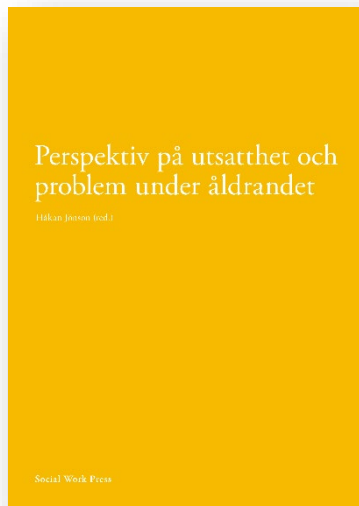


Perspektiv på utsatthet och problem under åldrandet

Håkan Jönson (red.)



Håkan Jönson (red.)
Perspektiv på utsatthet och problem under åldrandet
Hela verket
DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.183>

Denna text är licensierad under CC-BY, Erkännande. (Se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.sv>) Enligt licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men verkets upphovspersoner måste anges.

ISBN: 978-91-7895-547-3

ISBN (elektroniskt): 978-91-7895-548-0

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.183>

© Författarna och Social Work Press, 2022

Redaktör: Håkan Jönson

Adress: Social Work Press, Allhelgona kyrkogata 8, Box 23, 221 00 Lund

Innehållsförteckning

1. Introduktion	2
<i>Håkan Jönson</i>	
2. Att vara äldre i socialt utsatta bostadsområden	15
<i>Marianne Granbom & Afsaneh Taei</i>	
3. Är det något särskilt med äldres missbruksproblem?	34
<i>Tove Harnett & Jeanne Højgaard-Bøytler</i>	
4. Suicid hos äldre som ett dolt socialt problem	57
<i>Cristina Joy Torgé & Rosita Nyman</i>	
5. De frånkopplade	76
<i>Tobias Olsson & Dino Viscovi</i>	
6. "Ved du, om jeg stadig har min lejlighed?"	99
<i>Jon Dag Rasmussen</i>	
7. Ofrivillig ensamhet bland äldre sett ur ett verksamhetsperspektiv	120
<i>Yvonne Johansson</i>	
8. Levnadsberättelser i demensomsorgen	141
<i>Glenn Möllergren</i>	
9. Att åldras utan nära familj	167
<i>Torbjörn Bildtgård & Peter Öberg</i>	
10. Refamilisering och responsabilisering	190
<i>Åsa Alftberg</i>	
11. "Det känns deprimerande och slitsamt"	206
<i>Finnur Magnússon</i>	
Bokens författare	223

1. Introduktion

HÅKAN JÖNSON

Den här antologins tema är som titeln anger utsatthet och problem under åldrandet. I bokens olika kapitel presenteras temat ur en rad olika perspektiv.

Boken utgör en kompanjon till antologin *Perspektiv på ålderism* (Jönson 2021) och har tillkommit som ett initiativ inom det *Nationella nätverket för socialvetenskaplig äldreforskning*.¹

Åldrandets problem och utmaningar

Vad som menas med åldrande är omdiskuterat. Det finns kronologiska såväl som funktionella definitioner. Börjar vi åldras när vi föds eller rent av vid den första celledningen efter befruktningen? Är det nedgång i förmågor kring 50-årsåldern som markerar starten på åldrandet, utifrån biologiska teorier om hur evolutionen värderar mänsklig överlevnad (se exempelvis Rattan 2000)? Eller avser åldrandet den tid och de processer som sker under senare delen av livet, bland de personer som benämns "de äldre"? Begrepp som äldre och åldrande har olika betydelser och inplaceringen i olika kontexter har som synes också betydelse. De flesta skulle inte använda uttrycket åldrande för att beskriva nedgången av fysisk prestationsförmåga hos 30-åringen, men just sådana beskrivningar förekommer faktiskt inom idrottsliga sammanhang. Som Harnett och Højgaard-Bøytler visar i sitt kapitel i den här boken förekommer en liknande förskjutning när det gäller begreppet "äldre missbrukare".

I den här boken avser åldrandet i huvudsak den tid och de processer som människor är med om under senare delen av livet. Här finns det en mängd möjliga problem och utmaningar. Missbruk är ett problem

¹ Nätverket finansieras av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte 2015-01481). Ett tack riktas till de två anonyma bedömare som granskat bokens kapitel samt till Lisa Wallander som genomfört en extra granskning av beräkningar och presentationer i ett av kapitlen.

som vanligen tas upp i böcker om socialt arbete med äldre. Ensamhet, psykisk ohälsa, demens, våld i nära relationer och olika funktionsnedsättningar tas vanligen också upp.

När det gäller utmaningar finns det så klart en mycket stor mängd förhållanden att nämna. I den bok som jag själv och Tove Harnett (Jönson & Harnett 2015) skrivit kommenterar vi bland annat migration, sexualitet, könsidentitet och sorg, det vill säga förhållanden som inte alls behöver innebära något särskilt, men där det finns aspekter som kan bli problematiska för människor. Språkfrågor kan exempelvis utgöra en utmaning i kontakter med myndigheter och hjälpgivare för den som invandrat sent till Sverige, och vissa personer som lärt sig svenska som vuxna förlorar sitt senast inlärd språk om de utvecklar demens (Heikkilä, Sarvimäki & Ekman 2007).

För problem och utmaningar är det möjligt att resonera både om enskilda individers och grupper situation och om samhällets förståelse och konstruktion av problembilder. Frågan om problembilder ska jag återkomma till nedan i en kritisk reflektion över bokens tema.

Utsatthet och utanförskap

Internationellt, liksom i Sverige, har forskare använt begreppet social exkludering (*social exclusion*) för att beskriva äldres utsatthet och utanförskap (Scharf, Phillipson & Kingston 2001; Scharf, Phillipson & Smith 2005; Walsh et al. 2021). Social exkludering kan drabba många grupper och handlar som namnet anger om en typ av position, där människor berövas möjligheter att utvecklas eller leva med den välfärd och trygghet som gäller för andra. I en översiktsartikel använder Walsh, Scharf och Keating (2017) följande definition för äldres del:

Social exclusion of older persons is a complex process that involves the lack or denial of resources, rights, goods and services as people age, and the inability to participate in the normal relationships and activities, available to the majority of people across the varied and multiple domains of society. It affects both the quality of life of older individuals and the equity and cohesion of an ageing society as a whole.

Scharf och Walsh m.fl. har bland annat undersökt äldres situation i bostadsområden som har förändrats till just utsatta områden, som

många äldre önskar flytta ifrån men där resurser och alternativ saknas. I den här antologin berörs äldres boende i utsatta områden i det kapitel som författats av Marianne Granbom och Afsaneh Taei.

Fattigdom är en annan form av utsatthet där personer som av olika skäl inte tagit del i ett långt yrkesliv drabbas genom små eller inga pensionsinkomster. Personer som varit hemma långa perioder med barn, vilket vanligen är kvinnor, utgör en kategori som riskerar att få leva med små inkomster, liksom personer som invandrat sent och personer som inte kunnat arbeta på grund av sociala problem eller funktionsnedsättningar. I den antologi som Walsh (et al., 2021) och hans kollegor sammanställt finns en mängd problemområden av olika slag, där exkludering är ett relevant tema: minskade sociala relationer som leder till ensamhet och isolering, bristande tillgänglighet till service och hemlöshet.

Här finns det också en koppling till ett centralt begreppspar inom det sociala livsloppsperspektivet: *cumulative advantages* och *cumulative disadvantages* – CAD (Dannefer 2003). Vad begreppspar belyser är hur svårigheter och risker som kan förknippas med livsloppets tidigare faser tenderar att adderas till en ökad ojämlikhet under ålderdomen. Ett extremfall återfinns bland de personer som åldras med omfattande missbruksproblem som ger en kraftigt försämrad hälsa. Det rör sig, som Harnett och Højgaard-Bøytler beskriver i sitt kapitel, om äldre som samhället betraktar som oförmögna till förändring och där insatserna syftar till att ge trygghet och omsorg.

På en aggregerad nivå är det tydligt att lågutbildade personer inte bara har en sämre ekonomi än högutbildade under ålderdomen. De har också sämre hälsa, och som framgår i det kapitel i antologin som är författat av Tobias Olsson och Dino Viscovi upplever de ett större digitalt utanförskap. Klasstillhörighet har betydelse för hur ålderdomen gestaltas sig.

Också ålderism kan diskuteras i termer av den typ av social exkludering som Scharf och hans kollegor talar om (Scharf et al. 2001; Walsh et al. 2017). Det kan exempelvis handla om en uteslutning från hjälpsystem som ger äldre sämre möjlighet till delaktighet i samhället jämfört med yngre (Jönson & Norberg 2021). Ålderismtemat är aktuellt i flera av den här bokens kapitel. Ålderism kan också yttra sig som en nedvärdering med problemkopplingar som bidrar till känslor av utanförskap och en minskad livskvalitet för äldre (Jönson 2021a).

En kritisk reflektion över bokens tema

Varför uppmärksamma utsatthet, utanförskap och problem under åldrandet? Här vill jag direkt kommentera en spänning som en bok av det här slaget måste förhålla sig till och som anknyter till allmänna föreställningar om äldre och åldrande som problem. Nedan ska spänningen diskuteras utifrån de tre begreppen *ableism*, *compassionate ageism* och *scapegoat ageism*. Ableism avser en tendens att värdera människor och kategorier utifrån funktionsförmåga (Wolbring 2008). Compassionate ageism kan översättas som 'medlidsam ålderism' och handlar om en ömkande nedvärdering av äldre – ofta sympatiserande men ändå ett förminskande av en kategori det är synd om. Scapegoat ageism, som jag översätter till 'syndabocksålderism', avser ett skuld-beläggande av äldre – de ses som ett problem för samhället och andra (Binstock 1983; Binstock 2010).

Åldrandets problembilder

I inledningskapitlet till en antologi på temat social exkludering presenterar Walsh med kollegor (Walsh et al. 2021) ett analytiskt ramverk för analysen av "old-age social exclusion", baserat på de sex dimensionerna material and financial resources, social relations, socio-cultural aspects, neighborhood and community, civic participation och services, amenities and mobility. Den här typen av samlande beskrivningar av äldres utsatthet kan ge en viktig förståelse av ett fenomen, men kan oavsiktligt också bidra till att förmedla bilder av äldre som annorlunda, utsatta och ömkansvärda. Här rör vi oss med komplexa tolkningar som jag ska beskriva närmare nedan.

Ålderdom som sjukdom eller som lyckat åldrande?

Åldrandet har i många sammanhang kommit att beskrivas i termer av problem, utifrån föreställningar om att ålderdomen är förknippad med förlust av funktioner, sjukdomar, funktionsnedsättningar och beroende. Ålderdom lika med sjukdom.

Den problembilden har forskare inom området försökt bekämpa genom att uppvärdera äldre och åldrande och det kanske tydligaste exemplet utgör den teori om lyckat åldrande (*successful ageing*) som fått genomslag under de senaste årtiondena (Rowe & Kahn 1987; Rowe & Kahn 1997). Teorin introducerar en uppdelning där det "normala" åldrandet avskiljs från åldrande med sjukdomar och funktionsnedsättningar. Normalt åldrande delas i sin tur upp i vanligt och lyckat, där lyckat åldrande utmärks av frånvaro av sjukdomar och funktionsnedsättningar, hög funktionsförmåga och involvering i olika typer av aktiviteter.

Teorin om det lyckade åldrandet har i sin tur blivit hårt kritiserad för att skapa en slags uppdelning av människor som lyckade och misslyckade, där personer som har funktionsnedsättningar per definition inte kan ha ett lyckat åldrande (Holstein & Minkler 2003). De forskare som introducerade den kontroversiella teorin om lyckat åldrande gjorde detta i opposition till vad man uppfattade som ett huvudsakligt fokus på förluster och minskning av funktionsförmågor inom äldreforskningen, men teorin uttrycker en typ av ableism (dvs. en värdering och nedvärdering utifrån funktionsförmåga).

Är det synd om äldre eller synd om samhället?

En andra problemassociation utgörs av sympatiska beskrivningar av äldres utsatthet, som syftar till att väcka upprördhet och visa på vad som behöver förändras. Den typen av eländesbild har sin parallell i massmediala beskrivningar av äldre som offer för vanvård, brott, ensamhet, fattigdom, isolering och andra typer av svårigheter. Dessa problembeskrivningar kan ligga till grund för förbättringsinsatser – problem som uppmärksammas kan åtgärdas. Samtidigt kan deras breda förekomst ses som ett problem i sig, vilket bland annat Lars Tornstam (1992) uppmärksammade. Tornstam tog fasta på det han såg som 1970-talets eländesbeskrivningar och visade att människor i allmänhet – och särskilt gällde detta för välutbildade personer – hade överdrivna föreställningar om äldres problem. Tornstams slutsats var att åldrandet är känslomässigt svårt att hantera inom vår kultur och människor samlar på kunskap som bekräftar en känsla av att det är synd om äldre. Detta skapar ett välvilligt nedlåtande, vilket utgör en typ av ålderism. Oavsett om Tornstams analys är riktig eller inte så är

det välvilliga nedlåtandet något som äldre ofta avrapporterar i undersökningar om bemötande och attityder utifrån ålder (Bratt et al. 2018). Inom äldreforskningen har detta ibland benämnts som "compassionate ageism" (Binstock 2010). Som svar på eländesbeskrivningarna har forskare, aktivister och äldre själva visat hur äldre bidrar och agerar som resurser i samhället. Inom parentes sagt var Tornstam (1992; 2005) kritisk även till den bilden av äldre, eftersom han menade att äldres status blev en fråga om funktionsförmåga, "ableism" med andra ord. Hans kritik var alltså lik den som förts i förhållande till teorin om det lyckade åldrandet.

En tredje version av problemspänningen handlar om återkommande beskrivningar av äldre som ett hot mot samhällsutvecklingen, samhällsekonomin, arbetslivet etc. De äldre blir allt fler, kostnaderna ökar, hur ska samhället klara detta? Internationellt har det benämnts "alarmist demography" och "apocalyptic demography" (Katz 1992; Robertson 1997). I Sverige har uttryck som "äldrebomben" och "äldrechocken" förekommit (Jönson & Harnett 2015). Äldres pensioner kostar, deras omsorg kostar, deras sjukvård kostar och dessutom blockerar de sjuksängar när de kunde ha skrivits ut. Deras ovilja och oförmåga att ta till sig ny teknik bromsar samhällets framsteg. Och så vidare. Den här typen av problembild kan resultera i en mer direkt form av ålderism som internationellt benämnts scapegoat ageism, där äldre får skulden för olika typer av brister i samhället.

