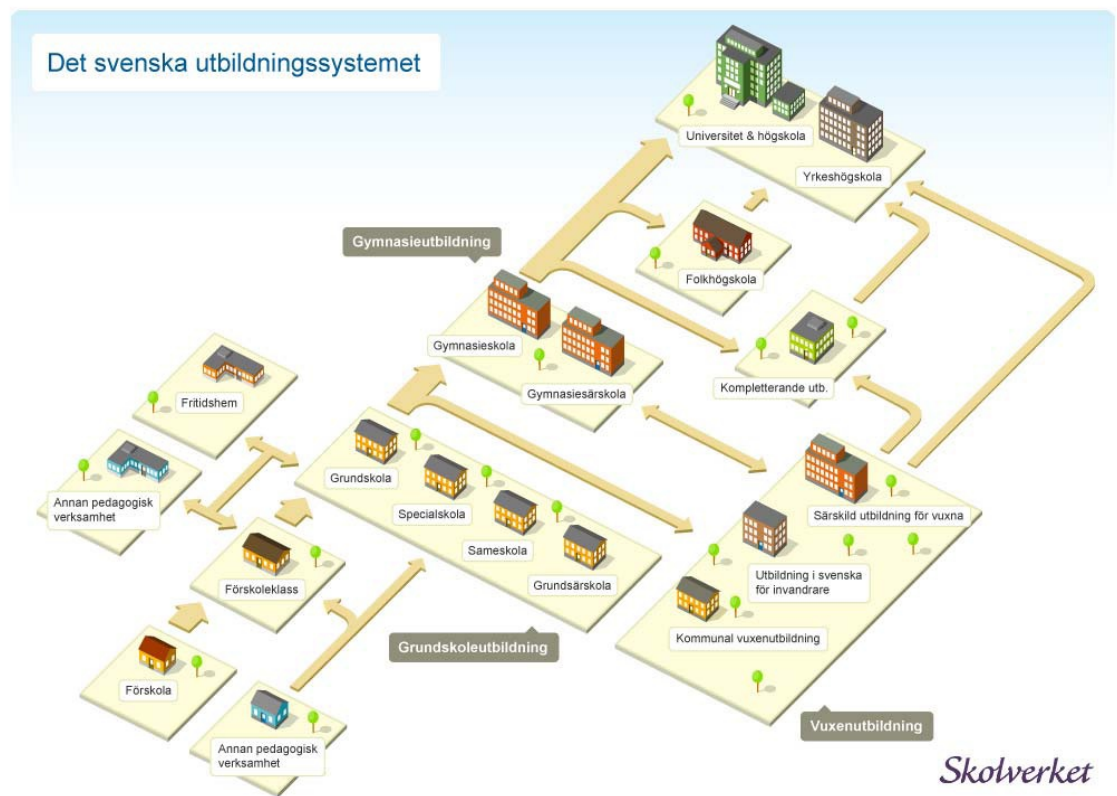
<http://www.su.dk/SU/satserSU/Sider/default.aspx>

<http://www.bmpa.dk/events/svensker-i-danmark-sosu-omraadet>

<http://www.csn.se/>

<http://www.jobuddannelse.net/projektet>

Bilag



Kilde: <http://www.skolverket.se/skolformer/karta-over-utbildningssystemet>

5. FRONTPERSONALETS UDFORDRINGER I ÆLDREOMSORGEN I DANMARK OG SVERIGE.

Lotte Røhder og Margit Schrøder

Dette studie præsenterer anbefalinger til fremtidens uddannelse af frontmedarbejdere som arbejder i ældreomsorgen i Sverige og Danmark. Frontmedarbejdere er i dette studie betragtet som social- og sundhedshjælpere (SHH) i Danmark og underskøterskor (USK) i Sverige, da det er de grupper af sundhedspersonale, der er tættest på borgeren i hverdagen, og som varetager den daglige omsorg for borgerne. Resultaterne fremkommer ved at studere social- og sundhedshjælpere og underskøterskors oplevelser af udfordringer i ældreomsorgen og diskutere disse i forhold kommunens og landets vilkår og rammer.

Indledning

Kapitlet er blevet til på baggrund af CareSam-projektgruppens studiebesøg, oplæg og talrige diskussioner, med fokus på fremtidens kompetencer indenfor ældreomsorg, herunder fremtidens krav til uddannelsessystemet i Danmark og Sverige.¹

I forlængelse af gruppens diskussioner blev det besluttet, at udføre et mindre interviewstudie af frontmedarbejdernes udfordringer og

¹ Se www.caresam.dk. Delprojekt 2.

glæder ved arbejdet. Studiet skulle udmunde i en række anbefalinger til fremtidens uddannelser..

Udgangspunktet er den kommunale ældreomsorg, og studiet vil have fokus på frontpersonalets oplevelser og erfaringer fra deres arbejde, især de udfordringer de står med i arbejdet.

Et fokusinterview med seks social- og sundhedshjælpere danner baggrund for det danske studie¹. Et mindre litteraturstudie af svensk forsknings- og udviklingsarbejde omhandlende underskoterskans oplevelser og erfaringer fra deres arbejde danner baggrund for det svenske studie².

Indledningsvis belyses nogle af de rammer og vilkår som har betydning for frontmedarbejderne arbejde i ældreomsorgen. Dernæst præsenteres resultaterne, og forskelle og ligheder på frontmedarbejdernes udfordringer i Sverige og Danmark diskuteres. Afslutningsvis konkluderes og et bud på anbefalinger til fremtidens uddannelser beskrives.

Aldreomsorgen i Sverige og Danmark

I Danmark og Sverige er ældreomsorgen et offentligt anliggende, hvor staten og kommunen er ansvarlige for at finansiere driftsudgifterne over skatterne. Det er kommunernes opgave at organisere og sikre leveringen. De senere år er der kommet flere private leverandører i hjemmeplejen, især i Sverige er tallet af private leverandører stigende. I 2009 i Sverige blev 19 pct. af de visiterede hjemmehjælpstimer til personer i eget hjem leveret af private leverandører. Af beboere på plejehjem boede ca. 17 pct. i boformer, der drives i privat regi. (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2011). I Danmark får 6 pct. at ældre personlig hjælp fra privat leverandør (social – og integrationsministeriet, 2011), men dette tal forventes at stige. Politisk tales der i Danmark om en

¹Bearbejdes ved en kvalitativ analyse med meningskategorisering og fremkomst af tre temaer

²Fokusgruppeinterviewet af underskoterskerne var ikke muligt at anvende, derfor udarbejdedes et litteraturstudie. Følgende databaser er anvendt med kombinationer af søgeordene: "Underskoterska, äldreomsorg, kommunal vård" og "nurse assistant, community care", "(inklusion fra 2005): Libris (27 hits), SweMed (35 hits), Idunn (1 hits), Uppsatser.se (33 hits). Alle abstracts gennemlæses. Fem studier er udvalgt, hvor underskoterskan er interviewet omkring, hvilke udfordringer der opleves i ældreomsorgen i hjemmeplejen.

ældreomsorg i forandring, hvor velfærdstatens knappe ressourcer kommer til at betyde mere konkurrence og mere udlicitering.

I begge lande betragtes den formelle pleje, som ideelle plejeform, i forhold til den uformelle pleje og omsorg fra familie og pårørende. Det tyder dog på, at familien stadig har en vigtig rolle i ældreplejen, især i Sverige er familien de seneste år blevet en stor hjælp for de ældre. Der er de sidste år sket mange politiske ændringer i hjemmeplejen i Sverige som betyder, at svenskerne selv oplever, at funktionshæmmede ældre mennesker er blevet alt for afhængige af hjælp fra pårørende. De sidste 10 år er 100.000 svenskere stoppet med at arbejde eller gået ned i tid, for at pleje sin nære (Rostgaard og Szebehely, 2012).

Kun halvt så mange ældre over 65 år får hjemmehjælp i Sverige (9 pct.) sammenlignet med ældre i Danmark (18 pct.). I Danmark er det mere almindeligt at modtage få timers hjemmehjælp om ugen (f.eks. får 55 pct. af hjemmehjælps-modtagere i København kun hjælp til rengøring). Svensk hjemmepleje er mere målrettet de svageste ældre med mange plejebenhov (her får kun 17 pct. hjælp kun til rengøring) (Rostgaard og Szebehely, 2012). Rengøring og indkøb bliver således noget, som de pårørende tager sig af i Sverige. En nødvendighed mere end et tilvalg. Dette ses især hos familier med kortere uddannelse, mens familier med længere uddannelse køber sig til hjælpen, fordi de har råd til det.

I Sverige er der desuden en indkomstafhængig brugerbetaling på hjemmehjælp, mens varig hjemmehjælp er gratis i Danmark.

Nyeste undersøgelser fra Danmark viser, at der her skæres mere og mere i hjemmehjælpen i kommunerne (Ældreomsorgen 2013), så det tyder på, at fremtidens danske ældreomsorg kommer til at ligne svenske forhold, med hensyn til kun at give hjælp til de allersvageste ældre.

Den aktuelle forskel i ældreomsorgen i Sverige og Danmark får betydning for frontmedarbejdernes møde med de ældre og familierne. I Danmark møder SSH'erne ældre med både få og mange behov. Mange ældre får kun hjælp til rengøring, og SSH'erne møder derfor ældre mennesker, som har ressourcer til at klare mange funktioner selv. SSH'erne møder også en stor gruppe af svage ældre med mange behov og få ressourcer, som får hjælp til f.eks.

rengøring, indkøb, vasketøj, madlavning, og personlig pleje. SSH skal her samarbejde med familien, som er en stor hjælp for den ældre. USK møder ældre med flere komplekse behov og med færre ressourcer. Dette kan stille andre krav til kvalifikationer og kompetencer hos USK.

Vi vil i det næste afsnit belyse BUM-modellen, som er et væsentligt vilkår for frontpersonalet i de to lande.

BUM-modellens vilkår for frontpersonalet i Danmark og Sverige

I Sverige indledtes den økonomiske styringsmodel tidligere end i Danmark. Her talte man allerede i 1990'erne om New Public Management-året (Szebehely, 2011). Det startede med den svenske kommunalreform i 1991, som medførte en adskillelse af bestiller og udfører indenfor ældreomsorgen (BUM-model). For ældre betyder det en valgfrihed, som dog er begrænset til at vælge, den som skal udføre plejen, men ikke til hvilken pleje der skal udføres, og heller ikke hvilken person der konkret skal udføre hjælpen.

I Danmark blev vilkår og rammerne for pleje og omsorg ændret i 2001, da Folketinget vedtog, at der skulle være frit valg af leverandører på ældreområdet. Lov om social service blev vedtaget og kontraktstyring blev en realitet.

BUM- modellen (Bestiller – Udfører – Modtager – modellen) blev i begge lande indført som styringsredskab i forbindelse med tildeling og udførelse af pleje, omsorg og praktisk bistand til samfundets borgere, der har behov for hjælp.

Fundamentet i BUM-modellen er de politisk vedtagne kvalitetsstandarder, hvor det er beskrevet, hvilken hjælp borgerne kan forvente fra det offentlige. Borgerne kan på internettet finde serviceniveauet for deres kommune og samtidig sammenligne niveauet med serviceniveauet i andre kommuner. I det praktiske arbejde bliver pleje og omsorg således underlagt en markedsstyreform, hvor pleje og omsorg bliver en form for handelsvare (Røhder, 2009).

Alle borgere kan rette henvendelse til kommunen og bede om hjælp. Herefter vil Bestilleren – visitatoren/biståndshandlæggeren, der er

ansat af kommunen, vurdere hvilken hjælp borgeren kan få indenfor de vedtagne kvalitetsstandarder. Modtageren, som er borgeren, vælger hvem der skal levere ydelserne. Efterfølgende kontakter visitatoren leverandøren og beder dem om at iværksætte hjælpen. Udføreren er den leverandør, der skal levere ydelsen. Leverandøren kan være kommunal eller privat. I forbindelse med leveringen tildeles leverandøren penge for de ydelser, der skal leveres. Pengene er koblet op på den tid, der er afsat til at udføre ydelsen hos borgeren. BUM modellen er således en økonomistyringsmodel, som siden starten har været forvaltet på forskellig vis fra kommune til kommune og modellen er stadig genstand for forandringer.

Mange kommuner har udmøntet hjælpen detaljeret, således at det meget detaljeret er beskrevet, hvilken hjælp borgeren skal have eks. Hjælp til tandbørstning 3 minutter, hjælp til øvre toilette 7 minutter, hjælp til nedre toilette 7 minutter, hjælp til bad 29 minutter. Flere steder er man gået bort fra dette "minuttyrani" og tildeler "pakker" eks. ½ time til let personlig pleje. (Røhder 2009)

Det er en tidsstyring og ydelsestildeling der får væsentlig indflydelse på frontmedarbejderens dagligdag. BUM modellens opbygning betyder, at frontmedarbejderen næsten ingen kontakt har med den som bestemmer, hvilke arbejdsopgaver, der skal udføres. Frontmedarbejderen kan derfor opleve, at de ikke har indflydelse i beslutninger, der vedrører dem, og at de kompetencer de har, ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang

I kraft af sin uddannelse, kan den færdiguddannede frontmedarbejder handle professionelt indenfor sit eget kompetenceområde. Dette indebærer, at frontmedarbejderen er i stand til at kombinere viden og færdigheder, foretage faglige vurderinger og etiske overvejelser i mødet med borgeren indenfor det primære kommunale område. SSH'ernes uddannelse varer 14 måneder mens USK uddannelse varer 3 år (Se kapitel 4 om de kompetencer uddannelserne uddanner til).

Visitator vurderer sammen med borgeren hvilke ydelser der er brug for. Ydelserne bestilles hos leverandøren og frontmedarbejderen får konkret besked på hvilke opgaver, der skal udføres hos borgeren. Derved bliver frontmedarbejderen frataget sine muligheder for at anvende sine faglige kompetencer til selv at vurdere borgerens

situation. Visitator skal foretage sin vurdering minimum én gang årligt. Frontmedarbejderen besøger borgeren oftere. Borgerens behov kan derfor sagtens nå at ændre sig. Borgeren kan være blevet dårligere, men kan også være blevet bedre. Således kan planen for opgaveløsning arbejdsplan være forældet.

Frontmedarbejderen kan komme i en situation, hvor den visiterede tid ikke er tilstrækkelig til at udføre opgaven, da tiden er udarbejdet efter gennemsnitlige beregninger. Hvis borgeren har andre behov end da ydelsen blev visiteret, er den tildelte tid måske ikke tilstrækkelig. Frontmedarbejderen kan blive nødt til at ændre de resterende opgaver på dagens liste og derved tilsidesætte andre borgers behov eller forlade borgeren med udækkede behov.

Forældet visitation, borgerens egen oplevelse af, hvad han/hun har behov for og tidspresset er således situationer, hvor frontmedarbejderen kan opleve, at hun står i et dilemma. Hvem skal hun tilgodesee? Den enkelte borger og dennes behov, de øvrige borgere på listen eller systemet. I sådanne situationer viser undersøgelser, at arbejdet tager sig meningsløst ud for frontmedarbejderen (Røhder 2009).

Kommunens kvalitetsstandarder, hvilken ydelse borgeren kan få, er med præcise og kvantitative mål. Der er imidlertid forhold som ikke er målbare og derfor er manualerne et begrænset billede af virkeligheden. Fastsættelsen af de målbare værdier hænger ikke nødvendigvis sammen med formålet for opgaven, idet målene ofte udtrykker værdier i forhold til effektivitet, optimal ressourcudnyttelse og økonomi (Røhder 2009).

Anvendelsen af BUM-modellen i ældreplejen, kan således fratage frontmedarbejderen indflydelse på egen arbejdssituation og kan sætter frontmedarbejderen i en situation, hvor hun bliver bedt om at udføre en rammesat opgave, som ikke nødvendigvis svarer til hendes faglige vurdering af situationen, og derfor virker meningsløs. Samtidig kan dagen være fyldt med etiske dilemmaer eller krydspres, som frontmedarbejderen skal forholde sig til. Disse vilkår og rammer danner baggrund for vores undersøgelse af frontmedarbejderens oplevelser og erfaringer fra deres arbejde.

Resultater af den danske undersøgelse

I fokusgruppelinterviewet blev social-og sundhedshjælperne (SSH) bedt om, at fortælle om situationer fra deres arbejde som var svære og udfordrende. Analysearbejdet samlede sig om tre temaer: At samarbejde med pårørende, at arbejde rehabiliterende, og at være i et krydspres mellem borger og de organisatoriske rammer.

At samarbejde med pårørende

Frontmedarbejderne ved godt at pårørende er en ressourcefuld samarbejdspartner i omsorgen for den ældre. Pårørende kan kvalificere beslutningsprocesserne og forøge validiteten i plejeplanerne. Pårørende kan medvirke til, at de ældre klarer dagliglivets forskellige opgaver og krav, og derved klare sig i længere tid hjemme. Alligevel viser det sig, at det er svært at få samspillet til at fungere, og social- og sundhedshjælperne beskriver i interviewet mange udfordringer.

En af deltagerne fortæller om de almindelige pårørende og "krakilerne", og det er den sidste gruppe pårørende, der opleves særdeles udfordrende for SSH'erne.

"Datteren vil gerne have jeg skriver præcis klokken, hvornår jeg har været der, og hvad jeg har lavet. Hvorfor skal jeg skrive i en bog, at jeg har gjort mit arbejde? Det er mistillid til mig. Det er kontrol af mig."

Det som i dette citat opleves som en kontrol og mistillid, kan måske være et forsøg på at samarbejde for den pårørende.

Undersøgelser viser, at det ofte er modstridende mål og uafklarede roller, der er på spil, når samarbejdet ikke fungerer. Desuden tyder det på, at personalet ofte ikke involverer de pårørende, da de opfattes tidskrævende og en forhindring for deres arbejde. (Lindhardt, 2009).

En SSH'er beskriver dette således:

"Pårørende sætter store krav til hvad vi skal lave, det er ikke visitationen der bestemmer. Mest børn. Jeg kan godt komme hen til en, og tænker bare datteren ikke er der. Hvis bilen står der..så...Skal man lige tage en anden borger først og håbe på hun er kørt?"

Denne pårørende opleves som en stor belastning for SSH'eren, som her vil vælge ikke at møde den pårørende.

Der kan være personlige faktorer hos både den pårørende og hos SSH'erne, der gør samarbejdet svært. Pårørende kan opleve utilstrækkelighed og skyldfølelse overfor den syge ældre, samtidig med at de føler sig isoleret, udmattet og deprimeret. Plejepersonalet kan mangle værktøjer til at håndtere dette og kommunikere om dette. Ofte er der modstridende opfattelser af den ældres situation. Personalets kompetencer, især de kommunikative kompetencer, øger muligheden for at etablere et vellykket samspil med pårørende. (Lindhardt, 2009).

To SSH'er fortæller:

"Jeg havde en ældre mand, som skulle længere op i sengen. Der var så mange ledninger på værelset, så det var svært at komme til. Vi tog en sort sæk under ham for at glide han op. Så sagde sønnen: Det er også bare fordi, du er så fed, så kan du ikke arbejde!"

"Der var to huller i mit tøj, så var der en pårørende, der sagde: får du så lidt i løn, så du ikke har råd til noget ordentligt tøj? Så føler jeg mig som den store grimme kælling ind imellem"

Ved begge disse citater følte SSH'eren sig overrumplet og trådt på, og det udviklede en konflikt mellem de pårørende og personalet.

Det tyder på konflikterne mellem pårørende og personalet er blevet voldsommere og tonen er blevet hårdere de sidste år. Det mærkes i det nationale Videns- og specialrådgiverteam VISO, som oftere må løse uoverensstemmelser og misforståelser (VISO, 2012).

En SSH'er fortæller:

"Pårørende er blevet meget mere krævende de sidste 10 år, det kan jeg i hvert fald mærke. Før var man en elsket person for borgeren, i dag er man arbejdskraft, man er hushjælp"

Kravene fra borgere og pårørende vokser mærker frontmedarbejderne. Især på institutioner som plejehjem bliver der stillet krav, idet danskerne er blevet mere optaget af det liv, der

foregår på institutionerne. I dag stilles der krav om, at der hersker respekt og anerkendelse i de offentlige institutioner og det er positivt at borgerne i stigende krav kræver deres ret. Konflikter opstår imidlertid, når borgere og pårørende vil kontrollere så meget, at de mennesker der udfører deres arbejde, kun har få frihedsgrader i den måde de udfører deres arbejde på.

At arbejde rehabiliterende

Deltagerne diskuterede i interviewet den nye tilgang til plejen, som de fleste kommuner i Danmark efterhånden er blevet meget optaget af. "Længst muligt i eget liv" er et initiativ som opstod i 2007 i DK, som svar på de udfordringer der er i fremtiden med stigende antal ældre, og færre borgere i den arbejdsduelige alder. Det medfører et såkaldt "paradigmeskift" i ældreomsorgen, hvor man går fra pleje og omsorg (en servicerende tilgang) til en rehabiliterende tilgang, med fokus på at den ældre styrkes i at mestre sit eget liv og leve et liv med egenomsorg så længe som muligt. Borgerne får udarbejdet en individuel rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer. Tværfaglige teams arbejder med at besøge/ vurdere borgerne og vejlede personalet. Man vil gerne væk fra de situationer, hvor borgerne, der tilknyttes professionel hjælp, risikerer at blive fanget i et system, hvor de bliver mere og mere passive og dermed skal have mere og mere hjælp. Vejledning, støtte og træning skal tænkes ind i al borgerkontakt. I stedet for at borgeren får gjort rent, skal hjemmehjælperen i stedet støtte og vejlede den ældre til selv at deltage aktivt i rengøringsopgaven.

Interviewdeltagerne arbejder i en kommune, som først for nylig er begyndt med denne hverdagsrehabiliterende tilgang til plejen, og tiltaget skaber tydeligvis frustration og utilfredshed hos SSH'erne. En deltager fortæller om den borger, hun kommer hos:

"Hun bliver 91 år. Målet er, at hun skal lære at støvsuge og tørre støv af og vaske gulv i entréen. Næste gang jeg kommer efter mødet med ergoterapeuten står hun og græder: Hvad har de tænkt sig, det kan jeg jo ikke.

Så er det svært at stå der som hjælper."

Denne medarbejder synes at målene, som er sat for denne borger, er urealistiske. Hun får medlidenhed med borgeren. Medarbejderen har haft møde med ergoterapeuten ude hos borgeren, og sammen er der sat mål for borgerens rehabilitering. Medarbejderen kunne til mødet ikke lide at diskutere med ergoterapeuten, og hun synes det var svært, når borgeren også sad der, at fortælle om, hvor svag hun vurderede borgeren.

En SHH'er udtaler:

"Og så skal de selv tage støttestrømper på, og deres fingre er ædt op af gigt. Selvom de har et stativ til at hjælpe. Jeg havde en borger, det tog hende 10-15 minutter bare at få strømpen ud over stativet, og så skulle hun have den af stativet og på benet og støtte op imod væggen. Det tog hende en time. Hun var helt smadret resten af dagen"

Tiden er en væsentlig faktor for hjælperne. I starten af rehabiliteringen vil der ofte visiteres mere tid til at vejlede og træne borgeren, men tiden rækker ikke oplever SSH'eren. En SSH'er fortæller, hvordan hun skulle hjælpe borgeren med at hænge vasketøj op ved at holde på borgerens hofte imens. Det tog næsten en time inden borgeren var færdig. Hun siger:

"Vi har ikke engang tid til at vente på, at de selv knapper deres knapper op"

Til tider oplever SSH'eren, at borgeren bliver udkørt af at klare sig selv. De synes det er uretfærdigt, når de nu er visiteret til hjælp, at de så selv skal. For som en SHH'eren siger:

"I det øjeblik de kan selv, så gør de det jo",

Der er tilsyneladende modsætningerne her, idet en anden SHH'er fortæller om en borger, hvor hun undrer sig over, hvorfor hun skal gøre rent, for borgeren kan skrabe sne og ordne have, men ikke støvsuge.

Hjælperne skal motivere borgeren til at finde glæden ved selv at gøre det. Det synes deltagerne ikke, at de har redskaberne til:

"Jeg har følt mig kastet ind i det, jeg har ikke følt jeg har nok viden om, hvordan jeg skal tackle borgeren. Det her er på en anden måde. Når vi slutter skal I kunne det her!..... Vi har haft 2 undervisningsgange, og jeg tænkte bagefter: var det det?"

Personalet ønsker mere kontakt med terapeuterne og mere undervisning. De føler sig ladt alene med borgeren, og de synes ikke de har viden og redskaber til at føre de nye rehabiliteringstiltag ud i hverdagen hos borgeren.

Undersøgelser tyder på, at der er problemer med implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen. Der beskrives barrierer hos den enkelte medarbejder og i hjemmeplejen generelt. Der er udbredte holdninger blandt plejepersonalet, at projektet ikke er noget nyt, da de altid har arbejdet med hjælp til selvhjælp, og at det er synd for borgerne, at de bliver frataget den hjælp, de har modtaget i årevis. Der kan være indlejrede incitamentsstrukturer i hjemmeplejen, der ikke gør det belejligt for den enkelte medarbejder eller det enkelte hjemmeplejedistrikt at afslutte borgerne fra hjælp (i sidste ende risikerer medarbejderne at blive fyret, hvis de arbejder rehabiliterende). Desuden er der ikke faglige traditioner for at arbejde parallelt tværfagligt mellem f.eks. SSH'ere og terapeuterne, hvilket betyder, at der er svært at opkvalificere plejepersonalet og sikre effektive rehabiliterende forløb (Kjellberg, Kjellberg og Ibsen 2013).

Det tyder således på, at der stadig mangler viden om, hvad der virker i hverdagsrehabiliteringen, og hvad der skal til for at SSH'erne føler sig som en del af dette "paradigmeskift".

At arbejde i et krydspres

Deltagerne i dette studie oplever et pres imellem borgerens ønsker og behov og de rammer som bl.a. BUM- modellen sætter. De standardiserede rammer betyder, at man alene plejer typer og ikke plejer det individuelle menneske. Derved har medarbejderen ikke mulighed for selv at påvirke plejen ud hvad borgerens ønsker hjælp til. Det kan betyde at medarbejderen oplever, at de faglige

kompetencer ikke anvendes tilstrækkeligt og det får indflydelse på arbejdsvilkårene (Røhder, 2009).

Presset kan opstå i flere situationer f.eks. når den visiterede tid ikke passer til borgerens behov og opgaveløsningen, når visitationen er forældet, eller når borgeren har en anden oplevelse af, hvad de har behov for eller ønsker hjælp til.

Social- og sundhedshjælperen fortæller:

"Vi siger nej til at gå ud og handle, for det må vi jo ikke, men hvis man kan se, at der mangler et franskbrød, tager man det jo med"

En anden siger:

"Hvis jeg kan se, at jeg kan nå det, går jeg over og henter Familie Journalen"

Borgeren er tildelt en ydelse, som ikke omfatter indkøb, men SSH tilsidesætter standarderne og leverer, hvad de selv vurderer som god pleje og omsorg.

En anden SSH fortæller om en situation, hvor borgeres behov har ændret sig og visitationen er forældet:

"De har fået visiteret hjælp til eksempelvis støvsugning. Borgeren fortæller, at de ikke kan fordi de har ondt i ryggen, men de ordne have og skrabe sne....."

Hvis social- og sundhedshjælperen ikke giver borgeren den hjælp vedkommende er berettiget til kan borgeren klage. Borgerens situation er forandret, og SSH'erne diskuterer om det er rimeligt at borgere, der selv kan udføre en opgave, skal have hjælp af det offentlige – og omvendt, er det rimeligt, at borgeren, der har behov for et bad og ikke selv kan udføre opgaven, skal vente til der har været en visitorator og givet lov til at SSH kan udføre opgaven? SSH kan føle sig presset. Borgeren kan også give udtryk for, at have andre behov end der er visiteret til.

En SSH'er fortæller:

"Jeg kan ikke sige, "det står ikke på listen" Sådan er jeg som menneske, jeg kan ikke rumme, hvis min borger siger, han glæder sig til der kommer brev fra USA, så"

kan jeg ikke sige: " jeg har ikke tid til at gå ud i din postkasse"

Hendes værdier for god pleje af borgerens og dennes individuelle behov vægtes højt. SSH kan ikke undlade at hjælpe borgeren der giver udtryk for, at han eks. gerne vil have tømt postkassen. Hun vurderer, hvad der i situationen er vigtigt.

Hvis den visiterede tid ikke passer til borgerens behov og opgaveløsning fortæller SSH'eren:

"Alting det går op i tid og tid, og alting det skal måles, 5 minutter til det og 10 minutter til det. Og nogle ting kan man altså bare ikke måle."

"Mange ting står ikke på vores seddel. Det er ydelser i ydelser. De må ikke kalde det omsorg, det findes ikke længere. Det kan f.eks. hedde personlig pleje."

En anden giver udtryk for:

"Det er totalt Harry Potter vi flyver fra det ene til det andet sted"

Det tyder på, at tidsstyringen som standardisering på enkelte ydelser ikke fungerer, idet der ofte er uforudsete hændelser, og ydelser som ikke kan tidsfastsættes. Tidsstyringen sætter SSH i et krydspres og påvirker hendes arbejdsvilkår. Hun skal løbe hurtigere, hvis hun skal yde borgeren hjælp ud over det visiterede, eller hun skal undlade at gøre andre ting. Hun skal hele tiden tage stilling til, om hun kan levere pleje og omsorg, der gavner eller om hun skal følge planen. Hun skal tage stilling til, om hun skal lytte til borgerens ønsker og behov eller gøre, hvad der er visiteret og som står på listen, hun arbejder i et krydspres.

Resultater af den svenske undersøgelse

Resultaterne af 5 svenske studier beskrives her. I alle studier interviewes USK i den kommunale ældreomsorg. Der er i søgningen søgt bredt på "Undersköterskor" og på studier i hjemmeplejen og plejehjem. De udvalgte studier har fokus på, hvad der udfordrer i arbejdet, hvad er svært i arbejdet, hvad hæmmer

arbejdstilfredsstillelsen, hvad giver dårlig samvittighed, og hvad hæmmer indflydelsen i arbejdet?

I et studie fremfører USK at for få ressourcer, problemer omkring kollegaer og det fysisk og psykisk tunge arbejde gør arbejdet svært (Gancarz och Olsson, 2009)¹. USK'erne oplever, at der har været besparelser de sidste mange år, der er blevet meget mere travlt og stresset. Tidspresset gør de ældre urolige, og de kræver derfor mere hjælp. Der er ofte vikarer, som betyder at de faste medarbejdere får mere at lave, idet de både skal tage ansvar for egne men også andres arbejdsopgaver, når kollegaer ikke er ordentligt uddannet eller ikke har nok viden. Det betyder manglende arbejdstilfredsstillelse og kan medføre sygefravær. I studiet beskrives inkompetente kollegaer som mangler interesse og engagement i arbejdet, som et stort problem for mange underskøterskor. Arbejdet opleves desuden fysisk og psykisk tungt. Mange USK'er synes der er for meget rengøringsarbejde, det er fysisk hårdt for kroppen. Det er psykisk hårdt, når det er svært syge borgere, når borgerne lider meget, når der er sorg og fortvivlelse hos borgerne og hos de pårørende, eller når der er aggressive og truende patienter. Det er svært, når der er sprogsvanskeligheder enten pga. et andet modersmål, eller sygdom (Gancarz och Olsson, 2009).