Som framgått är alltså kopplingen mellan äldre och problem både uppladdad och mångbottnad.

Covid-19-pandemin som exempel

Den covid-19-pandemi som drabbade Sverige och världen under 2020, och som fortfarande är aktuell när detta skrivs, kan tas som illustration av hur problembilderna spelas ut i policy och debatt. Äldre som levt ett aktivt liv i "tredje åldern" fick beskedet att de tillhörde en riskgrupp och borde isolera sig för att undvika att smittas. Äldre blev en riskgrupp som skulle skyddas, men med detta följde också maktförskjutningar mellan generationerna där vuxna barn kunde läxa upp sina föräldrar om de "smitit ut" för att handla (Andersson, Ekstam & Nilsson 2021). Detta kan ses som ett exempel på hur omsorg och

omtanke tangerade den typ av ömkande ålderism som internationellt benämnts *compassionate ageism*.

Exempel på syndabocksålderism förekom i frustrerade kommentarer över nedstängningar av samhället, som framför allt uppfattades drabba unga personer. Ett exempel som jag själv kommenterat utgör författaren Jonas Gardells resonemang om att samhället borde räkna förlorade livsår i värderingen av olika insatser mot smittspridningen (Jönson 2021b). Insatser som var tänkta att rädda livet på sköra människor i hög ålder skulle enligt Gardell ändå bara rädda en kort tid för dessa personer, vilket kunde jämföras med den framtid som eventuellt förstördes för generationer av unga. Budskapet här blev alltså en slags blandning av ableism och syndabocksålderism i bemärkelsen att de sköra åldringarna framstod som en problempopulation. Utan dem att ta hänsyn till hade säkert skolor, universitet och en hel del arbetsplatser kunnat fungera som vanligt.

Rekommendationerna om att personer över 70 år skulle hålla sig isolerade förstärkte den problembild som många kämpat för att befria åldrandet ifrån, men detta kan delvis ses som en ofrånkomlig baksida av något som på sakliga grunder uppfattades som nödvändigt. Att inte informera och ge rekommendationer till riskgrupper vore ju cyniskt och kunde i sig ses som ett uttryck för att personer i dessa grupper hade ett lägre värde. Två former av ålderism stod emot varandra.

Vad exemplet visar är att beskrivningar av problem som är koppade till åldrandet bär på spänningar som måste diskuteras i arbeten som har fokus på utsatthet och problem under åldrandet, och framför allt måste risken att problembilderna förstärks kommenteras.

Att kunna ha flera tankar i huvudet samtidigt

Under senare år har mycket uppmärksamhet ägnats åt beskrivningar och presentationer av olika kategorier, det vill säga åt precis den typ av resonemang om kulturella föreställningar och konstruktioner av äldre och åldrande som jag beskrivit ovan. Här är det samtidigt viktigt att inte tappa bort sig i föreställningar om att olika kategoriers utsatthet och problem skulle försvinna om problembilderna saknades. I boken utgör flera kapitel illustration till spänningen i just den här frågan. I sitt kapitel om digitalt utanförskap undersöker Dino Viscovi

och Tobias Olsson hur hög ålder och utbildning med mera associeras med mindre tillgång och användning av digitala verktyg som smarttelefoner och surfplattor. Naturligtvis är det möjligt att betrakta undersökningar av digitalt utanförskap som ännu ett exempel på hur äldre framställs som en drabbad offerkategori. Men kapitlet ger viktig information om en typ av exkludering som baseras på ålder, en typ av strukturell åldersdiskriminering som också pensionärsorganisationerna protesterat mot.² Risken för att bidra till problembilder får inte resultera i en obenägenhet att uppmärksamma problem som drabbar äldre, men uppmärksammandet av problem måste introduceras med en kritisk reflektion.

Jämte vikten av att uppmärksamma åldrandets problem och vaktsamheten inför problembilderna, finns det en tredje tanke att ha i huvudet, nämligen att boken kommer ut på förlaget *Social Work Press*. Det sociala arbetet ägnar sig åt sociala problem, dessas definitioner, uppkomst, orsaker och lösningar; villkor och levnadsförhållanden för utsatta grupper och individer och samhällets interventioner för individers och gruppers levnadsförhållanden.

Väldigt mycket av det som *inte* är utmaningar och problem har det sociala arbetet därför inte att göra med. Att bokens kapitel uppmärksammar utsatthet, utanförskap och problem betyder inte att de som författat de olika kapitlen tänker att åldrandet generellt sett är en problemperiod.

Antologins kapitel

Eftersom boken bygger på en utlysning där forskare uppmanats att komma in med förslag på kapitel, finns det ingen ambition om att ge någon heltäckande belysning av utsatthet och problem under åldrandet, av det slag som exempelvis förekommer i grundböcker. Här nedan introduceras bokens kapitel kort.

Vad innebär det att åldras i ett socialt utsatt område? I bokens andra kapitel diskuterar *Marianne Granbom* och *Afsaneh Taei* erfarenheter och uppfattningar bland äldre med fokus på hur kriminalitet och sociala störningar uppträder som vardagsproblem. Vad kapitlet visar

² <https://www.senioren.se/nyheter/ovarsam-digitalisering-stanger-manniskor-ute/>

är en vardag som påverkas av brottslighet och störningar, men där äldre också agerar för att minska problem och för att motverka omgivningens negativa syn på ett område där de trots allt trivs bra. Det finns alltså anledning att nyansera ensidiga beskrivningar av äldre som en isolerad offerkategori som önskar flytta ifrån områden som stämplat som socialt utsatta.

Finns det en ålder då samhället bör ge upp ambitionen att ge behandling och i stället sträva efter att skapa ett värdigt liv? I bokens tredje kapitel beskriver *Tove Harnett* och *Jeanne Højgaard-Bøytler* missbruk som ett problem som påverkar enskilda individers liv, men som också har blivit en stor fråga för verksamheter som ger behandling eller äldreomsorg. Harnett och Højgaard-Bøytler diskuterar en särskild form av insats – särskilda boenden för äldre med omfattande missbruk och komplexa problem samt de utmaningar sådana verksamheter står inför.

Trots att äldre är den ålderskategori där självmord är mest förekommande har ganska lite uppmärksamhet ägnats åt problemet. Hur kan det komma sig? I bokens fjärde kapitel identifierar *Cristina Joy Torgé* och *Rosita Nyman* kulturella "scripts" som bidrar till att framställa äldres självmord som naturliga och rationella. Vad författarna visar är hur förståelsen för lidande, närhet till döden i hög ålder och äldres rätt att fatta autonoma beslut riskerar att övergå i rättfärdiganden av självmord och ett osynliggörande av ensamhet och psykisk ohälsa, som också för äldres del kan ligga bakom en önskan att avsluta sitt liv.

"Jag har ett helt arbetsliv bakom mig och är inte dum i huvudet, men jag kämpar med frustration och nära till gråten-känsla med allt klickande." Citatet kommer från en insändare som *Tobias Olsson* och *Dino Viscovi* tar till utgångspunkt i sitt kapitel om äldres digitala utanförskap. Sverige blir allt mer digitaliserat, men Olssons och Viscovis undersökning visar att en inte obetydlig del av de äldre saknar resurser att koppla upp sig i tillräcklig omfattning. Dessa personer har snarast blivit "frånkopplade" i ett samhälle där inkludering kräver tillgång till digitala verktyg och kunskap.

Bokens sjätte kapitel bygger på ett etnografiskt fältarbete som *Jon Dag Rasmussen* genomfört på en "avlastningsavdelning" för personer i 50–60-årsåldern som ska återetablera sig i samhället efter att ha fått sjukhusvård. Personernas situation är ofta komplex med hemlöshet, missbruk och psykisk ohälsa. På avdelningen, som ligger i Köpenhamn,

vistas de boende ibland någon månad men årslånga vistelser förekommer. Rasmussen intresserar sig för det tillstånd av tillfällighet, transition och osäkerhet som präglar de boendes situation, en situation som han analyserar på djupet med hjälp av antropologen Victor Turners teori om liminalitet.

Även om genomgångar visar att ensamhet faktiskt är vanligare bland tonåringar än bland äldre, så finns det ett allvarligt lidande bland många som åldras med ofrivillig ensamhet och social isolering. I bokens sjunde kapitel tar *Yvonne Johansson* ett forskningsprojekt som bedrivits ihop med Vård- och omsorgsförvaltningen i Helsingborg till utgångspunkt för en diskussion om hur verksamheter försöker minska äldres ensamhet. Här uppmärksammar Johansson också den paradox som ligger i att de äldre som flyttat in på äldreboenden är de som i störst omfattning uppger att de besväras av ensamheten. Att iscensätta samvaro och gemenskap är inte enkelt.

Få saker skrämmer människor så mycket som att förlora minne och identitet. Detta är dock en realitet för många som lever med demens. I bokens åttonde kapitel undersöker *Glenn Möllergren* de levnadsberättelser som numera används inom äldreomsorgen för att kunna stödja individer och ge en god personcentrerad omsorg. I sin genomgång visar Möllergren att det finns en stor variation i utformningen av äldreomsorgens levnadsberättelsedokument. Intervjuer visar också att omsorgspersonal ser begränsningar med levnadsberättelserna. De saknar ofta information om svåra händelser som haft betydelse och det är svårt att veta vilka delar av identiteten som ska skyddas mot förändring, när individen själv ger uttryck för att vilja annat än det berättelsen anger.

Är familjelöshet på äldre dar ett problem? Den frågan utreder *Torbjörn Bildtgård* och *Peter Öberg* i bokens nionde kapitel. I dag saknar 7,5 procent av svenskar 75+ både partner och barn, men den siffran förväntas öka i framtiden på grund av förändringar i levnads-mönster. Förändringen markerar en större möjlighet för människor att göra val som inte är så starkt bundna till traditionella normer om familjebildning – genom att skilja sig exempelvis – men medför samtidigt en sårbarhet. Avsaknaden av nära familj innebär ett minskat socialt stöd med större svårigheter att möta olika påfrestningar. Bildtgård och Öberg relaterar dessa svårigheter till en pågående trend där det starka samhällets reträtt ställer större krav på familjen att stötta äldre familjemedlemmar.

I bokens tionde kapitel diskuterar *Åsa Alftberg* just den typ av "refamilisering" som aktualiseras av det starka samhällets reträtt. Alftberg detaljstuderar en handbok till anhörigvårdare som getts ut av *Svenskt Demenscentrum*. Det Alftberg visar är att handboken, som syftar till att ge anhöriga stöd och verktyg för egen återhämtning, samtidigt bidrar till konstruktionen av en "god anhörig" som en person som utöver sina insatser för andra även ser om sin egen hälsa. Med hänvisning till Foucaults beskrivning av "governmentality" kan detta ses som en form av styrning, där refamiliseringsprocessen går hand i hand med en responsabiliseringsprocess.

"De äldre förtjänar bästa möjliga bemötande och omsorg, därför skall inte jag jobba inom det området." Så uttrycker sig en av studenterna vid socionomutbildningen vars uppfattningar gestaltas i Finnur Magnússons kapitel om studenters intresse för äldreområdet. Magnússons undersökning visar att en majoritet av de tillfrågade studenterna uppvisade ett svagt intresse för äldrefrågor, och det förekom tydligt ålderistiska uppfattningar. Samtidigt förekom många nyanserade svar som tog avstamp just i frågor om diskriminering och vikten av att det sociala arbetet motverkar denna.

Kvalitetsgranskningen

Boken utgör en kvalitetsgranskad vetenskaplig antologi, och i process och upplägg påminner den om ett temanummer till en vetenskaplig tidskrift.

Under 2021 annonserades möjligheten att skicka in abstracts för att delta i antologin, med utgångspunkt i bokens tema. Totalt 18 abstracts inkom, av dessa valdes 13 ut och författarna bjöds in att skriva fullständiga kapitel. De inkomna kapitlen har granskats av två oberoende anonyma bedömare. Utifrån bedömarnas rekommendationer och redaktörens egen läsning bjöds författarna till tio av kapitlen in att revidera sina kapitel. Redaktören gjorde därefter en andra läsning och bedömning av kapitlens kvalitet och lämnade ytterligare synpunkter. I slutändan har tio kapitel accepterats för publicering.

Referenser

- Andersson, J., Ekstam, L. & Nilsson, G. (2021). Mina barn tycker att jag ska vara försiktig. I H. Jönson *Perspektiv på ålderism*. Social Work Press, 129–150.
- Binstock, R. H. (1983). The aged as scapegoat: The Donald P. Kent memorial lecture. *Gerontologist*, 23(2), 136–143.
<https://doi.org/10.1093/geront/23.2.136>
- Binstock, R. H. (2010). From compassionate ageism to intergenerational conflict? *The Gerontologist*, 50(5), 574–585.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnq056>
- Bratt, C., Abrams, D., Swift, H. J., Vauclair, C. M. & Marques, S. (2018). Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages. *Developmental Psychology*, 54(1), 167–180. <https://doi.org/10.1037/dev0000398>
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 327–337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Heikkilä, K., Sarvimäki, A. & Ekman, S. L. (2007). Culturally congruent care for older people: Finnish care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 354–361. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00480.x>
- Holstein, M. B. & Minkler, M. (2003). Self, society, and the "new gerontology". *The Gerontologist*, 43(6), 787–796.
<https://doi.org/10.1093/geront/43.6.787>
- Jönson, H. (red.). (2021a). *Perspektiv på ålderism*. Lund: Social Work Press.
- Jönson, H. (2021b). De som ändå snart skulle dö. *Äldre i Centrum*, 2/2021, 70–74.
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Jönson, H., & Jönsson, A. (2015). Baby boomers as future care users—An analysis of expectations in print media. *Journal of aging studies*, 34, 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.05.001>

- Jönson, H. & Norberg, P. (2021). Being an older person or a person with a disability: Are supportive policies ageist? *Disability & Society*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1930518>
- Katz, S. (1992). Alarmist demography: Power, knowledge, and the elderly population. *Journal of Aging Studies*, 6(3), 203–225. [https://doi.org/10.1016/0890-4065\(92\)90001-M](https://doi.org/10.1016/0890-4065(92)90001-M)
- Rattan, S. I. (2000). Biogerontology: The next step. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 908(1), 282–290. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2000.tb06655.x>
- Robertson, A. (1997). Beyond apocalyptic demography: Towards a moral economy of interdependence. *Ageing & Society*, 17(4), 425–446. <https://doi.org/10.1017/S0144686X97006521>
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Scharf, T., Phillipson, C., Kingston, P. & Smith, A. (2001). Social exclusion and older people: Exploring the connections. *Education and Ageing*, 16(3), 303–320.
- Scharf, T., Phillipson, C. & Smith, A. (2005). Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *European Journal of Ageing*, 2(2), 76–87. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0025-6>
- Tornstam, L. (1992). The quo vadis of gerontology: On the scientific paradigm of gerontology. *The Gerontologist*, 32(3), 318–326. <https://doi.org/10.1093/geront/32.3.318>
- Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Walsh, K., Scharf, T. & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81–98. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>
- Walsh, K., Scharf, T., Van Regenmortel, S. & Wanka, A. (2021). *Social exclusion in later life: Interdisciplinary and policy perspectives*. Springer Nature. 10.1007/978-3-030-51406-8
- Wolbring, G. (2008). The politics of ableism. *Development*, 51(2), 252–258. <https://doi.org/10.1057/dev.2008.17>