I et andet studie diskuteres hæmmende og fremmende faktorer for trivslen for USK på arbejdet. Faktorer som fremmer trivslen er kontakten med de gamle og arbejdskammeraterne. Faktorer som hæmmer trivslen er arbejdstiderne, lønnen, rengøring, for lidt tid med de gamle, samarbejdsvanskeligheder og ensidige arbejdsopgaver (Niemelä, 2007)²

Et studie undersøger, hvad USK'er har brug for af hjælp og vejledning i ældreomsorgen på plejehjem (Olin, 2010)³. I

¹ 10 underskøterskor er blevet interviewet om deres oplevelser af deres arbejde, hvad giver glæde og trivsel i arbejdet og hvad opleves svært? Examinationsarbete. Vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg.

² 12 underskøterskor er interviewet om deres trivsel i arbejdet, hæmmende og fremmende faktorer En C/D- uppsats fra Psykologi, Lula tekniske universitet.

³ 12 underskøterskor interviewes om, hvad er svært, hvad er let i arbejdet, hvad har de brug for hjælp og vejledning til. Examensarbete socionomprogrammet, Magister nivå, Malmö Högskola.

undersøgelsen tydede det på, at der var flere situationer, hvor USK'erne ikke oplevede de slog til, eller ikke oplevede de havde kontrol over situationen. Det var især i forhold til ældre med demens eller andre psykiske sygdomme, hvor de ikke viste, hvad de skulle gøre eller sige i visse situationer. Desuden er døden også et område som opleves svært for flere. Et langt forløb hvor underskøterskor får en nær relation til den ældre og de pårørende, kan skabe et savn og en sorg efterfølgende. Ældre som har opgivet livet, som har ondt og gerne vil dø, kan skabe medlidenhed og svære diskussioner med sygeplejersker og læger, som fortsat gerne vil behandle den gamle. Flere USK'er har brug for at tale om døden og dødsfaldet efterfølgende. I undersøgelsen oplever USK'eren sig tidspresset bl.a. af de mange rengørings- og husholdningsopgaver som tager tid fra beboeren. De oplever deres rolle og faglighed meget forandret gennem årene, idet de tidligere havde mere fokus på og mere tid til omsorgen og aktiveringen af beboeren (Olin, 2010).

Et studie fokuserer på, hvad der giver stress, dårlig samvittighed og dermed udbrændthed hos USK'erne, som arbejder med kommunal ældreomsorg (Juthberg, 2008)¹. Resultaterne viser, at USK'erne får dårlig samvittighed, når de forhindres i at udføre den omsorg de ønsker, fordi der er nogle givne organisatoriske fastlagte vilkår. De oplever, de er utilstrækkelige og opleve at de svigter beboeren og sig selv. De har ikke mod på at konfrontere andre medarbejdere, som de oplever, krænker beboeren. De har heller ikke mod på at gøre opmærksom på deres egen utilstrækkelighed. Arbejdsgruppen har stor betydning, og de socialiseres i gruppen med de normer og værdier der er. Hvis man ikke diskuterer fejl og udvikling i denne gruppe, får man ikke udviklet sig til den fagperson man ønsker at være, eller som man synes kollegaer skal være. Relationen til kollegaer er vigtigere en omsorgen til beboeren, og det er en svær balancegang mellem at følge sin samvittighed eller at konfrontere medarbejdere og risikere arbejdssamværet.

¹ Projekt/afhandling fra Umeå Universitet som beskriver syn på samvittighed, samvittighedsstres og udbrændthed hos sygeplejersker og underskøterskor i kommunen. Fire delstudier, tre med spørgeskema og et interview med af 6 sygeplejersker og 6 underskøterskor

I det sidste studie fortæller USK'ere om deres oplevelser af at have medindflydelse og være delagtige i arbejdet. I studiet ønsker de alle at bidrage mere med deres kundskaber og kompetence og anvende, det de har lært i uddannelsen i deres arbejdsfunktion (Julkunen og Romlin, 2007)¹. Resultaterne viser, at de ikke har indflydelse i beslutninger der vedrører deres arbejdsopgaver (heller ikke indflydelse på løn og arbejdstider). De oplever ikke de bidrager med deres kompetence, eller deres hensigter og idéer. Det påvirker deres selvfølelse og deres personlige udvikling. De har næsten ingen kontakt til den visitator som beslutter deres arbejdsopgaver. Det var andre kollegaer som de mødtes med, som de diskuterede deres opgaver og idéer med.

Sammenlagt viser de 5 studier mange faglige og arbejdsmiljømæssige udfordringer, som er svære at håndtere for USK. Udfordringer der relaterer sig til den ældre borger omhandler ældre med psykiske sygdomme især demens, døende ældre og ældre med kommunikationsproblemer, som alle har komplekse plejebest. Kollegaer og samarbejdsforhold et væsentligt udfordrende område i flere studier for USK. Kollegasammenholdet er tydeligt vigtigt for den enkelte, især med de organisatoriske udfordringer underskøterskor oplever. Kollegaer kan både give anerkendelse og ros, men også være årsag til meget frustration, når de ikke gør deres arbejde ordentligt. Flere studier beskriver den tiltagende travlhed og stress der opleves på arbejdspladsen. Der er for mange vikarer og USK'erne synes ikke, de er uddannet til rengøringsarbejde, de synes de har andre og flere kompetencer som ikke anvendes i hverdagen. Resultaterne af den svenske undersøgelse pegede samlet på, at de fleste udfordringer for USK vedrører arbejdsmiljøet.

Diskussion af resultater og metode

Denne undersøgelse studerer faggruppen social- og sundhedshjælper (SSH) i Danmark og faggruppen underskøterskor (USK) i Sverige. Dette har betydning, når man sammenligner resultaterne, idet andre faggrupper også kan betragtes som

¹ Fem underskøterskor interviewes om delagtighed og indflydelse i arbejdet. C-uppsats. Socialhögskolan, Stockholms Universitet.

frontpersonale, og derfor med fordel kunne medtænkes i studiet. I Danmark er der social – og sundhedsassistenterne (SSA), som har mange af de arbejdsopgaver som underskoterskor har. Tidligere havde man i Sverige vårdbiträdere som udførte praktiske opgaver i hjemmet, men i dag er de mange steder afløst af USK, som derfor både har SSH's og SSA's arbejdsopgaver.

Social- og sundhedshjælperrollen og arbejdsopgaverne har ikke forandret sig meget siden uddannelsen startede i 1991. SSH's og SSA's har i mange år haft fastlagte og tydelige roller og arbejdsopgaver i hjemmet hos den ældre.

Underskoterskors rolle og vilkår har i årenes forløb været udsat for mange forandringer. Faget opstod på et tidspunkt med mangel på sygeplejersker, og der har derfor altid været en speciel og nær relation til sygeplejersker. De har været afhængige og måske også stået i skyggen af sygeplejersker. Det har skabt en usikkerhed i spørgsmål om faggruppens rolle og identitet. I et studie om USK læring konstateres, at USK reflekterer over egen faglighed ved at sammenligne deres arbejdsopgaver og deres egen kompetence med sygeplejerskens. De har muligheder for at udvikle sig, når sygeplejersken uddelegerer opgaver til dem. USK betragter deres faglighed ud fra den reelle (faktiske) kompetence og den uudnyttede kompetence, ikke ud fra den kompetence, som arbejdet kræver eller ud fra de kvalifikationer som efterspørges for at udføre arbejdet (Byström, 2013).

Flere studier sætter spørgsmålstegn ved, hvad USKs kompetence er? Hvad må de og hvad kan de? De sætter selv spørgsmålstegn ved rengøring – skal de det? De er uklare på, hvad arbejdet vil indebære i fremtiden. Andre bestemmer ofte hvad de må og skal. I et studie stilles spørgsmålstegn ved den store bredde, der er i omsorgsprogrammerne, om det har påvirket fagligheden? (Gancarz och Olsson, 2009). USK fortæller om fordomme og lav status (også titlen underskoterska sættes der spørgsmålstegn ved), samt et fag som har forandret sig de sidste år med mindre fagligt ansvar og viden som ikke længere anvendes. Mange oplever, at faget har ændret sig, så de har fået et mindre handlerum. Det som tidligere var almindelig arbejdsopgaver for underskoterskan, kan nu kun udføres efter uddelegering.

De offentlige udgifter i Sverige blev allerede i 1990'erne udsat for voldsomme stramminger og besparelser, og USK var en af de faggrupper der blev hårdest ramt (Eliason, 2011). Det kan forklare de mange udfordringer ved deres arbejdsmiljø, hvor stress og travlhed i arbejdet er en væsentlig udfordring for USK i flere svenske studier. I Danmark er de store offentlige besparelser kommet senere. Især det sidste år er det sket markante besparelser på hjemmehjælpstimerne til de ældre i kommunerne, samtidig med at antallet af ældre stiger (ældresagen, 2013). Det vil betyde mange færre SSH i fremtiden til at varetage opgaverne, og man kan frygte at SSH vil opleve øget stress og travlhed.

Både USK og SSH oplever at BUM-modellen, som er kommunernes økonomiske styringsmodel i begge lande påvirker deres arbejdsmiljø, og oplever at den fratager dem deres kompetence og deres medindflydelse i arbejdet. De står i et krydspres mellem borgeren og kommunens rammer. I flere kommuner er der dog en udvikling i gang hen imod mindre detailstyring og mindre kontrol af medarbejderne. Københavns kommune har f.eks. afskaffet de ufleksible enkelttydelser og her givet de ældre flere fleksible besøg, hvor SSH sammen med borgeren i fællesskab finder ud af, hvad der er brug for den enkelte dag. Dette giver større frihed til at vurdere og handle. (Thomsen og Kristensen, 2013). I andre kommuner er minut-ydelserne blevet til ydelses-pakker med mere fleksibelt indhold.

Resultaterne i det danske studie viser at kommunernes nye paradigme "hverdagsrehabilitering", opleves svært for SSH. De har ikke tilstrækkelig med redskaber og føler sig ikke som en del af. SSH har svært ved at se, hvordan den rehabiliterende tilgang øger borgerens livskvalitet, og ser det måske mere som en spareøvelse. I de svenske studier omtales rehabiliteringstilgangen ikke direkte som en udfordring. Det kan skyldes, at allerede tilbage i 1999 tales om "hemrehabilitering" i Sverige (Rostgaard, 2012), og dette paradigmeskift har derfor været i gang længere tid, og har bl.a. været en del af undervisningen i omsorgsprogrammerne (se kapitel 4).

Social-og sundhedsuddannelserne har fået en ny bekendtgørelse med virkning fra d. 1. januar 2013. I forhold til tidligere skal SSH

have mere fokus på egenomsorg, rehabilitering, motivering, ressourcer, sundhedsfremme og forebyggelse. Så man kan forvente, at den rehabiliterende tilgang til plejen om nogle år, vil opleves nemmere for SSH i Danmark

Metoden i dette studie kan diskuteres. Der er anvendt forskellige dataindsamlingsmetoder i hhv. den danske og den svenske undersøgelse, hvilket stiller spørgsmålstejn ved validiteten og sammenligningsgrundlaget i studiet.

Konklusion og perspektivering

Dette studie beskriver nogle af de udfordringer som frontpersonalet i kommunerne oplever i ældreomsorgen.

Frontpersonalet i Danmark har ved et fokusgruppeinterview givet udtryk for at der er udfordringer forbundet ved BUM-modellens rammer, ved samarbejdet med pårørende og ved den rehabiliterende tilgang til plejen. Ved fem svenske studier har frontpersonalet i Sverige givet udtryk for, at de oplever faglige udfordringer, når de varetager omsorgen for demente og for døende ældre. Desuden viser studierne, at der er mange arbejdsmiljømæssige faktorer som udfordrer frontpersonalet i Sverige. Her nævnes især travlhed, stress, relationen til kollegaer, arbejdsopgavernes art samt BUM-modellens rammer. Resultaternes diskuteres i forhold til frontmedarbejdernes roller og identitet i ældreomsorgen, samt de organisatoriske rammer der er i kommuner.

Det pointeres at metoden i dette studie er til diskussion, da der anvendes forskellige dataindsamlingsmetoder, og at andre relevante faggrupper med fordel kunne medtænkes i studiet.

Resultaterne af dette studie viser nogle af de fremtidige kompetencer der kræves i ældreomsorgen, og dermed også hvilke krav der stilles til fremtidens uddannelse af frontmedarbejdere.

Samarbejde med pårørende er en væsentlig faktor i ældreomsorgen. Det tyder på, at der forventes mere af den uformelle omsorg fra pårørende i fremtiden, og forventningsafstemning og ressourceafklaring bliver et vigtig del i samspillet med pårørende. Frontpersonalet skal have redskaber til i hverdagen at styrke

kommunikation, dialog og konflikthåndtering med borgere og pårørende.

Den rehabiliterende tilgang til plejen er et stort skifte i den nuværende servicerende tilgang til plejen. Hjemmehjælpskommissionen i Danmark er netop udkommet med 29 anbefalinger til fremtidens hjemmehjælp med fokus på de ældres ressourcer og en sammenhængende indsats. Kommissionen er her også opmærksom på medarbejdernes manglende kompetence i forhold til rehabilitering. Omlægningen til en rehabiliterende indsats stiller nye krav til frontmedarbejderen. De skal have mere fokus på at arbejde tværfagligt og støtte borgeren i at gøre tingene selv gennem motiverende og pædagogiske tiltag. Desuden nævner kommissionen også den øgede digitale velfærd, som medarbejdere skal rustes til i fremtiden (Hjemmehjælpskommissionen, 2013).

Et svensk tiltag med uddannelse af USK til en "handledar-utbildning inom äldreomsorg" har haft stor succes, og har øget kompetencen hos en stor gruppe USK i forhold til læring og refleksion især indenfor ældreomsorgen, men også i forhold til arbejdsmiljøet. En gruppe USK er blevet uddannet til vejledere og har fået værktøjer til at lede samtaler og løse konflikter i egen arbejdsgruppe, og derved skabe en fælles refleksion og en håndtering af konkrete problemstillinger. I grupperne er der blevet reflekteret over faglige etiske problemer, krævende pårørende, dårlig samvittighed, og mindre kollega-uenigheder, hvor problemer forsøges løst inden de bliver for store. Det viser sig at vejlederne har påvirket arbejdsklimaet positivt, og at der er blevet åbnet op for problemstillinger indenfor ældreomsorgen, som er blevet diskuteret og nuanceret (Josefsson, 2011).

I Danmark og Sverige har der de sidste år været et øget fokus på frontmedarbejderes betydning for det øgede antal af ældre mennesker der kommer i fremtiden. Mange af fremtidens ældre vil være friske og have mange ressourcer, men der vil også være en stor gruppe ældre med komplekse plejebenhov og få ressourcer til at klare sig uden hjælp. Frontmedarbejderne har en vigtig rolle i at yde en forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende pleje, så den sidste del af de ældres liv bliver værdigt og fuld af livskvalitet. Samtidig er medarbejderen ansat i et offentligt eller privat system,

som er økonomisk styret og som hele tiden udsættes for besparelser. Det er i dette krydspres frontmedarbejderen skal agere. Det kræver kreativitet, fleksibilitet, loyalitet og en stor faglig viden, som kontinuerligt skal videreudvikles.

Litteraturliste

Byström, Erica (2013): "Ett lärorikt arbete? – möjligheter och hinder för undersköterskor att lära och utvecklas i sjukvårdsarbetet". *Afhandling*. Institut för beteendevetenskap och lärande. Linköpings universitet.

Eliason, Marcus (2011): "Undersköterskor och sjukvårdsbiträden I kristider". *Rapport nr. 3*. Institut för arbetsmaktspolitisk utvärdering.

Gancarz, Jannice och Olsson, Ingrid (2009). "Undersköterskornes erfarenhet av sitt arbete. Glädjeämnen och svårigheter". *Examintionsarbete*. Vårdpedagogik. Göteborgs Universitet.

Hjemmehjælpskommissionen (2013): "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats". *Rapport*. Social- og integrationsministeriet.

Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2011: Notat om den svenske modelordning og udbredelse.
http://www.sundhedsministeriet.dk/Aktuelt/Nyheder/Komm-region-oeko-IN/2011/Marts/~media/Filer-dokumenter-IN/Kommuner-regioner/Afknopning/Notat_om_den_svenske_model.ashx
(indhentet 17/7 2013)

Josefsson, Christina (2011) "Vi kan, vi vill, vi törs" Undersköterskor handleder i äldreomsorgen. *Skriftserie FoU 2011:2*. Skåne.

Julkunen, Therese och Romlin, Linda (2007): "At få vara med. Undersköterskor berättar om sine upplevelser av delaktighet och

inflytande i arbetet". *C-Uppsats*. Socialhögskolan. Stockholms Universitet.

Juthberg, Christina (2008): "Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunale äldreomsorgens särskilda boende". Projekt samvetsstress i Vården. *New Series*. No 1203. Umeå University Medical Dissertations. Department of Nursing.

Kjellberg, Pia K; Kjellberg, Jakob; Ibsen Rikke (2013): "Længst muligt i eget liv og hverdagsrehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune". *Gerontologi*. Nr. 1. Årgang 29. Side 4-7.

Lindhardt, T (2009): "Pårørende til skrøbelige ældre". I: Glassdam S, Espersen B, red: *Gerontologi – livet som ældre i et moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag. Kapitel 23 Side 362-377

Niemelä, Sandra (2007) "Arbetstillfredsställelse bland undersköterskor inom äldreomsorgen". *C/D Uppsats*. Luleå tekniske universitet

Olin, Sofie (2010): "Undersköterskors behov av handledning i arbetet på et särskilt boende för äldre". *Examensarbete*. Socionomprogrammet. Malmö Högskola. Hälsa och samhälle.

Rostgaard, Tine (2012): "Rehabilitering" Oplæg til konference. http://www.rehabiliteringsforum.dk/fileadmin/filer/Konference_301012/Tine_Rostgaard.pdf (indhentet 17/7 2013)

Rostgaard, Tine; Szebehely, Marta (2012): "Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads". *Eur. Journal Ageing*. Nr. 9. Siden 101-109

Røhder, Lotte (2009): "BUM-modellen. Standardisering og værdier i praksis. *Masterprojekt*. Humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling. Aarhus Universitet.

Social- og integrationsministeriet, 2011: nøgletal, sociale områder, ældreomsorg: <http://www.sm.dk/noegletal/sociale-omraader/aldreomsorg/Sider/Start.aspx> (indhentet d. 17/7 2013)

Szebehely M (2011): "Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi". I: Hartman L, red: Konkurrencens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Stockholm: SNS. Kapitel 7 Side 215-257

Sund-Levander M; Tingström P (2013): "Clinical decision-making process for early nonspecific signs of infection in institutionalised elderly persons: experience of nursing assistants". Scand Journal Caring Science no. 27 side 27-35

Thomsen, Ninna; Kristensen, Dennis; Thygesen, Niels T (2013): "Drop detailstyring og overkontrol - og stol i stedet på medarbejderne". Artikel. Politiken 20. juni. Debat. S.7.

Trydegård, Gun-Britt (2012): "Care work in changing welfare states: Nordic care workers's experiences." Eur. Journal Ageing. nr. 9. Side 119-229

VISO (2012): "Revirkamp på plejehjemmet". Artikel i Kristligt Dagblad, 31. juli 2012

Wadensten, B; Engström, M; Häggström (2009): "Public nursing home staff's experience of participating in an intervention aimed at enhancing their self-esteem". Journal of Nursing Management 17, 833-842

Ældresagen (2013): "Kommuner skærer 1,5 millioner timer i hjemmehjælpen". Nyheder på hjemmesiden. <http://www.aeldresagen.dk/presse/nyheder/sider/kommuner-skaerer-igen-i-hjemmehjaelpen.aspx> (indhentet 23/4 2013)

6. ”DET SÄTTER SNURR PÅ ALLTIHOP”

RONNIE GARDINER RYTMIK & MUSIKMETOD I ÄLDREOMSORGEN

Jessica Hall & Linda Bengtsson

Studien belyser vilket mervärde RGRM-metoden kan ha för omsorgstagare och omsorgsgivare i äldreomsorgen. Dels framstod användningen av musiken som betydelsefull ur olika aspekter; minne, gemenskap och den gör det roligare att ”träna”. Dels gav RGRM-aktiviteten personalen ett legitimt skäl att få sitta ner tillsammans med omsorgstagarna.

Inledning och problemformulering

En av författarna till denna uppsats råkade av en händelse komma i kontakt med RGRM-metoden via Internet. Filmen RGRM inom äldreomsorgen (Internetreferens 1) visar hur metoden används i praktiken inom omsorgen för personer med demenssjukdom. Den ger ett starkt intryck av att vara en metod som öppnar mentala dörrar, både för omsorgspersonal och för omsorgstagare, till att se nya sidor av varandra. Förutom fysiska förändringar som t ex värkbrutna händer som mjuknar och rör sig i taktfast handklapp eller stelnad ansiktsmimik som bryts upp i ett leende, så ger deltagarna ett intryck av nyfikenhet och koncentration. En av deltagarna från omsorgspersonalen uttrycker sig lyriskt över

omsorgstagarnas medverkan. Fantastiskt tyckte en av författarna; lite för mycket halleluja tyckte den andra. Vad är det egentligen som händer när RGRM-metoden tillämpas? Finns det någon anledning till att använda sig av Ronnie Gardiners rytmik och musikmetod jämfört med den traditionella sittgymnastiken med eller utan musik.

RGRM®

Grunden till RGRM, RG terapi skapades av jazztrummisen Ronnie Gardiner. Från 1999 utvecklades terapin genom medverkan av medicinsk och pedagogisk kompetens, till en metod för rehabilitering och friskvård kallad RGRM (Internetreferens 3, Steen Vivanco 2010). Den används i rehabiliteringssyfte bl a för personer som drabbats av stroke, MS, demenssjukdom eller annan neurologisk sjukdom. Metoden utgår från trumsetet; hur man använder händer och fötter när man spelar trummor samt trumsetets olika ljud. Med hjälp av blåa och röda bildnoter (symboler för händer, fötter, vänster och höger, se bilaga 1) samt ord som ska symbolisera ljuden från ett trumset, leder RGRM-terapeuten olika rörelser till musik. Det är en form av hjärngympa med växelvis användning av höger respektive vänster hjärnhalva som stimuleras genom syn-, hörsel- och känselintryck. I det sammanhanget menar Magnus Liljeroos, leg. sjukgymnast och utbildningsansvarig för RGRM (Steen Vivanco 2010), att metoden exempelvis kan hjälpa personerna till bättre balans, motorik och koordination samt förbättrad koncentrationsförmåga. På senare år har metoden också börjat praktiseras på barn med ADHD, dyslexi eller koncentrationssvårigheter (a a).

Syfte & frågeställningar

Genom vår studie vill vi lyfta fram de äldres egna upplevelser av metoden och om den ger dem mervärde i vardagen respektive om den tillför omsorgspersonalen ett mervärde i deras arbete.

Vi utgår från ett socialt perspektiv och fokuserar på

- Vilken är deltagarnas subjektiva känsla och upplevelse av RGRM-metoden?
- Har den gemensamma aktiviteten någon social inverkan på relationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal?

Metoder & perspektiv

Metoderna vi använde oss av var deltagande observation, enskilda intervjuer, intervjuer i grupp samt kulturanalys. Vår intention var att studien skulle innehålla ett brukarperspektiv och vi ville ha omsorgstagarens egna ord som beskriver deras upplevelse av RGRM-aktiviteten; inte en andrahandstolkning av omsorgspersonalen.

Tidigare forskning

Av speciellt intresse för oss har varit hur forskningen visat på musikens terapeutiska förmåga och dess inverkan på relation och kommunikation mellan omsorgstagare och omsorgspersonal samt dess möjligheter till en känsla av gruppgemenskap. Musik har använts sedan urminnes tider för att stimulera till sammanhållning mellan människor (Theorell 2009, 2010) . Musiken, dess klanger i dur och moll, kan hjälpa oss att hitta och tolka känslor; utveckla vår känslodifferentiering (Theorell 2009 s 97ff). Genom att kunna tolka egna känslor öppnas också möjligheter för att tolka andras känslor och därmed utrymme för ett förbättrat socialt samspel. Musiken, om den används på rätt sätt och i rätt sammanhang, kan ha direkt hälsofrämjande effekter.

Teori

Med hjälp av teori vill vi försöka få svar på våra frågeställningar och prova vår hypotes om att aktiviteten i första hand ger en känsla av gemenskap, och att "hjärngympa" automatiskt blir en positiv sideoeffekt. En effekt av deltagandet i en RGRM-aktivitet är att vi tror att det skapas möjligheter för omsorgstagaren och omsorgspersonalen att se andra sidor och nya talanger hos varandra. Detta skulle kunna leda till en mer jämlik relation och en ökad subjektivering; en fördjupad Jag – Du relation (Blomdahl Freij & Eriksson 1998). Med subjektivering menar vi att omsorgstagaren blir sedd i ett nytt ljus, som en person med fler förmågor än han/hon vanligtvis kan ge utlopp för i vardagen.

Resultat och analys

Studiens resultat och analys grundas på våra deltagande observationer vid sju RGRM-aktiviteter på olika särskilda boenden samt tre enskilda intervjuer med omsorgstagare och två gruppintervjuer med fyra ur omsorgspersonalen på de särskilda boenden där vi gjorde deltagande observationer.

Citering i uppsatsen

Vid citering benämns omsorgstagarna som Inf 1 och Inf 2. Omsorgspersonalen benämns InfP 1 och InfP 4. I de fall vi som studenter finns med i citatet är det märkt med Stud. Citaten i beskrivningen av en RGRM-aktivitet kommer från olika deltagare som varit närvarande och är inte kopplade till våra informanter.

Återgivning av en RGRM-aktivitet; rekonstruktion från samtliga observationstillfällen

Morgonen börjar hemma i vanlig ordning med att få ordning sig själv och sedan få iväg barnen till dagis och oss själva till tågstationen. På tåget hinner vi prata en liten stund om våra förväntningar på dagens deltagande. Vi tar en rask promenad till boendet. Väl innanför entrédörren är det för oss som att stiga in i en annan värld; lugnt, stillsamt och behagligt. Inget slammer, inga höga röster, inget spring. Foajén är relativt ombonad och känns inte så institutionsaktig. Pelarna är dekorerade och soffan inbjuder till att slå sig ner och följa världen utanför. Det sitter sällan någon där. Vi sänker våra röster, slår oss ner i soffan och inväntar RGRM-terapeuten. Glaspartiet mot yttervärlden blir en påtaglig skiljevägg mellan samhället därute och oss som åskådare innanför. Eller är det personerna innanför som egentligen är utanför? Tankarna avbryts när personal passerar och hälsar glatt på oss. Vi känner oss välkomna.

När RGRM-terapeuten kommer går vi tillsammans upp till den avdelning som vi ska vara på för dagen. RGRM-terapeuten ger oss ett ödmjukt intryck. Hon är mild, lugn, glad och inbjuder till samtal. Hon är fokuserad på den hon har framför sig och visar ett ärligt engagemang; vi känner oss "sedda".

I korridoren som leder till rummet där vi ska vara passerar vi omsorgstagarnas lägenheter. Vissa dörrar står på vid gavel, vissa är stängda. Vi har olika känslor inför dessa dörrar. En av oss tycker det är integritetskränkande att se rakt in i någon annans hem och liv och väljer att beslutsamt titta rakt fram. Den andra av oss upplever stängda dörrar som en stängd avdelning som inte tillåter några former av gemensam aktivitet. En stängd dörr jämförs nästan med isolering och risk för att bli bortglömd.

Vi hjälps åt att göra i ordning rummet genom att flytta möbler så att alla ska få plats och plockar ner några tavlor från väggen som används för projicering av bildnoterna. Under tiden småpratar vi om vad som hänt sedan sist vi träffades; stort som smått.

Efterhand droppar omsorgstagarna in. Antingen för egen maskin eller får de hjälp av omsorgspersonalen. De flesta är ganska tysta förutom ett "hej" när de kommer in genom dörren. Vi placerar oss i en halvcirkel eller i rader med projektorbordet framför oss; den blir som en kateder. Terapeuten blir en skolfröken. Vi är tysta i klassen och väntar på att fröken ska börja lära ut. De omsorgstagare som går själva kommer tassande utan att göra mycket väsen av sig.

"Kan jag sitta här eller....?"

I de fall personalen hjälper till pratas det lite mer men fortfarande lugnt. En av omsorgsdeltagarna får hjälp in i rummet av omsorgspersonalen som utbrister

"Det var precis vi hann. Hon [omsorgstagaren] har duschat idag."

Vi funderar tyst över varför hon skulle duscha just idag. Personalen har fått bestämma vilken dag och tid på dygnet som var lämplig för aktiviteten. Då pratade de också om att inte lägga tröttande duschrutiner samma dag som det var tid för aktivitet. Omsorgstagarna på en av avdelningarna är skröpliga. Det kan ju också ha varit så att personen ville duscha innan aktiviteten började. När alla är på plats stänger rytmikterapeuten dörren för att vi inte ska störas och samtidigt inte störa andra. Annan personal kom för att starta en maskin tvätt i angränsande rum, men blev stoppad av en av den personal som ska delta i RGRM-aktiviteten.

RGRM-terapeuten är uppmärksam på om alla sitter bra. Hon justerar arm- och benstöd och rullstolars riktning där det behövs.

Hon är mån om att alla ska sitta bekvämt och ha utrymme att röra sig. Klockslaget är inne för att börja och RGRM-terapeuten hälsar var och en vid namn välkommen till ännu en god stund tillsammans. Hon uppdaterar oss på vad vi ska hålla på med och återknyter till information som hon har gett vid tidigare tillfällen. Hon är väldigt lugn men tydlig i både tal och kroppsspråk utan att vara överdrivet långsam.

Det som tar längst tid är att få personalen till att hitta sin plats och sitta ner lugnt och stilla. Plötsligt ringer larmtelefonen hos en av omsorgspersonalen som svarar viskande vilket leder till att motparten i andra ändan inte hör vad hon säger, alltså måste hon prata högre. Det ringer en gång till men då reser hon sig och lämnar rummet. När hon kommer tillbaka har hon lämnat larmtelefonen till en kollega.