2. Att vara äldre i socialt utsatta bostadsområden

Strategier och erfarenheter av att bo och leva på en plats där kriminalitet och störningar har blivit en del av vardagen

MARIANNE GRANBOM & AFSANEH TAEI

Inledning

Sedan Polismyndigheten 2015 publicerade den första listan över socialt utsatta områden i svenska städer har problematiken där fått mycket uppmärksamhet i den politiska samhällsdebatten, i media och i forskning. På kommunal och nationell nivå diskuteras orsaker och möjliga lösningar rörande dåliga levnadsförhållanden, parallella maktstrukturer, kriminalitet och utanförskap. I fokus för diskussionerna är oftast barn, ungdomar och personer i arbetsför ålder, medan äldre personers perspektiv sällan lyfts. Vi vet i dag väldigt lite om de boende som på grund av hög ålder inte anses vara aktuella för utbildnings-, arbets- eller integrationsinsatser. Detta kapitel vill vi ägna åt erfarenheter, uppfattningar och strategier bland äldre personer som bor i utsatta områden i Sverige. Hur upplever de den kriminalitet och de störningar som pågår i området? Hur påverkar dessa händelser deras vardag och hur hanterar de i så fall det? Hur resonerar äldre personer om det rykte som deras bostadsområde fått? Materialet samlade vi in 2020 och 2021 genom intervjuer med 6 män och 16 kvinnor, 65 till 92 år gamla, i projektet "Att vara äldre och leva i utsatta områden". I kapitlet kommer vi att beskriva och diskutera de kriminella händelser som förekom, hur deltagarna hanterade dessa händelser, hur de förhöll sig till stigma samt hur de handgripligen bidrog till att förbättra områdets rykte.

Socialt utsatta områden

Socialt utsatta områden finns i många städer över hela världen. De karaktäriseras ofta av segregation, kriminalitet, låg socioekonomisk status, hög arbetslöshet och en hög andel immigranter. Ofta är det en hög in- och utflyttning, där ett socialt utsatt område blir en tillfällig station i väntan på något bättre. Sociala problem, otrygghet, låg väkänsla och stämplingen som ett problemområde gör att många boende flyttar ut, eller uttrycker att de skulle flyttat om de fick möjligheten (Buffel, Philipsson & Sharf 2013; Van der Land & Doff 2010; Permentier, Bolt & van Ham 2011).

Socialt utsatta områden i Sverige skiljer sig något från dem som beskrivs i den internationella litteraturen. Ofta är den fysiska standarden på bostäderna bättre och i flera kommuner är det kommunala bostadsbolag, allmännyttan, som är i majoritet som ägare av bostäderna. Allmännyttan, med sitt utökade ansvar för sociala boendefrågor och civilsamhället i form av föreningar, till exempel Hyresgästföreningen, gör att det i flera områden finns ett kollektivt intresse och engagemang för de boende och för en positiv områdesutveckling (Gerell et al. 2020).

Vad socialt utsatta områden i Sverige har gemensamt med motsvarande områden utomlands är höga nivåer av arbetslöshet och kriminalitet, stor andel immigranter, gängkultur och parallella maktstrukturer som gör det svårt för polisen och sociala myndigheter att verka (Polismyndigheten 2021). Redan innan polisen började lista dessa områden talades det om segregerade och utsatta förortsområden, men områdena och problematiken har fått mer uppmärksamhet när de nu identifierats av polisen. Förespråkare ser positivt på att mer resurser nu tillägnas dessa områden medan kritiker kontrar med att stämplingen av områden verkar stigmatiserande för de boende (Schultz Larsen & Nagel Delica 2019; Roelofs & Salonen 2019). I samhällsdebatten hörs ofta de negativa konsekvenserna för barn, ungdomar och personer i arbetsför ålder som bor i dessa områden och förslag ges på insatser för att förbättra situationen. Äldre personers perspektiv lyfts inte lika ofta. Förutom att äldre personer utgör en stapel för personer 65+ i en del trygghetsmätningar, vet vi ganska lite om hur äldre personer i socialt utsatta områden i Sverige upplever sin boendesituation.

Äldre i utsatta områden

Vi ser två dominerande forskningsområden internationellt. Det ena visar associationer och samband mellan boendesituation och försämrad hälsa och välbefinnande. En rad olika faktorer i boendemiljön i socialt utsatta områden är associerade med äldre personers fysiska, kognitiva och emotionella hälsa, såsom ökad sjuklighet, försämrad mobilitet och delaktighet i samhället samt förkortad livslängd. Hur tung trafik det finns i området, hur promenadvänligt området är, hur utbyggd lokaltrafiken är, om det finns lokala matbutiker och serviceutbud, förekomst av kriminalitet, känsla av trygghet och låg boendestandard är exempel på faktorer som verkar påverka äldre personers hälsa och möjligheter till delaktighet i samhället. Dessutom finns det samband mellan att bo i ett område med låg socioekonomisk standard och sämre hälsa som inte enbart kan förklaras med individens egna ekonomiska och hälsomässiga förutsättningar. För att förstå dessa samband krävs vidare forskning som studerar förändringar över tid, liksom fördjupande intervjustudier (Beard et al. 2009; Yen et al. 2009; Rosso et al. 2011; Julien et al. 2012; Annear et al. 2014; Wu et al. 2015; Danielewicz et al. 2017; Choi et al. 2018).

Det andra forskningsområdet rör social exkludering och utanförskap (Buffel et al. 2013; Prattley et al. 2020). Flera studier tar upp äldre personers önskan om att flytta ut från området, hur man inte längre känner samhörighet med grannarna som ständigt byts ut och som talar främmande språk. Grannsämjan från förr upplevs förlorad och i intervjuerna med äldre personer beskrivs ett "vi och dem" och "förr och nu" (Permentier et al. 2011; Hillcoat-Nallétamby & Ogg 2014; Dahlberg 2020).

Det finns en risk inom dessa typer av forskningsområden att äldre personer i utsatta områden betraktas stereotypiskt som "offer" för en ogynnsam miljö. Som passiva mottagare av det miljön erbjuder eller påtvingar, anses de vara sårbara och utsatta. Det finns enstaka undantag, till exempel Wankas studie om hur äldre personer i ett utsatt område i Wien, Österrike, nyttjar och tänker kring sitt närområde (2018), men kunskapen är fortfarande liten om äldre personer också verkar som aktörer och bidrar till att skapa grannsämja i utsatta områden.

Metod och material

Vi utgick från intervjuer som vi gjorde med 22 personer som var 65 år eller äldre och som bodde i några av de områden polisen identifierat som utsatta i Helsingborg och Landskrona. 6 var kvinnor och 16 män. Den yngsta personen som deltog var 65 år och den äldsta 92 år. Ett krav var att personerna skulle ha bott minst fem år i området, men de allra flesta hade bott där längre än så, i genomsnitt 24 år. 5 av deltagarna hade flyttat in när området var nybyggt i slutet av 1960- eller början på 1970-talet och hade bott kvar sen dess. 16 av deltagarna levde ensamma, 6 av deltagarna var inte födda i Sverige. Tre intervjuer genomfördes på persiska. 3 personer hade en universitetsutbildning och 11 personer hade motsvarande gymnasieexamen. Fler-talet av dessa hade vidareutbildat sig senare i livet. Ingen av deltagarna yrkesarbetade mer än på timbasis när intervjuerna genomfördes. 4 personer hade varit hemmafruar före pensioneringen, i övrigt var yrkeserfarenheten spridd inom sjukvård, äldreomsorg, försäljning, transport, byggsektorn och ledarskap. 6 personer hade en nettopension under 12 500 kronor/månad, det vill säga under den relativa fattigdomsgränsen i Sverige (motsvarar 60 % eller mindre av aktuell medianinkomst i landet).

Deltagarna bodde i områden i Helsingborg och i Landskrona. Båda städerna ligger vid kusten i södra Sverige. Helsingborg har cirka 150 000 invånare och enligt polisen fyra utsatta områden: Söder ligger centralt och har historiskt präglats av tung industri, hamnen, järnvägen och arbetarbostäder. Övriga områden, Dalhem, Drottninghög och Fredriksdal, byggdes på 1960- och 70-talen för att minska bostadsbristen och höja boendestandarden, som en del av den byggepok i Sverige som kom att kallas "Miljonprogrammet". Det bor cirka 20 000 personer i dessa områden, varav 16 procent är 65 år eller äldre och medelåldern i områdena varierar från 35 till 39 år (Polisen 2017). Andelen med utländsk bakgrund varierar från 58 procent på Dalhem till 76 procent på Drottninghög. Ett område har 3 procent småhus, i övrigt är det lägenheter i flerbostadshus där den övervägande majoriteten är hyresrätter.

I Landskrona kommun bor drygt 46 000 invånare och det finns enligt polisen ett socialt utsatt område, Karlslund. Landskrona har traditionellt setts som en arbetarstad med stort fokus på tung industri.

Karlslund byggdes i etapper under 1960- och 70-talen och var också en del av "Miljonprogrammet". I början av 1980-talet förändrades industrin både nationellt och i Landskrona med hög arbetslöshet och utflyttning till följd. Under 1990-talets invandring bosatte sig många invandrare i Landskrona. I Polisens senaste rapport hade förbättringar i Karlslund gjort att området inte längre klassades på nivå 3 (särskilt utsatt område), utan på nivå 2 (riskområde). Det bor cirka 500 personer i Karlslund som är 65 år eller äldre.

Intervjuerna genomfördes under 2020 och 2021, och på grund av tillfälliga pandemirestriktioner genomfördes intervjuerna antingen hemma hos deltagarna, per telefon, eller med videosamtal. Intervjuerna var en del av ett större projekt om äldre personer i utsatta områden. För studien, som vi delger här, fokuserade vi analysen av intervjuerna på vad för sorts kriminella aktiviteter och social oro som deltagarna upplevde, hur de hanterade dessa och hur de resonerade kring områdets rykte.

Som analytiskt verktyg, för att kunna uppmärksamma och förstå både hur äldre drabbas av händelser i sitt område och hur man resonerar och agerar i sitt område, utgick vi först från Hirschmans teori *Exit, voice and loyalty* (1970). Ursprungligen utformades den för att kunna förstå individers reaktioner och agerande vid missnöje med en produkt eller en organisation, men har därefter använts på en rad olika områden, däribland inom bostadsforskning (Chisholm et al. 2016). *Exit* kan innefatta strategier där individen på grund av sitt missnöje strävar att lämna, till exempel genom att flytta ut ur området eller genom att stänga in sig eller fjärma sig från det som pågår. *Voice* innefattar strategier där individen på olika sätt höjer sin röst eller agerar för att motverka och förändra det individen uppfattar som negativt i området. *Loyalty* påverkar individens val av antingen *exit*- eller *voice*-strategier. Hirschmans teori kan ses som en relativt övergripande teori. Tidigt i analysprocessen använde vi *exit*, *voice* och *loyalty* som en första sortering eftersom utsagorna från deltagarna kunde tyckas vara varandras totala motsatser. Vi fördjupade sedan analysen genom att titta på relaterade begrepp, såsom olika typer av anpassningar eller känslomässig anknytning till området. Eftersom materialet inte bara innehöll typiska strategier för att anpassa sig för att få vardagen att fungera trots kriminalitet använde vi oss också av en relaterad teoribildning om territoriell stigmatisering av bland annat Wacquant, Slater och Pereira (2014). Teoribildningen rör hur

personer kan resonera och agera när ett geografiskt område eller de boende i området uppfattas nedsättande av personer i omgivningen på grund av det rykte som området fått. Dåligt rykte kan uppkomma på grund av stämpling i media eller till exempel genom att bostadsområdet förts upp på polisens lista över utsatta områden. Enligt teorin är denna typ av rykte eller stämpling något som är allmänt känt i det samhälle eller den kulturella kontext det gäller. Berörda personer hanterar stigmatiseringen i två dominerande riktningar. Ena riktningen innebär att man håller med om det negativa rykte som området fått, uttrycker uppgivenhet och drar sig då undan eller bidrar till att reproducera stigmatiseringen. Andra inriktningen innebär att man kämpar emot, ifrågasätter och agerar mot, vad man tycker, en felaktig stämpling.

Kriminalitet och störningar

I samhällsdebatten om utsatta områden i Sverige nämns ibland att kriminaliteten primärt drabbar de som själva utför kriminella handlingar. Vi bad därför våra deltagare att först beskriva hur deras vardag i närområdet såg ut. Upplevde de kriminalitet och störningar?

Deltagarna beskrev hur olika kriminella handlingar pågick regelbundet i deras närhet. Droghandel, stölder, inbrott, anlagda bränder, knivslagsmål och skjutningar. Även störande ungdomsgång, okända personer som höll till i trappuppgångarna, hemlösa personer som sov över i källarutrymmen, oljud på nätterna, nedskräpning, fortkörning av bilar och mopeder togs upp. Droghandel var det som verkade förekomma mest och som också upprörde mest. Det skedde öppet, till exempel användes planteringar och soptunnor som upphämtningsplatser och försäljning skedde rakt framför barn som var på väg till skolan. "Jag ser ju hur de säljer droger precis under min balkong! Mitt på dagen!" berättade Karin³, 71 år. Anlagda bränder beskrevs också av flera deltagare. Bränder i vindsutrymmen och källarförråd skapade oro. Anders berättade att han och hans fru några månader före intervjun hade blivit evakuerade mitt i natten för "det var nån som hade satt fyr på vinden". De bodde nu i en ersättningslägenhet i samma område

³ Alla deltagares namn i texten är ersatta med pseudonymer.

medan sanering och renovering pågick. Flera deltagare i Landskrona tog också upp att flera års upprepade anlagda bränder i byggnader runt det lilla stadsdelstorget hade lett till att restaurang, bank, frisör och all annan service som fanns runt torget ersattes av bostadsrätter. Med det försvann i princip all service från området, "... så får man ju ta bussen till stan för att posta ett brev".