Själva aktiviteten tar sin början med att terapeuten ber oss att ta djupa andetag; andas in genom näsan och ut genom munnen. Tre gånger ska vi göra det för att släppa spänningar, känna oss avslappnade och sjunka ner bekvämt i stolen. Hur sjunker man ner bekvämt på en pinnstol om man nu sitter på en sådan? Därefter sitter vi tillsammans och lyssnar på någon melodi som omsorgstagarnas förmodas känna igen från förr t ex I Roslagens famn men Sven-Bertil Taube. Vissa nynnar eller sjunger med, vickar lite på foten. Andra sitter tysta halvsovande och lyssnar. När melodin slutar utbrister någon av omsorgstagarna att

"Det var en fin bit "

och det blir en liten diskussion kring artisten och hans liv;

"Han lever väl än?"

Terapeuten står framför oss och undrar om vi kommer ihåg hur det var vi skulle göra? Hon vänder ryggen till oss och sträcker ut höger arm. Hon visar upp sin tröja som är delad i rött och blått. Hon sträcker ut höger arm och säger

"Här är blått för höger, (sträcker ut vänster arm) här är rött för vänster".

Sen fortsätter hon att visa de första rörelserna som vi ska göra. Hon klappar med sin högra hand på höger lår och säger höger klart och tydligt för att sedan göra samma sak med vänster sida. Hon har en överblick över deltagarna så att alla är med. Hon projicerar

bildnoterna på väggen och visar de olika tecknen för höger/vänster hand respektive fot. Ibland använder hon en sopkvast som pekpinne. Vi följer andäktigt vår skolfröken i positiv bemärkelse. Hon förtydligar orden som är kopplade till respektive bildnot och rörelse. Istället för höger säger vi TOOM, och vänster blir BICK.

"Nu tar vi det till musik, så blir det lite roligare.

Nu blir det I de små husen i gränderna vid stranden med Anita Lindblom. Jag räknar in när vi ska börja...1 2 3 4.....åh, vänster....höger.... BICK... TOOM".

Omsorgstagarna är koncentrerade på terapeuten och försöker hänga med. Vi fortsätter med att klappa på ömsom höger, ömsom vänster lår tills melodin är slut. När melodin är slut lägger terapeuten in ett nytt moment för att höja svårighetsgraden lite;

"Nu ser ni de här symbolerna (hon pekar på bildnoterna på väggen), de står för att vi ska stampa med båda fötterna och sedan klappar vi med båda händerna på låren. Är ni med så provar vi utan musik först...."

Vi stampar och klappar. Det är inte alla som kan lyfta sina fötter från golvet men vi kan se att fötterna rör sig om det så bara är tårna som vickar lite. Terapeuten startar musiken igen och nu blir det Strangers in the night med Frank Sinatra. Terapeuten ropar

"Stampa, klappa, stampa..."

Intensiteten i rörelsen är som regel stark i början av melodin. För det mesta ändras inte rörelsen under melodin utan vi gör samma rörelse hela tiden. En bit in i melodin minskar intensiteten i rörelserna, det blir nästan lite sövande att göra samma, samma, samma. Som fullt frisk och utan rörelsehinder kan den repetitiva rörelsen kännas tröttsam. Upplever omsorgstagarna samma sak eller minskar deras kraft i rörelserna på grund av att orken inte räcker till? Det är en utmaning att hålla lagom nivå på svårighetsgraden. Inte för svårt så att det skrämmer bort deltagarna och inte för lätt så att det blir långtråkigt.

Ibland kommer vi av oss, gammal som ung. Det är svårt att låta bli att skratta när man kommer av sig, men vi skrattar inte åt varandra utan det blir en mer befriande känsla. En av deltagarna är piggare

än de andra och vi får ögonkontakt emellanåt. Vi ler och skrattar tillsammans igenom rörelserna. Blicken och koncentrationen går tillbaks till terapeuten, var är hon nu, höger eller vänster? Svårighetsgraden i rörelsemönstret, kombinationen av höger, vänster, händer och fötter, höjs några gånger under den timme som aktiviteten pågår. Rörelserna i sig är inte svåra och för det mesta klarar vi av att skilja på höger och vänster men det gäller att vara koncentrerad. Ibland tror vi att vi kan slappna av men då tappar vi bort oss i stort sett omedelbart.

Vid ett tillfälle är det meningen att vi ska klappa händerna i takt med musiken. En liten bit in i melodin blir en av deltagarna märkbart ledsen. Tårarna trillar tyst på kinden och personens rörelser upphör. Känslan som infinner sig hos oss är att personen blir uppenbart påmind om sin oförmåga att klappa händerna, ett moment som ett mycket litet barn kan klara av. När musiken har tystnat säger terapeuten att var och en gör rörelsen utifrån sin egen förmåga. Kan man inte göra rörelsen så kan man tänka höger respektive vänster, det är också stimulans för hjärnan. Det blir uppenbart för oss att det är viktigt att från början förklara att även om man inte kan vara med och göra rörelsen fullt ut, så fyller tanken en lika stor funktion som själva rörelsen. Meningen med aktiviteten är inte att påminna om tillkortakommanden utan den ska stimulera till lustfylld träning. Det måste framgå att varje deltagare utgår från sin egen förmåga. Utmaningen till förändring ligger hos den enskilda individen.

Det är inte mycket konversation mellan deltagarna under pågående aktivitet, men aktiviteten i sig är koncentrationskrävande. Mellan melodierna förekommer det prat mellan omsorgspersonalen och omsorgstagarna, kärvännliga omfamningar och uppmuntrande tillrop,

"Bra, vad du kan. Du är ju proffs på det här!"

De uppmuntrande tillropen möts med lite förlägenhet men samtidigt ett glatt leende och ökad kraft i rörelserna. Ibland, i synnerhet när det gäller omsorgstagare som inte verkar kunna uttrycka sig verbalt, händer det att personalen talar över huvudet på personen ifråga. Det görs i positiv anda men intonationen skulle kunna signalera att vi befann oss på en förskola,

"Hon är så vaken och nyfiken idag, hon brukar vara så trött. Det brukar du?"

Efter avslutad aktivitet visar en omsorgspersonal på en omsorgstagares händer. I början av aktiviteten var händerna hårt fixerade uppe under hakan men i slutet var de sänkta ner mot magen och mjuka i lederna; ovanligt avslappnade enligt omsorgspersonalen.

Som avslutning får vi stilla lyssna på en melodi som en av omsorgstagarna önskat. Terapeuten tackar för den här gången och hoppas att vi syns igen nästa vecka. Det instämmer flera av deltagarna i. I och med det bryts den avkopplande stämningen i rummet; verkligheten gör sig påmind. Benstöden sätts tillbaka på sin plats på rullstolarna. Någon får hjälp med att få tillbaka sin rullator som skjutits åt sidan. Tack så mycket och tack, tack säger omsorgstagarna allt efterhand som de lämnar rummet. Någon annan konstaterar att idag är det god middag minsann;

"Mm, de är så bra på att steka fläsket och såsen är så god".

Rummet är tomt sånär som på oss studenter och terapeuten. Vi flyttar tillbaka fåtöljerna och sidobordet som fått tjänstgöra som plats för projektorn, hänger upp tavlorna, lägger den virkade lilla duken på sidobordet och ställer tillbaka de låga ljusstakarna i glas vars mörkgröna, oanvända antikljus har gått sönder på flera ställen. Om vi är försiktiga så står de rakt upp.

Vi tackar för idag och lämnar terapeuten utanför huset och beger oss tillbaka längs den långa centrumgatan till tågstationen. Vi är något tystare på hemvägen, lite trötta i huvudet efter koncentration och samtidig sortering av intryck under aktiviteten. Vinden känns lite ljum och för med sig en svag doft av gödsel från åkrarna utanför samhället; det blir nog vår i år också.

Teman ur det insamlade materialet

Vad tänkte vi på när vi deltog i RGRM-aktiviteten? Hur menar han/hon med det uttalandet? Vad händer med deltagarna när de är där? Efterhand som vi lyssnar och läser igenom vårt insamlade material uppstår följdfrågor men också nya tolkningar utav våra intryck.

Som vi ser det finns det ingen klar skiljelinje mellan våra olika teman. De ingår i en tät väv där det ena temat är beroende av det andra. Vi har valt att resonera kring följande teman som enligt vår uppfattning stuckit ut i materialet.

Musik

Förutom att takten i musiken lockade fram omedvetna rörelser i form av trummande fingrar och vickande tår, så kunde vi vid observationer höra glada uttryck där deltagarna påminde varandra om gamla tiders dans i Folkets Park. Musiken plockade fram minnen. Minnen som var den enskilde deltagarens egna men de var samtidigt gemensamma med flera andra i gruppen.

"Vad är det med musiken?" (Stud)

"Vad det är, ja man blir glad av det – och minne kanske om det är musik som när man var ute och dansade, väcker enormt mycket och då mådde de kanske bra." (InfP 4)

Gemenskap och tillhörighet

Vår känsla var att deltagarna intalade sig själva att de deltog för den fysiska aktivitetens skull, vilket vi uppfattar som en normativ attityd i samhället. Vår uppfattning var att den sociala gemenskapen i gruppen var en minst lika stor anledning till att medverka fast att de kanske inte var medvetna om det. Deltagandet i olika aktiviteter överhuvudtaget kan vara ett sätt se till att man befinner sig i någon form av socialt sammanhang, som ger möjlighet till interaktion med andra. Jag är med och jag är någon. Det kan handla om att balansera sin självuppfattning med den uppfattning som andra har av mig. Det kan också vara ett sätt att stå emot generella attityder om åldringen som orörlig och ovillig att prova på nya saker.

"Det är en viktig bit också detta att vara med?" (Stud)

"Ja det är det. Det är liksom sammanhållning av det hela. Vi är här och sitter och ser på henne och bilderna där, så liksom [det] binder ihop oss allihop." (Inf 2)

"Binder ihop er så att ni känner att ni är en grupp?" (Stud)

"Ja just det ja." (Inf 2)

"Hur upplever du det?" (Stud)

"Jaa, alltså de dagarna jag inte kan tycker jag är förargligt att man inte kan vara med och göra sina rörelser med händer och fötter och axlar och allt." (Inf 2)

Nyttan

Den allmänna uppfattningen om att det är nyttigt att röra på sig var ständigt återkommande. Vad de inte verkade tänka på var att RGRM krävde en annan form av sinnesnärvaro och koncentration, vilket ledde till att deltagarna upplevde en annan typ av trötthet jämfört med "vanlig" sittgymna. Det blev både mental och fysisk träning.

På den direkta frågan om vilken nytta omsorgstagarna själva tycker att RGRM gör svarar de varierande

"Ja, jag tycker det är roligt alltså sen kan jag inte säga, men jag tycker att det gör nytta." (Inf 1)

"Man blir tung i huvudet" (Inf 2)

I våra observationer och i samtalen framkommer uttryck som visar på fysiska förbättringar hos omsorgstagarna. Någon säger sig känna att steget blivit lättare, mer rörlighet i benen. Vi har själva uppmärksammat att omsorgstagares fixerade armar och händer blivit rörliga vid aktivitetens slut; en avslappning i muskulaturen.

Atmosfären på arbetet

Atmosfären inger oss en känsla av att vissa avdelningar aktivt styr villkoren för hur arbetsdagen ska läggas upp. Andra verkar ha resignerat och blir styrda av villkoren för sin arbetsdag. Viss omsorgspersonal planerade scheman så att det fungerade utan att försaka någon annan aktivitet. Annan omsorgspersonal förmedlade en upplevelse av att införandet av RGRM blev ytterligare ett krav i den redan pressade verksamheten. Lösningen i deras fall, som vi uppfattade det, blev delvis att annan aktivitet, exempelvis beviljad

kvalitetstid för enskild omsorgstagare, ersattes med en RGRM-aktivitet.

"Vi har veckoplaner när vi planerar in kvalitetstid, det hinner vi inte med då den dagen utan då får RGRM bli en form av kvalitetstid" (InfP 1)

Relationen

RGRM-metodens inverkan på relationen verkade till stor del vara kopplad till personalen. De upplevde att aktiviteten gav dem möjlighet att fokusera på en omsorgstagare och att de kunde vara närvarande i stunden. Detta verkar ha lett till en känsla av att komma omsorgstagaren närmare, vilket bekräftade vår hypotes om att omsorgspersonalen med hjälp av RGRM-metoden kunde se omsorgstagaren i ett nytt ljus. RGRM-metoden kanske inspirerade omsorgstagaren att använda fler förmågor än han/hon vanligtvis kunde ge utlopp för i vardagen.

"Alltså man kommer ju närmare varandra kan jag tycka, det gör man ju. Alltså man kommer ju närmare på sätt och vis, det blir en lugn stund som man har tillsammans" (InfP 1)

Omsorgstagarna verkar inte anse att de har en relation till personalen. De har däremot en kontakt och den uttrycker de som bra, personalen är snäll och hjälpsam. På frågan om hur det är att göra en aktivitet tillsammans med personalen kan vi dock tolka vissa uttalande som en önskan om mer tid med omsorgspersonalen.

"För att man kan snacka med dem lite och så där och jag – de har ju annars knappt tid att prata med oss för de har ju så mycket att göra men så när de kommer in här då vill de snacka med oss - jodå..." (Inf 2)

Diskussion & sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka om användning av RGRM-metoden gav något mervärde för omsorgstagare i deras vardag respektive för omsorgspersonal i deras arbete. Omsorgstagarna

använder uttryck som att det är roligt och det lyfter. De ser fram emot dagen för aktiviteten och kan påminna varandra vid t ex lunchen att det snart är dags för gymnastik. De uttrycker en känsla av att *höra ihop*. Vi har tolkat det som att de känner tillhörighet inte bara med verksamheten, det särskilda boendet, utan också i de olika konstellationer i vardagen som de ingår i; frukostgänget, sittgympan, lunchgänget etc. Gemenskapen är betydelsefull för att upprätthålla sin självuppfattning. Bara att vara *med* i ett sammanhang med andra kan ha en positiv inverkan på självbilden; vara någon att räkna med (Svedberg 2007 s 33ff).

När det gäller omsorgspersonalen är det svårare att särskilja frågan om mervärde från frågan om metodens inverkan på relationen med omsorgstagarna. Det verkar vara känslan av att komma närmare varandra och ett utsuddande av känslan Vi – Dem, som är mervärdet med RGRM i arbetet. Samtidigt får vi känslan av att det inte nödvändigtvis behöver handla om att man använder sig av metoden RGRM. Vårt intryck är att omsorgspersonalen söker efter legitimitet att få fokusera på social samvaro; fokusera på en omsorgstagare. En informant bland omsorgspersonalen beskriver sin arbetsvardag som att tankemässigt hela tiden vara på väg till nästa omsorgssituation; en avsaknad av att kunna vara närvarande här och nu. I en sådan verksamhet får vi ett intryck av att omsorgspersonalen upplever en befriande känsla när det finns ett formellt beslut på att de, omsorgspersonalen, ska sitta med och vara närvarande vid RGRM-aktiviteterna.

RGRM fyller vad vi kan förstå en viktig funktion för det sociala innehållet i omsorgstagarnas vardag men det är ledsamt om enskild kvalitetstid får stå tillbaka för att RGRM används. Introduktionen av RGRM skulle vara till för att tillföra socialt innehåll i vardagen; inte en dold förevändning för att spara tid. Verksamheten skulle kunna utnyttja omsorgspersonalens känsla av Jag – Du relation vid RGRM-aktiviteten och försöka behålla den i vardagens omsorgsarbete. Låt det mellanmänskliga blomstra även utanför RGRM-aktiviteten och genomsyra arbetsatmosfären till förmån för både omsorgstagare och omsorgspersonal.

Avslutande funderingar

En fundering som uppstod i samband med samtal om planering av arbetsdagen handlar om strukturering av arbetsdagen som vi upplever vara ett vedertaget arbetssätt. Vad är tanken bakom att strukturera upp vardagen med metoder och aktiviteter för att skapa en meningsfull tillvaro för omsorgstagarna? Blir RGRM en metod för att omsorgspersonalen inför arbetsledningen och sig själva ska kunna skapa legitimitet för att få *sitta ner* tillsammans med omsorgstagarna?

I det insamlade materialet finner vi uttryck och önskemål om att omsorgspersonalen kontinuerligt vill *få* tid att utöva RGRM samtidigt som de i nästa andetag uttalar en känsla av vanmakt över att inte kunna ge den fokus de önskar till omsorgstagaren p g a alla "måsten". Kan omsorgspersonalen prioritera annorlunda och *ta* sig tid; *ta* kommando över arbetsdagens organisering istället för att vara en slav under den?

Om all omsorgspersonal ständigt är på väg till någon eller något så finns där ingen fast punkt för omsorgstagarna att samlas kring. Ett exempel som kan visa på detta är hur vi utifrån observationer tolkat en man som pratglad, men där uttalanden av omsorgspersonalen talade för motsatsen. En möjlig förklaring till skillnaden kan vara hur personalen betar sig inför omsorgstagarna. Ett beteende där omsorgspersonalen halvspringer från den ena sysslan till den andra inbjuder knappast till samtal men tolkas som att omsorgstagaren i fråga inte är pratglad. Vi däremot satt ju där vi satt vid observationerna och inbjöd kanske på så vis till samtal.

Hur kan arbetsledningen bidra till en arbetsatmosfär som inte resignerat dignar under alla utifrån kommande villkor och internt vedertagna "måsten", utan istället möter samma förutsättningar och kreativt omvandlar dem att passa in på verksamhetens villkor? Vi hade en känsla av att arbetsatmosfärerna skiljde sig åt och våra tankar föll tillbaka på arbetsledningens mål. Vill arbetsledningen skapa en arbetsatmosfär som kan ta vara på omsorgspersonalens olika färdigheter? Det känns inte som att någon i arbetsledande ställning skulle svara nej på föregående fråga, men det skulle vara intressant att se hur arbetsledningen verkar för det rent praktiskt och inte bara teoretiskt i vackert formulerade handlingsprogram

och värdegrunder. Vilka förutsättningar ger arbetsledningen till omsorgspersonalen så att de kontinuerligt kan råda över stunder av mellanmänsklighet och fokus på omsorgstagarna?

Referenser

Steen Vivanco, Lois (2010) Vi hjälper hjärnan att lösa problem på lustfyllt sätt. *Fysioterapi*, 3, 21-23.

Svedberg, Lars (2007) *Gruppsykologi. Om grupper, organisationer och ledarskap*. Upplaga 4. Lund: Studentlitteratur.

Theorell, Töres (2009) *Noter om musik och hälsa*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Theorell, Töres (2010) Musik och folkhälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2, 51-60.

Antologi

Blomdahl Frej, Gunborg & Eriksson, Bengt (red)(1998) *Social omsorg och socialpedagogik. Filosofi - teori - praktik*. Lund: Studentlitteratur.

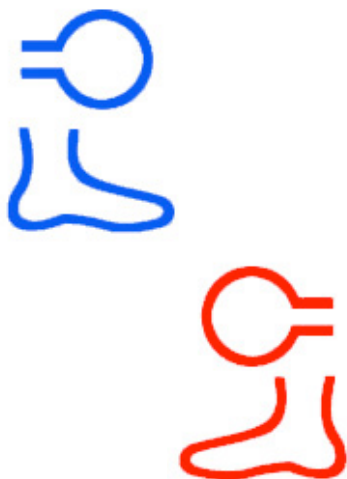
Internetreferenser

Internetreferens 1 (2011) RGRM inom äldreomsorgen ><http://www.youtube.com/watch?v=fAgu7BvI9oA>< 2012-04-02.

Internetreferens 2 (2012) ><http://www.rgrm.se/se.html>< 2012-04-02.

Bilaga: Exempel på rörelser i RGRM®

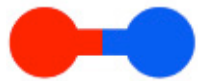
Erhållna av Jenny Karström, RGRM-terapeut, och använda med tillåtelse av Magnus Liljeroos, ordförande för styrelsen i RGRM Sverige AB samt utbildningsansvarig för RGRM.



TOOM
BICK



BANG
CHOM



KLAP

7. SENLIVETS (U)BEBOELIGHED

– Om fremtidssikring af kropsarbejdet i sen-boliglivet

Tine Fristrup

I denne artikel vil jeg vise, hvordan tendensen til at vi i den neoliberale samfundsorganisering alle skal tage ansvar for vores egen aldring, sætter sig igennem som fordringen om at skulle fremtidssikre vores boliger i den tredje alder med henblik på at skabe beboelige senliv i den fjerde alder. Jeg vil udfolde, hvordan vi kan designe sen-bolig-livets kropsarbejde ud fra forskellige rationaler i forsøget på at afvikle 'det institutionaliserende plejehjem' og udvikle 'den individualiserende hjemlige pleje'.

Er du og din bolig parat til fremtiden?

I december 2012 inviterede Egedal Kommune gennem Seniorrådets blad *ViPensionister* (Seniorrådet 2012) alle kommunens borgere over 55 år til at deltage i "Den Store Boligundersøgelse" under parolen: "Er du og din bolig parat til fremtiden?". Undersøgelsen er en del af kommunens ældrepolitik, som Seniorrådet har været involveret i. I den forbindelse udsendes et særnummer af *ViPensionister*, hvor selve undersøgelsen indgår i sidste del af bladet. Det er således redaktionen af *ViPensionister*, der varetager præsentationen af undersøgelsen, og sammen med bidrag fra flere

af kommunens ansatte, skal de motivere alle kommunens borgere over 55 år til at deltage.

Særnumret udsendes til alle over 55 år, hvor bladet normalt udsendes til borgere over 65 år. Det betyder, at særnumret udsendes til et langt større oplag end normalt: 8.100 mod 5.000. Alligevel er der kun 1.560 borgere over 55 år som vælger at besvare spørgsmålene i undersøgelsen (Seniorrådet 2013). De 10 års forskel på målgruppen mellem særnumret og de almindelige numre gør det svært for +55'erne at identificere sig med et blad forbeholdt +65'erne. Man skal som +55'er kunne forholde sig til det smagstilbud, der ligger i betegnelsen "ViPensionister" – dvs. at man skal kunne forholde sig til sig selv, som en del af de andre pensionister og ville inviteres ind i det "vi", som tilbydes i særnumret. Inde i "ViPensionister" (Seniorrådet 2012:7) kan man således læse:

Vi har brug for dine boligønsker

Af Esben Vognsen Jensen (V), 50 år, bosiddende i 4-etages hus i Smørum.

Ikke egnet til alderdommen.

Formand for Social og Sundhedsudvalget.

"Jeg kan godt forestille mig, at en del borgere vil undre sig, når de pludseligt modtager bladet "ViPensionister", mens de fortsat går på arbejde og vil gøre det mange år endnu. Men der er en mening med galskaben. Vi politikere har nemlig brug for jeres hjælp til at planlægge boligudviklingen til jeres fremtid. Derfor spørger vi nu alle borgere over 55 år, både de arbejdende og de pensionerede, hvordan de bor nu, og hvordan de ønsker at bo i fremtiden."

+55'erne i Egedal Kommune bliver bedt om at forholde sig til, hvordan deres ønsker til den fremtidige bolig skal være. Formanden for Social og Sundhedsudvalget bor ikke selv i en bolig

egnet til alderdommen, og det er i dette lys, at kommunens interesse for planlægning af boligudviklingen skal ses.

Det fremgår af en af de andre artikler i bladet "ViPensionister" (Seniorrådet 2012:9), at man i første omgang skal forholde sig til sig selv i fremtiden - som én, der er blevet ældre, men også til, hvordan man som, én, der er blevet ældre, vil bo. Man skal med andre ord forholde sig til fremtiden ved at gøre senlivet beboeligt. Spørgsmålet er blot, hvordan man skal kunne forholde sig til fremtiden, når man ikke kender fremtiden? Artiklerne i bladet vidner om muligheden for at forholde sig til senlivet med andres øjne, i forestillingen om at også mit senliv, bliver som de andres senliv. Et senliv, som i artiklerne udfoldes af professionelle, der trækker på en bestemt viden om, hvordan livet kan leves i senlivet i almindelighed, og hvordan boligen skal indrettes i senlivet i særdeleshed.

Aldringsforhold

I de artikler der er skrevet af kommunens professionelle skrives forfaldstanken og dermed forestillingen om degenerering i senlivet frem som en selvfølgelighed, der kunne vidne om, at de abonnerer på ideen om *naturlig aldring* (Higgs et al. 2009). Her affinder man sig med det uundgåelige kropslige forfald, der overmander den aldrende krop, som tiden går. Denne "aldrings naturlov" er funderet på en forståelse af cellernes nødvendige degenerering (Fristrup & Munksgaard 2009). Som +55 borger i Egedal Kommune bliver man bedt om at forholde sig til sig selv i fremtiden, men spørgsmålet er om det er med denne forestilling som referencegrundlag? Vi skal alle ville give vores bolig et fremtidstjek i den naturlige aldrings erfaringshorisont, og forholde os til vores boliger som egnede eller ikke egnede til den forestående alderdom. Således at vi kan nå at rette op på indretningen, inden det kommer til at påhvile Egedal Kommune at overtage konsekvenserne af den naturlige degenerering. Grundlæggende ønsker kommunen at være på forkant med boligmæssige tiltag, der kan forebygge de store økonomiske udskrivninger, som den demografiske udvikling vil afstedkomme ifølge ideen om *den naturlige aldring*. Egedal Kommune er optaget af, at man skal tage ansvar for sin egen aldring

ved at gøre sin bolig egnet til et senliv, der udfolder sig i det, der kaldes "den fjerde alder" (Laslett 1989), forstået som den alder hvor degenereringen for alvor sætter sig igennem. I artiklen her henvender kommunen sig til borgere i "den tredje alder", som den alder, hvor du stadigvæk er i fuld vigør og drevet af et forbrugerrationale, hvor du ikke bare er borger men også forbruger af livets goder (Laslett 1989). Forskellen mellem den tredje og fjerde alder henviser ikke til ideen om den naturlige aldring men til ideen om *den normale aldring* (Higgs et al. 2009:691):

"The growth in technologies of the self has fostered a distinction between natural and normal ageing, where the former derives much of its sense from cultural or ethical considerations about the length and purpose of human life, while the latter is more concerned with the boundaries that might or might not exist to both longevity and healthy old age."

Striden mellem de to aldringsregimer udspiller sig med to vidt forskellige referencepunkter. Den naturlige aldring tager afsæt i en forestilling om 'degenerering' som et forhold, der ikke er tvivl om eller usikkerhed forbundet med – vi degenerer alle, også selvom vi gør det på forskellige måder. Det er her medicinske forestillinger om kroppen gør sig gældende, hvor kroppen bliver et objekt for videnskaben med dertilhørende distancering og afpersonalisering (Twigg 2000:390).

Den normale aldring tager afsæt i forestillingen om 'regenerering', hvilket gør degenereringen til et forhold, vi muligvis men ikke nødvendigvis skal forholde os til. Her forholder vi os til usikkerheden med diverse risikokalkulationer eller vælger i højere grad chancerytteriet, som en mulig erfaringshorisont, da vi aldrig kan vide os sikre på, hvad fremtiden indebærer. Den profylaktiske fornuft synes dog at favne begge regimer, som henholdsvis det at forebygge sygdom i alderdommen (forbeholdt vidensfeltet geriatri), og som det at fremme sundhed igennem hele livet – ikke kun i alderdommen (forbeholdt vidensfeltet gerontologi). Hvor den

naturlige aldring trækker den politiske satsning i retning af en "ældrepolitisk" dagsorden, trækker den normale aldring i en "aldringspolitisk retning", hvor alle livsaldrene involveres i generelle sundhedsfremmende tiltag (EU 2009, Walker & Maltby 2012).

Når vi taler om sen-bolig-livet er det af afgørende betydning, hvilket aldringsregime og dermed hvilken kropsforståelse man abonnerer på. Sen-bolig-livet i Egedal Kommune ser vi udfoldet i tilknytning til begge aldringsforestillinger, inkarneret i henholdsvis formanden for Social og Sundhedsudvalget og lederen af forebyggelsesteamet.

Læg mærke til sætningen i nedenstående tekst ("Giv din bolig et fremtidstjek"): "Ja, det bliver det højst sandsynligt en dag". Det er således ikke afgjort med sikkerhed – med aldringens naturlov, at det er uundgåeligt, at det bliver nødvendigt. Der er snarere tale om en regel – der gælder som regel, altså som 'højst sandsynligt'. Forbeholdet indskriver Egedal Kommune i det normale aldringsregime, hvor borgere over 55 år inviteres til at forholde sig til fremtidens sen-bolig-liv, nu hvor de har overskuddet og måske også økonomien til at indrette sig anderledes i senlivet. Kommunen appellerer til senlivets etos, som borgernes mulighed for at ville drage omsorg for sig selv, så de kan få det, som de gerne vil have det i senlivet.

Giv din bolig et fremtidstjek

*Jane Aspelund, leder af forebyggelsesteamet, 43 år.
Bor i eget gårdhavehus, egnet til alderdommen.*

"Dørtrin, trapper og en græsplæne der skal slås. Skulle det nu være et problem? Ja - det bliver det højst sandsynligt en dag. Selvom du har flere gode år tilbage på arbejdsmarkedet og føler dig sund og frisk, er det aldrig for tidligt at tænke over, hvordan du vil bo i den tredje alder. Hvert år

besøger vi som forebyggelseskoordinatorer over 700 ældre borgere i deres hjem, og det er vores klare erfaring, at jo ældre man bliver, jo sværere bliver det at ændre boligen eller flytte til en bolig, der er mere egnet. Vi oplever også, at hverken familie, venner eller det offentlige kan afhjælpe alle de problemer, der kan opstå, når boligen bliver en hæmsko."

I artiklen forholder lederen af forebyggelsesteamet sig til det forhold, at vi alle kan give vores bolig et fremtidstjek ved at svare på spørgsmålene i undersøgelsen for at teste egnetheden af vores bolig til et liv i den fjerde alder. Hun åbner for den problematik, at vi alle har mange forskellige opfattelser af, hvad der er vigtigt i vores liv i almindelighed og vores sen-bolig-liv i særdeleshed:

"Alle kan give deres bolig et fremtidstjek ved at svare på spørgsmålene nedenfor. Hvis man kan svare ja til de fleste spørgsmål, har man en egnet bolig. Der er dog ingen endelig facitliste for, hvornår en bolig er egnet for den enkelte. Det kommer helt an på, hvad du synes er vigtigt i dit liv. Er det vigtigst at blive boende i det hjem, hvor børnene er vokset op, selvom boligen kan blive en hæmsko? Har du i så fald råd til at bygge om og omlægge haven? Er det vigtigst at flytte tæt på familie og venner eller er det vigtigere at bevare det lokale netværk blandt naboerne." (Seniorrådet 2012:9)

Kommunen vil tegne billedet af, hvordan en "ældreegnet" bolig kunne tage sig ud i den fjerde alder. Noget andet er den enkeltes forhold til sit eget sen-bolig-liv. Senlivets (u)beboelighed afgøres her i en kamp mellem kommunens forestillinger om boligens "ældreegnethed" ud fra et behovsrationale, og den enkeltes forhold til sit sen-bolig-liv ud fra et lystrationale. Når vi skal forholde os til fremtiden bliver horisonten sat af fortidens erfaringsgrundlag, som dette her citat vidner om:

"Niels Ove Kyvsgaard på 66 år var en af dem, der besvarede spørgeskemaet om forventninger og ønsker til fremtidens bolig. Vi har tidligere overvejet, hvor længe vi kan blive boende her, siger Niels Ove Kyvsgaard, der flyttede til det 150 m² store parcelhus i Ølstykke med sin hustru Lis for over 30 år siden.