Anpassningsstrategier

Exitstrategier

För att undvika risker och för att kunna känna sig trygga beskrev deltagarna hur de anpassade sin vardag. En del av strategierna var uttryckligen exempel på exitstrategier. De drog sig undan, höll sig hemma eller fjärmade sig. Några enstaka personer önskade att flytta ut från sina områden men saknade ekonomiska möjligheter att göra det. Karin konstaterade också: "... jag vill inte vara kvar. Så enkelt är det!" Laleh, 66 år från Iran, hade inte råd att flytta. Hon önskade helst av allt att kunna bo i ett område där den socioekonomiska klassen bättre speglade den hon identifierade sig med, den hon hade i Iran innan hon flyttade hit. Hon kände sig inte delaktig i sitt område, hade haft svårt att anpassa sig till ett liv utanför Iran och hade mycket svårt med svenska språket – faktorer som samtliga bidrog till henne missnöje med sin situation och önskan om att flytta. Hon höll med sina oroliga vänner:

Det dom uttrycker, det är exakt vad jag känner. Jag vet att detta inte är ett bra område, men speciellt när man hör det från någon annan, då känner jag mig ... Förlåt, för detta persiska uttryck [skratt] ... hur hjälplös jag är! Att behöva vara tvungen att bo här! [skratt] Du vet, jag måste verkligen det, eftersom hyran här är lägre än någon annanstans.

Förutom ekonomiska hänsyn gjorde kösystemen och kötiden hos vissa hyresägare det orealistiskt att sätta upp sig på väntelista någon annanstans än hos det egna fastighetsföretaget.

Att inte gå ut efter mörkrets inbrott, att aldrig gå ensam och att undvika vissa platser var vanligare exitstrategier. Andra strategier påminde om exitstrategier och var i någon mån begränsande, men också något som de flesta vant sig vid. Ett sådant exempel var att inte låta fönstren stå öppna trots att det var varmt och man behövde vädra ut.

En annan typ av distansering förekom också. Vissa deltagare, som också beskrev att det hände en hel del kriminalitet i området, tyckte inte att de behövde anpassa sig, eftersom det som pågick inte rörde dem. Att distansera sig till saker som hände i området kunde paradoxalt nog också leda till att äldre personer vågade ingripa och agerade. Kerstin, 75 år, beskrev hur hon var den första på olycksplatsen när en ung man blev knivskuren utanför hennes port. Per telefon blev hon guidad i hur hon skulle försöka minimera blodförlusten i väntan på ambulans. På frågan om hon varit rädd, svarade hon: "Nä, varför skulle jag bli det? Det var inte jag som hade en kniv mot mig. Det var andra." Hon tyckte inte att denna typ av händelser rörde henne, vilket gjorde att hon vågade agera och hjälpa mannen som akut behövde vård.

Voicestrategier

Av mer renodlade voicestrategier, det vill säga att motverka eller protestera mot den kriminalitet och de störningar som skedde i området, kunde vi se olika typer. En sådan typ var att uppmärksamma andra, med potentiellt mer handlingsutrymme, på frågan. Flera deltagare kontaktade polisen, hyresvärdar och kommunpolitiker vid behov. De skrev insändare i lokaltidningen och engagerade sig i lokalpolitiska grupper. En annan typ av voicestrategier var att agera tillsammans med andra. Flera intervjupersoner engagerade sig i föreningar, såsom hyresgästföreningen, nattvandringsgrupper eller lokala integrations- och boendeprojekt. Andra agerade själva, med små medel, i vardagen. En sådan strategi kunde vara att alltid ha med en soppåse på sin dagliga promenad för att kunna plocka upp skräp som spritts under natten, eller att peta bort klistermärken från väggar, vilka användes som signaler mellan säljare och köpare av droger.

Även konfronterande voicestrategier användes av några deltagare som beskrev hur de pratade med drogförsäljare eller personer som

hängde i trappuppgången. Att backa upp varandra var en sådan konfronterande voicestrategi. Sven, 65, menade att om fler vuxna var synliga i området skulle den öppna droghandeln minska. Birgitta, 69, som var vän till Sven, beskrev att hon vågade konfrontera drogförsäljare eftersom hon visste att vännerna backade upp henne.

Jag känner att de stödjer mig helt och hållet, för jag vet att när jag varit nere ... När ungdomarna har stått i hörnan på andra huset ... när jag går ner och snackar med dem så vet jag att då står Kalle och Peggy på sin balkong och Per står på sin balkong och tittar. Sen är det fler som tittar, så dom vet att ... Ja, ungdomarna vet att jag har backup bakom mig. "Vi ser er och vi vet vilka ni är. Så håll inte på med nån skit, alltså!"

Att kunna och våga konfrontera individer som orsakade problem underlättades av att flera deltagare bott länge i området och kände ungdomarna och deras familjer.

Jag känner ingen rädsla för det eller otrygghet. Många gånger så vet jag vilka ungdomar det är, för det är familjer som bor här. Och jag har pratat med föräldrarna där och talat om att de inte får fortsätta, att de skräpar ner och sitter och är högljudda och stör grannarna sent på kvällarna.

Anders, 65 år, som jobbat i området under många år och hade en god relation med flera av ungdomarna, tyckte inte heller det var några problem att säga till eller att prata direkt med dem det rörde. Att hålla goda relationer med grannarna, även de nyinflyttade, menade Göran, 74 år, också var en viktig strategi. Även om man inte talade samma språk så var det viktigt att vara positiv och öppen. De som gick runt och beklagade sig eller "visa att de hatar utlänningar", de ber om problem.

Områdets rykte

När vi frågade deltagarna om områdets rykte, var alla väl medvetna om att deras bostadsområde klassats som socialt utsatt av polisen. De

höll med om att området hade stämplats med ett dåligt rykte. Begreppet socialt utsatt område användes av politiker, media och de boende själva. Några få deltagare tyckte att rubriceringen var en korrekt beskrivning av verkligheten och de gav uttryck för viss uppgivenhet. Orsaker som de lyfte fram till att området hade det rykte det hade var att det flyttat in många immigranter, att många boende var arbetslösa eller fattiga och kriminaliteten som pågick. Stigmatiseringen, som till exempel medförde att "folk" inte ville flytta in längre, den var förståelig. Även parallellstrukturer togs upp som orsak till den bakomliggande problematiken. Jan, 92 år, menade att det var begripeligt att personer från andra länder söker sig till varandra, men det var problematiskt.

Ja, jag förstår dem, när de kommer hit och så vidare, att de försöker vara ihop med sitt, och de bildade ju så att säga sina egna områden ... Styr och ställer. Och jag menar, inom de områdena är det ju en massa bråk ... de kommer ju ifrån olika nationer.

Jan avslutade med att det vore fel att dra alla över en kam, men att bostadsområdet behövde bli mer uppblandat, att det borde flytta in fler personer med svenskt ursprung.

Den dominerande åsikten bland deltagarna var trots allt att området de bodde i hade fått ett oförtjänt dåligt rykte. Några deltagare undvek ibland att berätta var de bodde för att de inte orkade bemöta oinsatta personers förutfattade meningar. "Det är sorgligt att personer som inte bor här har så många åsikter." Bostadsområdets stigmatisering färgade av sig på de boende, i synnerhet de unga. Barbro, 75 år, hade under tiden hon förvärvsarbetat upprepade gånger fått försvara sitt område och ungdomarna hon arbetade med. Hon kände att de var stämplade för att hon kom från ett "resursfattigt, utsatt område".

Vi kunde märka två olika typer av argumentation när man försvarade sitt område mot det negativa ryktet. Den ena typen av argumentation handlade om att lyfta fram det positiva i området. Personer som inte bodde där och aldrig tillbringat tid i området kunde inte heller känna till allt fint och positivt som fanns i området, resonerade de. De lyfte fram fina grönområden, parker och goda grannar. De som bodde i Helsingborgsområdena lyfte också fram att tillgången till service var

positiv. Deltagare bekräftade att det förekom kriminalitet och störningar men att det också fanns en fin gemenskap: "Här hjälper vi varandra, handlar tillsammans och tar hand om varandra." Kerstin bekände att hon själv hade känt sig fördomsfull gentemot personerna i området innan hon själv flyttade dit. Hon uppskattade nu gemenskapen, som hon menade färgades av att det inte bodde så många svenskar i området. Hon uppskattade den "osvenska" mentaliteten.

Det bor utlänningar här, och det är väldigt trevligt, tycker jag. För när jag kommer på gatan, eller i affären och frågar till exempel ... Det går mängder av utlänningar och handlar ... Och jag frågar ... "Vad är det här för en grönsak?" eller "Vad är det här för en frukt?" Alla hjälper till, alla berättar hur man ska göra det ... Svenskar gör inte det. Det är skitbra med detta!

Den andra typen av argumentation för att kämpa emot det negativa ryktet och stigmatiseringen handlade i stället om att *tona ner* betydelsen av och relativisera den kriminalitet och de störningar som förekom i området. Flera kommentarer rörde att kriminalitet förekommer överallt och att det inte var värre där de bodde än någon annanstans. Birgitta, 69 år, menade att det var lika illa överallt: "Jag tror inte att det finns något ställe i Sverige som är bättre än de andra." Detta trots att hon visste om att hennes område pekats ut av polisen. Man distanserade sig genom att beskriva att kriminaliteten och bränderna inte skedde i den del av området de själva bodde i, utan i andra delar av området. Under intervjun utbrast Göran: "Alla säger att det är ett skitområde att bo i! Och jag håller inte med! ... Men det är inga mord och skjutningar." Göran beskrev vidare en plats där det har förekommit skjutningar och vi enades om att det var cirka 300 meter från hans bostad. "Där nere någonstans så har det ju varit några skjutningar, men inte här." Flera deltagare från Landskrona uttryckte också att det överhuvudtaget inte var så oroligt i deras bostadsområde, Karlslund, men i Landskrona centrum däremot, dit skulle de aldrig vilja flytta. Där pågick det så mycket kriminalitet och bus. När denna typ av nedtoning och relativisering användes vävdes det också ihop med positiva kommentarer om området och hur väl de trivdes. Det fanns ett behov av att balansera negativa bilder av området med positiva bilder. Stig, 79 år, från Helsingborg, sammanfattade det:

Vi trivs bra här! Det är alltid så här, när vi pratar med människor som ringer till oss, framför allt, då va. "Har du hört att det har skjutits i Helsingborg i natt?" "Nä, det har vi inte hört", säger vi då. Automatiskt säger vi det, bara för att retas lite grand. Och det är precis som att människor i periferin lyssnar av ... Helsingborg är en storstad i dag. Den är en av Sveriges 10 största städer och vi är inte förskonade från den nya livsstilen som har kommit. Och det är bara ... Den kommer finnas kvar. Den försvinner inte. Det gör liksom att människor utanför städerna, de reagerar mycket mer än vi som bor här inne. Vi är inte oroliga.

Oavsett om deltagarna tyckte att det negativa ryktet var välförtjänt eller orättvist, så färgades deras resonemang av om de uppfattade att kommunen, bostadsbolagen eller andra samhällsinstanser satsade på att förbättra området. Att kommunen investerade i nya lekplatser, väggmålningar och planteringar och att bostadsföretagen renoverade upp bostäder verkade ge deltagarna en mer positiv bild av områdets framtid och vad de själva tyckte om området. Här kunde vi se en skillnad mellan de två städerna, i Helsingborg lyfte flera deltagare fram, och var positiva till, de satsningar som gjordes. Medan deltagarna i Landskrona var positiva till vissa satsningar, var de kritiska till andra. De tolkade initiativen mer som ett sätt att skyla över problemen än att lösa dem. Att ersätta stadsdelstorget med bostadsrätter var en sådan omdebatterad insats. Det gjordes, menade de, för att personer med bättre ekonomi skulle flytta in i området.

De håller på här nu och försöka lite gentrifiera det här området. En politiker här i stan uttalade sig då ... för de har byggt ... på någon parkeringsplats och på det gamla torget. Så har de byggt då nya hus, BoKlok eller något sånt. Och de ser väldigt fina ut, men det är alltså bara ägande, inga hyres alls.

Monika, 67 år, menade vidare att ersätta hyresrätter med bostadsrätter i hennes område var enkom ett sätt att göra det svårare för folk som behöver billiga bostäder. Flera deltagare från Landskrona kommenterade också sarkastiskt hur kommunen försökte förbättra områdets negativa rykte genom att rita om kartan och inkludera närliggande bostadsområden i stadsdelen – områden med enbart villor.

Avslutande kommentar

I det här kapitlet ville vi presentera de erfarenheter och strategier deltagarna använde för att hantera kriminalitet och störningar som pågick i det egna bostadsområdet. Vi utgick från intervjuer om hur det är att vara äldre och bo i socialt utsatta områden i Sverige. Vi använde teoretiska verktyg för att kunna uppmärksamma både hur en äldre person måste anpassa sig till kriminella händelser och störningar, och hur äldre personer är aktörer i sitt bostadsområde och verkar för att motverka kriminalitet och bidra till ett gott område med ett gott rykte. Tack vare dessa teoretiska verktyg som uppmärksammar äldre som aktörer fick vi exempel på hur äldre personer påverkar och skapar sin egen vardag. Vi påminns om att hög ålder inte nödvändigtvis medför hjälpbehov och passivt mottagande av service. Vi fick också exempel på hur äldre personer kan bidra till andras välbefinnande och att omsorgen om grannar, medmänniskor och barn i området skapar mening.

Vår studies resultat, som visade hur deltagarna i studien aktivt försökte förbättra närområdet, grannsämjan och områdets negativa rykte, visar på möjligheten att införa en ny typ av områdes- och förbättringsinsatser som både kan drivas framåt av äldre personer och gagna äldre personer. Liksom i Wankas studie (2018) kunde vi se exempel på äldre personer som inte enbart "drabbas" av det boendemiljön består av utan är villiga att bidra i stort och smått för att få en trevlig boendemiljö. Att barnen i området ska ha det bra verkade som en drivkraft för många, och droghandel öppet inför barn och ungdomar som bodde i området var ett exempel som upprörde och som triggade handling. Att boende engagerar sig i civilsamhället genom föreningsaktiviteter (Gerell et al. 2020) kunde vi också se exempel på. De exempel på deltagare som direkt konfronterade och diskuterade med till exempel drogförsäljare, som förekom i denna studie, känner vi inte igen från annan litteratur.

Deltagarnas engagemang i området och deras syn på områdets rykte verkade hänga samman med deras uppfattning om att övriga samhället engagerade sig och investerade i området. Att olika typer av investeringar från kommunen, polisen och bostadsbolagen gav effekt, utöver de direkta investeringarna, också i äldre personers vilja och engagemang behöver uppmärksammas. Deltagarna i Helsingborg

uttryckte sig positivt om lokala konstverk, väggmålningar, grönområden och renovering/invigning av lekplatser som hade positiva effekter på områdets rykte och frambringade samhörighet. Däremot kände flera invånare i Landskrona sig förolämpade av försök att förbättra områdets rykte genom *rezoning* (byta namn på området) och ersätta serviceinrättningar med bostadsrätter. Även om vår studie är baserad på ett litet urval, indikerar den tydligt att grannskapsförankring bland äldre människor är kopplad till hur det officiella samhällets agerande uppfattas. Liknande resultat har setts i ett danskt projekt som inriktade sig mot boende i alla åldrar (Srivarathan et al. 2020).

Ett bostadsområdes karaktärsdrag kan ha skilda betydelser för olika individer (Mouratidis 2020), och en del av våra deltagare hänvisade till den upplevda meningsfulla och positiva karaktären i deras område samtidigt som de tonade ner förekomsten av brott som pågick i området. Acceptans och uppskattning av de goda aspekterna i området ställdes i motsats till fördomar, okunnighet och trångsynthet. Denna lojalitet till området står emot vad Wacquant betonar i sitt teoretiska ramverk. Han menar att marginalisering av äldre personer i utsatta områden är ett resultat av internaliserat stigma (Wacquant, Slater & Pereira 2014). Baserat på resultaten i denna studie, finns det inte grund för att kalla äldre personer i utsatta områden för en marginaliserad grupp generellt. Tvärtom, utsagorna från deltagarna påminner oss i stället om vikten av att se äldre personer som den heterogena sammansättning av individer de är.

Avgörande för uppkomsten av känslan av lojalitet verkar vara längden på bosättningen i området (Kasarda & Janowis 1974). Den högre nivån av tillhörighet – eller lojalitet – ökar sannolikheten för att använda voicestrategier i stället för exitstrategier (Mulder 2007). I denna studie hade de deltagare som var kända av andra som långtidsboende vanligtvis stort förtroende bland grannarna. De hade mycket kunskap om området med en historisk anknytning till platsen och hade hunnit bygga relationer med grannar. Detta underlättade förtroendebyggandet och gjorde deras bidrag till närområdet (voicestrategier) ännu mer effektiva. Detta bekräftas av en studie om äldre personer i ett område i Malmö med mycket kriminalitet. Den studien fann att personer som levt länge i området, kände många i området och var aktiva och utomhus dagligen kände mindre rädsla trots att kriminaliteten var hög (Stjernborg & Bamzar 2020). Generellt sett flyttar äldre personer mer sällan än yngre, vilket skulle kunna betyda

att äldre personer i denna typ av områden kan verka som en stabiliserande kraft.

Studiens begränsningar

Vi är medvetna om att personer som vurmar mycket för sitt område och som är aktiva och engagerade i större utsträckning tackar ja till att delta i denna typ av forskning. Personer som upplever att de inte kan påverka eller inte känner sig lyssnade på tackar sannolikt oftare nej till att delta. Detta är en metodologisk begränsning som man som läsare bör vara medveten om. Troligen har det medfört att vi fått färre berättelser om känslor av utanförskap, färre utsagor om olika typer av exitstrategier och uppgivenhet inför områdets rykte än nu var fallet. Vi vill med denna studie lyfta att det finns äldre personer i utsatta områden som känner starkt för sitt område och som bidrar aktivt, men vi vill inte dra några slutsatser av hur vanligt det är.

Våra budskap

Sammanfattningsvis vill vi lyfta fram några punkter att ta hänsyn till vid framtida områdes- och förbättringsinsatser:

- Att ge stöd till de personer som vill åldras på plats och underlätta deras deltagande i lokala organisationer kommer öka chanserna att äldre personer vill bidra till att förbättra sitt närområde.
- Det behövs en kombination av lokala initiativ för alla åldrar med samtidiga insatser från kommunen. Kommunens insatser behöver vara konkreta förändringar som de boende har nytta av i sin vardag.

- Äldre personer med lång livserfarenhet och som tenderar att ha flera kontakter och större nätverk både i området och omgivande samhälle kan fungera som en stabiliserande och positiv kraft, om rätt förutsättningar ges.
- En viktig uppgift för boendeförbättringsprogram är att uppmärksamma den grupp äldre som inte är aktiva i närområdet och som inte känner sig trygga. Aktiva och socialt förankrade äldre personer kan vara en möjlig länk.



Figur 1: Omfattande renoveringar av bostäder i Karlslund, Landskrona. Foto: Författarna

Referenser

- Annear, M. et al. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. *Ageing & Society*, 34(4), 590–622. doi: 10.1017/S0144686X1200116X
- Beard, J-R. et al. (2009). Neighborhood characteristics and disability in older adults. *Journals of Gerontology, Series B* 64(2), 252–257. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn018>
- Buffel, T., Philippon, C. & Scharf, T. (2013). Experiences of neighbourhood exclusion and inclusion among older people living in deprived innercity areas in Belgium and England. *Ageing & Society*, 33(1), 89–109. doi: 10.1017/S0144686X12000542
- Chisholm, E., Howden-Chapman, P. & Fougere, G. (2016). The application of Hirschman's exit-voice framework to housing studies: A review and some ways forward. *Housing, Theory and Society*, 33(4), 381–402. <https://doi.org/10.1080/14036096.2016.1188849>
- Choi, Y. J. & Matz-Costa, C. (2018). Perceived neighborhood safety, social cohesion, and psychological health of older adults. *The Gerontologist*, 58(1), 196–206. doi: 10.1093/geront/gnw187
- Dahlberg, L. (2020). Ageing in a changing place: A qualitative study of neighbourhood exclusion. *Ageing & Society*, 40(10), 2238–2256. doi: 10.1017/S0144686X1900045X
- Danielewicz, A. L. et al. (2017). Association between socioeconomic and physical/built neighborhoods and disability: A systematic review. *Preventive Medicine*, 99, 118–127. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.02.014
- Gerell, M., Hallin, P-O., Nilvall, K. & Westerdahl, S. (2020). *Att vända utvecklingen: Från utsatta områden till trygghet och delaktighet*. Malmö University Publications in Urban Studies (MAPIUS 26).
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press.
- Julien, D. et al. (2012). Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: An integrative review. *International psychogeriatrics*, 24(8), 1207–1225. doi: 10.1017/S1041610211002894

- Kasarda, J. D. & Janowitz, M. (1974). Community attachment in mass society. *American Sociological Review*, 39(3), 328–339.
- Mouratidis, K. (2020). Neighborhood characteristics, neighborhood satisfaction, and wellbeing: The links with neighborhood deprivation. *Land Use Policy*, 99(1), 104886.
<https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2020.104886>
- Polismyndigheten (2021). *Lägesbild över utsatta områden*. Dnr: A028.504/2021. Stockholm: Polismyndigheten.
- Prattley, J. et al. (2020). Area effects on the level and development of social exclusion in later life. *Social Science & Medicine*, 246, 112722.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112722>
- Roelofs, K. & Salonen, T. (2019). *Insatser i "utsatta" områden: En analys av 20 års områdesutveckling och lärdomar inför framtiden*. Bostad 2030. www.bostad2030.se
- Rosso, A. L., Auchincloss, A. H & Michael, Y. L. (2011). The urban built environment and mobility in older adults: A comprehensive review. *Journal of Aging Research*, 816106.
<https://doi.org/10.4061/2011/816106>
- Schultz Larsen, T. & Nagel Delica, K. (2019). The production of territorial stigmatisation: A conceptual cartography. *City*, 23(4–5), 540–563.
<https://doi.org/10.1080/13604813.2019.1682865>
- Srivarathan, A., Lund, R., Christensen, U. & Kristiansen, M. (2020). Social relations, community engagement and potentials: A qualitative study exploring resident engagement in a community-based health promotion intervention in a deprived social housing area. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2341.
- Stjernborg, V. & Bamzar, R. (2022). Does context matter? Older adults' safety perceptions of neighborhood environments in Sweden. I V. Ceccato & M. K. Nalla (red.) *Crime and fear in public places*. Routledge, 250–264.
- Wacquant, L., Slater, T. & Pereira, V. B. (2014). Territorial stigmatization in action. *Environment and Planning A*, 46(6), 1270–1280.
<https://doi.org/10.1068/a4606ge>
- Wanka, A. (2018). Disengagement as withdrawal from public space: Rethinking the relation between place attachment, place appropriation, and identity-building among older adults. *The Gerontologist*, 58(1), 130–139.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx081>

- Wilson, W. J. & Taub, P. R. (2007). *There goes the neighborhood: Racial, ethnic, and class tensions in four Chicago neighborhoods and their meaning for America*. Vintage.
- Wu, Y-T. A., Prina, M. & Brayne, C. (2015). The association between community environment and cognitive function: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 351–362. doi: 10.1007/s00127-014-0945-6
- Yen, I. H., Michael, Y. L & Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 455–63. doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.022

3. Är det något särskilt med äldres missbruksproblem?

Om komplexa lösningar och ålderistiska synsätt

TOVE HARNETT & JEANNE HØYGAARD BØYTLER

Inledning

Är det något särskilt med äldres missbruksproblem? Finns det en ålder då samhället bör ge upp ambitionen att ge behandling och i stället sträva efter att skapa ett värdigt liv? Är lågtröskelboenden där äldre får fortsätta missbruka en värdig och human lösning? Eller ett uttryck för ålderism där samhället ger upp ambitionen att förändra livet för äldre personer?

Det här kapitlet handlar om äldre med missbruksproblem och om samhällets förhållningssätt. Särskild uppmärksamhet riktas mot lågtröskelboenden som utgör kritiska fall där förhållningssätt och utmaningar tydliggörs. På boendena ges ingen behandling och den som flyttar in accepteras "som den är" och får fortsätta konsumera alkohol. Upplägget uppskattas i regel av de som bor där: de slipper krav på förändring, det finns personal som hjälper dem och de har samtidigt en egen dörr att låsa om sig. Hyresgästerna är en heterogen grupp, som inbegriper både 50-åringar och 90-åringar, män och kvinnor, före detta uteliggare och personer som haft kvalificerade yrken och en stabil situation. Många har haft långvariga missbruk, medan andra börjat missbruka senare i livet. Trots att målgruppen är brokig, skapar platsernas särart en gemenskap. Denna gemenskap handlar om alkohol, och i vissa fall narkotika, och för den som vill ta sig ur sin problematik kan själva platsen göra det särskilt svårt. Det är samhället som skapat dessa platser där äldre personer med alkoholproblem samlas ihop och där alkohol är ständigt närvarande. Lågtröskelboenden bygger på acceptans, men har också regler och är komplexa verksamheter.

Men innan vi fördjupar oss i dessa boenden, inleder vi med att ge en mer allmän bakgrund till hur samhällliga institutioner ser på äldres missbruk. Vi diskuterar betydelsen av ålder, hur äldres missbruk kommit att bli en fråga för äldreomsorgen och huruvida äldres alkoholkonsumtion överhuvudtaget är en fråga som det sociala arbetet bör lägga sig i.

Äldre personer har historiskt sett druckit väsentligt mindre alkohol än andra vuxna och äldre kvinnor har druckit minst av alla (Ramstedt & Raninen 2012). Men alkoholvanorna i befolkningen har förändrats och trenden är tydlig: alkoholkonsumtionen bland äldre ökar. Under covid-19- pandemins första år minskade alkoholkonsumtionen bland alla åldersgrupper i Sverige, förutom bland äldre, som tvärtom ökade sin årskonsumtion under 2020 (Guttormsson 2020). När totalkonsumtionen ökar, så ökar också antalet personer med missbruk och alkoholrelaterade skador. Äldre personer är dessutom känsligare för alkohol rent fysiologiskt och många har en ökad känslighet på grund av mediciner (Ahlner, Skoog & Wearn 2018).

Varför dricker då dagens äldre så mycket alkohol? Två typer av förklaringar brukar nämnas i sammanhanget. En handlar om den så kallade kohorteffekten där nya grupper av äldre åldras med andra slags alkoholvanor jämfört med tidigare generationer. Att ta några glas vin till maten har för många blivit en etablerad livsstil. För en del ökar också drickandet i samband med pensionering till följd av mindre krav och mer ledig tid (Ahlner, Skoog & Wearn 2018). En annan förklaring handlar om tillgänglighet. Fram till för några decennier sedan sålde Systembolaget all alkohol över disk och inte förrän 1991 öppnade den första butiken där kunderna själva kunde plocka vad de ville ha från hyllorna. Några år senare började vin säljas i bag-in-box och 2012 erbjöds för första gången hemleverans av alkohol. Parallellt med denna utveckling har privatimporten av alkohol ökat (Ramstedt 2009; Boman et al. 2006).

Men är just äldres alkoholkonsumtion något som det sociala arbetet bör lägga sig i? Många vuxna upplever att livskvaliteten ökar av att dricka vin eller öl tillsammans med vänner och att peka ut just äldre personers drickande som problematiskt skulle kunna ses som skuldbeläggande och ålderistiskt. Men att *inte* "lägga sig i" äldre personers skadliga alkoholkonsumtion kan också bli problematiskt. När regeringen 2021 angav mål för politiken för perioden 2021–2025 lyftes minskningen av äldres skadliga bruk av alkohol fram som ett särskilt

prioriterat område (prop. 2020/21:132). Även socialtjänstlagen beto-
nar att socialarbetare behöver ”lägga sig i”. I 5 kap. 9 § anges ett ansvar
att ”aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och
vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”. Det
finns alltså ett tydligt uppdrag för socialtjänsten att hjälpa människor
till ett liv utan missbruk.

I det här kapitlet görs ingen åtskillnad mellan diagnosmanualernas
begrepp riskbruk, missbruk och beroende. I stället använder vi be-
greppen missbruk och alkoholproblem, benämningar som också an-
vänds i socialtjänstlagen och i vårdguiden. Kapitlet är uppdelat så att
första delen ger en mer allmän introduktion till ålderns betydelse vid
missbruk och till missbruk i äldreomsorgen. I den andra delen riktas
strålkastarljuset specifikt mot lågtröskelboenden för äldre med lång-
varigt missbruk.

Missbruk och ålderns betydelse

Är det något särskilt med äldres missbruk? Bör äldre få andra insatser
än yngre? Och svarar yngre bättre än äldre på behandling? Svaret är
att ålder *kan* spela roll, men inte alltid på det sätt vi tror.