- Vi har en stor have, som vi måske ikke kan klare om 10-20 år. Der er også dele af huset, der ikke er velegnet for ældre mennesker. For eksempel er vores 2 badeværelser for små den dag en af os måske skal bruge rollator. Undersøgelsen fik os til igen at overveje, hvad vi vil gøre fremover, siger han. Men selvom huset kan blive en udfordring, vil ægteparret allerhelst blive boende så længe som muligt.

- Nogle af vores gode venner bor lige omkring os, vi har lys, luft og vores eget hus med en have på 1000 m², og vi trives her. Jeg har dog oplevet, at mine forældre blev tvunget til at flytte på grund af sygdom. Det er en ubehagelig situation, hvor man mister handlerum, og det fik os til at indse, at vi i god tid skal have gjort os tanker om, hvilken bolig vi ønsker, når huset engang skal sælges. Derfor overvejer Niels Ove og Lis allerede nu at skrive sig op til et mindre rækkehus med en mindre have eller anden mere overskuelig bolig.

- Det er godt at have i baghånden, for man ved aldrig, hvad der kan ske, siger Niels Ove." (Seniorrådet 2013:12)

Niels Ove indretter fremtiden med afsæt i nutidens erindringer om fortiden. Han forholder sig med andre ord til en mulig fremtid, ved at forholde nutiden til en fortid – hvor Niels Ove forholder sig til sine forældres sen-bolig-liv. Referencen til forældrenes sygdom ligner til forveksling kommunens forestillinger om livet i den fjerde alder og for-sikringen af boligen som ældreegnet. Sygdom i alderdommen bliver den 'højest sandsynlige' erfaringshorisont - som en mulig fremtid, der lægges til grund for Egedal Kommunes boligundersøgelse, hvor risikokalkulationerne understøttes i

undersøgelsens spørgsmål. Senlivets (u)beboelighed skal for-sikres eller før-sikres ved risikokalkuler ikke ved chancerytteri.

Det er vanskeligt at afgøre, hvilket aldringsregime man trækker på, når man skal begrunde sit forhold til aldring. Forskellen ligger i den styrkemarkør man anvender, som enten kan henvise til loven eller reglen. Det ser ud som om, at formanden for Social og Sundhedsudvalget er optaget af en abstrakt planlægningshorisont, hvorimod lederen af forebyggelsesteamet er optaget af en konkret erfaringshorisont, der begge henviser til dét at ville forebygge eller foregribe fremtiden. Dvs. at de begge abonnerer på den kommunale trang til at sikre fremtiden ved at ordne fremtiden i lyset af nutidens forhold til fortidens aldringserfaringer. Men deres trang er forskellig, idet planlæggeren trækker på aldringsloven, hvor sikkerhed gør sig gældende, idet usikkerheden er elimineret ved lov (sådan er det!), derimod trækker lederen af forebyggelsesteamet på aldringsreglen, hvor usikkerheden melder sig som en sandsynlighedsproblematik, og hvor man kan omgås usikkerheden ved såvel risikokalkuler som ved chancerytteri (måske bliver det sådan?).

Sådanne fremskrivninger af nutiden skaber fremtidshorisonter, der rummer en høj grad af usikkerhed – en usikkerhed man fra kommunens side gerne vil have borgere over 55 år til at tage på deres skuldre. Måske for at man som kommune i fremtiden kan fraskrive sig en del af ansvaret for senlivets ubeboelighed?

Design dit sen-bolig-liv

I-tale-sættelsen af aldring ud fra ideen om den normale aldring, henviser til forestillingen om "*designing 'older' rather than denying ageing*" (Garnham 2013). Det handler om, hvordan vi kan designe vores sen-bolig-liv uden af den grund at ville fornægte, at vi bliver ældre. Fornægtelsen er en i-tale-sættelse, der udelukkende finder sted i den naturlige aldringsdiskurs, hvor det der i-tale-sættes i den normale aldringsdiskurs henviser til, hvordan vi kan skabe senlivet eller designe senlivet. Sen-bolig-livet vil i så fald kunne i-tale-sættes, som noget der kan modelleres eller formes af de forskellige valg, vi

træffer i de mange forskellige situationer, vi kommer til at stå i igennem et langt liv. Vi vil i så fald være mere optaget af chancerytteriet end af risikokalkulerne, fordi vi vil være funderet i en forestilling om, at re-generering også gør sig gældende som erfaringshorisont i senlivet.

Uafgjortheden eller "det kontingente" i den normale aldringsdiskurs henviser til at tiden kan formes og at senlivet kan designes men også re-designes, såfremt der sker ændringer i vores liv. I forlængelse af Garnhams (2013) artikel vil forholdet mellem den naturlige aldring og den normale aldring kunne tænkes som forholdet mellem forestillingerne om 'de-' og 're-', hvor 're-' kan ses som protestfigur i opgøret med 'de-' som aldringens naturlov. 'Re-designet' er samtidig et grundvilkår i den neoliberale samfundsorganisering, hvor ikke bare økonomien skal designes, men også individer og deres 'well-being' (Brown & Baker 2012:181).

Aldring kan således forstås som et socialt forhold, hvor man, når man forholder sig til aldring, altid allerede forholder sig til, hvordan noget andet eller nogle andre forholder sig til 'samme' fænomen - i gemenhed eller konflikt¹. Aldring er et fænomen, der i og med den diskursive artikulation er henvist til at blive gjort til 'Noget', der afgøres - om hvorvidt der er tale om naturlig aldring eller normal aldring - om der refereres til forestillingen om 'de-' eller 're-'. I henhold til Garnham (2013) vil en 're-' position betyde, at man ikke kan træde uden for den diskursive praksis, man vil altid blive til som et bestemt aldrende subjekt, der gøres til subjekt for en

1 Her trækker jeg på Lars-Henrik Schmidts socialanalytiske perspektiv, hvor det sociale ABC anvendes som en *tilgang* til at forstå, hvordan sociale fænomener som 'aldring' kan fattes som sociale træfninger i konkrete sociale træf, som fx Niels Ove fra tidligere, der forholder sig til sin egen aldring og alderdom ved at forholde sig sine forældres forhold til deres aldring og alderdom. Se Schmidt, Lars-Henrik (1992) s. 82 og (2005) s. 34. samt Schunck, Nicolas (2011) for en meget grundig indføring i selve perspektivet.

naturlig aldringsproces eller en normal aldringsproces. Sådanne subjektpositioner trækker på hver deres repertoire, og det særlige i forhold til ideen om den naturlige aldring er, at alle og enhver degenereres uafhængig af tid, sted og situation – dvs. ideen om den naturlige aldring er uafhængig af konkrete kontekster og henvises til det, der rækker uden for historien, det der undslipper historien og gøres gældende til enhver tid. Ideen om den naturlige aldring kan forstås som et overhistorisk fænomen – som den store Aldring – skrevet med stort A: Aldring'. Derimod vil ideen om den normale aldring være bundet til såvel tid, sted som situation – dvs. at man bliver til som en aldrende person ud fra forskellige forestillinger om aldring og alderdom, der har gjort sig gældende igennem tiden. Man bliver til i tid, i sted eller steder og i konkrete situationer – man kan ikke sætte sig uden for historien, og ideen om den normale aldring kan forstås som et historisk fænomen – eller som den lille aldring – skrevet med lille a: 'aldring'.

Vores forhold til sen-livet i almindelighed og sen-bolig-livet i særdeleshed afgøres forskelligt i de to aldringsdiskursive repertoires som henholdsvis Aldring eller aldring. Når det at designe senlivet i 'aldringsregimet' bliver til, at man fornægter aldringen i 'Aldringsregimet' – er det ikke lige meget, hvad man reflekteret eller ureflekteret henviser til, når talen falder på 'Aldring' eller 'aldring'.

Vi forholder os til vores aldrende krop i Aldringsregimet ved at overgive os til degenereringens forfaldskategori, hvor det netop er naturligt at kroppen forfalder, som tiden går. I henhold til Garnham (2013) kan man i 'aldringsregimet' tale og dermed forholde sig anderledes til den aldrende krop. Her er der tale om en krop, der kan designes med alt fra kirurgi til tøj, det handler om 'aldringsstile' – om forskellige måder at gøre alder på som 'performAGE' (Frstrup 2012), der henviser til den enkeltes 'appearance' dvs. fremtrædelse, som udfordrer det normative referencepunkt i Aldringsregimet. Forholdet mellem forfængelighed og forsømmelse har vidt forskellige betydninger i de to aldringsregimer. Når forfængelighed i Aldringsregimet udgør en fornægtelse af forfaldet og døden, er der i aldringsregimet tale om, at en fortsat forfængelighed i senlivet er en

understregning af, at det netop kan være anderledes end i Aldringsregimet. Hvad der i Aldringsregimet er naturligt forfald, vil i aldringsregimet blive betragtet som forsømmelse, fordi man kunne have gjort noget andet – nemlig fortsætte med at udfolde sin forfængelighed. Det bliver tydeligt her, at begge regimer netop er regimer, der kæmper om retten til at definere, hvad aldring er for et fænomen.

Begge regimer er som følge heraf normative, da de begge udstan(d)ser bestemte forestillinger om dét at blive ældre – men forestillinger der søger at gøre op med hinanden. Hvad Aldringsregimet inkluderer, ekskluderer aldringsregimet og omvendt. Det er på denne baggrund, at aldringsfeltet er spændt ud mellem de to regimer, hvor en hel del 'imaginære bindestregsord' gør sig gældende, ord som fx 'produktiv aldring', 'positiv aldring', 'aktiv aldring', 'succesfuld aldring' og 'sund aldring'. Betegnelsen før ordet 'aldring' forsøger at 'ophæve' betydningen af 'aldring' i forhold til Aldringsregimet. I disse ord udfolder kampen mellem de to aldringsregimer sig for indeværende.

Degeneringen i Aldringsregimet afstedkommer en naturlig fremtrædelse, der i aldringsregimet kan regenereres, som en fortsættelse eller forbedring af ens almindelige fremtrædelse, hvor normen er, at man selvfølgelig kan arbejde med sin krop. Når der i aldringsregimet ikke findes en naturlig krop, så er der selvsagt heller ikke nogen naturlig måde at blive ældre på eller at aldres på – her findes ingen naturlig aldrende krop. Når kroppen kan formes hele livet igennem, udgør senlivet ingen undtagelse – også her kan der drages omsorg for kroppen og dermed for det aldrende selv.

Redskabskroppen (se Schmidt 2000 udfoldet i Fristrup 2013) har ingen alder, i forhold til sin reference til det etiske selvomsorgsarbejde, der hos Foucault (1994) handler om "the principle of 'care of the self' which meant continually 'working on' or 'being concerned with' the self". This work on the self was not an obligation imposed on the individual but rather associated with an active freedom. To engage in 'care of the self' was therefor to reflect

upon oneself and freely cultivate oneself as an ethical subject by engaging in practices of self care. (Foucault 1994 i Garnham 2013:39)."

I aldringsregimet er kroppen omdrejningspunkt for udøvelsen af selvomsorgens praksisser, der som en etisk praksis udfolder aldringens etos. Værdsættelsen af den aldrende krop kommer til udtryk i de forskellige selvudfoldelser, der henviser til, hvordan den enkelte i senlivet tager ansvar for sin egen aldring (Fristrup 2013) ved at tage vare på sin aldrende krop, som det at praktisere sin 'positive' aldringsstil. Neoliberalismens hang til positivisering zoomer ind på "well-being work" (Brown & Baker:179). Ordet "welllderly" (Garnham 2013:40) udspringer heraf og henviser i denne sammenhæng til følgende citat fra Garnham (2013:40):

"Through the development of 'successful', 'positive' 'productive' and 'active ageing discourses, neoliberal governmental strategies position third-agers as individually responsible for shaping positive experiences of 'older'."

Det betyder, at det kan se ud som om, at forskellen mellem 'de tredje aldrende' og 'de fjerde aldrende' (Laslett 1989) arver distinktionen mellem Aldringsregimet og aldringsregimet. De tredje aldrende skal tage ansvar for deres egen aldring livslangt, og skulle det mod forventning ske, at de bliver syge, har de misligholdt deres sundhedskompetencer, og drages til ansvar for deres handlinger. De må bekende deres synder i professionelle sammenhænge, for at få andre til at afhjælpe den afmagt, det afstedkommer ikke længere at kunne drage omsorg for sig selv. At blive gjort til en fiasko i den neoliberale samfundsorganisering dvs. subjekt for "failure" (Brown & Baker:13), henviser til det samme forhold, som det at blive gjort til subjekt for den fjerde alder.

Der er bare to ikke uvæsentlige forskelle, der gør sig gældende her. Den ene forskel henviser til, det vi så i forhold til Egedal Kommune, nemlig at man fra kommunens side vil have de tredje aldrende til at

tage ansvar for sig selv som fjerde aldrende. Dette ansvar skal man ikke overlade til kommunen, hvis man gerne selv vil bestemme, hvordan ens sen-bolig-liv skal indrettes. Det handler om, at man som tredje aldrende skal forholde sig til sig selv som fjerde aldrende og igennem en lystfyldt selvomsorgspraksis i nutiden skabe en anderledes livsindretning, der kan afhjælpe ens mulige fremtidige afmagt.

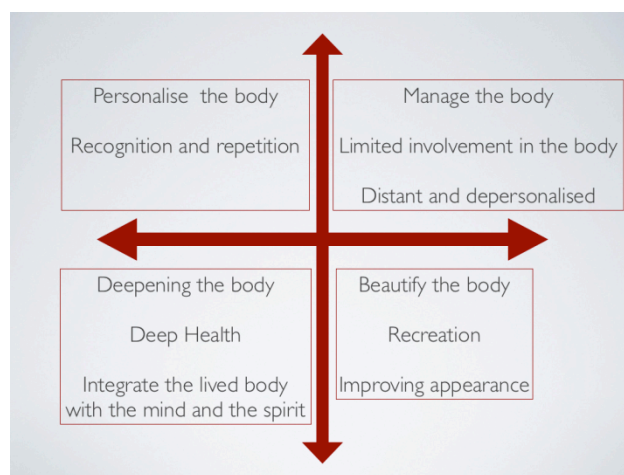
Den anden forskel henviser til, at man ikke som fjerde aldrende i aldringsregimet opgiver selvomsorgen og omfavner forfaldet som naturligt. Pointen er nemlig, at ansvaret for ens aldring stadigvæk udgør erfaringshorisonten i den fjerde alder, men at andre henvises til at afhjælpe den fjerde aldrendes afmagt ved at foretage det kropsarbejde, man ikke længere selv kan varetage. Pointen er her, at det er kropsarbejde, der til stadighed skal understøtte parolen om, at man skal kunne bebo sit senliv ved at forblive længst muligt i sit eget liv. Man skal med andre ord kunne indrette sit sen-bolig-liv i den fjerde alder, således at det hænger sammen med det kropsarbejde man nødvendigvis må overgive til andre eller andet fx velfærdsteknologiske løsninger, når man ikke længere kan selv.

Sen-bolig-livets kropsarbejde

I henhold til Twigg (2000:389) kan man forstå kropsarbejde således:

“The term ‘bodywork’ has commonly been applied to the work that individuals under take on their own bodies, often as part of regimens of health and wellbeing. More recently the term has been extended to cover paid work done on the bodies of others who thus become the objects of the worker’s labour. The aim of such interventions can be medical, therapeutic, pleasurable, aesthetic, erotic, hygienic, symbolic. It encompasses a range of practitioners: doctors, nurses, careworkers, alternative practitioners, hairdressers, beauticians, masseurs, sex workers, undertakers. The contexts in which they work are very varied.”

I forlængelse af Twigg (2000) har jeg udarbejdet et orienteringskort over hvilke forskellige rationaler, der kunne gøres gældende i forhold til at forstå, hvordan man på forskellige måder kan forholde sig til kropsarbejdet i den fjerde alder. Jeg taler derfor om et kort over de generaliserede kropsarbejdsrationaler, der således kan anvendes som orienteringsnøgle i aldringsfeltets mulige kropsarbejdspraksisser.



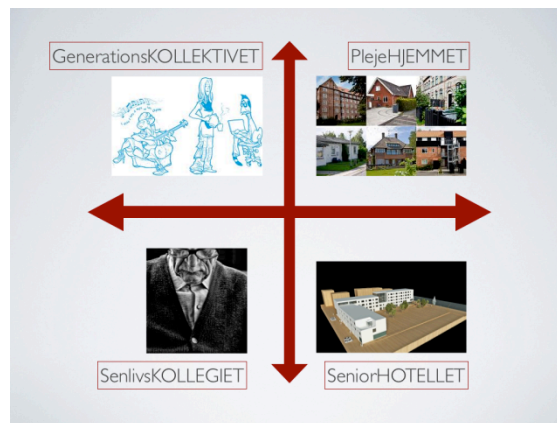
Figur 1: Kort over de generaliserede kropsarbejdsrationaler

Kobles figur 1 sammen med konkrete steder, hvor kropsarbejdet også kan udfolde sig, får vi et nyt orienteringskort over generaliserede stedsspecifikke kropsarbejdsforholdsmåder (figur 3) - som vi kommer til om lidt. Med figur 3 får vi mulighed for at forholde os til, hvordan forskellige kropsarbejdsrationaler gøres gældende i forskellige sen-bolig-livs-ind-retninger.

Går vi tilbage til Egedal Kommune, så kunne man som borger over 55 år med et kort over de generaliserede stedsspecifikke

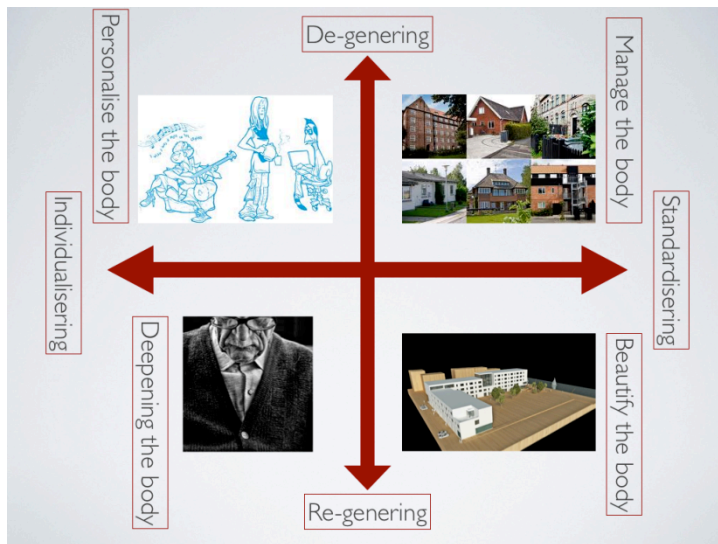
forholdsmåder (figur 2) forholde sig til sit sen-bolig-liv ved forholde sig til forskellige måder at bo på i senlivet.

Kortet er en måde at forholde sig til sit sen-bolig-liv på, hvor man bliver klar over ikke så meget, hvordan man konkret skal bo, men mere klar over hvilken grund man ønsker at opbygge sit sen-bolig-liv på. Det rationale man lægger til grund for det mulige fremtidige liv i den fjerde alder skaber et fundament, man kan bygge oven på, fordi man kan se forskellene imellem de forskellige rationaler. De fire rationaler er udfoldet i metaforer for henholdsvis: "PlejeHJEMMET", "GenerationsKOLLEKTIVET", "SeniorHOTELLET" og "Senlivs-KOLLEGIET".



Figur 2: Kort over generaliserede stedsspecifikke forholdsmåder

Kobles figur 1 og 2 sammen får vi et overblik over, hvilket kropsarbejde de stedsspecifikke forholdsmåder synes at privilegere, og så fremkommer figur 3:



Figur 3: Kort over generaliserede stedsspecifikke kropsarbejdsforholdsmåder

"PlejeHJEMMET": Omdrejningspunktet er 'kropslig pleje' og forestillingen om den gentagelige krop, der gennem det kommunale standardiserede serviceudbud kan forvaltes.

"GenerationsKOLLEKTIVET": Omdrejningspunktet er 'kropsligt samvær' og forestillingen om den genkendelige krop, der gennem den generationelle eller familiære kollektivisering personaliseres.

"SeniorHOTELLET": Omdrejningspunktet er 'kropsligt velvære' og forestillingen om den genfremstillelige krop, der gennem hotellets standardiserede servicetilbud kan forskønnes.

"Senlivs-KOLLEGIET": Omdrejningspunktet er 'kropslig fornemmelse' og forestillingen om den genfortællelige krop, der gennem et individuelt terapeutisk kropsarbejde kan fordybes.

Kropsarbejdets fire rationaler

For at konkretisere generaliseringerne vil jeg udfolde og konkretisere mulige horisonter for kropsarbejdet i de fire kropsarbejdssteder, jeg har udfoldet i det forrige afsnit om kropsarbejdets steder.

PlejeHJEMMET

Det gentagelige kropsarbejde har her som præmis at skulle arbejde på, at den aldrende krop ikke kommer til at fremtræde ikke-gentagelig. Hvordan skal man som en kropsarbejder, der arbejder med den andens aldrende krop understøtte denne præmis? I dette her domæne er kropsarbejdet drevet af det kommunale udbud, hvor ressourcerne skal tilpasses rammerne for gentagelse i kropsarbejdet. De forvaltede aldrende kroppe lever således op til et *statsborgerskab*, når kropsarbejdets begrænsninger og muligheder hele tiden afstemmes af de tilgængelige ressourcer. Den aldrende krop er underlagt en ressourceforvaltning, hvor det er legitimt at udstille knapheden i ressourcerne ved at 'forsømme' den aldrende krops gentagelighed begrundet i manglende ressourcer. En måde at demonstrere ressource manglen på er ved at regulere gentagelsesmulighederne fx ved at undlade at skifte tøj, der er blevet beskidt med henvisning til, at det skiftes 1 gang om ugen, eller undlade at børste tænderne, når de er beskidte med henvisning til, at de børstes om morgenen og om aftenen. Man fastholder et gentageligt kropsarbejde men reducerer antallet af gentagelser – således at gentagelserne reguleres af 'systemets krop' og ikke den aldrende krops behov for 'kropsligt samvær', 'kropsligt velvære' og 'kropslig fornemmelse' – med andre ord rationaler, der gør sig gældende i de tre andre domæner.

GenerationsKOLLEKTIVET

Det genkendelige kropsarbejde har som præmis at skulle arbejde på, at den aldrende krop ikke kommer til at fremtræde ikke-genkendelig. Hvordan skal man som en kropsarbejder, der arbejder med den andens aldrende krop understøtte denne præmis? Det

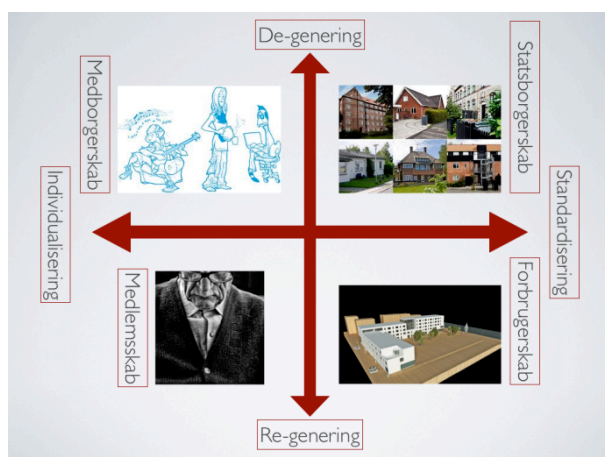
vigtigste i dette domæne er, at arbejde med det personlige kropsarbejde, hvor man skal fortsætte med at bruge den samme slags creme, shampoo, tøj og fortsætte med at sætte håret på den samme måde. Tøjet skal ikke være fyldt med pletter, hvis det aldrig har været det før, udgangspunktet for kropsarbejdet er, at man kan fortsætte med at sikre genkendeligheden blandt de andre generationer samtidig med, at man bevarer forskellen mellem generationerne. At gøre det samme som før handler ikke om at undslippe tidens tand, men om at tilpasse det kropslige forfald til den generationelle eller familiære genkendelighed. Det handler stadigvæk om at fastholde det særlige ved personen, som opfattes blandt generationerne som dét, der netop kendetegner deres mor, bedstemor eller ægtefælle. Det er således *medborgerskabet*, der sikres gennem relationsarbejdets genkendelighedshorisont, der er funderet på næstekærlighed.

SeniorHOTELLET

Det genfremstillelige kropsarbejde har som præmis at skulle arbejde på, at den aldrende krop ikke kommer til at fremtræde ikke-genfremstillelig. Hvordan skal man som en kropsarbejder, der arbejder med den andens aldrende krop understøtte denne præmis? I dette her domæne er det vigtigt, at man tænker i, at kroppen kan forskønnes gennem mange forskellige kropsmæssige arbejdsdelinger. Fodterapeuten skal arbejde med fødderne, frisøren med håret, manicuren foretages af en med speciale i dette, huden plejes af en med speciale i hudpleje etc. – hele pointen er, at det ikke er én person, der varetager al kropsarbejdet, men at der indarbejdes en arbejdsdeling mellem kroppens forskellige kropsarbejdsspecialer. Der er fokus på *forbrugerskab*, som vejen til den konsumering, der finder sted i hotellets standardiserede indretning, der ligeledes er underlagt indretningsarkitektens kyndige hånd. Æstetikken er i fokus som generel fremtrædelsesfigur, der skal sikre kontinuitet i genfremstillingens mulighedshorisont via den specialiserede kropsarbejdsdeling.

Senlivs-KOLLEGIET

Det genfortællelige kropsarbejde har som præmis at skulle arbejde på, at den aldrende krop kommer til at fremtræde gen-fortællelig. Hvordan skal man som en kropsarbejder, der arbejder med den andens aldrende krop understøtte denne præmis? I dette her domæne vil fokus være på kollegiets *medlemsskab*, som det at dele interesser omkring de aldrende kroppes livs-fortællinger. Kropsarbejderne forholder sig til den aldrende krop ved at forholde sig til sin egen krop som aldrende og ved at forholde sig til de andre aldrende kroppe på kollegiet. Alle disse mange forhold bringes i spil i den terapeutiske setting, der sætter scenen for de mulige gen-fortællinger af de aldrende kroppes levede liv. Denne her mave er ikke bare en aldrende mave, nej, det er en mave, der har født 5 børn eller 10 børn, som har gjort en forskel ikke bare for den aldrende persons liv men også for andres liv. Dette her hoved har udtænkt en ny matematisk formel, og det har haft betydning for den aldrende persons liv og for andres liv. Skuldre der har båret sækkevis af kartofler etc. sætter en mulig horisont for at genfortælle den aldrende krops levede liv. Her forholder man sig til kroppe i tid, sted og situation i et superviseret rum, hvor man i kærlighed til sig selv kan skabe en genfortælling, der er funderet på en fælles puls blandt kropsarbejdere og aldrende kroppe.



Figur 4: Kort over domænerne skabsrationaler

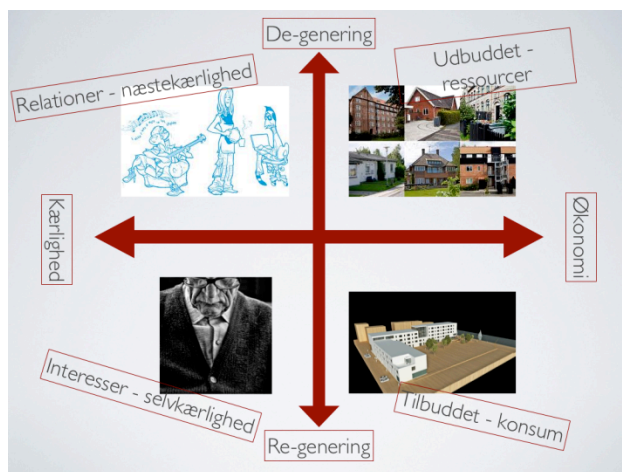
Gå vi videre over i, hvad det er der problematiseres i de fire domæner, betyder det, at der i statsborgerskabsfeltet gør sig en udbudsproblematik gældende, der udfoldes som en ressourcekamp, om at få de knappe ressourcer til at strække så langt som muligt, ved at reducere antallet af gentagelser i det udførte kropsarbejde. De aldrende kroppe reguleres konstant i forhold til ressourceforvaltningen, og hvad der fra medborgerskabsfeltet kan se ud som forsømmelse af genkendeligheden, ser i forbrugerskabsfeltet ud som forsømmelse af genfremstillingsmuligheden, fordi tilbuddet bliver til påbuddet om udbuddet, og hvad der i medlemsskabsfeltet ser ud som en forsømmelse af genfortællingsmuligheden, henviser til det forhold at fordybelsen fortrænges i ressourcebevidsthedens tidstyranni.

Problematikken der står tilbage at forholde sig til henviser til spørgsmålet om, hvordan plejehjemmets udbudsproblematik kan forskydes til en relationsproblematik i generationskollektivet, til en tilbudsproblematik i seniorhotellet og til en interesseproblematik i senlivskollegiet – eller om ressourcefokuseringen netop ikke er en 'forsømmelsesproblematik' i plejehjemmets domæne, men bliver gjort til en 'forsømmelsesproblematik' i de tre andre domæner?

Spørgsmålet er om plejehjemsdomænet ikke blot regulerer sine udbud i kraft af de tilgængelige ressourcer, og at vi kunne gøre samme problematik gældende overfor de andre domæner, fordi de også må forholde en relationsproblematik, en tilbudsproblematik og en interesseproblematik til et spørgsmål om hvilke ressourcer, der er tilgængelige i de forskellige domæner?

Pointen her skal være, at det gør en forskel, om man som i plejehjemmets domæne har gjort ressourceproblematikken til målet med kropsarbejdet, hvor det handler om at regulere kropsarbejdet, så det hele tiden stemmer overens med de tilgængelige ressourcer. Der er ikke her nogle andre horisonter for kropsarbejdet, der kunne bringe et andet fokus frem. Tager vi fx 'Lottehjemmet' – så er 'pleje' erstattet af 'Lotte'. Der sættes noget

andet i stedet for 'pleje', som omgås ressourceproblematikken ved at skabe en 'Lotte-problematik', der på mange måder ligner den relationsproblematik, der gør sig gældende i generationskollektivet.