Ålder är i dag en central princip för att organisera stöd till personer
med missbruksproblematik. Den som räknas som ung vuxen får en
annan typ av stöd än den som räknas som vuxen och vissa insatser ges
enbart till den som betraktas som äldre. Organiseringen visar också
att betydelsen av ålder är beroende av sitt sammanhang. Lunds
kommun har till exempel en speciell enhet för personer mellan 18 och
24 år, medan Umeå valt att ha en enhet för personer mellan 12 och 22
år. I Göteborg finns lågtröskelboendena Bergsjöhöjd och Kallebäck
som vänder sig till äldre med missbruk och med ”äldre” avses då
personer som fyllt 50 år. Denna ålderskategori används också i forsk-
ning om missbruk för att definiera ”äldre missbrukare” (Rao & Roche
2017). Betydelsen av ålder återspeglas även i alkoholpolitiken där de
ungas skadliga bruk traditionellt sett varit i fokus (Demant & Mage-
lund Krarup 2013), även om äldres situation fått ökad uppmärksam-
het (prop. 2020/21:132).

I politik och organisering framställs äldres missbruk som annorlunda yngres. Synsättet finns också hos professionella. Bland socialsekreterare finns det en uppgivenhet och ett motstånd mot att erbjuda mer krävande insatser, som till exempel 12-stegsprogram eller KBT-behandling, till just äldre (Gunnarsson & Karlsson 2018). Äldre ses som ovilliga till förändring och som några som ska "hållas under armarna", medan yngre ses som dem som samhället bör satsa resurserna på (Palm 2009).

Hur ser då sambandet ut mellan ålder och behandlingsprognos? I många avseenden kan äldres missbruk behandlas på samma sätt som yngres, men sambandet mellan ålder och behandlingsprognos är komplext. För det första behöver vi förstå skillnaden mellan att ha levt ett långt liv med alkoholproblem och att få problem först senare i livet.

Här finns en uppenbar risk att omgivningen blandar samman en äldre persons höga ålder med att ha ett långvarigt missbruk. Ett viktigt budskap är därför att ålder i sig inte spelar roll för behandlingsprognos. Äldre kan lära sig att dricka mer kontrollerat och äldre kan bli nyktra. En del interventioner mot missbruk ger till och med bättre resultat för äldre jämfört med yngre (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore 2014; Oslin, Pettinati & Volpicelli 2002). Däremot är prognosen sämre för personer som haft alkoholproblemen under lång tid (Poudel & Gautam 2017).

Majoriteten av dem som dricker mycket alkohol som äldre, har också gjort det tidigare i livet. Men ungefär en tredjedel inleder sitt problemdrickande först efter 60 års ålder, ofta i samband med en livsomställning som pensionering, sjukdom eller att bli änka eller änkling (Fingerhood 2000). För personer med denna problematik är behandlingsprognosen god (Dauber, Pogarell, Kraus & Braun 2018).

Spelar då åldern någon roll för upptäckten av missbruk? Ja, på flera sätt. Dels är det vanligt att sjukvården förbiser äldres missbruk och att symtomen tolkas som en del av det naturliga åldrandet (Johnson 2000). Dels är det svårare för omgivningen att märka när äldre personer har alkoholproblem. Den som är pensionär hamnar i färre situationer där omgivningen kan reagera och konfronteras inte av kollegor på arbetsplatsen (Jönson & Harnett 2015).

Äldreomsorgens förhållningssätt till alkohol

Under lång tid präglades både äldreomsorgens och samhällets förhållningssätt till alkohol av förbud och ransonering (Abrahamsson 2009; Allebeck 2004). Schablonbilden av äldreboenden som torrlagda platser har emellertid förändrats. Numera har de som bor på äldreboenden sina egna lägenheter och är fria att göra vad de vill, inklusive att dricka alkohol (Norberg 2014). Självbestämmandet är starkt och alkohol har blivit en symbol för det goda livet och ett sätt att tvätta bort associationer till fattigvård och institutionstillvaro. Ett boende med vinmingel och Irish coffee är fattigvårdens själva antites.

Jämte denna lustfyllda sida av alkohol, existerar också en annan och problemdrickandet skapar svårigheter för äldreomsorgens personal. Hemtjänsten vittnar om att de inte kan arbeta som planerat på grund av berusade brukare. Det kan handla om stökiga lägenheter, att torka spyor eller att känna sig otrygg när berusade personer blir aggressiva (Jönson, Harnett & Germundsson 2019). Forskaren Evy Gunnarsson, som under många års tid studerat ämnet, skildrar en situation där andra aktörer backar undan och lämnar hemtjänsten ensam kvar med ansvaret (Gunnarsson 2010). Hemtjänstens personal har emellertid varken kompetens eller resurser för att arbeta med själva missbruket, vilket leder till känslor av frustration: "Man slutar inte dricka för att man får städat", som omsorgspersonal krasst uttryckte det (Gunnarsson & Karlsson 2013). Samhället har inte utvecklat fungerande förhållningssätt och äldre med missbruk hamnar mellan stolarna. Äldreomsorgens uppdrag är inte att hantera missbruksproblem och missbruksvården riktar sig inte till äldre, åtminstone inte så länge personen själv inte söker sig dit. Svårast är situationen för de äldre som samhället förr benämnde som "kroniker", men vars problem vi i dag skulle benämna i termer av samsjuklighet. Problembilden med hög ålder, missbruksproblem och psykisk ohälsa passar dåligt ihop med de insatser som hjälpsystemet kan erbjuda. Även om det finns starkt stöd för integrerade verksamheter, är det en ovanlig företeelse i svenska kommuner. Behovet uppmärksammades i 2020 års samsjuklighetsutredning (SOU 2021:93) som föreslog att kommuner och regioner ska bli skyldiga att driva gemensamma verksamheter för personer med samsjuklighetsproblematik. I samma betänkande föreslogs även

att skadereducerande insatser ska erbjudas i högre utsträckning än i dag.

Inte bara i Sverige, utan även i många andra länder, är missbruk ett problem för äldreomsorgen. En systematisk forskningsöversikt från USA rapporterade att mer än var fjärde person på äldreboenden hade symptom på alkoholproblem (Johnson 2000). I en del länder får personer som bedöms oförmögna att sluta med sitt missbruk skadereducerande insatser i form av så kallade *managed alcohol programs* och ordinerar då alkohol i kontrollerade former. Programmen används i bland annat Australien, Kanada och Storbritannien, men inte i Sverige (Carver et al. 2021; Pauly et al. 2018). I Sverige finns en rad andra insatser som syftar till skadereducering av alkohol och droger. Ett exempel är lågtröskelboenden för äldre med missbruk, vilket vi nu ska fördjupa oss i.

Lågtröskelboenden: Tre modeller

Lågtröskelboenden är platser där samhällets förhållningssätt till äldre med missbruk tydliggörs och sätts på sin spets. Boenden av dessa slag finns i flera länder, med olika kravnivåer och med varierande omfattning på omsorgsinsatser (McCann, Wadd & Crofts 2017; Vossius, Testad, Berge & Nesvåg 2011). Ingen behandling tillhandahålls och den som flyttar in accepteras som aktiv missbrukare. Syftet är att ge ett värdigt liv, *med* alkohol, vilket innebär att individen erbjuds boende, omsorg och i de flesta fall måltider (Harnett & Jönson 2020). Hyresgästerna har samma rätt som andra medborgare att söka till missbruksbehandling, men det är ovanligt och personal på plats arbetar inte med själva missbruket. Däremot händer det att personer tvångsvårdas enligt LVM när missbruket går över styr och de riskerar att allvarligt skada sig själva.

Svenska lågtröskelboenden har i regel sin organisatoriska hemvist i äldreomsorgen, men undantag förekommer. Boendena skiljer sig åt gällande huruvida alkoholen är i fokus eller ej. Vissa modeller lägger fokus på alkoholen genom krav och begränsningar i alkoholkonsumtionen. Andra modeller ser alkohol som hyresgästernas ensak. På en del boenden tillåts de äldre att dricka alkohol i den egna lägenheten,

medan andra har alkoholförbud, men tillåter alkoholkonsumtion som sker utanför boendet. Modellerna skiljer sig även åt gällande institutionaliseringsgrad och grad av självbestämmande. Med institutionaliseringsgrad menar vi förekomsten av omsorgsinsatser och gemensamma aktiviteter, såsom måltider och sociala sammankomster. Verksamheterna är i regel organiserade på samma sätt som vanliga äldreboenden där hyresgästerna äter gemensamma måltider och med personal på plats dygnet runt. En del boenden bemannas dock endast dagtid och erbjuder inga gemensamma måltider (Harnett & Jönson 2020; Jönson, Højgaard-Bøytler & Harnett 2021). Baspersonalen utgörs av undersköterskor och vårdbiträden, men även sjuksköterskor och stödpedagoger finns på plats (Harnett & Jönson 2020). På flertalet boenden utför personalen traditionella omsorgsuppgifter, som att ge medicin, städa, tvätta, hjälpa till med egenomsorg, inköp och dagliga samtal. En del personal har utbildning i lågaffektivt bemötande (Elvén 2020) och MI (motiverande samtal).

Lågtröskelboenden utgör vad Emerson (1981) benämner som *last resort*, det vill säga en sistahandsåtgärd. Till skillnad från förstahandsåtgärder, som exempelvis att ge behandling till en person med missbruk, är sistahandsåtgärder det som återstår när alla andra alternativ är uttömda. Handläggare som beviljar flytt till lågtröskelboenden förväntas följaktligen rättfärdiga beslutet genom att visa att tidigare behandlingsinsatser prövats och misslyckats.

Men lågtröskelboenden skildras inte enbart som en icke-önskvärd sistahandsåtgärd, utan också som en human och pragmatisk lösning som ger värdighet och samtidigt minskar samhällsliga kostnader (Palm 2009; Jönson & Harnett 2019, 2020). I Sverige är boendena i allmänhet riktade till personer över 50 år som har ett allvarligt missbruk i kombination med omsorgsbehov, psykosociala problem och i vissa fall även hemlöshet i bagaget. Hyresgästerna har mycket varierande omsorgsbehov till följd av missbruket (Göteborgs Stad 2021) och beskrivs ofta som oförmögna att bo i ett eget hem och omöjliga att behandla (Harnett & Jönson 2020). Dessa boenden utgör i regel både en *sistahandsåtgärd* och livets *sista anhalt*. Den som en gång flyttat in på ett lågtröskelboende har få andra alternativ än att bo kvar till döden. Många personer bor därför på dessa boenden under lång tid, i en del fall i mer än 20 års tid och i en del fall även när missbruket upphört och när de önskar bo någon annanstans (Göteborgs Stad 2021).

På lågtröskelboenden prövas det sociala arbetets ledord. Platserna kan ses som kritiska fall av hur socialarbetare balanserar individers rätt till självbestämmande med risken att bli passiva åskådare till försummelse. Respekten för människors självbestämmanderätt betonas både i socialtjänstlagen och i äldreomsorgens nationella värdegrund, men socialarbetare har också ett ansvar att hjälpa personer bort från missbruk. Samtidigt finns politiska mål om att minska befolkningens totala alkoholkonsumtion, eller i vart fall hindra att den ökar (SOU 2017:113; Ekendahl 2011). Hur ska målsättningar av dessa slag förstås i relation till lösningar där äldre med missbruk placeras i samma byggnad och tillåts dricka fritt utan att någon behandling erbjuds?

I flera forskningsprojekt har vi genomfört intervjuer med äldre personer, personal och chefer på lågtröskelboenden för äldre med missbruksproblematik⁴. Intervjuer har även genomförts med handläggare med ansvar för att placera äldre personer på boendena. Med utgångspunkt i materialet diskuteras nedan tre modeller med olika grader av institutionalisering, olika fokus på alkohol och med varierande grader av självbestämmande. Modellerna benämns: *Klara-sig-självmodellen*, *Bergsjöhöjds-modellen* och *Begränsningsmodellen*.

Klara-sig-självmodellen

Lågtröskelboenden med klara-sig-självmodell har en låg grad av institutionalisering och en hög grad av självbestämmande. Personalens fokus är att hyresgästerna ska "klara" sitt boende, medan missbruket betraktas som den boendes ensak. Det är tillåtet att dricka hur mycket alkohol som helst. Personalen lägger sig inte i, så länge det sker i den egna lägenheten. Hyresgästerna förväntas handla och laga sin egen mat och inga gemensamma måltider erbjuds. Lönngården i Malmö är ett exempel på boende med denna modell⁵. Boendet riktar sig till personer över 50 år som lever med alkoholmissbruk och hemlöshet och i hyran ingår en serviceavgift för tvätt och städning. Personal är på

⁴ Jönson, H. (PI) *Specialist eldercare for people with substance abuse and complex needs: Promising practices or institutionalized ageism?* Forte (Dnr: 2019-01149)

⁵ Lönngårdens verksamhet flyttade 2022 till nya lokaler i en annan stadsdel. Eftersom verksamheten är känd under namnet Lönngården används detta i texten.

plats under dagtid på vardagar och entrén bemannas dygnet runt av en väktare. Personalen är skötare och vårdbiträden och deras arbetsuppgifter handlar om att stötta hyresgästerna och hjälpa till med praktiska saker, såsom att städa, tvätta, betala räkningar, handla och gå till läkare. De som behöver omsorgsinsatser får hjälp av hemtjänstpersonal.