Figur 5: Kort over domænerne problematikker

Det, man kan med kortet her, er muligheden for at orientere sig i det kropsarbejdende aldringsfelt ved at vise, hvordan man kan forskyde problematikkerne og gøre noget andet med sen-bolig-livet gældende – dvs. bringe andre rationaler i spil, når det handler om den aldrende persons kropsarbejde. Kort sagt at kropsarbejdet kan have forskellige omdrejningspunkter afhængig af hvilke rationaler, der driver det i spændingsfeltet mellem 'kærlighed' og 'økonomi' begrundet i forholdet mellem 'de-generering' og re-generering'.

Fra plejehjem til hjemlig pleje

Vi er tilbage i Egedal Kommune, hvor man gerne vil have borgere over 55 år til at tage ansvar for deres egen aldring, dvs. at man vil have dem til i deres tredje alder at tage ansvar for deres 'højest sandsynlige' fjerde alders komme. Senlivet skal gøres beboeligt såvel i den humane forståelse af den aldrendes trang til hjemlighed (at føle sig hjemme i senlivet), som i den økonomiske forståelse af

kommunens hang til at gøre de skrantende kommunale budgetter beboelige.

Hvis vi kan få personer i deres tredje alder til at orientere sig mod "generationskollektivet, seniorhotellet eller fordybelseskollegiet" kan "plejehjemmet" forskydes til "hjemlig pleje" i de tre andre felter med forskellige rationaler for øje. Pointen er, at 'plejehjemmet' forskydes til 'hjemlig pleje' i de tre andre felter i forlængelse af 80ernes ældrepolitiske dagsorden og parolen: "Længst muligt i eget hjem" til 00ernes aldringspolitiske dagsorden og parolen: "Længst muligt i eget liv". Forskydningen henviser til en generaliseret forskydning i forholdet mellem ressourcer og ansvarlighed – fra en fokusering på økonomiske ressourcer og økonomisk ansvarlighed til en fokusering på humane ressourcer og human eller etisk ansvarlighed. Vi skal alle ville være *selvomsørgende* og mobilisere vores humane ressourcer i den tredje alder, således at vi kan tage ansvar for vores egen aldring ved at drage omsorg for os selv i den fjerde alder.

Den politiske hang til at løse velfærdsproblemer med empowerment-strategier er grundpræmis i den neoliberale samfundsorganisering (Cruikshank 1999:1, Brown & Baker 2012:181). Dette installerer ligeledes et skift i det politiske forhold til 'borgeren' (Brown & Baker 2012:182):

"Equally there is an important strand of reconfiguration, reshaping and re-inscription such that it is the function of government and public service no longer to serve the needs of the people but to redesign them."

De neoliberale kropsarbejdsidealere må nødvendigvis afvikle det institutionaliserende plejehjem og udvikle den hjemlige pleje ved at bevæge sig væk fra en velfærdspolitik baseret på at imødekomme borgernes behov til en aldringspolitik, hvor de offentlige serviceydelser skal understøtte borgernes mulighed ikke bare for at rehabilitere sig men derimod for at re-designe sig selv gennem

velfærdsteknologier, der således kan udfoldes som selvteknologier. Forestillingen om at vi kan designe de mennesker, der skal bebo den ligeledes designede arkitektur, gør sig gældende i et nyt renoveringsprojekt.

Forskningsplejecentret Sølund i København skal ombygges for millioner af kroner i løbet af de næste mange år, og "Det Nye Sølund" skal genopstå som 'Fugl Fønix':

*"Københavns nye Sølund skal være et plejecenter, hvor man med velfærdsteknologiske midler skaber et plejehjem med endnu mere tryghed og hjemlighed i smukke rammer. Det er nødvendigt at rive det nuværende Sølund ned og genopbygge det. Denne hjemmeside fortæller historien om byggeprojektet Københavns nye Sølund – om visionerne, om processen og om byggeriets status lige nu."*¹

Den særlige vægtning af velfærdsteknologiske løsninger i det nye byggeri, skal sikre Sølund karakter som *det nye modelplejecenter*, der skal bane vejen for alle andre plejecentres fokusering på "selvstændighedsunderstøttende teknologi":

"Velfærdsteknologi vil i fremtiden kunne lette hverdagen for mange ældre". Således indledes dogme nummer tre ud af otte, som de er blevet formuleret af Københavns Kommune og KAB i fællesskab og behandlet af grupper af eksperter indenfor plejesektoren. De otte dogmer er udarbejdet med baggrund i følgende prioriterede grupper: Beboerne, medarbejderne, boligen og bygningerne. Brugen af velfærdsteknologi er ikke isoleret til en enkelt af disse grupper, men er et begreb, der skal tænkes med ind overalt. Velfærdsteknologi er det skæringspunkt hvor de teknologiske muligheder møder de menneskelige

¹ www.detnyesoelund.dk

værdier til gavn for hverdagen, for arbejdslivet og for miljøet. Ingen vil være uenig i, at velfærd er et gode, dog vil koblingen med begrebet teknologi hos mange fremkalde billeder af en kold virkelighed med robotter i et fremmedgørende miljø. Velfærdsteknologien har dog været vor ledsager i mange år, også i hjemmet. Det kan være i form af støvsugere, vaskemaskiner og de utallige andre indretninger, der letter vor hverdag, hvad enten vi er 15 eller 85. Moderne velfærdsteknologi - eller skulle man kalde den selvstændighedsunderstøttende teknologi - er i dag helt i fokus i de mest innovative forskningsmiljøer. I fremtidens plejesektor forventes velfærdsteknologien at kunne begrænse beboernes afhængighed, give større værdighed og lette adgangen til fællesskaber. Velfærdsteknologi skal integreres i plejecentrets hverdag til gavn for beboernes livskvalitet, personalets arbejdsmiljø og for at lette en bedre udnyttelse af ressourcerne.”¹

Grundfiguren i det arkitektoniske redesign af Sølund henviser til muligheden for at skabe sen-bolig-liv, der begrænser beboernes afhængighed samt udnytter ressourcerne bedre. Når de økonomiske ressourcer er knappe skal de humane ressourcer mobiliseres – enten ved at forbygge den fjerde alders komme i den tredje alder ved ”sund og aktiv aldring” eller ved at *tilsætte* velfærdsteknologiske løsninger på den fjerde alders afhængighed af kropsarbejdsteknologier, der kan kompensere for deres egen kropsarbejds mangel. Det dominerende kropsarbejdsrationale i ”Det Nye Sølund” henviser således til indførelsen af kropsarbejdsteknologier – som velfærdsteknologiske løsninger, når man ikke længere selv kan varetage sit kropsarbejde i den fjerde alder. ”Det Nye Sølund” kan ligeledes forholdes til de forskellige felter, domæner, rationaler og problematikker, vi tidligere har udfoldet omkring kortene. Ved at læse lidt i de mange tekster på

¹ www.detnyesoelund.dk/da-DK/Det_nye_Soelund/VelfAerdsteknologi.aspx

hjemmesiden fx udbudsmaterialet til arkitektkonkurrencen og kigge på billederne, kan man hurtigt se, at man forsøger at gøre en relationsproblematik gældende med afsæt i billederne af de forskellige generationer, der mødes i såvel udelivet som indelivet. Man forsøger også at gøre en interesseproblematik gældende i teksten fra udbudsmaterialet, hvor man taler om 'facilitering af interessefællesskaber'. Man forsøger også at gøre en tilbudsproblematik gældende ved netop i udbudsmaterialet og teksterne på hjemmesiden at i-tale-sætte serviceydelse som tilbud, det er dog ikke tydeligt, hvordan arbejdsdelingen her bliver, dvs. hvor høj graden af kropsarbejdsspecialisering skal være.

Den nye ressourceproblematik er en generel tendens i den neoliberale samfundsorganisering, der dukker op med kropsarbejdsteknologierne, som viljen til at empower borgerne med henblik på at gøre dem mere selvhjulpne og mindre afhængige, hvilket man ligeledes kan læse i Fredericia Kommunes nye strategi for digitalisering og velfærdsteknologi 2013-2015¹.

Det er derfor påfaldende i forhold til hele processen med at rive det gamle 'Sølund' ned og bygge 'Det Nye Sølund' op, som et fremtidsrettet 'modelplejecenter', at den ressourceproblematik, som vi lige har forholdt os til i plejehjemsfeltet forekommer udeladt. Der står ikke noget om ressourcetildelingen – hverken om den eksisterende tildeling fortsætter eller om der vil være en ændret ressourcetildeling til 'Det Nye Sølund'. Der fokuseres i materialet på, hvordan fremtiden kan huse ikke bare den aldrende krops humane ressourcer, men også andre kroppes humane ressourcer koblet op på andre institutionelle arenaer for børn samt erhvervsorienterede arenaer, uden at ordet 'ressourcer' anvendes. Der tales om liv, aktivitet og indretninger i en arkitektur, vi allerede (gen)kender, fordi den til forveksling ligner det, vi allerede bor i. Sen-bolig-livet på 'Det Nye Sølund' skal bryde med "det institutionaliserede plejehjem" ved at gøre en forskel arkitektonisk, så "fremtidens

¹ www.fredericia.dk/PolitikOgDemokrati/Sider/Strategier/Strategi-digitalisering-velfaerdsteknologi.aspx

plejehjem" kommer til at fremstå ikke-institutionaliseret, idet det ligner den arkitektur vi allerede bebor.

I 'Det Nye Sølund' ser det ud som om, at man søger at sikre muligheden for gentagelighed (det vi talte om i plejehjemsfeltet), ved at den aldrende person kan fortsætte sit liv, og dermed gentage sit liv i senlivet, uden at der gøres en forskel mellem livet i den tredje alder og den fjerde alder gældende. Forskelsminimeringen imellem de to aldre forekommer at skulle sikre senlivets beboelighed gennem kropsarbejdsteknologier som velfærdsteknologiske løsninger. Spørgsmålet er om det senliv, der kan leves i 'Det Nye Sølund' bliver ubeboeligt, når hverdagen melder sig og ressourceproblematikken gøres gældende, fordi problematikken forskydes fra de tre andre domæner til 'statsborgerskabsfeltet', hvor gentagelsesmulighederne i hverdagslivets kropsarbejde gøres afhængige af de tildelte ressourcer?

Vi er tilbage ved opbruddet i aldringsfeltet, som understøtter en aldringspolitisk dagsorden, der tager sit afsæt i en neoliberal ansvarlighedsproblematik. Måske er det her, vi har fået fat i noget, som melder sig på ny?

På den måde ser det ud som om, at ideen om den naturlige aldring på sigt dømmes ude af den aldringspolitiske dagsorden i Egedal Kommune, og erstattes af ideen om den normale aldring, hvor det normale er, at man skal tage ansvar for sin egen aldring ved at indrette sin bolig med henblik på, at den fjerde alder 'højest sandsynligt' indfinder sig og stiller anderledes krav til sen-boliglivet, der dog kan klares ved teknologiske fix. Krav som Egedal Kommune gerne ser, borgere over 55 år tage ansvar for. Hvis kommunen skal tage ansvaret bliver en ressourceproblematik gjort gældende, og så kan man godt indstille sig på, at overlæggeren sænkes. Hvorfor skulle denne problematik stille sig anderledes for modelplejehjemmet: 'Det Nye Sølund i København' eller fremtidens plejehjem: 'Seniorhotellet i Ålborg'?

Problemet er, at vi igen er fremme ved forholdet mellem en ressourceproblematik og en ansvarlighedsproblematik, for hvad skal det koste at bo i en sådan lejlighed til forskel fra kollektivet, kollegiet og de traditionelle plejehjem – hvordan skal kropsarbejdet taksæres i de forskellige sen-bolig-liv? Spørgsmålet vi stadigvæk står tilbage med men har fået flere nuancer på er, hvordan vi til stadighed skal håndtere servicelovens adskillelse af service og bolig, når det handler om den fjerde alder?

Det interessante i denne her artikel er, at problematikken forskydes ved at flere og flere kommuner i Danmark forsøger at gøre de tredje aldre ansvarlige for deres mulige fjerde alder, så de kan gøre senlivet beboeligt, når nu kommunens udbud forekommer at gøre senlivet ubeboeligt.

Her til slut skal vi lige rundt om ægteparret Jensen, der viser vejen for os andre, når det handler om at tage ansvar for vores egen aldring i senlivets tredje alder. I det danske boligmagasin *BO BEDRE* (Kurdahl 2013) kan man nemlig i sensommeren 2013 på siderne 50 og 51 læse en artikel om "det fremtidssikrede bad". Artiklen er præget af smukke billeder af et sort og hvidt badeværelse, der ligner mange af de andre badeværelse, der ligeledes præsenteres i magasinets særlige fokus på indretning af netop badeværelser. Det, der fanger mig, er overskriftens fokus på fremtidssikring og de første linjer i artiklens tekst:

"Det var med tanke på fremtiden – og alderdommen der uundgåeligt ville følge trop på et tidspunkt, at ægteparret Jensen for fem år siden rev det gamle hus på deres adresse i Gentofte ned for at bygge et helt nyt. Hele huset blev derefter indrettet med tanke på, at parret skulle kunne være der mange år fremover – fx er der ingen dørtrin mellem husets rum. Badeværelset er ingen undtagelse. Det 12 m² store rum er lavet ud fra den tanke, at der skal være nem adgang til alle funktioner."

Den tanke om alderdommen ægteparret Jensen abonnerer på er en forfaldstanke, hvor de indretter det nye hus med blik for, at de i fremtiden kunne få brug for at bevæge sig rundt i huset uden forhindringer som fx dørtrin; at de kunne få brug for ekstra meget lys ved spejlet; at de kunne få brug for nem adgang til brusekabinen og at de kunne få brug for et toilet, der både kan skylle og blæse – en såkaldt *douche-tendens*, der forudsættes at indtage det europæiske marked i de kommende år.

Det tankevækkende er, at det i artiklen fremgår, at de gør det af lyst og ikke fordi de har behov for det, hvilket den sidste linje i artiklens tekst omhandlede toilettet vidner om:

” – Alle over 50 år burde have sådan et toilet! griner husets frue.”

Og måske er det netop dette forhold, der er af afgørende betydning, når det kommer til at skulle forvalte eller praktisere sin ansvarlighed – det skal først og fremmest være lystfyldt at foretage den tredje alders selvomsorgspraksisser for sig selv i den mulige fjerde alder. Måske bliver der med 'Det nye Sølands living lab' mulighed for at afprøve ny 'selvstændighedsunderstøttende teknologi', der kan bane vejen for indretningen af 'fremtidens plejehjem' som 'fremtidens hjemlige pleje'.

Litteraturliste

Brown, Brian J. & Baker, Sally (2012) *Responsible citizens: Individuals, health, and policy under neoliberalism*. London/New York: Anthem Press.

Cruikshank, B. (1999) *The Will to Empower. Democratic Citizens and Other Subjects*. New York: Cornell University Press.

EU (2009) *Debatoplæg om konsekvenserne af befolkningsaldringen i EU (Rapport om befolkningsaldringen 2009)*. Den Europæiske Union, regionsudvalget, Underudvalget for Økonomisk Politik og Social- og Arbejdsmarkedspolitik. 20. møde i underudvalget d. 14. september 2009.
https://toad.cor.europa.eu/ViewDoc.aspx?doc=cdr%5Cecos-iv%5Cdossiers%5Cecos-iv-037%5CDA%5CCDR212-2009_DT_DA.doc (accessed 10022013)

Foucault, Michel (1994) *On the genealogy of ethics: An overview of a work in progress*. I Poul Rabinow (Ed.) *Michel Foucault: Ethics, subjectivity and truth, Vol. 1*. New York: The New York Press.

Fristrup, Tine & Munksgaard, Marianne Eilsø (2009) *Alderdommen er ikke, hvad den har været*. I Stinne Glasdam & Bente Appel Esbensen (red.) *Gerontologi – Livet som ældre i det moderne samfund*. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Fristrup, Tine (2012) *Gerontopedagogicalization: A critical approach to performAGE in later life*. I Jacob Kornbeck & Niels Rosendal Jensen (red.) *Social Pedagogy for the Entire Lifespan. Volume II. Studies in Comparative Social Pedagogies and International Social Work and Social Policy, Vol. XVIII*. KG, Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co.

Fristrup, Tine (2013) Ansvar for egen aldring - om bevægelsesfremme i senlivet. I Torsten Erlandsen, Søren Langager, Kirsten Elisa Petersen & Niels Rosendal Jensen (red.) *Grundbog i socialpædagogik*. København: Hans Reitzels Forlag.

Garnham, Bridget (2013) » Designing 'older' rather than denying ageing: Problematizing anti-ageing discourse in relation to cosmetic surgery undertaken by older people. « *Journal of Aging Studies*, 27, s. 38-46.

Higgs, Paul et al. (2009) » Not just old and sick - the 'will to health' in later life. « *Ageing & Society*, 29, s. 687-707.

Kurdahl, Heidi (2013) Det fremtidssikrede bad. I boligmagasinet BO BEDRE, nr. 8, side 50-51. København: Benjamin Media A/S.

Laslett, Peter (1989) *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. London: Weidenfield and Nicholson.

Schmidt, Lars-Henrik (1992) *Det socialanalytiske perspektiv*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Schmidt, Lars-Henrik (2000) *Kroppen i fokus: Et essay om sport*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.

Schmidt, Lars-Henrik (2005) *Om respekten*. Emdrup: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Schunck, Nicolas (2011) *Gemenhedens spiring - En undersøgende indførelse i socialanalytikkens gemenhedskategori*. GNOSIS Vedhæftninger Nr. 6. Emdrup: Forskningscenter GNOSIS ved Aarhus Universitet.

Seniorrådet (2012) *ViPensionister*. Orientering fra Seniorrådet i Egedal Kommune, December 2012 - Marts 2013, nr. 3, 6. årgang - særnummer.

[http://www.egedalkommune.dk/media/667344/vipensionister -
_december_2012.pdf](http://www.egedalkommune.dk/media/667344/vipensionister_-_december_2012.pdf) (accessed 28052013)

Seniorrådet (2013) *ViPensionister*. Orientering fra Seniorrådet i Egedal Kommune, April 2013 – Juli 2013, nr. 1, 7. årgang.
http://www.egedalkommune.dk/media/790351/vip_april_2013.pdf (accessed 28052013)

Twigg, Julia (2000) » Carework as a form of bodywork. « *Ageing & Society*, 20, s. 389-411.

Walker, Alan & Maltby, Tony (2012) » Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. « *International Journal of Social Welfare*, XX, s. 1-10.

8. IMPLEMENTERING AV NATIONELLA RIKTLINJER VID VÅRD OCH OMSORG FÖR PERSONER MED DEMENS SJUKDOM OCH DERAS ANHÖRIGA I MALMÖ STAD ÅR 2011 – 2012

Anette Olsson

Sammanfattning

Malmömetoden för demensfrågor bygger på socialstyrelsens rekommendationer. Utbildning måste vara nära knuten till arbetets utförande för att kunna införlivas i vardagsarbetet. Det räcker inte att tillföra teoretiska kunskaper om personcentrerad omvårdnad om inte medarbetarna får möjlighet att reflektera över vad kunskapen har för betydelse i deras arbete. Det krävs också personal med fördjupade kunskaper i arbetsgruppen för att handleda och driva utvecklingen framåt.

Inledning

Riktlinjerna vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras anhörig gäller för verksamhet som regleras av hälso- och sjukvårdslagen och av socialtjänstlagen. Det är första gången som riktlinjer utgår ifrån personer med demenssjukdom och deras

anhöriga. Riktlinjerna avser hela processen - från att en person får minnesproblem och blir utredd till inflyttning på ett särskilt boende i kommunen - hela sjukdomsförloppet ända fram till döden.

Högsta prioritet i riktlinjerna är bemötande. Genom att använda personcentrerad omvårdnad kan enligt riktlinjerna en person med demenssjukdom och dennes anhöriga få en god livskvalitet genom sjukdomsförloppet. Detta innebär ett paradigmskifte från att tidigare ha utgått ifrån demenssjukdomen till att fortsättningsvis se "person" med demenssjukdom. Det vetenskapliga underlaget är svagt, vilket konstateras i riktlinjerna, men personcentrerad omvårdnad ger ökad integritet, självständighet, initiativförmåga och minskar BPSD¹ symtom. Forskning² pågår vid bland annat Umeå universitet om hur personcentrerad omvårdnad kan göra skillnad. Forskning för att hitta botemedel pågår också men i dagsläget finns det endast symtomlindring för vissa demenssjukdomar.

Redovisning av projektet startar vid tillsättning av deltagarna. Den fortsätter sedan med den nationella och lokala inventeringen av äldreomsorgen som gjordes för att kunna sätta in nationella riktlinjer i nuläget. Därefter redogörs för vilken metod som blev den vägledande. Implementeringen beskrivs utifrån hur projektet försökte nå ut till alla aktörer inom äldreomsorgen; chefer, medarbetare, anhöriga, politiker och inte minst Malmöborna. Redovisning görs av hur projektet försökt att permanenta Malmömetoden, Silviasystrar och en ständigt pågående utveckling av vårdkedjan för demensvården. Silviasystrar är undersköterskor som läst 60 högskolepoäng om demensvård och omsorg på Sophia hemmets högskola i Stockholm. Efter genomförd utbildning är de specialister på palliativ vård för person med demenssjukdom och deras anhöriga. Utvärderingen började samtidigt som implementeringen och här beskrivs vad som kan utläsas av den. Avslutningsvis berättas om Malmös fortsatta satsning på demensverksamheten.

¹ BPSD är en förkortning för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

² Umeå universitet forskningsprojekt (2010) "*Personcentrerad vård av personer med demenssjukdom*" av forskningsledare David Edvardsson.

Projekt- och styrgrupp

För att implementera riktlinjerna i Malmö stad tillsattes ett projekt som startade i januari år 2011 och avslutas i januari år 2014¹. Rekrytering av projektdeltagare skedde med utgångspunkt i att deltagarna skulle ha med sig olika perspektiv in i projektet. De som anställdes hade erfarenhet av anhörigs-, chefs-, medicinskt-, kurativt- och myndighetsarbete. Helhetstänkande med medborgaren i centrum var utgångspunkten i projektet. Syftet var att Malmö stad ska följa de av Socialstyrelsen rekommenderade riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom för att förbättra vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Målet var uppdelat på fyra områden: Att ta fram anvisningar till Vårdkedjan, att implementera Nationella riktlinjer för vård och omsorg samt kartläggning och ge förslag för yngre personer med demenssjukdom och för anhörigstödet.

Målgruppen är äldreomsorgens chefer och personal som i sitt arbete möter personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det utfördes i Malmö stads tio stadsdelsförvaltningar och sociala resursförvaltningen.

Inventering av äldreomsorg

För att förstå demensverksamheten och personcentrerad omvårdnad måste vi titta tillbaka på historien eftersom vi förändras och förhåller oss utifrån den tid vi lever i. Den "svenska modellen" för välfärden skapades under 1900-talet. Äldreomsorgen kommer ur fattigvården. I "fattigstugan" hamnade de som inte hade en familj som kunde försörja dem. Äldre blev satta på undantag. Arbetet på fattigstugan fördelades utifrån personernas förmåga.

Begreppet äldreomsorgen är från år 1957 när riksdagen beslutade om nya riktlinjer för äldreomsorgen som kom till för alla gamla och inte som tidigare enbart för fattiga äldre. "Hemvård i stället för vårdhem", dagens kvarboendepincip kan härledas till detta beslut som var till för att värna om att alla äldre skulle få lov att bo kvar i

¹ Statliga stimulansmedel avslutades den 31 december år 2012.

sitt hem och inte behöva flytta till dåtidens ålderdomshem (Szebehely 2012 och Harnett 2013). Det som gjorde beslutet möjligt var pensionsreformen som infördes år 1948. Allmän pension till alla som inte var i arbetsför ålder vilket medförde att alla medborgare skulle klara av att försörja sig själv. Först på 1990-talet skedde en förändring som medförde att äldreomsorgen i de dåliga tiderna fick stå tillbaka för förskole- och handikappreformerna. Lill (2013) har studerat hur omsorg presenteras i kurslitteratur för vård och omsorgsstudenter och kommit fram till att omsorg visas som något kärleksfullt. Det är bilder på att hålla någons hand, hålla om någon och att ge en klapp på kinden. Att få det att gå ihop med myndighetsutövningen som styrs utifrån individens behov är svårt och behöver diskuteras i äldreomsorgen. Idag är det valfrihetsrevolutionen och fyrtiotalisternas kommande behov som debatteras i samhället.

Modeller som används för att förhålla sig till omsorgsbehovet.

Projektet fann tre modeller som används inom vård och omsorg. Modellerna försöker förklara vad som behövs och i vilken ordning saker ska ske för att människan ska få en bra livskvalité. Modellerna bygger på hur olika vetenskapliga inriktningar ser på åldrande:

- Biologiskt åldrande är förändring från förmåga till fysisk överlevnad.
- Psykologiskt åldrande innebär förändring till anpassning och att övervinna funktionsnedsättningar.
- Socialt åldrande handlar om förändring av roller och förväntningar.

Metoderna vi studerade är följande; Maslows behovstrappa, ADL-trappan¹, Salutogen omsorg, och Personcentrerad omvårdnad.

Maslows behovstrappa är uppbyggd efter människans fem olika behov; kroppsliga behov, trygghetsbehov, kärlek och gemenskap, uppskattning och självförverkligande. Behoven kan bara bli uppfyllda i rätt ordning och behoven på högre nivå är inte viktiga

¹ ADL (Aktiviteter i dagligt liv)

förrän behovet på en lägre nivå är uppfyllt (Westerlund & Sjöberg 2005).

ADL-trappan (Kerstin Hulter Åsberg, 1990) bygger på att personen tappar sin förmåga enligt ett visst mönster utifrån åldrande. Trappan går från noll till tio och på steg noll är personen självständig och på nivå tio har personen behov av hjälp med all omvårdnad i vardagen.

Salutogen omsorg utgår ifrån att personer har både hälsa och ohälsa. Det avgörande är hälsa, för trots att vissa människor har mest ohälsa kan de uppleva att de har en bra livskvalitet och gott välbefinnande. Det salutogena och patogena är det motsatta sättet att se sjukdom på. Det patogena menar att människan är drabbad och utsatt för olika riskfaktorer. Det finns en risk med det patogena perspektivet, att personer som har nedsatt kognitiv förmåga drabbas av underlåtenhet och eller övergrepp. Underlåtenhet och övergrepp kan ske på grund av att förändringar skylls på ålderdom och inte åtgärdas- eller begränsningar och/eller att tvångsmedicinering sker istället för att behandla sjukdom. Det som främjar hälsa anser Antonovsky är: meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Vilket också ger tillbaka ett gott arbetsklimat i personalgruppen och möjlighet till utveckling för personalen (Westerlund & Sjöberg 2005).

David Edvardsson (2010) beskriver att personcentrerad omvårdnad fokuserar på; personlighet, livshistoria och tidigare sociala roller, i syfte att stärka identiteten. Omvårdnadsgivaren ska betona: relation, kommunikation, känslor och förmågor. När omvårdnad ges på detta sätt får person med demenssjukdom och anhöriga en bra livskvalitet. Edvardsson, som studerar ämnet omvårdnad, väljer att sätta bemötande i centrum - för det är personalen som i sitt bemötande påverkar om det blir en bra omvårdnad eller ej. Det friska hos personen kommer i centrum.

Individen utifrån lagstiftningen

Den nationella värdegrunden reglerar rätt till privatliv och integritet, vilket är grunden för demensverksamheten. I propositionen (2009/10:116) till lagstiftningen Socialtjänstlagen, SoL 5 kap 4 § lyfts det fram att omsorgen ska anpassas efter

individen själv. Det individuella behovet ska bedömas utifrån; kön, förutsättningar, etnisk tillhörighet, religion/ trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder. Syftet med äldreomsorgen är att personen ska känna välbefinnande, vilket sägs kunna vara att känna trygghet och meningsfullhet. För att få välbefinnande krävs kontinuitet, pålitlighet och att slippa känna ovisshet och oro. Målet med värdegrunden är att skapa förutsättningar som kan ge livsmod, livsglädje och en känsla av sammanhang. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom lyfter fram det individuella perspektivet genom att prioritera personcentrerad omvårdnad som första prioritering. Den enskilde ska alltid sättas i centrum, vilket alla är överens om. Men hur omsorg, vård och stöd ska bedömas och utföras finnas det flertal uppfattningar om.

Personcentrerad omvårdnad

För att förklara "person-centred care"¹ använder vi Tom Kitwoods (1997) modell som bygger på ett socialpsykologiskt perspektiv. Det räcker inte att förstå personens demenssjukdom för att kunna ge ett bra bemötande. Människan är en komplex varelse och ingår i ett komplext system där samspel och integritet är en del av mänskligheten. Det finns ingen genväg för att kunna ge en god livskvalitet. Det krävs insamling av fakta och att ta sig tid till att lyssna på personen, anhöriga och andra yrkeskategorier för att förstå vilket beteende som tillhör personligheten och vad som kan tyda på smärta eller annan problematik som är kopplad till sjukdomen. Kitwood (1997) har tagit fram en modell för att se hela människan:

Personen med demenssjukdom = D + P + B + H + N + SP

D	Demenssjukdom	Diagnos fastställd av läkare.
P	Personlighet	Personens resurser med förmågor och kapacitet. Erfarenheter, misslyckande, rädslor och olika försvar mot ångest som

¹ Har blivit översatt till det svenska begreppet "personcentrerad omvårdnad" av Edvardsson, 2010 och Lundberg, 2004)

	förvärvats genom livet. Personlighet är en status som uppstår i relationer, som social varelse. Jag och Du = Vi.
Biografi	Hur människan ser på sitt liv och på världen. Livsberättelsen säger vem personen är, hur personen levt, värderingar, val och beslut som personen har tagit. Hur personen förhåller sig till omgivningen, relationer och till sin framtid samt till döden.
Hälsa	Fysiska hälsan och hur sinnena (syn, hörsel, smak, lukt, känsel, balans och huden) fungerar.
Neuropsykiatriskt Socialpsykologi	Faktiska skadorna på hjärnan. Miljön har betydelse för den kan öka eller minska känslan av säkerhet, värde och välbefinnande.

Dawn Brookers (2007) har fortsatt Kitwood arbete och gjort ett försök till definition av "person-centred care" i sin modell *VIPS*¹. Hon anser att kärnan i sättet att arbeta ska bygga på ett positivt bemötande och att undvika tillrättavisningar och att låta personens tolkningar styra arbetet. Metoden bygger på att bekräfta personens tolkningar för att undvika konfrontation som kan ge personen en känsla av värdelöshet och som kan ställa till mer problem för personen istället för att ge ett gott välbefinnande.

VIPS

V - Värdesätta personer med demenssjukdom och deras vårdare.

I - Bemöta och behandla personer som individer.

P - Se världen utifrån personens perspektiv.

S - Skapa ett positivt socialt klimat där personen med demenssjukdom kan uppleva välbefinnande.

(Översättning hämtad från Edvardsson (red) 2010,s 114 och Lundberg, 2004)

Vid föredrag på "Nordisk demenscentrums konferens i Köpenhamn i oktober månad år 2012 presenterade Brooker - the dementia care triangle", se bild 1. Förklarar hon att det finns både obetalda och betalda omsorgsgivare (Caregiver) runt personer med demenssjukdom vilka alla är lika betydelsefulla.

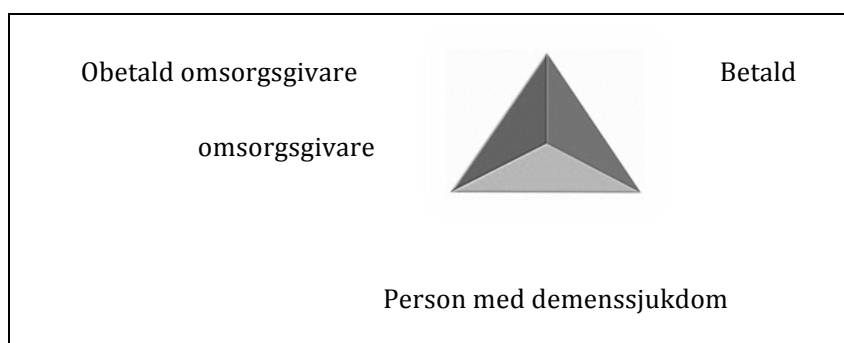


Bild 1

Triangeln symboliserar att personen finns i ett sammanhang. Helheten kan inte vara bättre än den minst fungerande delen. Obetalda omvårdnadsgivare är anhöriga, närstående och grannar med flera som hjälper och stöttar personen med demenssjukdom. Betalad omvårdnadsgivare är aktörer som uppbär lön för sitt arbete. De kan vara anställda i den offentliga sektorn, där de kan tillhöra kommunen eller privata företag. Där ingår också personal från andra huvudmän som region Skånes primärvård eller specialistvård.

Palliativ vård vid demenssjukdom

Silviahemmet definierar palliativ vårdfilosofi som den "gemensamma synen på människans lika och unika värde oavsett sjukdom, ålder, kön, social eller kulturell bakgrund" (Kajsa Båkman 2012). Den palliativa vården vid demenssjukdom utgår ifrån de fyra hörnstenarna; personcentrerad vård/symtomkontroll, teamarbete,

¹ VIPS (Very Important Person wich is an easier way of defining the outcome of person-centred care for people with dementia).

anhörigstöd och kommunikation och relation. Lars Albinssons (2002) har i sin avhandling studerat palliativ vård vid demenssjukdom. Avhandlingen belyser att det behövs en bra organisation och ett bra ledarskap som bygger på att personalen sätts i centrum precis som personen med demenssjukdom för att det ska bli en välfungerande organisation som kan ge en god livskvalitet. Den visar också på att existentiella frågor är viktiga och måste finnas med i omvårdnaden. Om familjen får stöd kan livskvaliteten lyftas till ett högre plan för att det ska bli en bra demensvård. Alla runt personen med demenssjukdom måste få vara med i teamet för att vården ska bli den bästa möjliga.

Inspiration från Norden och England

För att få en inblick i vad som görs nationellt deltog vi på Nationella Demensdagen i Stockholm i mars månad år 2011 som anordnas av Akademi Forum. Vi deltog även på Silviahemmets Stora inspirationsdag den 11 mars samma år för att få ta del av senaste forskningsrönen och vad som görs inom demensvården ute i landet samt ta del av utbildningar inom området. Internationell forskning kom vi i kontakt med genom rapport från FoU i Kalmar (Lundberg, 2004) som använt Kitwoods metoder vid utveckling av deras demensverksamheter. Pilehuset¹ i Köpenhamn har byggt upp sin demensverksamhet efter Kitwoods metod. Vi besökte därför Pilehuset i maj år 2011 för att se hur Kitwoods metoder används i praktiken.

Tillvägagångssätt för att sprida nationella riktlinjerna

Inom ramen för demensprojektet togs ett utbildningsmaterial fram som bygger på Svenskt Demenscentrums² webbutbildning Demens ABC. Syftet var att försöka nå ut till alla inom vård och omsorg med budskapet: Bemötande är det som kan förändra livskvaliteten och

¹ Pilehuset är ett boende för personer med demenssjukdom samt innehåller en dagverksamhet.

² Svenskt Demens Centrum ansvarar för utbildning, förmedling av forskning och fakta inom demensvården. Det drivs av två Stiftelser Silviahemmet och Stockholms läns Äldrecentrum på uppdrag av Socialstyrelsen och regeringen som också finansierar verksamheten.

att personcentrerad omvårdnad ska användas inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Projektet har spridit riktlinjerna inom vård och omsorg vid olika utbildningstillfälle under år 2011 och 2012, se tabell 1: Grundutbildning för medarbetare vid 28 olika tillfällen, samt fortsättningsutbildning för reflektionsledare.

Inspirationsdagar för demensvården har genomförts både år 2011 och 2012. Inbjudna och deltagare var personer med demenssjukdom, anhöriga, medarbetare, chefer och politiker. Kort (se bild 2) med "Första hjälpen i mötet med personer med demenssjukdom" delades ut för första gången år 2011. Kortet är framtagit för att ge en förståelse och att väcka nyfikenhet att lära mer om personcentrerad omvårdnad. År 2011 samlades ca 600 personer på Malmö Konserthus. Programmet innefattade både fakta och njutning. Konsertpianist Fredrik Haglund inledde på flygen. Irene Andersson (2011) berättade om sin bok "Min syster fick alzheimer" som bygger på hennes upplevelse av demensvården i Malmö stad. Hon berättade också om hur hon upplevde sin systers flytt till särskilt boende. Intervju med Maria som är besökare på dagverksamheten "Club Cefalon" i Malmö för yngre personer med demenssjukdom. Hon berättade om sin vardag och vad det betyder för henne att få besöka Club Cefalon. Intervjun gjordes utifrån hennes livsberättelse¹. Minnesmottagningen kurator Solveig Midhall och sjuksköterskan Sassa Persson beskrev deras strukturerade program för yngre². Rozita Torkpoor från Kunskapscentrum presenterade Migrationskolan³. Utställning om både nationella register, anhörigföreningar och verksamheter i Malmö stad samt för livsnjutning. Därefter musikframträdande av "Säg det i toner" med

¹ Intervjun genomfördes på stora scenen som teveprogrammet "Här är mitt liv". Anette Olsson intervjuade Maria och hon hade demenssjuksköterskan från Club Cefalon och hennes två hundar med på scenen. Det var som att sitta i ett avskilt rum vilket vi gjort vid två tillfällen innan och förberett oss på framförandet. Rummet byggde vi upp med bekväma fåtöljer och soffbord med blomma samt stora gröna växter som avskärmades oss från övriga scenen.

² Strukturerade program för yngre.

³ EU-projekt: Migrationskola för demensvården i Öresundsregionen. Projektledare Lennart Minthon. <http://www.interregks.eu/se> (2013-08-27)

Helena Hagström, Elina Nygren och Hannes Jägerstedt som arbetat med projekt i Hallands län för äldreomsorgen. Demensprojektet gav också en nulägesrapport. Avslutningsvis bjöd Alzheimerfondens ordförande Stefan Sauk på en beskrivning av fondens syfte och mål och inte minst avslutade han med en musikalisk njutning genom skönsång.

Inspirationsdagen år 2012 genomfördes på Palladium med ca 200 deltagare. Program med teaterpjäs "Rymden emellan" spelades av teater InterAkt. Silviasystrarna presenterade sig. Föreläsning om palliativ vårdfilosofi av Silviasjuksköterskan Kajsa Båkman som representerar Silviahemmet och Svenskt Demens Centrum. Rapport från Demens- och Silviasysterprojekten. Eftermiddagen avslutades med en paneldebatt utifrån teaterpjäsen och "goda" exempel från demensvården. En utställning visades med deltagande av Malmö Anhörigförening, Alzheimerföreningen i Malmö, Svenskt Demens Centrum, Guldstunder, Trygghetshotellet, anhörigstöd i Malmö stad och Demens- och Silviasysterprojekten.

MMM-dagarna¹ i Malmö stad vänder sig till all personal inom vård och omsorg, omsorgspersonal, assistenter, kanslisterna, övriga professioner, politiker och anhöriga. Vi var med år 2011 och presenterade reflektionsmetoden. Metoden finns på ett vykort för att lätt kunna användas i vardagsarbetet. Kortet har sedan spridits vidare genom reflektionshandledarna och vård och omsorgschefer till verksamheterna. Reflektionsmetoden är ett strukturerat sätt att reflektera om personcentrerad omsorg och vård. Förutsättningar för att metoden ska kunna användas är att reflektionstid schemaläggs för personalen. Metoden består av fem steg. Personen som reflekterar äger sin berättelse och först i steget analys får övriga deltagare berätta vad de lärt om händelsen. Steg 1 innebär en beskrivning av händelse utifrån frågan – Vad hände? I steg 2 berättas om känslor – Vad tänkte du? och Vad kände du? Steg 3 innebär en värdering av händelsen – Vad är positivt? och Vad kan förbättras? I steg 4 analyseras händelsen – Vad har du lärt dig av händelsen? Steg 5 är avslutningen när personen som berättat om sin

¹ MMM står för mångfald, möten, möjligheter och är tänkt som inspirationsdagar för personal, politiker och anhöriga i Malmö stad.

händelse gör en handlingsplan för framtiden utifrån frågan – Vad gör du för att det inte ska hända igen? Därefter kan nästa person göra sin reflektion.

Under år 2012 har projektet även arbetat med implementering av riktlinjer på myndighetsavdelningarna. Projektledare har träffat myndighets-chefsgruppen och besökt myndighetsavdelningar och träffat biståndshandläggare med flera för att föra ut budskapet och ge verktyg för att arbeta vidare med personcentrerad omvårdnad i myndighetsutövningen.

Utbildningstillfälle	År 2011		År 2012	
	Antal tillfälle	Antal deltagare	Antal tillfälle	Antal deltagare
Medarbetare*	7	367	10	159
Fortsättningsutbildning	2	30	6	40
Handledare	2	35	12	78
Biståndshandläggare	0	0	11	154
Pensionärsråd	2	30	2	15
Vårdkedja	0	0	2	68
Inspirationsdag	1	600	1	200
MMM-dagar	3	150	0	0
Tvärprofessionell utbildning; palliativ vårdfilosofi	0	0	7	311
Totalt	17	1212	51	1025

* Varav 128 chefer år 2011 och 7 år 2012

Tabell 1

Projektet fick möjlighet att köpa in demensutbildning av stiftelsen Silviahemmet¹ genom stimulansmedel från Socialstyrelsen och egen satsning. Silviasysterutbildningen är ett led i att utveckla demensvården i Malmö stad. Detta för att gå vidare med kompetenshöjning av undersköterskor som möter personer med demenssjukdom och deras anhöriga i vardagen. Genom Sophiahemmet Högskola utbildas 16 undersköterskor till Silviasystrar (specialister inom demensvården) sedan hösten år 2012. Examination och uppstart inför ny kurs sker i Malmö. För att sprida filosofin inom hela demensverksamheten fick övriga professioner inom vård och omsorg i Malmö stad ta del av Silviahemmets utbildning. Detta genomfördes under riktade utbildningsdagar; en för chefer, två stycken tvådagars utbildningar för professioner och en dag för omsorgspersonal. Syftet var att höja kunskapsnivå och inte minst att förbereda kollegorna på vad Silviasystrarna lär sig på sin kunskapsresa. Det skapades även ett nätverk för att stödja och handleda undersköterskorna under utbildning samt hålla cheferna uppdaterade och förankra den nya rollen i Malmö stad.

Metod för demensfrågor

Kartläggningen som gjordes under våren år 2011 visade att demensvården i Malmö stad har utvecklats åt olika håll med olika tyngdpunkter. Projektets målsättning blev att försöka se demensverksamheten utifrån Malmöbns perspektiv. Projektet tog mot den bakgrunden fram en metod för implementeringen som är uppbyggd på tre nivåer, se nedan. Tanken bakom metoden var att den ska kunna permanenta i Malmö stad efter projektet för att demensfrågorna fortsatt ska hållas levande.

Metoden bygger på att kunskap är färskvara och att utbildning och fortbildning måste ske kontinuerligt. Allt ska vara knutet till arbetsplatserna och kombineras med reflektioner och handledning för att ge bästa resultat i enligt med nationella riktlinjerna. Chefen

¹ Stiftelsen Silviahemmet startades år 1996 av verksamhetschef Wilhelmina Hoffman, geriatriker och överläkare.

har en viktig roll för att åstadkomma en lärande organisation där medarbetarna får möjlighet att ta del av varandras kunskaper.

- Nivå ett, reflektionsledare i varje arbetsgrupp som leder reflektion med sina kollegor.
- Nivå två, reflektionshandledare i varje stadsdel som handleder och är sakkunniga åt reflektionsledarna.
- Nivå tre, handledningsgrupp i Malmö stad för reflektionshandledarna. Handleder och ordnar utbildning till reflektionshandledarna.

Metoden bygger på reflektioner i arbetsgruppen när medarbetare gör Demens ABC -utbildningen och sedan fortsätter med reflektionsmöte en gång i månaden i arbetsgruppen. En medarbetare per arbetsgrupp fick delta med sin chef på den implementeringsutbildningen som ordnades av projektet. För att medarbetare ska få stöd som reflektionsledare valde vi att utbilda två reflektionshandledare per stadsdelsförvaltning för att reflektionsledaren ute i verksamheten skulle få stöd i sin roll som reflektionsledare och få kunskapspåfyllning och för att hålla ihop reflektionerna i Malmö stads tio stadsdelsförvaltningar. Kunskapscentrum för demenssjukdomar kopplades in för att ge handledning och specialkunskap till reflektionshandledarna. Detta ger möjlighet till kunskapsutveckling för reflektionshandledarna samtidigt som man har möjlighet att utvecklas ihop i- och med Malmö stad. Cheferna har också en viktig roll att göra reflektioner möjliga och schemalägga tiden så att det blir möjligt att utveckla modellen vidare. Syftet med reflektionsmodellen är att ta tillvara allt bra som görs inom äldreomsorgen och lyfta fram arbetet som görs ute på fältet. Reflektionsledarna behöver stöttning för att inte reflektionerna ska falla i glömska. Reflektionshandledarna behöver också träffas två till fyra gånger om året för att få stöd i sitt arbete och för att hålla samman utvecklingen i Malmö stad.

En verktygslåda har tagits fram för demensverksamheten. Verktygslådan innehåller bland annat bemötandekort (bild 1), reflektionskort (bild 2) och beskrivning på förhållnings- och synsätt som personcentrerad omvårdnad bygger på samt den palliativa vårdfilosofin för demensvården. Allt för att underlätta vidare arbete med personcentrerad omvårdnad.

Vårdkedjan utifrån aktörer i Malmö stad

Parallellt har demensprojektet arbetat med att ta fram riktlinjer för en välfungerande vårdkedja¹ för vård och omsorg vid demenssjukdom. Teamarbete lyfts fram i nationella riktlinjer. Teamarbete kräver att personen med demenssjukdom, anhöriga och professionella samarbetar. Att arbeta i team kräver kommunikation och relationer mellan berörda för att teamarbetet ska bli välfungerande. Anhöriga behöver få en tydligare roll, då de annars lätt glöms bort i teamarbetet. Anvisningarna har arbetats fram tillsammans med medarbetare från olika professioner i Malmö stad och Region Skåne. Två olika anhöriggrupper har varit med i arbetet, Malmö anhörigförening och en anhöriggrupp i en av stadsdelarna. Vid möten i mars och oktober månad år 2012 identifierades fem områden som bör förtydligas och utvecklas.

- Professionernas roller bör bli tydligare, att respektive huvudman utser huvudansvarig för kommunikationen samt läkemedelsgenomgångar.
- Styrning och ledning. Personalen behöver utbildning och kontinuerlig fortbildning för att klara sitt uppdrag. Kontinuitet vid utförandet samt att arbetet ska vara långsiktigt. När det gäller basal utredning behövs fler minnesmottagningar, ökad tillgänglighet och återkoppling till Malmö stad.
- Tidsfaktorn behöver också ses över: Utredning bör starta inom en månad, och väntetid på avlösning, dagverksamhet och boende kortas. Hjälpmedel ska förskrivas i ett tidigt skede.
- Social utredning kan bli bättre genom att inhämta den basala utredningen som görs på vårdcentralen. Förfarandet vid ansökan och samtycke av den enskilde kan förändras. En strukturerad uppföljning bör göras av beslut inom en bestämd tid.

¹ Vårdkedjan innebär att alla professioner som medverkar i vård och omsorg är lika viktiga men har olika uppdrag och måste samarbeta för att få den att bli välfungerande. Professioner som ingår är chefer, demenssjuksköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut, sjukgymnast, anhörigkonsulent, sjuksköterska, Silviasyster och omvårdnadspersonal.

- Hjälpmedelbehovet måste kommuniceras bättre mellan Malmö stad och Region Skåne. Utprovning av hjälpmedel kan ske på ett mer ändamålsenligt sätt. Uppföljning och utvärdering av föreskrivna hjälpmedel måste vara strukturerat och kommuniceras bättre mellan professionerna.

Förslag på anvisningar bygger på mötena och synpunkter från mötet demenssjuksköterskorna och nätverk med Silviasystrar och deras chefer. Anvisningarna innehåller förtydligande av yrkeskategoriernas roller och ansvarsområde. Den belyser att individuella planer är en länk mellan huvudmännen och hur den kan användas i det vardagliga arbetet.

Nulägesstudie som utvärderingsmetod

Nulägesstudien är en enkät som består av två delar. Första delen består av frågor där medarbetaren ska bedöma sina kunskaper om färdigheter vid bemötande av personer med demenssjukdom. Den andra delen består av två påståenden som ställs mot varandra och där ska deltagaren kryssa i vilket påstående som överensstämmer med personcentrerad omvårdnad.

Utvärderingen visar att Malmömetoden för demensfrågor har medfört att kunskapen om personcentrerad omvårdnad har ökat. Utvärderingsresultatet visar att det krävs mer än webbstudier för att lära in nya kunskaper. Det krävs en kombination av egen inläsning av teori och reflektioner i grupp, handledning med tillförsel av kunskap för att öka medarbetarens färdighet. För att medarbetare ska kunna lära av varandra och det ska kunna bli en lärandeorganisation krävs att alla steg genomförs. Det räcker inte att tillföra teoretisk kunskap om inte medarbetarna får möjlighet att reflektera över vad kunskapen har för betydelse i det vardagliga arbetet. Det krävs avsatt tid i vardagen för att arbetsgruppen ska behålla och utveckla sina kunskaper och färdigheter. Det framkommer också vid utvärdering att reflektionshandledarna tycker det är viktigt att träffas för att inspirera varandra, få handledning och fortbildning. De anser också att det är viktigt med en likvärdig demensvård som bygger på personcentrerad

omvårdnad och att medborgarna ska få samma möjligheter inom Malmö stad.

Evidensbaserad praktik

Kunskapen som finns i praktiken diskuterar idag utifrån att den bör användas till att utveckla praktiken genom att koppla ihop den med teori för att kunna använda den som generell kunskap. Malmö Högskola och ett antal kommuner i Skåne har gått ihop om att utbilda medarbetare i forskning upp till licentiatsnivå under fyra år. Avtal har skrivits med Malmö stad om att medarbetare arbetar på 50 procent på sin arbetsplats och ingår i forskarskolan för yrkesverksamma inom det sociala omvårdet 50 %. Malmö stad satsar på utbildning för tre medarbetare inom äldreomsorgen, vilken startade i januari år 2013. Jag har fått förmånen att vara en av kommundoktoranderna och kan därigenom fortsätta att arbeta med utvecklingen av demensverksamheten.

Forskningen handlar om familjer¹ där en medlem blir utredd för minnesproblematik eller har fått en demensdiagnos. Forskningen avser att studera hur familjen får omsorgen att fungera och känna välbefinnande som utlovats av politiken för att de ska kunna fortsätta att leva ett värdigt liv. Lagstiftningen framhåller att familjen ska kunna fortsätta att leva ett självständigt liv och kunna bestämma över sin vardag även när de behöver stöd, service, hjälp i hemmet och avlastning eller när det krävs flytt till annan boendeform. Familjen ska få behålla sin integritet och kunna fortsätta att leva ett vanligt vardagsliv och ta del av samhällslivet med allt vad det innebär för dem. Studien ska lyfta fram familjens önskan om stöd, vilket kan bidra till att utveckla den offentliga verksamheten. De övergripande frågeställningarna är följande: Vilken omsorg önskar familjen när en familjemedlem får en demensdiagnos och hur framför familjen sitt behov av hjälp till

¹ För att förklara begreppet familj tar jag hjälp av familjeforskningen som lyfter fram att samhällstrenderna visar på en större variation av vad som är en familj idag. Margareta Bäck Wiklund¹ (2012) tar upp frågan om att familjer idag har större variation än förr och att begreppet nätverksfamilj bättre speglar hur familjer ser ut, "Med nätverk som metafor för det senmoderna familjelivet upplöses familjen som en sluten social enhet. I stället ställs relationer och variationen av det vardagliga familjelivet i fokus" (s. 17).

professionerna? Samt; hur uppfattar aktörerna familjens önskemål och vad beslutas för omsorg till familjen och hur utförs omsorgen? Projektet utgår ifrån familjen och hur den blir sedd och tolkad av aktörerna som utreder, beslutar och utför stöd och hjälp till familjen.

Demensvården är resurskrävande: 85 procent av kostnaden står kommunerna för, vilket för Malmö blir ca 1,34 miljarder kr. Kostnaden är ca 50 miljarder kr om året i Sverige. Om prognosen blir som det förutsätts kommer behovet av demensvården att öka markant inom en snar framtid. För att Malmö stad ska kunna fortsätta sin utveckling inom demensvården behövs ett kontinuerligt arbete som måste vara ständigt pågående.

Referenslista

Albinson, Lars (2002), *A palliativ approach to Dementia Care*. Uppsala: Uppsala Universitet.

Andersson, Irene (2011), *Min syster fick alzheimer – om vård och bemötande ur ett anhörigperspektiv*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

Andersson, Katarina (2007), *Omsorg under förhandling – om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Umeå: Print och Media.

Antonovsky, Aaron (1991), *Hälsans mysterium*. Falun: Natur och Kultur.

Brooker, Dawn (2007), *Person – Centred Dementia Care. Making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Båkman, Kajsa (2012-09-26) Palliativ vårdfilosofi. Malmö: KockumsFritid.

Bäck-Wiklund, Margareta & Johnsson, Thomas (red.) (2012). Nätverksfamiljen. Sid 17-47 . Familj och modernitet. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

Edvardsson, David (red.) (2010), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Harnett, Tove och Jönsson, Håkan och Wästerfors, David (2013), *Makt och vanmakt på äldreboenden*. Lund: Studentlitteratur.

Kitwood, Tom (1997), *Dementia reconsidered : the person comes first*. Glasgow: Scarborough

Lill, Linda (2010), *Äldreomsorg – makt, genus, klass och känslor i ett yrke*. Malmö: Liber.

Lundberg, Peter (2004), *Dementia Care Mapping – ett instrument och ett arbetssätt för att analysera och utveckla demensvård*. FOU-rapport 7/2004.

Norström Carl, Thunved Anders (2011), *Nya sociallagarna*. Norstedts Juridik, Stockholm.

Socialtjänstlagen (2001:453)

Socialstyrelsen (2010), *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2008:51, *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Betänkande av värdighetsutredningen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Szebehely, Marta (2012), *Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar? I Andersson, Lars och Öberg, Peter. Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.

Westlund, Peter & Sjöberg, Arne (2005), *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. Solna: Fortbildningsförlaget.

9. DEMENTA PERSONERS SOCIALA VÄLBEFINNANDE RELATERAT TILL OLIKA PLATSER

Margareta Rämgård

Platsers betydelse i demensvården har i huvudsak relaterats till miljöer i särskilda boende former. Flera särskilda boenden börjar i allt högre utsträckning lägga vikt vid att *konstruera platser och miljöer* för dementa personer. Vi vet idag att dementa personer reagerar negativt och blir mer oroliga av mönster och raka linjer i golvet och att de har lättare att hitta till dörrar och toaletsitsar när dessa är rödfärgade. Samtidigt så får vi inte glömma bort att dementa personer inte är sin "diagnos" utan precis som du och jag så har även dessa personer sina specifika relationer till platser och miljöer, även om denna relation i bland förändras av deras demens. I ett projekt som genomförts i Kommunförbundets Skånes (FoU Skåne) regi och som berör socialt välbefinnande hos dementa personer har en grupp undersköterskor från tre särskilda boenden, tillsammans med mig som forskare, funnit intressanta resultat relaterat till dementa personers välbefinnande i relation till olika platser.

Studiens genomförande

Studien om dementa boendes sociala välbefinnande har genomförts tillsammans med personalen och anhöriga i tre olika kommuner i Skåne. I Burlövs kommun är boendet lokaliserat i ett höghus, i tre våningsplan tillsammans med övrig bebyggelse. I höghusen bor en blandad befolkning som levt i flera generationer i området tillsammans med en migrerad befolkning från olika delar av världen. I Hässleholms kommun är boendet lokaliserat till den mindre orten Vinslöf. Det är ett litet samhälle med en befolkning som levt mycket länge på samma plats och där jordbruket är en viktig näring. Den tredje kommunen är Höörs kommun med demensboendet Björken, som ligger centralt i Höör. Höör är en ort med mycket inflyttning där befolkningen ofta pendlar till arbete i Lund och Malmö.

Det är tio undersköterskor från varje kommun som deltagit i studien, de flesta av dem är kvinnor. Sammanlagt är det således trettio personer som deltar i studien varav samtliga arbetar i dessa ovan beskrivna boenden. Personalen från respektive boende står inte i kontakt med varandra under studien utan varje boende genomför sin egen analys som sedan sammanställs av forskaren. De trettio dementa personer som tas ut till studien utgörs av en grupp som har olika diagnoser och som personalen ansvarar för dagligen. De dementa personer som studien refererar till har ingen möjlighet att klara sig själva och bor därför i särskilt boende, men de är inte helt sängbundna. Några använder hjälpmedel såsom rullstolar och rullatorer när de skall förflytta sig. Samtliga har närstående bestående av barn eller make/maka.

Metoden i studien

Studien tar utgångspunkt i ett interaktivt forskningsarbete som även involverar personalen. Det empiriska materialet bygger på fokusgrupper, intervjuer med närstående samt dagböcker om dementa personers aktiviteter som samlats in av personalen och forskaren under tio månader. Varje boende har haft fokusgrupper med personal och forskare där det centrala temat varit att föra en dialog om dementa personers sociala välbefinnande där personalen relaterat till situationer i sitt arbete med dementa boende.

Personalen har också observerat tio dementa personer i vart och ett av de tre boendena genom att fylla i dagböcker. I dessa dagböcker så antecknas tid och plats för sociala aktiviteter och om dessa gett de dementa personerna ett ökat välbefinnande. Dagböckerna följer principer från tidsgeografin där dagboksanteckningarna beskriver varje individs aktiviteter i tid och rum. Dagböckerna visar också på vilka platser och vid vilka tider som de sociala aktiviteterna bidragit till dementa personers "klara ögonblick". Forskaren har genomfört intervjuer med samtliga närstående till dessa trettio dementa personer. Intervjuerna utgick ifrån en temaguide som frågade efter närståendes upplevelser av socialt välbefinnande hos de dementa personer som ingick i studien. Dialogerna i fokusgrupperna har sedan analyserats och därefter jämförts med närståendes berättelser och dagböckerna i en fortlöpande analys under de tio månader som studien pågick.

Forskaren och personalens analys av det insamlade materialet

Materialet har kodats utifrån Charmaz (2006) konstruktivistiska tolkning av grundad teori (grounded theory). I en grundad teori (grounded theory) så används inga förutbestämda teoretiska resonemang men däremot olika begreppspunkter. I denna studie så var utgångspunkten från början att undersöka dementa personers sociala välbefinnande. Definitionen av socialt välbefinnande utgår från en begreppsanalys av begreppet samt av undersköterskornas egna definitioner av socialt välbefinnande utifrån deras praktiska arbete med dementa personer. Begreppsanalysen och undersköterskornas egen definition är samstämmig vilket har underlättat analysarbetet. *Socialt välbefinnande* definieras i studien som en subjektiv upplevelse av tillfredställelse i en människas sociala liv i relation till sociala relationer, socialt stöd och meningsfull tillvaro. Materialet kodas i en process under arbetets gång. Efter de tre första fokusgrupperna så påbörjades processen med att sammanställa den första analysen som visade att dementa personers sociala välbefinnande i hög grad kan relateras till deras erfarenheter tidigare i livet, vilket stämmer med tidigare forskning. Många tidigare studier refererar till de dementas upplevelser från

tidigare i livet och av minnen från barndomen. Studier har visat hur ett igenkännande stärker det egna jaget på ett sådant sätt att det bidrar till välbefinnande vilket brukar benämnas *reminiscens* (Brooker & Duce 2000; Coleman 2005).

Det rumsliga perspektivet har inte varit utgångspunkt i starten av studien men har genom analysen visat sig ha en avgörande betydelse för de dementa personernas sociala välbefinnande. Relationen mellan plats, sociala aktiviteter och välbefinnande utgjorde en stark analytisk riktning i materialet. När det sammantagna materialet kodas återigen efter de tidsgeografiska karteringarna av trettio dementa personers dagböcker och djupintervjuer med deras anhöriga visar analysen hur det spatialsociala är integrerat med varandra och att vissa platser även förbättrar dementa personers handlingar. När sedan hela materialet abstraheras av forskaren i ett hierarkiskt system med över och underkategorier (enligt grounded theory) så framkommer en kärnkategori som har en överordnad position och som benämns "*minnesvärda platser*". Den utgör den röda tråden i materialet. I följande text så beskrivs denna kärnkategori och dess underkategorier som speglar dementa personers sociala välbefinnande i relation till olika platser.

Minnesvärda platser hos dementa personer

Tidigare forskning har visat att människor som lider av demens får ett ökat välbefinnande av färger och former i vårdmiljöer. Det denna studie visar är att platser har en stor betydelse för dementa personers sociala välbefinnande. Det som särskilt framkommer i studien är att *emotionellt laddade upplevelser* förknippade med speciella platser i dessa dementa personers liv påverkar deras förmåga att utföra sociala aktiviteter, stärker deras minne och verkar allmänt stödjande.

Minnesvärda platser kan vara platser från tidigare i livet som betyder mycket känslomässigt eller som stärker dementa personers beteende därför att de är så starkt *symboladdade*. Platser konstruerar mening för dementa personer på grund utav att sociala möten och aktiviteter av olika slag, inte enbart är "konstruerade",

utan snarare framväxta genom den plats där dessa handlingar sker. Vilket betyder att dementa personer har en relation med platser som bygger på någon sorts erfarenhet och förankring och som representerar något som ger en *känsla av sammanhang*, med dofter och färger, ting och saker.