Klara-sig-självmodellens låga institutionaliseringsgrad gör att hyresgästerna kan bo på platsen utan särskilt mycket inblandning av personal, vilket har beskrivits som ett sätt att öka deras självständighet (Lindgren 2008). Modellen kännetecknas också av en hög grad av självbestämmande där alkoholmissbruk accepteras under "kontrollerade och värdiga former" (Lindgren 2008). I intervjuer uttrycker hyresgäster stort stöd för upplägget, men många efterfrågar sociala aktiviteter. Modellen innebär att var och en själv får bestämma vad de egna pengarna ska användas till. När pensionen betalas ut väljer många att köpa alkohol och cigaretter, medan matinköp kommer i andra hand. Ett upplägg med matavgift och gemensamma måltider är inget som intresserar dem vi intervjuat. Tvärtom, så ses boendets modell som ett sätt att få bestämma över sin tillvaro:

För jag äter ju när det passar mig. Ibland passar det ju inte mig att äta mat förrän klockan åtta, nio på kvällen. (Hyresgäst)

En man berättar att han hittar mat i soptunnor vid stadens snabbmatsrestauranger, en annan att han steker sig en korv någon gång ibland. Alkohol är tillåtet, så länge den dricks i lägenheterna och inte i gemensamma utrymmen. Flera äldre personer som vi intervjuat beskrev modellen som en slags acceptans för deras valda livslopp, medan platser med alkoholförbud sågs som motsatsen: "ett boende där man inte får dricka i sin lägenhet, det är översitteri i mina ögon" (hyresgäst). Att ha en egen lägenhet och kunna låsa om sig var viktigt. Viktigt var också att slippa förbud, vilket många hade erfarenheter av från tidigare boenden (jfr Larsen, Bøe & Topor 2020):

Här är fint som fan rent ut sagt. Det är rena paradiset mot vad jag har haft innan. (Hyresgäst)

Både hyresgäster och personal betonade vikten av acceptans och trygghet. Modellen innebär dock även utmaningar. Även om nykterhet

inte är målet, pratade personalen om en strävan att åstadkomma "korta nyktra stunder" genom alkoholfria aktiviteter, som exempelvis hundpromenader. Att försöka aktivera hyresgästerna var dock förknippat med frustration och som en "tävling med flaskan, med drogen, med missbruket". Modellens låga grad av institutionalisering innebar inte bara en avsaknad av gemensamma måltider, utan även en avsaknad av gemensamma aktiviteter. Hyresgästerna uttryckte stor uppskattning för enstaka grillkvällar som ordnats av personal, men i övrigt kretsade platsens gemenskap kring alkoholen. En personal liknade boendets gemenskap vid Anonyma Alkoholister, men tvärtom:

Men alltså AA där har man gemenskapen för att sluta men här blir nästan gemenskapen att fortsätta. För det hör man ju många gånger i korridoren att det är så här "ska du inte komma in och ha en öl?" och så står det då en person som är nykter där och försöker, jag kan verkligen se det hur dom då försöker kämpa: "nej, nej", "kom igen nu, kom in till oss sen när du snackat färdigt med henne, kom in nu", "nej, nej, nej" och sen ändå så ser man att då kommer man in där. För då blir det gemenskapen igen. För att då kanske dom är tre i den lägenheten som sitter och dricker och så ska du stå ensam som nykter... alltså på samma sätt som på AA, där är dom ju då nyktra och kommer du in då full då blir du ju den då som är outsider. Så då kanske dom kan hjälpa och säga "ah, men va fan, sluta och drick, liksom kom igen nu, försök vara nykter igen". Så här blir ju gemenskapen stark fast åt ett annat håll.

Går det ens att prata om begrepp som autonomi och självbestämmande för den som har ett missbruk? Forskning ger stöd för att personer med ett alkoholmissbruk inte har självbestämmande fullt ut. Det är alkoholen som bestämmer (Caplan 2008). Gunnarsson (2013) har i flera studier kritiserat att självbestämmandet ges för stor tyngd när det gäller äldre personers rätt att fortsätta med sitt missbruk och synsättet återspeglas även bland personal vi intervjuat på lågtröskelboenden. En chef på ett boende med klara-sig-självmodell menade att den starka självbestämmanderätten i praktiken innebär rätten att supa sig till döds:

Vi hade ju en man som bodde på första våningen ... [---] han dog ju här, han söp ju ihjäl sig i princip ... Men när jag pratade med socialsekreteraren efter så säger hon "alltså vi skulle ju aldrig

ha satt honom på detta boende, men var skulle vi satt honom?”. För socialtjänsten har ju bara nyktra boenden, han hade ju straffat ut sig direkt.

Citatet illustrerar självbestämmandets kontextbundenhet. Mannen fick själv bestämma när och hur mycket han skulle dricka. Men han utövade sitt självbestämmande på en plats där alkohol var tillgänglig dygnet runt. Hade mannen supit ihjäl sig om han bott i en vanlig lägenhet med boendestöd och hemtjänst? Det vet vi inte. Men platsen spelar roll och det förekom både smuggelsprit och narkotika på platsen där mannen bodde. För personalens del var tillgängligheten en källa till frustration och man efterlyste boendalternativ för dem som ville dricka mindre. Det egna boendet sågs som ett uttryck för uppgivenhet och för kommunens syn på äldres möjligheter att ändra på sig:

Det är tråkigt deras inställning, att man redan stämplar dem härifrån att ”nej, du dricker, du kan aldrig ändra dig”.

Lågtröskelboenden kan utgöra en inlåsning där äldre blir fast på själva platsen, men också i identiteten som obotlig missbrukare. Samhällets förhållningssätt är motsägelsefulla. Den äldres rätt att bestämma själv hedras, samtidigt som äldre missbrukare ses som oförmögna att förändra sig. Personal uttryckte en vanmakt över att insatser till äldre med missbruk organiserats utifrån denna premiss:

Och sen kan jag tycka att vägen vidare är lite tungrodd. Om man nu har några som vill göra en förändring, då vet vi inte heller, på samma sätt som vi inte vet var de som missköter sig ska ta vägen, då vet vi inte heller riktigt vad gör vi med dom som vill vidare som faktiskt vill vidare och jag vill göra en förändring nu. Då finns det ingen tydlig riktning där heller ...

Boenden med klara-sig-självmodell skiljer sig från andra modeller genom att hyresgästerna förväntas stå på egna ben i högre utsträckning. Utan gemensamma måltider och aktiviteter blir dock alkoholen den enda gemensamma nämnaren och ensamheten är utbredd. För den som vill fortsätta med sitt missbruk finns både alkohol och dricksällskap tillgängligt, men för den som vill fokusera på annat är möjligheterna små.

Bergsjöhöjdsmodellen

Bergsjöhöjds boende i Göteborg har agerat förebild för lågtröskelboenden i bland annat Malmö, Jönköping och Stockholm. Den formella målgruppen för boenden med Bergsjöhöjdsmodell är personer från 50 år och uppåt med varierande omsorgsbehov samt aktivt missbruk. Till skillnad från klara-sig-självmodellen påminner dessa boenden om vanliga äldreboenden. Personalens fokus är att hyresgästerna ska kunna åldras under värdiga former, medan missbruket betraktas som den boendes ensak. Personalen lägger sig inte i hur mycket hyresgästerna dricker, så länge det inte är fråga om LVM. Hyresgästerna har egna lägenheter, de serveras gemensamma måltider tre gånger per dag och omsorgspersonal finns på plats dygnet runt. Bland personalen finns undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor och stödpedagoger som sköter omsorgsuppgifter, medicinhantering och kontaktpersonuppgifter.

Bergsjöhöjdsmodellen karaktäriseras av en hög institutionaliseringsgrad och hög grad av självbestämmande. De boende blir en del i en institutionell struktur där måltider serveras på vissa klockslag, där dagliga aktiviteter erbjuds och där inflytande kan utövas på boendemöten. Självbestämmandet tar sig uttryck genom ett tillåtande förhållningssätt till alkohol. Hyresgästerna får ta med alkohol in på boendet och dricka när de vill, så länge de befinner sig i lägenheterna. Avsaknaden av krav har i media framhållits som något som leder till minskat drickande, baserat på en logik om att den som slipper krav slutar av sig själv (Jönson & Harnett 2019). Påståendet stöds emellertid inte av vare sig boende eller personal (Harnett & Jönson 2020). En vanlig uppfattning bland hyresgäster var i stället att det är lönlöst med förbud och att folk kommer att dricka oavsett hur reglerna ser ut:

Det här är ett helt underbart ställe. Sen om folk har lust att suppa ihjäl sig, eller de flesta har ju redan gjort det kan man säga här, det ändrar ingenting och dessutom om de bott på något annat ställe så hade de fixat sprit ändå.

Hur ska man tänka om påståendet ovan? Om människor fixar alkohol var de än bor borde alkoholförbud vara lönlösa. Samtidigt fanns det hyresgäster som menade att de överlevt tack vare återkommande fängelsevistelser där alkoholförbudet gjort att kroppen fått en chans

att återhämta sig. Flera personer vi pratat med menade att de visserligen drack mindre nu än förr, men att det inte berodde på platsen, utan på att kroppen tog för mycket stryk.

Bergsjöhöjd har i media återkommande skildrats som en human kontrast till institutioner som kräver nykterhet. I dagspress har hyresgästerna benämnts med epitet som "goa gubbar", vilket även återspeglas i kortfilmen *Bergsjöhöjds äldreboende – där man får va den man är*. Mediabilden är sann i det avseendet att Bergsjöhöjdsmodellen bygger på acceptans och att den som flyttar in får fortsätta med sitt missbruk. Boendena i Göteborg har dock varit del i vårdskandaler, som just handlat om brist på kontroll och om att personer farit illa trots närvaro av personal.

I likhet med andra lågtröskelboenden bär många av de "goa gubbarna" på tragiska levnadsöden. Hyresgäster vi intervjuat vittnar om trasiga relationer, om barn som tagit avstånd, om förlorade jobb, om kriminalitet och om ekonomiska problem. En del, men inte alla, hade erfarenhet av hemlöshet.

Även många handläggare beskrev lågtröskelboenden på detta sätt och framhöll andra alternativ som orealistiska:

Jag har haft klienter som flyttat in och ut, korttidsboenden, man har försökt med drogfria boenden, behandlingshem, varit LVM-placerad, men inget funkar, vilket gör att man hela tiden hamnar på gatan. Och det, alltså det som funkar till slut det är, det är Bergsjöhöjd.

Handläggaren beskriver lågtröskelboendets idealklient: en person där inget, utom en placering på lågtröskelboende, funkar. Resonemanget stämmer sannolikt in på många av dem som bor på lågtröskelboenden. Men inte på alla. Det finns en risk att föreställningen om klienten där "inget funkar" blir sann även för personer som *inte* provat allt. När handläggare fick redogöra för faktiska placeringar av specifika personer, visade det sig att en del fick plats på lågtröskelboende, trots att de *inte* hade provat behandling eller andra åtgärder. Även i intervjuer med hyresgäster framtonade en ambivalent bild. Många sade att de ville fortsätta dricka, men en del uttryckte en önskan om förändring, men menade att platsen utgjorde ett hinder:

Ja, jag tycker eller jag känner mig liksom lurad, för när jag kom hit och så vad fan, och så sa de "men Harald, ett halvår, ett år, så

kan du söka dig härifrån om du får ordning på superiet”, för det är ju, det tar ju en jävla stund att tända av. Det är inte bara att sluta dricka, det är, hjärnan måste ju liksom få plats i det där.

Kan man få ”ordning på superiet” när man bor tillsammans med hundra aktiva missbrukare och inte erbjuds någon behandling? Det är naturligtvis möjligt, men om så sker är det svårt att flytta till annan plats. En kartläggning av två boenden med Bergsjöhöjdsmodell visar att en del hyresgäster helt upphört med sitt missbruk, men att det saknas vägar ut (Göteborgs Stad 2021). Planen för den som en gång flyttat in är att bo kvar till döden och denna insikt kunde skapa frustration bland hyresgäster som tänkt sig en annan framtid:

Jag ska bo här tills jag dör har de tänkt sig och jag är 61 år. Och det är inget fel på mig. Jag har en rollator men det är många som har det.

Kategorin 50+ är heterogen och den som flyttar in i 50-årsåldern kan bo på platsen i årtionden. Trots detta sågs åldersgränsen som problematisk av handläggare och även av många hyresgäster. En 50-årig kvinnlig hyresgäst kommenterade sin egen ålder med att ”man blir ju äldre”, och den handläggare som placerat henne där motiverade beslutet med att hon passade in i målgruppen:

Boendena har ju lite den målgruppen, eller att det är just för personer som är 50 år och äldre, ungefär [---]. Så att, det är väl såklart också en faktor till varför man placerade henne där.

När handläggare reflekterade om ålderns betydelse, framträdde en bild av olika behov i olika åldrar:

Handläggare: Alltså, nån gräns tror jag kanske att man ändå måste ha. [---] En 30-åring behöver kanske helt andra insatser.

Tove: Vad är det för insatser som en 30-åring behöver som inte ...?

Handläggare: Nej, men mer, mer kanske ändå normaliserande och motiverande insatser.

Påståendet att 30-åringar behöver "helt andra insatser" än 50-åringar kan mycket väl vara en realistisk analys i sammanhanget. Men det är riskabelt att automatiskt tänka att den som fyllt femtio inte har nytta av "motiverande insatser" av den typ som 30-åringar behöver.

Men för många av dem som bodde på boenden med Bergsjöhöjdsmodell fanns det ett värde i att slippa insatser av motiverande karaktär. Avsaknaden av krav var det som gjorde att man trivdes, menade många av dem vi intervjuat:

Men så länge det är som det är och jag äter mig mätt varje dag och får sköta mig själv och ingen stör mig så, vilket är fallet. Så är det okej. Och det är det inte, det är ingen som, det är inga pekpinnar eller någon som talar om på det viset, så det, så det är väldigt bra.

Att ge upp ambitionen att behandla äldre med missbruk skulle kunna ses som ett uttryck för institutionaliserad uppgivenhet (Järvinen 2002) och ålderism. Lågtröskelboenden med Bergsjöhöjdsmodell innebär att äldre ges stöd med lägre ambitioner, men innebär också att människor respekteras för "den de är". Denna idé var stark bland de boende som såg förbud som en form av respektlöshet:

För du vet att den här förbjudaregeln, alltså, den skapar mycket, mycket motvind. Jag menar, är man 70 år så är det ju att ge fan i, vad i helvete, en massa halvstroppar som inte har levt en tiondel av mitt liv liksom, va. Inte en tiondel av min förnedring. Och utsatthet liksom.

Flera hyresgäster hänvisade till "livsloppet bakåt" för att åberopa hur "livsloppet framåt" skulle levas. Erfarenheter av att hantera problem och utsatthet tidigare i livet utgjorde på detta sätt ett argument för att själv kunna bestämma över sitt liv och sitt drickande som gammal.

Begränsningsmodellen

Lågtröskelboenden med begränsningsmodell karaktäriseras av en högre tröskel, högre institutionaliseringsgrad och lägre grad av självbestämmande avseende alkohol och droger. Boenden med begränsningsmodell finns bland annat i Lund och Uppsala och är organiserade

som vanliga äldreboenden. Till skillnad från de andra modellerna, så har denna modell alkoholen i fokus. Krav och begränsningar gällande alkoholkonsumtion gör alkohol till en ständigt närvarande fråga för både personal och hyresgäster.

Det serveras gemensamma måltider och omsorgspersonal finns på plats dygnet runt, yrkesgruppen är samma som i Bergsjöhöjdsmodellen och de utför liknande uppgifter. Men platsen kännetecknas av krav och kontroll. Alkohol är inte tillåtet inne på boendet, men det är tillåtet att dricka utanför och komma hem berusad. Kraven är därmed strängare än på "vanliga" äldreboenden, där det är fritt fram för att dricka alkohol i sin egen lägenhet (Norberg 2014). Hyresgäster på lågtröskelboenden skiljer sig emellertid från dem på traditionella äldreboenden på grund av komplexa problem till följd av missbruk. På boenden med begränsningsmodell accepteras hyresgästerna som aktiva i sitt missbruk, samtidigt som det råder en norm om nykterhet. Endast den som är nykter får delta i gemensamma måltider och för att kontrollera detta kan personal kräva att hyresgäster blåser i en alkomätare. Den som kommer hem efter att ha varit utomhus kontrolleras av personal, för att undvika att alkohol smugglas in i huset. Fokuset på alkohol och den ökade kravnivån innebär att en del inte klarar av att kvalificera sig till boendet. En chef beskrev att det hänt att personer tackat nej till platsen när de fått klart för sig vilka regler som gällde:

Man kanske inte riktigt klarar av just de här regelverket att man liksom inte får droga hemma och det kan ju vara så.