I forskningen inom demensvården påtalas vikten av att låta dementa människor *relatera* till något, för att förstärka det som i litteraturen benämns "det egna jaget" (Cohen & Mansfield 2006, Surr 2006). De handlingar som personal och närstående utför för att förstärka det egna jaget för dementa människor benämns ofta *identitetsstöd* (Kitwood 1997, Wellin & Chris, m.fl. 2004). Minnesvärda platser verkar identitetsstödjande hos dementa personer vilket påverkar deras sociala välbefinnande. Det är således inte enbart konstitutionen av specifika objekt (saker, möbler, ting) i form av färg, form och arkitektur och relationer rent allmänt som bidrar till dementa personers välbefinnande. Utan det sociala välbefinnande skapas genom en samverkan mellan det sociala och spatiala i känslan för en plats som formas av *kroppsminnen, platsminnen* och *aktiviteter som haft stor emotionell betydelse* för den enskilde individen tidigare i livet även när dessa platser omvandlas i en dement persons livsvärld.

Känslan för en plats bidrar till socialt välbefinnande

Känslan för en plats (Buttimer & Seamon 1980, Tuan 1979, Relph 1976) är ett begrepp som kan vara till hjälp för att öka förståelsen för hur platser som det egna hemmet är relaterat till socialt välbefinnande eftersom det handlar om hur platser påverkar vår identitet och känsla av kontinuitet. Känslan för en plats låter sig inte så lätt beskrivas i ord men har att göra med en speciell atmosfär och känsla av välbefinnande som alstras av själva platsen i fråga.

Detta blir särskilt intressant hos dementa personer som är bosatta i särskilda boenden eftersom dessa enligt svensk socialtjänstlag skall betraktas som eget hem. Flera forskare i hälsogeografi har beskrivit hur känslan för en plats försvinner när deras hem förvandlas till arbetsplatser för vård och omsorgspersonal med ny teknologi (Milligan 2011, Rämgård 2008). Själva känslan och upplevelsen av

hemmet som sådant försvinner när hemmet allt mer institutionaliseras. Milligan (2011) beskriver hur människor får allt svårare att uttrycka sin egen identitet och individualitet när hemmet förvandlas till en vårdplats. Så frågan är om ett vårdboende någonsin kan uppnå samma känsla för en plats som det egna hemmet.

Hur dementa personer förhåller sig till platser beror i stor utsträckning på hur dessa platser bidrar till mening för dem i vardagen. Humanistiska geografer menar att för att uppnå en slags *existentiell trygghet i en plats*, som hemmet, så behöver människor en särskild känsla av tillhörighet som ger mening åt själva platsen i fråga. Dementa personers lägenheter i ett särskilt boende fyller funktionen av ett personligt rum i någon mån, eftersom det är den enda plats där de kan dra sig tillbaka. Flera av de dementa personerna i studien beskriver också lägenheten som "sitt rum" för personalen.

Samtidigt så upplever de allra flesta en förvirring över var de "hör hemma" någonstans. Många refererar till boendet som någon form av sjukhus eller vårdinrättning. Medan andra säger att de "bor" här nu men har "sitt hem" någon annanstans. Kanske är det själva känslan för platsen som fattas. Den som det tar så lång tid att uppbringa. Den känslan som många människor har i sitt eget hem och som består av förankring och närhet, och en hemmastaddhet i tillvaron. En sådan känsla är det få som har, snarare verkar många av de dementa personerna i studien fortfarande associera det särskilda boendet till någon form av institutionsboende. En av undersköterskorna refererar till "internat". Det är som ett internat snarare än som ett hem säger hon. De bor i sina rum men själva boendet fungerar ändå utifrån ett socialt sammanhang. En av undersköterskorna berättar:

"Jag skulle nästan likna det vid ett internat, här är lugnt och bra men inte riktigt hemma. De dementa säger ofta vi bor på hotell, vårdshus, de säger det många gånger. Det är hotell man bor på"

Inom demensvården så ber personalen ofta närstående att ta med saker från deras egna hem till boendet för att dementa personer skall känna sig trygga. Tidigare forskning har påvisat att detta stärker dementa personers välbefinnande genom att förbättra deras kognition och fungera identitetsstödjande (Wijk 2004).

Detta är dock inte helt okomplicerat och enkelt. Dementa personer befinner sig en värld där dörren ibland står på glänt till vår verklighet, ibland är öppen – deras klara ögonblick – och ibland är helt stängd. Det innebär att de kan veta att de inte är hemma, samtidigt som de inte vet var de är. Deras känsla för platsen de bor på nu är inte densamma som tidigare, något är helt enkelt fel. De har inte den där riktiga känslan av ”hemma”. Emma har växt upp på orten och har bott länge i sin villa nära centrum och tagit hand om man och barn hela sitt liv utan att ha yrkesarbetat. Emma är en lugn och trygg dam men hennes demens har gjort att hon ibland blir orolig och får ångest när hon inte förstår var hon är någonstans. Efterhand så blir hon allt för dement för att klara sig på egen hand och får då komma till det särskilda boendet. För att hon skall trivas bättre på boendet så har hennes familj tagit med sig en del föremål från hemmet som de vet att Emma tyckt mycket om. En närstående berättar:

”Vi hade tagit med mammas möbler som vi visste var viktiga och tavlorna hon varit så glad för tidigare, men vi fick ta ned tavlorna på mammas rum för hon blev så orolig över att ha dem”

I en dement persons värld kan tavlorna påminna henne om att hon själv är på fel plats. Tavlorna sitter inte i hemmet utan i ett annat rum. I detta fall ingav tavlorna oro, eftersom det gjorde den dementa kvinnan mer medveten om att hon inte var hemma utan på en främmande plats. Tavlorna togs ned och hon blev lugnare för att hennes diffusa upplevelse av att ”inte vara hemma” stämde bättre överens med den fysiska verklighet hon hade runt i kring sig. Det är således den svårgripbara ”känslan av platsen” som kvinnan förknippar med det egna hemmet, som är identitetsstödjande för henne, snarare än enbart ting och saker.

Plats minnen bidrar till det sociala välbefinnandet

Känslolivet och minnet kan på olika sätt länkas till platser. Ett plötsligt igenkännande av en plats eller landskap kan återväcka starka känslor (Tuan 1999). Minnesbilder av plaster inkluderar sociala, psykologiska och sinnesupplevelser, speciell är kanske känslominnen som dofter.

Till skillnad från biologer som utgår från den enskilde individens minnen så talar Maurice Halbwachs (1992) om att minnen är något som är socialt och kulturellt producerat. Kulturella aspekter förhandlas socialt, så att en individs minne även har en social dimension som bygger på en gemenskap i en grupp. Många migranter använder tex. arkitektur för att få en egen identitet i en plats, eller för att skapa familjära miljöer (Mazumdar & Docuyanan 2000).

Det *sociala minnet* som Halbwach talar om formas individuellt men delas av en grupp. När föreställningar och historier länkas till en plats, blir dessa platser starka påminnelser om dessa delade erfarenheter. Utifrån det resonemanget är det kanske inte så märkligt att minnena återvänder när dementa vistas i fysiska miljöer de igenkänner från tidigare i livet, eftersom det vanligtvis är det abstrakta tänkandet som är skadat av demensen, liksom förmågan att styra sin uppmärksamhet. Genom att vistas fysiskt i platser från förr, väcks minnesbilder från tidigare upplevelser. Det verkar dessutom som att detta förstärks ytterligare när platserna är starkt *symboladdade*. Ett exempel på detta är Anna, Ola och Ingrid. De kommer från tre olika boenden och har helt olika bakgrunder. De tillhör alla tre den generation där vissa förväntade beteenden är förknippade med kyrkobesök och sjukhusvistelser. Undersköterskorna refererar till hur dessa personers beteenden förändras när de återvänder till liknande platser.

”Likadant är det i kyrkan. De sitter alldeles stilla. Det är som kyrkorummet förstärker att de vet vad de ska göra liksom. De blir också ännu tydligare hos läkaren på sjukhuset. När de kommer in dit, verkar de ofta som de vet precis hur de ska göra och uppfattas därför som klara. Det verkar som det är ett sorts igenkännande från förr. Gamla minnen som

förstärks av vissa platser. Hur man ska uppföra sig där”

Personalen på alla tre boendena upplever att när dementa personer i studien vistas på platser där de förväntas att ha ett speciellt beteende, förstärks även deras handlingsförmåga. All personal i fokusgrupperna har erfarenheter av att kyrko- och sjukhus besök får deras dementa boende att uppträda annorlunda i dessa miljöer än tex. när läkaren eller prästen kommer till dem på boendet. Det visar att det sociala samspelet är starkt förknippat med den fysiska miljön i en specifik plats.

Människors erfarenheter ger ofta mening genom att de är platsbaserade eftersom vi upplever platser genom olika sinnesupplevelser och handlingar. Denna mening relateras i viss mån även till en känsla av identitet förknippad med en specifik plats. Personliga erfarenheter av platser fokuserar på individers livshistoria, men det betyder inte att denna struktur av personlig erfarenhet är unik för individen. En lokal plats består av människor, och fysiska materiella ting och saker som delar en gemensam historia med andra människor i just den fysiska miljön. Denna komplexa väv av interaktioner, relationer, erfarenhet och perceptioner som finns i en plats är viktigt för hur en plats uppfattas (Rämgård 2006).

Många dementa personer behöver uppleva rörelse och omväxling i rummet, de behöver i ökad utsträckning komma utanför boendet. De behöver också känna att de fortfarande är en integrerad del av en lokal gemenskap. Hur boendet är lokaliserat i den lokala platsen påverkar därför deras sociala välbefinnande. Många av de dementa personer som bor på boendet härstammar från eller har bott i närheten av den plats där boendet är lokaliserat. Detta har en stor betydelse för deras känsla för platsen. Adolf har växt upp i det område där demensboendet är förlagt. Han har dessutom arbetat som trädgårdsmästare på orten och har därför varit en känd person för många av ortens äldre innevånare. Adolf var en mycket social person tidigare i livet men har genom sin demenssjukdom blivit allt mer innesluten i sig själv och även en smula orolig. Personalen har

upptäckt att när han får sitta vid ett fönster och titta ut så blir han mer lugn och harmonisk. En undersköterska berättar:

”Adolf brukar sitta vid fönstret i sitt rum och titta ut. Där borta ser han byggnader han känner igen från tidigare i livet, och människor som han känner igen och det ger honom en känsla av ro.”

Det är inte ofta som dementa personer vistas i det lokala samhället utanför. Det är också marginellt att övriga samhällsmedborgare på andra vis blir en del av dementa personers vardagsmiljö på de särskilda boendena. I den bemärkelsen kan det sägas att dementa personer befinner sig i ett annat socialt rum, på en specifik plats. Det övriga samhället utanför, och de dementa personernas värld är innanför de särskilda boendena. Ändå kan vi se att det finns en del försök till integrering från kommunernas sida. De särskilda boendena är förlagda till en social plats, nära service och andra inrättningar. De ligger nära eller är insprängda kommunens övriga bostadsområden vilket kan verka identitetsstödande om de har tidigare erfarenheter från platsen där boendet finns.

Emotionella aktiviteter i olika platser ger social välbefinnande

Platser och *aktiviteter* är tätt sammanbundna, eftersom den sociala världen skapas genom interaktionen mellan människor, mänsklig kreativitet, och olika former av upplevda erfarenheter mellan människor och platser (Ley & Samuels 1978). Den känslomässiga förankringen till en plats kan vara omedelbar, det vill säga menings- och situationsspecifik, eller temporär i ett relativt långt tidsintervall som upprepar sig. Men den kan även vara mer permanent, där en människas eller gruppens känsloliv är djupt förankrade och förbundna med en plats (Rämngård 2006). Milligan, Bingley & Gatrell (2005) diskuterar hur äldre personers sociala välbefinnande påverkas när de inte har samma tillgänglighet till emotionella platser där de känner förankring. Dementa personer i studien är ofta hänvisade till själva boendemiljön eller till platser som bestäms utav

personalen i boendet när de skall utföra sociala aktiviteter. Det innebär att deras aktiviteter förpassas till bestämda platser som de själva inte har valt. Ofta kan det handla om att personalen samlar till utflykter eller middagar som endast uppskattas av vissa i gruppen.

Våra emotioner talar om vad som har betydelse för oss, och när människor har upplevt en speciell känsla som de förknippar med en speciell plats, så relaterar de ofta den känslan till platsen där den känslan uppstod. Inte minst tydligt blir detta när personer varit med om olika kriser. Exempelvis har forskare påvisat att personer med traumatiska stressupplevelser kan läka sina upplevelser i en plats genom att återbesöka platsen i fråga. Känslorna som utspelades väcker minnen som kommer till ytan och som sedan kan bearbetas (Rämgård 2006).

Men det är inte vilka aktiviteter som helst i den fysiska miljön som väcker emotionella minnen hos de dementa personerna i studien. I de allra flesta fall så är det av stor betydelse att dessa aktiviteter ska upplevas som *meningsbärande* för dem. Efter samtal med närstående, analys av dagböcker och undersköterskornas egna berättelser, visar materialet att när aktiviteter har en *djupare emotionell mening* för den enskilde individen, stärker det även de dementa personernas handlingar i nuet. Ett sådant exempel är Gunnel som är uppväxt i närområdet men som är mycket dement. Gunnel har arbetat som småskollärare under många år och varit en central person i samhället innan hon blev sämre i sin demens. Gunnels minnesbilder från platser påverkar hennes reaktioner när undersköterskan som är hennes hennes kontaktperson tar initiativ till en biltur med henne:

"Hon visste precis var vi skulle svänga och så kände hon igen folk, hon visade hela vägen själv för jag var lite osäker. Hon kände igen folk också det gör hon aldrig när vi är på boendet"

Som tidigare beskrivits väcks minnet till liv hos dementa personer när de vistas på platser som varit meningsbärande för dem tidigare i livet. Men om dessa platser är förknippade med känsloladdade aktiviteter av olika slag, i kombination med symboliska ritualiserade

handlingar (som vid läkarbesök), så bidrar de på ett mera påtagligt vis till klara ögonblick i den dementa personens värld. Ett sådant exempel är Anders. Hans stora intresse i livet har varit fotboll. Han var fotbollsspelare som ung, och på äldre dagar upptog det hela hans fritid. Närstående berättar hur de upplever att han lever upp och blir sig själv, när han får besöka fotbollsplanen där han som ung spelade alla sina matcher:

"Anders har varit fotbollsspelare vet du... Ja han är... blir så lycklig när vi ibland tar en utflykt till målet och fotbollsplanen vid fängelset...Det var där han började spela... han har glömt vad han bor... Men det kommer han ihåg är... fotbollsplanen, så när vi är där då fungerar han fullständigt normalt."

På samma sätt som platser från tidigare i livet får dementa personer att minnas bättre så stärks deras sociala välbefinnande ytterligare när dessa platser kan associeras till aktiviteter som är emotionellt laddade. Emotioner är nödvändiga för att kunna kultivera en känsla för en plats, och formas genom en relation till en viss plats. De känslomässiga aktiviteterna i en plats har ofta en social karaktär såsom fotbollsplatsen där Anders spelade fotboll. Dementa personers sociala välbefinnande stärks därför när personal och närstående tar med dem till dessa platser, vilket även fungerar identitetsstödjande för personen i fråga. Detta har också att göra med kroppsminnen och hur våra kroppar interagerar med platser och miljöer.

Kroppsminnen från platser bidrar till ett social välbefinnande

Det är grundläggande för det sociala välbefinnandet att vi kan förstå och kommunicera genom kroppen, i gester och olika rituella mönster (Goffman 1959). Samtidigt har en människa även ett speciellt förhållande till sin egen kropp i rummet. *Sinnesvärlden* påverkas av rörelsen i rummet. Sinnena och kroppen är förenade, och genom dessa skapas en form av mening för oss människor. Kroppen kan även betraktas utifrån hur den är *situerad i rummet*

(Beauvoir 1989, Listerborn 2007). Fysiska såväl som psykiska funktionshinder kan påverka människors rörlighet, men har även en betydelse för var och i vilka sammanhang olika individer förväntas finnas och "ta plats" (Kjellman 2002).

Den gemensamma platsen i boendet är dagrummet. Det är den plats där dementa personer ofta vistas när de är vakna. Det innebär att de samlas i en sorts social gemenskap i relation till måltider och sociala aktiviteter. Undersköterskorna är medvetna om de dementa personers behov av trygghet i platser i boendet. Flera av dem har en favoritplats i dagrummet som de går och sätter sig vid. Om någon annan skulle sätta sig där så blir de lite arga, oroliga och upprörda. Herman har levt länge på boendet och har sin bestämda plats i dagrummet. Hermans dotter berättar att han var alltid noga med sin plats vid bordet vid middagarna i hemmet men är annars rätt social och trevlig att tala med. Om han inte får sin speciella plats så blir han lätt irriterad. Undersköterskorna berättar:

"Ofta så väljer de själva var de sitter, de väljer samma sittplatser...och det har man märkt att om någon annan sätter sig där så kan de bli litet sådär... snurriga. Som (Herman tex.) vi får säga att... du kan väl sitta på den stolen i stället"

Undersköterskorna berättar att ibland när någon går bort så kommer det en ny person och så stämmer det inte med deras platser längre. Andra gånger så beror det lite på hur de mår var de kan sitta och så får personalen gå in och ändra, alltså tills de mår bättre. Ibland blir de oense om att någon annan tagit deras plats och då får undersköterskorna gå in och bryta så att personen i fråga inte känner sig kränkt.

Kroppen är ett uttryck för den *levda erfarenheten* och upplevelser som vi har med oss. Händelser och situationer finns inbäddade i kroppen, och påverkar oss genom livet (Beauvoir 1989). Man kan även förstå förnimmelsen av kroppen, som att den inte enbart "finns" i rummet, såsom till exempel ett träd eller en stol, utan *kroppen "bebor" istället rummet*. Genom detta är kroppen mer rörligt deltagande i en situation, än passivt situerad i en händelse

(Merleau -Ponty 1962). Genom att vi lever tillsammans i ett socialt sammanhang kommer vi genom den kroppsliga kommunikationen att "leva med i varandras handlande". I en spontant fungerande interaktion, kan enighet uppstå, vilket vi brukar referera till som *kroppsspråket*. Hur kroppen fungerar i rummet kommer även till uttryck i den känsla vi har för platser. Ett sådant exempel är Edwin. Edwin har levt med sin fru i många år i ett litet hus i närheten. Han har numera inga minnen av huset och känner inte igen det. Men Edwin hade också en sommarstuga där han älskade att vara, det var hans ögonsten detta sommarhus. Så fort han hade en ledig stund så spenderade han tid i sin sommarstuga. Edwin är helt dement och kommer inte längre ihåg något i tillvaron. Men hans dotter berättar att när han kommer till sommarhuset fungerar han däremot perfekt.

"Han brukar starta gräsklipparen och börja med att klippa gräsmattan. Sedan hugger han ved. Hon berättar att allt fungerar perfekt. Hemma i boendet kan han knappt vända skeden rätt."

Känsla för en plats erfordrar ofta ett "hemmastaddhet" rent kroppsligt på platsen i fråga, som relaterar till samtliga sinnen. Humanistiska geografer kallar detta för en *platsdans* (place ballet), en sorts "in-boende" i en plats. En känsla i en plats kan bero på hur vi relaterar till enstaka saker i miljön. Men många platser alstrar även en speciell *atmosfär*. Vissa platser som inger speciellt positiva känslor har under historiens gång ansetts vara helande läkande platser (Gesler 1993; Rämgård 2006).

En hel del studier inom demensvården, sett ur ett internationellt perspektiv, har använt sig av Pontys teoretiska föreställningar om kroppen för att förstå dementa människors erfarenheter i relation till den fysiska miljön (Davis 2004, Kontos 2004). Precis som hos Edwin så fungerar kroppens rörelser i platsen bäst i den plats där han har sin emotionella förankring, platsen och kroppen fungerar då identitetsstödande för Edwin.

Platsers föränderlighet i demensen påverkar det sociala välbefinnandet

I studien så framkommer hur platser från tidigare i livet genom inlärd *ritualer* och *symbolspråk* påverkar dementa personers sociala välbefinnande i nutid. Men precis som avsaknaden av en känsla av plats fick damen att bli orolig på grund utav hennes tavlor inte hängde på rätt plats har dessa platsminnen och platserfarenheter också en speciell föränderlig natur i och med dessa personers demenssjukdom.

Detta kan förklaras geografiskt genom det faktum att platser är i sig själva unika men de är samtidigt ingen absolut eller statisk materiell företeelse (Massey 2004). På så sätt kan vi beskriva platser som en fysisk avgränsning, vars gränser är porösa eller uppluckrade, och där människor, ting och saker kan passera fram och tillbaka över tid (Tuan 1979). Platser är i rörelse och förändring, men samtidigt upplever vi en sorts kontinuitet i ett oavbrutet sammanhang när vi stannar på samma plats en längre tid. På samma sätt som när en människa stiger ned i samma flod vid olika tidpunkter, har det vatten som fanns där tidigare för länge sedan passerat, men vi upplever ändå kontinuitet i förhållande till platsen när vi har en känslomässig och fysisk upplevelse av att vi är vid samma vatten. Upplevelsen av kontinuitet bryts däremot genom en förflyttning från platsen i fråga, eller när platser förstörs av krig eller naturkatastrofer (Rämgård 2006).

De platser som dementa personer vistas på förändras också över tid. Det gäller inte bara för dementa personer utan alla människor konstruerar i viss mån föreställningar om olika miljöer som är föränderliga sett i ett tidsperspektiv. På så sätt är den fysiska platsen inte enbart beroende av sin utformning, utan även av den enskilda människans upplevelse i förhållande till just den platsen. Dementa personer uppfattar och upplever ofta den fysiska miljön omkring sig annorlunda än vad människor omkring dem finner relevant. Det gör dem naturligtvis ibland utmattade, eftersom de inte får den egna upplevelsen att stämma med de sociala förväntningar de möter.

Gunnar har arbetat hela sitt liv med att hjälpa till på lantbruk runt om i Skåne. Han tyckte mycket om att vara ute och dansa, och var betraktad som en riktig kvinnokarl. Han är van att träffa människor, men också att arbeta hårt. Han tror att han befinner sig på sitt arbete varje dag. Han är stressad och har jämt mycket att göra. När det är kallt ute på vintern, vill han ut... för att ösa glykol på traktorn. Han är nu helt inne i sin egen värld. Han betraktar således boendet som en av sina arbetsplatser. Det innebär bland annat att han är väldigt rörlig, springer omkring och stressar, och bär på saker han hittat, och att han ibland ber personalen om hjälp med dessa sysslor. Gunnar betraktar inte den plats han vistas i på dagtid för sitt hem. På dagen har han alltid arbetat borta, ibland till sent, så i hans värld är han inte hemma. De andra människorna på boendet ser han knappt. Han är helt uppslukad av sitt arbete. En av undersköterskorna berättar:

"Jag har fått hjälpa honom många gånger. Han har slaktat en gris, säger han, och påstår att han lagt den på vissa ställen på boendet. Han är så inne i det han håller på med att det inte går att avleda honom. Man får spela med... anhöriga är helt förtvivlade...ibland försöker de lugna ned honom med att ge honom en snaps...Men de vet inte hur de ska prata med honom... han är helt i en annan värld. Vi låter honom vara. Det verkar viktigt för honom att få arbeta. Även om det ibland blir det litet drygt att ha honom"

Skillnader i hur platser upplevs beror sannolikt på ett flertal faktorer. Liksom i övrig äldreomsorg finns det starka kulturella aspekter, som hänger samman med ändringar som har skett i värderingar över generationer. Liksom i övrig äldreomsorg kan försvagad syn eller hörsel lätt leda till missuppfattningar. Försämrad rörlighet och balanssinne leder till en allmän osäkerhet. Demenssjukdom leder ibland också till egentliga perceptionsstörningar eller hallucinationer. Lägre stresstålighet gör att störande moment inte alltid kan automatiskt filtreras bort. Men framförallt sker det förskjutningar i kroppsupplevelse,

minnesbilder, och hur det upplevda relaterar till självbild och självvärde.

Människor reagerar till viss del på fysiska materiella företeelser utifrån det *symbolvärde* det har. Det är det som är identitetsstödjande för dementa personer. De dementas platser är fulla av symbolvärden för dem. Golv, ljus eller färger kan få en annan betydelse beroende på deras egen upplevelse eller livshistoria.

Platsen betyder något annat för dementa personer än det för oss andra, precis som den fysiska miljön i boendet förvandlas till Gunnars arbetsplats. När Gunnar ges denna möjlighet att omvandla platsen efter sin egen bild, är han ändå trots oro över arbetet tämligen ångestfri. Gunnars rörelser i rummet är det som minskar hans oro och håller honom uppe under dagen, vilket beror på att han får lov att relatera till boendet som sin arbetsplats. Men det blir mer komplicerat när det gäller Rudolf. Han har nämligen varit rörläggare. En undersköterska berättar:

”På boendet har arkitekten som ritat huset valt att dölja ett rör som går ned i golvet, genom att göra en vacker konstruktion runt det. Röret omges dessutom av svarta streck i golvet, och i våra ögon är konstruktionen och hörnet vackert estetiskt utformat, på ett sådant sätt att det torde tilltala sinnet hos dementa. Men inte hos Rudolf! Han får ångest av röret, eftersom han tror att han befinner sig på sin arbetsplats, och konstruktionen runt avloppet överensstämmer inte med de fragmentariska minnesbilder Rudolf har av ett adekvat utfört arbete. Han blir arg och börjar skrika och skruva på konstruktionen. För Rudolf är hans identitet som rörmokare starkt kopplad till det fysiska röret på platsen.”

Vacker arkitektur och det som annars uppfattas som estetiskt vackert kan alltså få en annan innebörd för dementa personer. Det innebär att samtidigt att den fysiska miljön på boendet kan fungera

som en blinkande fyr på ett ostadigt hav, och ge trygga ramar för livet, men att samma miljö, i en annan situation, kan framkalla oro och ångest. Det påvisar svårigheterna i att konstruera miljöer för dementa personer som grupp, eftersom dessa förändringar kan komma snabbt. Ibland måste undersköterskan relatera till det fysiska i platsen, och ibland måste hon avleda. Allt för att en dement person ska uppnå ett socialt välbefinnande.

Platser ger oss hållpunkter i tillvaron, så att vi har något att förhålla oss till mitt i all rörelse. Det ger kontroll över tillvaron, på ett sådant sätt att när otryggheten är som störst, tenderar vi att söka trygghet i välkända platser (Rämgård 2006). För att dessa platser skall fungera identitetsstödjande och ge ett socialt välbefinnande behöver vi se platser utifrån den demente personens egen livsvärld.

Avslutning

I början av 1960 - talet beskrev sociologen Goffman hur människor behandlades i vad han kallar *totala institutioner* (Goffman 1959). Genom att beskriva hur människor avpersonifierades och institutionaliserades kunde han påvisa att samhället genom att sätta människor i institutioner av olika slag förändrade dem som individer. Det Goffman talar om för oss i sina studier är att plats också är makt. Att bestämma över vad som är mitt rum, eller ditt rum, och vem som får tillträde till vilka platser har stor inverkan på ens persons identitet och värde som mänsklig varelse (Rämgård 2008).

I samtliga fokusgrupper med personalen framkom att dementa boendes sociala välbefinnande inte alltid stärks på det sätt som förväntas utav den fysiska vårdmiljöns estetiska utformning i färger och arkitektur. Deras välbefinnande kunde inte heller relateras enbart till sociala aktiviteter. Dementa personers värld utgörs inte enbart av abstrakta och utbytbara symboliska värdeenheter, utan består av unika sammanhang, möten och livsberättelser. Specifika former, ting och saker är relaterade till varandra på ett sätt som skapar mening i en fysisk miljö. Genom tidigare upplevelser lokaliseras denna erfarenhet och binds upp i den praktiska verkligheten. De minns så att säga genom en tidigare upplevelse

som förstärks genom den fysiska miljön i nuet, vilket bland annat innebär att platser kan upplevas både som meningsfulla och symbolskapande.

Känslan av mening uppstår genom att erfarenheter och intryck inte är fragmenterade eller lösryckta i ett flytande kaos, utan inbördes sammanflätade och relaterade genom platsen. För att ge en dement person ett socialt välbefinnande i vardagen räcker det inte med att ta hänsyn till sociala relationer, utan även den materiella fysiska miljön skapar på olika sätt mening. Denna mening är föränderlig utifrån de situationer som uppstår, men upplevelsen av det fysiska, och materiella i platser innehåller ofta någon form av relaterande till dementa personers livshistoria. Det framgår alltså av studien att kopplingen mellan fysiska platser och sociala beteenden är tämligen stark hos dementa personer. Demensen får många människor att tappa tid- och rumsuppfattning, i den bemärkelsen att deras upplevelse inte nödvändigtvis motsvarar vår egen. Detta betyder däremot inte att deras upplevelse av platsen inte påverkar deras välbefinnande, bara att de upplever platser annorlunda än vi. Tvärtom, personer med demens är mer beroende av platsen än friska människor, för att de har mindre resurser för att hantera sina känslor. De har också mer begränsade möjligheter att själva söka sig till de miljöer de föredrar, och är på så vis mer utsatta och utlämnade hur vi tolkar deras signaler. Personers upplevelser av platser i vardagen kan alltså vara en viktig fråga vid demensutredningar, för att minska oro och ångest. Studien vi har gjort visar tydligt på att dementa personers förankring till olika platser fungerar identitetsstödjande för dem. Tid och rum är därför viktiga kategorier att ta i beaktande i demensvården.

Referenser

Bingley Amanda, Milligan Christine & Gatrell Anthony C (2005) *Healing and Feeling*. UK: The Ashgate

Brooker, David & Duce, Linda (2000) Well-being and activity in dementia: a comparison of groups reminiscens

Buttimer, Ann & Seamon. David(1980) Home, reach and the sense of place.

Cohen Mainsfield , Jidska (2006) Flexibility as management principal in dementia care. *Gerontologist vol 46, issue 4*

Coleman, Peter (2005) Uses of reminiscence. Function and benefits. *Aging & Mental Health*, vol 9, issue 4. p.291

Charmaz, Kathy (2006) *Constructing Grounded Theory*, USA: Sage

Davies, David (2004) Dementia, sociological and philosophical construction. *Social Science and Medicin, Vol 58, issue 2*

Goffman, Edwin (1959) *Totala institutioner*. Stockholm: Nordstedts

Gesler, Willbert (1993) Theraputic landscapes: Medical issues in light of new culture geography. *Social Science and Medicine*,34, 735-36

Halbwachs, Maurice (1992) *On Collective Memory*. USA: University of Chicago Press

Kontos, Pia (2004) Ethnographic reflections on selfhood, embodiment and Alzheimers disease. *Ageing and Society*, vol 24, issue 6

Kitwood, Tim (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kjellman, Cecilia (2002) *Ta plats, eller få plats – en studie av marginaliserade människors vardagsliv*. Lunds Universitet: Institutionen för kultur och ekonomisk geografi,

Ley, David & Samuels, Manuel (eds) (1978) *Humanistic geography perspective problems*. Chicago: Marouf Press

Listerborn, Carina (2007) *Kroppen som situation - om kön makt och rum*. Lunds Universitet Institutionen för kultur och ekonomisk geografi

Massey, Doreen (2004) Geographies of responsibility. *Geografiska Annaler B*, 86:1.5

Merleau- Ponty, Maurice (1962) *Phenomenology of perceptions*. New York Humanities Press,

Milligan, Christine (2009) *There's no place like home: people, place and an ageing society*. UK: Ashgate, Geographies of healthbooks series

Beauvoir De, Simon (1989) *The second sex*. H. M Prashley New York

Rämgård, Margareta (2006) *The power of place in the context of pregnancy*. Lunds Universitet, Institutionen för kulturgeografi och ekonomisk geografi

Relph, Edwin (1976) *Place and placelessness*. Pion, London

Rämgård, Margareta (2008) *De svåra samtalen - vård i livet slutskede*. FoU Skåne, skriftserie 2008:6

Surr Caroline A (2006) Preservation of self in people with dementia living in residential care. A socio- biological approach. *Social Science and Medicine*, vol. 62, issue 7, p. 17 ff

Tuan, Yu Fu (1979) *Space and Place*. USA: Minnesota Press

Wellin, Chris & Safe, Richards (2004) In search of personal care. Challenges to identity support in residential care for elderly with cognitive illness. *Journal of aging studies*, vol 18, issue 3

Wijk. Helle (2004) Färg för tydliga rum I: Wijk Helle (red) *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Lund: Studentlitteratur

10. VARDAG, RUTINER OCH MAKT. TRIVIALISERING AV BEHOV OCH ÖNSKEMÅL

Tove Harnett

Diskussioner om makt i äldreomsorgen handlar ofta om att kunna välja mellan av utförare. Men makten finns överallt i äldreomsorgens vardag, även om den ofta är svår att få syn på. I detta kapitel synliggörs makten i vardagliga situationer, vanligt förekommande i både svensk och dansk äldreomsorg.

Var finns makten?

Ordet makt återkommer i olika sammanhang och tycks ha olika innebörd beroende på i vilken situation ordet används i. När maktbegreppet används inom äldreomsorgen handlar det om huruvida äldre personer skall få välja en privat eller offentlig aktör. Men maktsituationerna tar inte slut när detta val är gjort. Oavsett om en person bor på ett privat eller ett offentligt äldreboende är vardagen fylld av som på olika sätt handlar om makt. Äldre, omsorgspersonal och anhöriga hamnar dagligen i olika maktsituationer som de måste förhålla sig till. Det är dessa vardagliga och välbekanta situationer i dansk och svensk äldreomsorg som detta kapitel handlar om.

I detta kapitel kommer inga råd att ges om hur olika situationer skall hanteras. Syftet är istället att ge läsaren en skärpt blick för hur

makt gestaltas i vardagliga och till synes odramatiska situationer i äldreomsorgen. Oavsett om vi tänker på den eller inte, så finns makten där. Den finns i allt från morgonrutinerna på äldreboendet när äldre skall få hjälp att stiga upp, till när hemtjänsten skall städa en äldre persons lägenhet, till valet av pynt när äldreboendet skall julpyntas till känsliga frågor om hur personal och anhöriga skall komma överens om hur en döende person skall vårdas den sista tiden i livet.

Maktutövning

Maktutövning är i sig inget negativt, eller något som skall undvikas. Tvärtom, kan makt ses som något som är både önskvärt och nödvändigt i äldreomsorgen. Utan maktutövning kan inget förändras. Samtidigt är det angeläget att urskilja maktutövningen i äldreomsorgen för att på så sätt kunna ifrågasätta sådant som annars lätt tas för givet. När vi börjar fråga oss varför vi gör på ett visst sätt – till exempel varför vi serverar mat till alla på ett äldreboende på samma tid eller varför de äldre skall duscha på förutbestämda dagar – som vi förstår att det finns andra sätt att göra saker på (Harnett, Jönson, och Wästerfors 2012).

I detta kapitel utgår jag från makt som ett relationellt fenomen. Det innebär att jag ser makt som något som händer mellan människor, även om det inte alltid handlar om direkt interaktion ansikte mot ansikte. Således ses inte makt som något som vissa individer "har", även om en

individ i en viss situation kan inta en roll eller en position som förknippas med makt, t.ex. en undersköterskas maktposition i relation till en äldre person på ett äldreboende. Även om det finns roller som förknippas med makt är det viktigt att poängtera att dessa roller endast får sin betydelse när de iscensätts (Harnett 2010a). Poängen att använda ett relationellt perspektiv är att vi kan undvika förenklingar, så som att "personalen har makten över de äldre" eller att "politikerna har makt över personalen". Med hjälp av detta perspektiv kan vi se makten som något som är i ständig förhandling. Makt handlar inte bara om vem som har makt över vem, utan också om hur vi pratar om de äldre och om vad vi ser som

”sanningar” i dansk och svensk äldreomsorg (jfr Harnett, Jönson, och Wästerfors 2012).

För att makten skall bli möjlig att undersöka har jag tagit avstamp i konkreta, men vardagliga, situationer. Situationer som beskrivs är hämtade från ett forskningsprojekt som handlar om makt i äldreomsorgens vardag (Harnett 2010a). Materialet består av intervjuer med omsorgspersonal och äldre samt av fältanteckningar från fem månaders delatagande observationer på två äldreboenden i Sverige. Under fältarbetets början följde jag mest med personalen i deras arbete och iakttog vardagen och dess rutiner. Så småningom tillbringade jag allt mer tid med de äldre. Jag var med i olika situationer på olika tider på dygnet, från när de äldre väcktes på morgonen, till förmiddagens bingo och eftermiddagens småprat i soffan till kvällsmaten och läggningen.

Det var när jag intervjuade omsorgspersonal som jag upptäckte hur generella resonemang om makt ofta skiljde sig från när makt diskuterades utifrån konkreta situationer. Samtliga av de undersköterskor och vårdbiträden jag har intervjuat har uttryckt det som självklart att äldre ska få bestämma över sin egen vardag. På ett generellt plan tycks det, med andra ord, råda konsensus om att äldres maktutövning är något viktigt.

Samtidigt finns det en tydlig spänning som visar sig när makt diskuteras utifrån den konkreta vardagen, som exempelvis vad man som personal skall göra om äldre personer inte vill duscha eller gå och lägga sig. De som jag intervjuade beskrev att äldre som bor på äldreboenden kan utöva makt inom vissa ramar, så länge det inte skapar konflikter med boendets rutiner. De äldre kan bestämma om de ska ha ost eller marmelad på frukostsmörgåsen eller vilka taylor de vill sätta upp på sitt rum. Däremot är det inte säkert att de kan bestämma när de ska gå och lägga sig eller vilka tider de vill äta på.

Normer

Dansk och svensk äldreomsorg styrs av lagar och handlingsplaner, men också av outtalade normer. Till skillnad från lagarna så är

normer sällan nedskrivna, men har ofta en oerhörd kraft. Ofta tänker vi inte på normer förrän någon bryter mot dem. Det är i brytandet som normen tydliggörs. Tänk dig till exempel att du sitter på en nästan tom buss med många tomma säten när det stiger på en person som sätter sig på sätet bredvid dig, fast det finns många dubbelsäten lediga! Sannolikt uppfattar du detta som oväntat, kanske rent av som obehagligt. Ingen har berättat för dig att man bör sätta sig på ett dubbelsäte om det finns lediga sådana, men ändå är detta en välbekant norm som du förhåller dig till. På samma sätt finns det en mängd outtalade, men välkända, normer i äldreomsorgen som både personalen och de äldre förhåller sig till. Det finns normer om i vilken ordning de äldre får hjälp att stiga upp om morgonen på ett äldreboende och normer om hur många äldre som "får lov" att stanna uppe tills nattpersonalen kommer på kvällen. Det som gör normer och rutiner intressanta ur ett maktperspektiv är att de ofta framstår som "självklarheter" och därför inte ifrågasätts (Magnússon 1996).

Jag har aldrig sett omsorgspersonal tvinga äldre personer att gå och lägga sig. Däremot har det ofta förekommit övertalningar och lirkande för att få de gamla i säng innan nattpersonalen börjar sitt pass klockan 21. Vid flera tillfällen under mina fältstudier fick äldre "hjälp" att lägga sig trots att de på olika sätt uttryckte att de ville vara uppe. Samtidigt sade personalen som jag intervjuade att det var viktigt att de äldre fick bestämma över sin vardag. Hur kan vi då förstå varför personalen lägger personer som vill sitta uppe? Låt mig illustrera med ett exempel inspirerat från mina fältanteckningar:

Klockan är strax efter åtta på kvällen och du sitter i din rullstol i dagrummet och tittar på TV. Ni är fem personer som sitter uppe. De andra på avdelningen har gått och lagt sig. Klockan nio börjar ett program som du gärna vill se. Då kommer Lars, en av de som jobbar denna kväll, och frågar om du inte tycker det är dags att gå och lägga dig. Du berättar att du gärna sitter uppe lite till och att det är ett program som du

gärna vill se. Lars säger att nattpersonalen kommer snart och att du ser trött ut. Han säger att det kommer att bli skönt för dig att få på pyjamas och lägga dig och sträcka ut dig i sängen. När du säger att du inte vill lägga dig, säger Lars att han kan hjälpa dig att göra dig i ordning för natten och sedan kan du få titta på TV i ditt rum med pyjamas och morgonrock på. Sedan rullar Lars vänligt bort dig till ditt rum.

Ett sätt att förstå detta är att se situationen utifrån de normer som styr omsorgspersonalens arbete. Samtliga av de undersköterskor och vårdbiträden jag intervjuat har beskrivit att det finns någon form av gräns för hur många av de äldre som får vara uppe när nattpersonalen börjar sitt skift. På vissa avdelningar skulle helst alla ligga till sängs, på andra avdelningar fick två personer sitta uppe, medan det på andra avdelningar fanns normer om att fler av de äldre kunde sitta uppe, under förutsättning att kvällspersonalen hade satt på dem pyjamas och gjort dem "redo" för sänggåendet. Att övertala äldre att gå och lägga sig eller att sätta på dem morgonrock och pyjamas om de ville titta på TV efter klockan nio framstod som självklarheter hos de jag intervjuat. Annars skulle det bli allt för arbetsamt för nattpersonalen, berättade de för mig. Normen om att äldres uppesittande måste begränsas hade kommit att bli en självklarhet som ingen ifrågasatte.

Exemplet ovan visar på vilken kraft normer har för människors agerande. Men att forska om normer är komplicerat och det är knappast meningsfullt att gå ut och intervjua folk om vilka normer de har. För det första är vi ofta inte medvetna om vilka normer som styr vårt handlande och för det andra finns det risk att vi blandar ihop våra egna normer med mer generella samhällsliga normer. För att få kunskap om normer har jag därför undersökt hur omsorgspersonal genom sina *förklararingar* åberopar olika normer, till exempel hur de förklarar att de ibland övertalar äldre att gå och lägga sig.

”Det är klart de ska få bestämma, men...”

När jag ställt frågor till omsorgspersonal om de äldre får bestämma när de ska gå och lägga sig, har jag fått en rad förklaringar till varför de äldre *inte* kan bestämma detta. Ofta fick jag svaret att ”det är klart att det ska få bestämma, men ...” och sedan en förklaring till varför personalen var tvungna att på olika sätt styra de äldres sovtider (Persson & Wästerfors 2009).

Vi människor förklarar oss när vi agerat på ett sätt som vi kan uppfattas som klandervärt. Personerna som jag intervjuat har inte enbart berättat att de styr de äldres sovtider, utan de har också gett förklaringar till *varför* de ibland lägger äldre personer mot deras vilja. På samma sätt förväntas jag ge en förklaring till mina kollegor om jag kommer för sent till ett möte. Sociologer kallar detta för att ge en account. Accounts är ett engelskt begrepp som ibland översätts med ”redovisande förklaringar” (Thelander 2006) eller ”moraliska redovisningar” (Jönson 2004). Det finns dock ingen allmänt accepterad svensk översättning, vilket gör att jag använder mig av det engelska ursprungsbegreppet. Genom att studera *hur* personer förklarar sig (det vill säga *vilka* accounts de ger) kan man vinna kunskap om outtalade normer. Accounts hänvisar till de normer som gäller i en viss social miljö. Även om det kan ses som klandervärt att komma försent till ett möte, ses det som legitimt att komma försent om det var så att bussen var sent. Även om omsorgspersonalen själva upplever att det är viktigt att låta de äldre utöva inflytande, kan det ses som legitimt att påverka deras sovtider så att det inte blir allt för många personer som sitter uppe när nattpersonalen börjar sitt arbetspass.

Det centrala hos en account är förklaringens förmåga att, om den accepteras, förändra bedömningen av en viss handling (Thelander, 2006). Kommunikationsforskaren Richard Buttny (1993:1) beskriver det som att en account har en transformativ funktion; om den är framgångsrik kommer den utförda handlingen att framstå i ett nytt ljus och de eventuellt negativa reaktionerna från andra uteblir. En account slätar således ut diskrepanser mellan det faktiska handlandet (t.ex. att lägga en person, trots att han eller hon

vill sitta uppe och titta på TV) och det förväntade (att låta personer själv bestämma när han eller hon ska gå och lägga sig). Ett exempel på hur accounts används visas i exemplet nedan, hämtat ur en intervju med en undersköterska på ett äldreboende i Sverige:

Tove: *Får de gamla bestämma när de ska gå och lägga sig?*

Berit: *På min avdelning går det bra. Vi lämnar aldrig någon till natten. På nåt sätt lyckas vi. För det mesta vill de gå och lägga sig själva. De har inte sån vana att umgås.*

Genom sin account beskriver Berit att de gamla "för det mesta vill gå och lägga sig själva" (författarens kursivering). Underförstått, så händer det ibland att de gamla *inte* vill lägga sig. Samtidigt säger Berit att de "aldrig" lämnar någon till nattpersonalen. De lyckas alltid. Utsagan innehåller en tydlig hänvisning till en norm att personalen "lyckas" om de lägger alla de gamla innan nattpersonalen börjar sitt skift. Enligt samma logik är det då ett misslyckande om någon är uppe när nattpersonalen kommer. Dessutom har de gamla "inte sån vana att umgås" vilket gör att det framstår som logiskt, eller till och med hyggligt, att lägga dem.

Att personal i äldreomsorgen lägger en person som inte vill lägga sig kan framstå som problematiskt. Tänk dig situationen att Berit fått frågan om de gamla får bestämma när de ska gå och lägga sig och hon endast svarat med ett nej. Hennes agerande hade då framsått annorlunda. Men genom Berits accounts framstår hennes agerande som logiskt. Hon lämnar aldrig någon och därmed "lyckas" hon. Normen om hur man lyckas påverkar sannolikt hur hon agerar. Om det är underförstått att man misslyckas om man inte lägger alla äldre till en viss tid, är det rimligt att man försöker lägga så många som möjligt. När Berit dessutom förklarar att de gamla ändå inte har "sån vana att umgås" kan denna information ytterligare förändra bedömningen av hennes handling. Hon lade ju personer som ändå inte har något ut av socialt umgänge.

Vi ger alltså inte vilka accounts som helst. De accounts vi ger hänger ihop med våra bakgrundsförväntningar. Om jag kommer en halvtimme för sent till ett jobbmöte och sedan säger att jag är sen för att jag tycker mötena brukar vara tråkiga, passar detta dåligt ihop med de bakgrundsförväntningar som finns i gruppen. Kanske tycker kollegorna att det är dålig stil att jag är sen och sannolikt tycker de att det är en konstig ursäkt. Om jag däremot kommer till mötet och förklarar att bussen var försenad, kommer de förmodligen att förändra bedömning, och negativa reaktioner för min sena ankomst uteblir. Alla har varit med om att bussen blivit försenad någon gång och det är ju ingenting som jag kan styra över. På samma sätt ger personal på äldreboenden inte vilka förklaringar som helst till att de ibland agerar på ett sätt som strider mot omgivningens normer och förväntningar. En sådan förväntan kan vara att de äldre själva ska få bestämma när de ska gå och lägga sig. Personalen säger själva att detta är viktigt och det faktum att de ger accounts för agerande där de *inte* låter de äldre bestämma visar att de själva upplever detta som ett avsteg från rådande normer och förväntningar. Hade de inte upplevt att dessa handlingar var avsteg hade de heller inte lämnat accounts, utan helt enkelt sagt att de inte lät de äldre bestämma, utan att förklara varför. Vi människor ger helt enkelt en förklaring som förväntas accepteras av gruppen.

Rutiner

När jag intervjuat med personer som arbetar på äldreboende handlar mycket om rutiner. Det är nästan omöjligt att tänka sig en äldreomsorg utan rutiner. Rutinerna gör att vi inte varje dag måste uppfinna en ny struktur för vad som skall ske. När en ny person skall börja arbeta i äldreomsorgen är det ofta rutinerna som just rutinerna som lärs ut. Vikarier och nyanställda på äldreboenden får lära sig när de gamla stiger upp, när frukosten serveras, vilka veckodagar då de gamla skall duschas och när förråden skall fyllas på. Rutinerna präglar alltså hela äldreomsorgen och dess personal och de äldre (Harnett, Jönson, och Wästerfors 2012).

De allra flesta undersköterskor och vårdbiträden jag träffat skulle kunna beskrivas som engagerade och varmhjärtade personer som

försöker ge de äldre en så fin omsorg som möjligt. Samtidigt upprätthåller dessa personer på olika sätt normer som rutinerna prioriteras på bekostnad av äldres inflytande. En central del i denna norm är att äldreboendet på många sätt *är* sina rutiner. Sociologen Jaber Gubrium benämner i sin studie av ett amerikansk äldreboende (1975/1997: 124) hur omsorgspersonal betraktade arbetet med att tillgodo se äldres kroppsliga behov – så som att hjälpa dem sköta sin hygien, byta blöjor, klä dem och servera mat och klä dem – som det viktigaste. Dessa sysslor kallar Gubrium för äldreomsorgens *bed-and-body work*. När det väl var gjort tyckte personalen på boendet att dagens arbete i princip var slutfört.

När jag frågat äldreomsorgspersonal om sitt arbete är det ofta just rutiner de berättar om: Vi har morgonmöte, hjälper de gamla att stiga upp, serverar frukost, hjälper till med dusch, fyller på förråd, serverar lunch, hjälper de gamla att lägga sig och sova middag och så vidare... Om en arbetsuppgift inte blir gjord innebär det att den lämnas till någon annan. Om en äldre person inte blir duschad eller om förråden inte fylls på under förmiddagen, måste kanske eftermiddagspersonalen göra detta. Om kvällspersonalen inte lägger de äldre måste nattpersonalen göra detta. Att lägga de äldre kan, utifrån detta perspektiv, ses som ett sätt att "jobba undan" och vara en schysst kollega. En undersköterska som jag intervjuade beskrev att det var svårt att lägga de gamla på sommaren. Hon hänvisade inte direkt till rutinerna:

Tove: *Får de gamla bestämma när de ska gå och lägga sig?*

Åsa: *Jag kan tycka det är svårt när det är sommar för det är så ljust ute. 'Nej, det är mitt på dagen!' kan de säga när man ska lägga dem. Klockan kan vara sju och det är ljust ute. De gamla går efter mörkret, inte efter klockan.*

Se vad som händer om du byter ut ordet "klockan" mot "våra rutiner" i citatet ovan. Åsas utsaga innebär en indirekt hänvisning till rutiner. De flesta av oss påverkas av mörker och ljus och är uppe

lite längre på sommaren när det är ljust ute. Men på ett äldreboende är rutinerna mer eller mindre de samma 365 dagar om året. Åsa beskriver att det är ljust klockan sju på kvällen och att det då är svårt att få de gamla att lägga sig. Att de gamla går efter mörkret är därför ett problem, eftersom mörkret inte anpassar sig efter boendets rutiner (som är anpassade efter klockan).

En viktig poäng med att studera accounts är att det visar hur vårt sätt att prata inte är en återspeglning av vår omvärld, utan att vi faktiskt skapar vår omvärld genom vårt sätt att prata om den. Detta innebär inte att vi människor är förutbestämda i vårt sätt att förklara oss, men däremot är vissa förklaringar mer rimliga än andra utifrån de normer som råder inom en viss grupp. Genom att studera accounts kan vi synliggöra normer och därmed blir makten lättare att urskilja. När vi kan se att en situation handlar om makt blir då också lättare att se att det finns andra sätt att göra saker på.

Trivialiseringsretorik

Trivialiseringsretorik kallar jag förmågan att genom språket göra saker viktiga eller oviktiga. Saker som kan vara viktiga för äldre och närstående kan "göras" oviktiga genom sättet vi pratar om dem. De undersköterskor och vårdbiträden jag träffat har alla beskriva äldres inflytande som något viktigt. Trots detta finns det stora hinder, som tydliggörs genom en analys av hur vi genom vårt prat kan trivialisera saker i äldre personers vardag. Jag kommer att beskriva tre sätt genom vilken denna retorik har en trivialiserande funktion:

- Uttryckligen benämna ett en äldre persons önskemål som oviktigt
- Jämföra önskemålet med något annat som är viktigare
- Beskriva den äldre som ger uttryck för önskemålet som besvärlig

Trivialiseringsretoriken tar sig ibland tydliga uttryck och ibland betydligt mer subtila. Ett tydligt sätt är att uttryckligen beskriva sådant som äldre vill vara bestämma över, som något oviktigt. Ett

exempel på hur äldres synpunkter trivialiserades ger undersköterskan Anna i ett svar på min fråga om vad äldre klagat på:

Anna: De gamla kan klaga på att vi bara springer, att vi inte har tid med dem. Såna små grejer. Inga allvarliga klagomål.

Tänk dig in i det motsatta, det vill säga att Anna i stället sagt: *"De gamla kan klaga på att vi bara springer, att vi inte har tid med dem. Det är ju fruktansvärt. Det är ju det som är vårt jobb"*. Ett sådant uttalande ger en helt annan bild av vad som är viktigt i äldreomsorgen. Omsorgspersonalens position innebär, i detta perspektiv, att de har ett övertag att retoriskt definiera vad som är viktigt och vad som är "små grejer". Även om de äldre kanske tycker att det är allvarligt att personalen inte har tid med dem, kan personalen kategorisera detta som en bagatell. Definieras ett önskemål som viktigt förväntar sig omgivningen att man försöker tillmötesgå detta. Om ett önskemål handlar om en småsak, är det lättare att inte förändra något. Trivialiseringsretoriken bidrar på så sätt till att skapa en "sanning" om hur det är, där till sådant som att personalen inte har tid med de gamla, kan ses som en "smågrej".

Trivialiseringsretoriken kommer också till uttryck genom jämförelser. Om äldres inflytande jämförs med något som är ännu viktigare framstår den som logiskt att prioritera det som är viktigast. Ofta kontrasterar personalen de "viktiga" rutinerna mot de äldres "mindre viktiga" inflytande. Att använda jämförelser är ett effektivt sätt att få något att framstå som viktigt eller oviktigt. Ingenting är viktigt utan att jämföras med något annat. Ett exempel från mina observationer är när Viola, en av de äldre på avdelningen, frågade personalen om hon kunde få gå på promenad. Svaret blev varken ja eller nej utan "Det är snart eftermiddagskaffe". Svaret är obegripligt om man inte känner till att det finns en underförstådd ordning där kafferutinerna är något som måste prioriteras, även om någon vill gå på promenad. Genom att Violas önskan ställdes i kontrast till en viktig rutin, blev det aldrig någon promenad.

På många äldreboenden och i många hemtjänstföretag finns inga uttalade rutiner för att sitta och titta på gamla foton eller för att sitta och prata med de äldre. Umgänge har inte rutinerats och riskerar att rationaliseras bort till förmån för rutinartade sysslor. Trots det är umgänget med de äldre ofta det som personalen beskriver som det viktigaste i sitt arbete (Lundgren 2000). Personal upplever ofta sitt arbete som stressigt och att det går "i ett". När en arbetsuppgift är slutförd finns det hela tiden en ny arbetsuppgift (rutin) som väntar (jfr. Harnett, 2010 b). När jag intervjuade en undersköterska beskrev hon hur denna stress påverkade äldres tandborstning:

Camilla: *Säg det här med när de ska borsta sina tänder - det tar ju sån tid. Där står man och känner att 'jag måste, jag måste' så då kan det ju hända att man tar borsten ifrån dem och fortsätter själv.*

Maktutövning för en person som bor på ett äldreboende kan handla om en enkel sak som att få borta sina egna tänder. Men om en person borstar för långsamt kan det hända att tandborsten tas ifrån dem. Camilla känner att "jag måste, jag måste", men säger aldrig vad det är hon "måste" göra. Uppenbarligen är det något som är viktigare än att låta den äldre borsta sina tänder i lugn och ro. Kanske måste Camilla gå till nästa person och arbeta vidare med nästa rutin? Vi vet inte. Vad vi däremot vet är att den äldre personen inte får borsta färdigt sina tänder själv, eftersom det finns annat som är viktigare och som "måste göras". Trivialiseringsretoriken kommer här till uttryck genom Camillas sätt att kontrastera äldre personers tandborstning med sådant som "måste göras". I jämförelse med det som måste göras framstår tandborstningen som mindre viktig.

Trivialiseringsretorik kan också utövas genom att definiera vissa personer som "omöjliga" eller "bortskämda" och därmed trivialisera deras önskemål.

På många av de avdelningar där jag gjort intervjuer och observationer har det funnits personer som personalen beskrivit som besvärliga på något sätt. Det har varit personer som skriker,

personer som aldrig blir nöjda eller personer som ständigt trycker på larmknappen inne på sina rum. Genom att beskriva dessa personer som särskilt besvärliga blir det också logiskt att inte fästa allt för stor vikt vid deras synpunkter. Ett exempel är när undersköterskan Jenny beskrev den som hon var kontaktperson åt:

Jenny: *Hon som jag är kontaktperson till, hon blir ju aldrig nöjd.*

Genom sin account beskriver Jenny en person som aldrig blir nöjd. Om en person aldrig blir nöjd är det logiskt att inte försöka tillmötesgå dennes önskemål.

Personer som arbetar i äldreomsorgen använder sannolikt sig av trivialiseringsretoriska grepp utan att vara medvetna om detta. Det är alltså inte så att personalen medvetet försöker få saker att framstå som oviktiga. Samtidigt skapar trivialiseringsretoriken en kontext med stora hinder för äldres inflytande. Poängen är inte vad som är trivialt, utan *hur* retoriken får vissa saker att bli oviktiga. Dessa saker kan vara alltifrån en äldre kvinnas önskan att bestämma vilken blus hon ska ha på sig, till att få borsta sina egna tänder eller få gå och lägga sig när hon vill.

Vilken är då den praktiska nyttan med att förstå hur vi pratar, hur vi förklarar oss och hur normer kan gestaltas? Genom att få kunskap om hur saker görs oviktiga, får vi också kunskap om hur vi kan göra motsatsen. Genom att skapa en förståelse för att vardagligt prat kan vara en maktresurs, skapas också en förståelse för att det som retoriskt konstrueras som oviktigheter också är möjliga att omdefiniera till väsentligheter. Att bestämma hur länge man ska borsta sina tänder kan på så sätt bli något mycket viktigt.

Framtiden

Kommer framtidens äldre att utöva makt på ett annat sätt den dag de blir beroende av äldreomsorg? Kanske. Kanske inte. En vanlig föreställning är att "framtidens äldre" är av en annan sort än de som är gamla idag. Dagens äldre framställs ibland som tacksamma och fogliga, medan fyrtyotalisterna framställs som handlingskraftiga och

resursstarka. Fyrtioalisterna kommer minsann att klaga på saker, kräva dusch varje dag och begära "moderna" maträtter. Men vet vi egentligen det?

Vi vet att även 40-talister en dag kommer att bli beroende av hjälp i olika grad. Däremot stämmer min forskning inte överens med bilden av att dagens äldre är tacksamma och fogliga. Många av de äldre jag intervjuat säger att de aldrig klagat på sin äldreomsorg, men däremot *tänker* de mycket om den omsorg de får. Åtskilliga äldre beskriver att även om de kan utöva inflytande så är det krångligt att göra det. För att utöva inflytande måste den äldre vara aktiv och ta på sig rollen som arbetsledare och instruera personalen om vad de vill ha hjälp med. Det är lättare att låta hemtjänstpersonalen eller personalen på äldreboendet göra som de vill. Kanske är det detta krångel som gör att många äldre istället tiger och tänker och låter bli att påverka?

Även om vi idag inte vet hur framtidens äldre kommer att bete sig, så vet vi att både dansk och svensk äldreomsorg också i framtiden kommer att regleras av lagar och föreskrifter. Samtidigt kommer omsorgen även fortsättningsvis att präglas av subtila normer om hur arbete skall organiseras och hur de äldre skall bete sig. Genom att urskilja dessa normer kan vi bidra till att även i framtiden kritisera och resonera om det sätt som svensk och dansk äldreomsorgen bedrivs på. För en sak kan vi vara säkra på och det är att dagens äldreomsorg inte är den sista varianten.

Litteraturförteckning

Buttny, Richard (1993) *Social Accountability in Communication*. London: Sage.

Gubrium, Jaber F. (1975/1997) *Living and Dying at Murray Manor*. Charlottesville and London: University Press of Virginia.

Harnett, Tove (2010a) *The Trivial Matters. Everyday power in Swedish eldercare*. Dissertation Series No 9. School of Health Sciences. Jönköping University. ISSN: 1654-3602

Harnett, Tove (2010b) Seeking exemptions from nursing home routines. Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies*, Vol. 24, 4, 292-301.

Harnett, Tove; Jönson, Håkan och Wästerfors, David (2012) *Makt och vanmakt på äldreboenden*. Lund: Studentlitteratur

Jönson, Håkan (2004) Övergrepp mot äldre i två perspektiv. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 11(3-4), 310-328.

Lundgren, Eva (2000) *Ängslyckan. Ett särskilt boende för äldre*. Falun: Dalarnas forskningsråd.

Magnússon, Finnur (1996) När syster kommer med medicinen. Vardagens rutiner och ritualer på ett sjukhem. In Rosmari Eliasson (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, Tove och Wästerfors, David (2009). "Such Trivial Matters:" How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies*. Vol. 23: 1, 1-11.

Thelander, Joachim (2006) *Mutor i det godas tjänst? Biståndsarbetare i samtal om vardaglig korruption*. Lund: Lund Dissertations in Sociology 70. Department of Sociology. Lund University.