Medan boenden med klara-sig-självmodell och Bergsjöhöjdsmodell utgör tydliga sistahandsåtgärder (Emerson 1981) från samhällets sida, framstår boenden med begränsningsmodell som en slags näst-sistahandsåtgärd. Till skillnad från de andra modellerna, har begränsningsmodellen en tydlig inriktning mot förändring och att minska de boendes alkoholkonsumtion. Hyresgäster vi intervjuat vittnar om att reglerna gjort att de minskat sin alkoholkonsumtion väsentligt. Även om samtliga vi talat med berättade att de brutit mot reglerna och smuglat in alkohol i huset, tyckte de att reglerna var bra och skulle behållas:

Hade jag fått druckit fritt här inne då hade jag ju inte kommit så långt som jag gjort just nu. För nu dricker jag två öl om dagen

alltså och gått ner från, ja, jag drack väl både starksprit och mycket mer öl förr i världen. Men nu håller jag mig till två öl.

Citatet kommer från en 82-årig man som nästan varje dag begav sig till Systembolaget, köpte två öl och drack dem på torget intill. Hans synsätt bär på en tydlig riktning: att han tycker att han har kommit *framåt*. Verksamheten har inte stannat vid att acceptera honom som den han var när han flyttade in, utan pressat på för att han ska förändras. En förändring till det bättre, enligt honom själv. Hyresgästernas stöd för begränsningsmodellens regelverk var emellertid inte utan reservationer. Att vara 70 år och inte få lov att ta en öl framför tv:n kunde kännas förnedrande.

Personalen hänvisade genomgående till de boendes hälsa och välbefinnande som motiv till alkoholförbudet. Man poängterade att hyresgästerna tog mediciner som inte skulle kombineras med alkohol. Samtidigt var det tillåtet att dricka alkohol utomhus. Begränsningsmodellens logik bygger sålunda på en dubbelmoral, där personalen ser mellan fingrarna på alkohol som konsumeras utanför husets väggar. Den som tar många mediciner påverkas oavsett om alkoholen konsumeras inom- eller utomhus. Situationen illustrerar en balansproblematik mellan vad som ska accepteras och vad som ska leda till ingripande. Reglerna på lågröskelboenden med begränsningsmodell kunde också försätta hyresgästerna i hälsovådliga situationer. I stället för att dricka inomhus gick hyresgäster ut i vinterkylan och drack. Den som ertappades med att försöka smuggla in sprit kunde försöka hålla i sig allt på en gång för att slippa lämna flaskan ifrån sig, vilket personal vittnar om:

Jag har hittat typ en kvarting vodka och ska ta den ifrån honom och säga liksom att den här får du ju inte ha med dig in, det vet du. Och då bara precis tar han den och bara klunkar i sig hela.

Begränsningsmodellen bygger på en självmotsägelse där alkohol ses som olika skadligt beroende på vilken sida av dörren den dricks. Förbudet inne, tillåtet ute. Förbudet innebär dock ett automatiskt fokus på förändring, men på bekostnad av individernas självbestämmande. Att inte få dricka alkohol i sin egen lägenhet, att tvingas blåsa i alkomätare före måltider och att få sina fickor och väskor genomsökta när man varit ute är inskränkningar som höjer tröskeln att flytta

till platsen. Även om begränsningsmodellen fortfarande karaktäriseras som lågtröskelboende, så är den låga tröskeln väsentligt högre jämfört med boenden med Bergsjöhöjdsmodell eller klara-sig-självmodell. En del av dem som klarar av att bo enligt dessa modeller skulle sannolikt inte passera begränsningsmodellens högre tröskel och levit i hemlöshet eller under andra svåra förhållanden.

Avslutning

I detta kapitel har vi diskuterat huruvida det är något särskilt med äldres missbruksproblem och samhällets synsätt på lösningar. Exemplet med lågtröskelboenden visar hur åldern spelar roll för samhällets syn på människors möjlighet till förändring. Verksamheterna illustrerar också utmaningar i balansen mellan självbestämmande och försummelse. De tre modeller som presenterats syftar till skadereducering, men skiljer sig åt gällande institutionaliseringsgrad, självbestämmande samt i synen på äldres förändringsbenägenhet. Begränsningsmodellen har alkoholen i fokus, medan de andra två modellerna ser alkohol som hyresgästernas ensak. Sistahandsåtgärder av detta slag balanserar alltid på gränsen för vad som ska accepteras och när ingripande ska ske. Oavsett modell, upplevde dock både de äldre och personalen det egna boendets upplägg som välfungerande. Den som bodde på boende med begränsningsmodell hade svårt att tänka sig att bo på en plats där man fick dricka fritt på rummen, medan den som bodde på boenden med Bergsjöhöjdsmodell eller klara-sig-självmodell hade svårt att tänka sig en plats med krav och alkoholförbud.

De tre modellerna har olika sätt att hantera risken att försumma och risken att kränka. Människors livslopp och livsval skiljer sig åt. Individer på lågtröskelboenden ska accepteras "som de är", men utan att för den skull hållas fast i sitt missbruk. Men förhållningssätten i samtliga modeller innebär ändå just detta, eftersom det i regel saknas alternativ för den som blivit nykter eller för den som vill flytta för att kunna bli nykter.

En kärna i det sociala arbetet är att stötta människor till förändring. Exemplet med lågtröskelboenden visar att samhällets stöd till äldre med missbruk organiseras på ett sätt där själva organiseringen gör det

svårt för människor att förändras. Både i organiseringen och i omsorgsrelationen finns en risk för vad vi benämner som "motståndspresumtion" (Jönson, Harnett & Germundsson 2019). Med detta avses att det från både samhällets och omsorgspersonalens sida finns en förväntan om att just äldre personer är motvilliga till att diskutera sitt missbruk och motvilliga till att ändra sig. I många situationer är detta sannolikt en realitet, oavsett ålder. Riskerna är dock att verksamheter för äldre organiseras på ett sätt där motviljan förutsätts. Den som bor på ett lågtröskelboende för äldre lever dygnet runt med personer som missbrukar alkohol. Trots detta slutar en del med både alkohol och droger. Men ändå blir de i regel kvar och kan inte flytta därifrån. Samtliga modeller bygger på en presumtion om att de boende vill leva med sitt missbruk livet ut. Den som vill minska sitt missbruk får göra det i en miljö där missbruket är norm. För den som upphört med missbruket saknas vägar ut, ofta på grund av skulder, trasiga relationer och stigmatisering. De boende har ofta misslyckats med andra boendeformer som samhället tillhandahållit. Från samhällets sida anses behoven vara tillgodosedda genom att de beviljats plats på ett lågtröskelboende, och det finns därmed inga incitament att bevilja hjälp med andra slags boendeformer, även om den enskilde vill flytta därifrån.

Pragmatiska insatser som fokuserar på självbestämmande och värdighet är i många fall det enda alternativet för äldre med missbruk och komplexa problem. De modeller för lågtröskelboenden som beskrivits i detta kapitel är i många avseenden humana lösningar som minskar lidande. Med sina accepterande och skadereducerande insatser ökar värdigheten och välbefinnandet för många av dem som bor där. Men inte för den som vill förändras eller för den som har upphört med sitt missbruk. Modellerna bär på en bräcklighet där ålderistiska stereotyper om gamla personers ovilja till förändring riskerar att bli en självuppfyllande profetia. Vad vi ser behov av är en modell som kombinerar tolerans och omhändertagande med möjligheter att komma vidare för den som vill komma bort från missbruket. Oavsett ålder.

Referenser

- Abrahamson, M. (2009). Äldres värderingar och ideal i skrivaruppropet "Alkoholen i mitt liv" 1. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(5), 439–461. Doi: 10.1177/145507250802600501
- Ahlner, F, Skoog, I. & Wearn, M. (2018). Alkohol och äldre: Eftersatt fråga hos våra vanligaste patienter. *Läkartidningen*, 42, 115.
- Allebeck, P. (2004). Läkarna och alkoholen: En historisk tillbakablick över 1900-talets debatt. *Läkartidningen*, 10, 101.
- Boman, U., Engdahl, B., Gustafsson, N. K., Hradilova Selin, K. & Ramstedt, M. (2006). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2005*. Forskningsrapport nr 39. Stockholm: SoRAD.
- Caplan, A. (2008). Denying autonomy in order to create it: The paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction*, 103(12), 1919–1921. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02369.x.
- Carver, H., Parkes, T., Browne, T., Matheson, C. & Pauly, B. (2021). Investigating the need for alcohol harm reduction and managed alcohol programs for people experiencing homelessness and alcohol use disorders in Scotland. *Drug and Alcohol Review*, 40(2), 220–230. Doi: 10.1111/dar.13178
- Dauber, H., Pogarell, O., Kraus, L. & Braun, B. (2018). Older adults in treatment for alcohol use disorders: Service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 1–10. Doi: 10.1186/s13011-018-0176-z
- Demant, J. & Magelund Krarup, T. (2013). The structural configurations of alcohol in Denmark: Policy, culture, and industry. *SAGE Journals*, 40(2), 259–289.
- Ekendahl, M. (2011). Socialtjänst och missbrukarvård: Bot eller lindring? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(4), 297–319. Doi: 10.2478/v10199-011-0027-y
- Elvén, B. H. (2020). *Introduktion till lågaffektivt bemötande*. Lomma: Lågaffektiva förlaget.
- Emerson, R. M. (1981). On last resorts. *American Journal of Sociology*, 87(1), 1–22.

- Fingerhood, M. (2000). Substance abuse in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(8), 985–995. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb06900.x
- Gunnarsson, E. (2010). Vi får klara oss själva: *Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem*. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Gunnarsson, E. (2013). Alkoholmissbruk och självbestämmande: En kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), 227–242. Doi: 10.2478/nsad-2013-0017
- Gunnarsson, E. & Karlsson, L. B. (2013). "Man slutar inte dricka för att man får stödat": *Om bistånd, hemtjänst och alkohol*. Working Paper. Department of Social Work 2013:3.
- Gunnarsson, E. & Karlsson, L. B. (2018). "Vi möter de ofrivilliga": Socialsekreterare om äldre personer med missbruksproblem. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 25(2), 141–157. Doi: 10.3384/SVT.2018.25.2.2375
- Guttormsson, U. (2020). *Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2020*. Can-rapport 204. Stockholm.
- Göteborgs Stad (2021). *Fördjupad utredning Bergsjöhöjd och Kallebäck*. Återrapportering av uppdrag.
- Harnett, T. & Jönson, H. (2020). "Wet" eldercare facilities: Three strategies on the use of alcohol and illicit substances. *Nordic Social Work Research*, 1–14. Doi: 10.1080/2156857X.2020.1742195
- Johnson, I. (2000). Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(7), 575–581.
- Järvinen, M. (2002). Institutionalised resignation: On the development of the Danish treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 19(1 suppl.), 5–17. Doi: 10.1177/145507250101800208
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Jönson, H. & Harnett, T. (2019). Out of the ordinary: Media reports on wet eldercare facilities. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(4), 330–343. Doi: 10.1177/1455072519826772
- Jönson, H., Harnett, T. & Germundsson, N. (2019). Äldre hemtjänstmottagare med missbruksproblem: Förekomst, erfarenheter, svårigheter. *Research Reports in Social Work*, (11). Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.

- Jönson, H., Højgaard-Bøytler, J. & Harnett, T. (2021). Finding a fair deal: Policies on alcohol and drugs at "wet" eldercare facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (134), 108515. Doi: 10.1016/j.jsat.2021.108515
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G. & Moore, A. A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 629–654.
- Larsen, I. B., Bøe, T. D. & Topor, A. P. (2020). Things matter: About materiality and recovery from mental health difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1). Doi: 10.1080/17482631.2020.1802909
- Lindgren, L. (2008). *Lägenhetsboendet Lönngården i Malmö: En utvärdering ur ett kvalitativt och samhällsekonomiskt perspektiv*. Lund: Devinor.
- McCann, M., Wadd, S. & Crofts, G. (2017). *"Wet" care homes for older people with refractory alcohol problems: A qualitative study*. Alcohol Research UK.
- Norberg, P. (2014). Hem eller vårdplats: Hur behandlas personer med omsorgsbehov i hyreslagstiftningen? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21(3–4).
- Oslin, D. W., Pettinati, H. & Volpicelli, J. R. (2002). Alcoholism treatment adherence: Older age predicts better adherence and drinking outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 740–747. Doi: 10.1097/00019442-200211000-00013
- Palm, J. (2009). "Man får inte supa ihjäl sig enligt svensk lagstiftning!": Svenska socialarbetares tal om bruket av tvångsvård. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(3), 277–293. Doi: 10.1177/145507250902600304
- Paudel, A. & Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 17(10), 1–8. Doi: 10.1186/s12888-016-1191-0
- Pauly, B., Vallance, K., Wettlaufer, A., Chow, C., Brown, R., Evans, J., ... & Stockwell, T. (2018). Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug and Alcohol Review*, 37, 132–139. Doi: 10.1111/dar.12681
- Regeringens proposition 2020/21:132. *En förnyad strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar, 2021–2025*.
- Ramstedt, M. (2009). Alkoholkonsumtion och skadeutveckling i Sverige 1995–2007. *Missbruk och behandling*, 8.

- Ramstedt, M. & Raninen, J. (2012). Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre. *Alkohol & Narkotika*, 3, 4–7.
- Rao, R. & Roche, A. (2017). Substance misuse in older people. *BMJ*, 358. Doi: 10.1136/bmj.j3885
- SOU 2017:113. *Alkoholreklam i sociala medier med mera.*
- SOU 2021:93. *Från delar till helhet: En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.* Delbetänkande av samsjuklighetsutredningen.
- Vossius, C., Testad, I., Berge, T. & Nesvåg, S. (2011). The Stavanger wet house. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28, 279–282. Doi: 10.2478/v10199-011-0024-1

4. Suicid hos äldre som ett dolt socialt problem

Om naturliggörande kulturella skript

CRISTINA JOY TORGÉ & ROSITA NYMAN

Inledning

Suicid eller självmord är ett stort folkhälsoproblem, både i Sverige och internationellt. År 2021 dog 1 505 personer i Sverige genom att ta sitt eget liv (KI & NASP 2022). I världen dör omkring 700 000 människor årligen i suicid, som gör det till den femtonde vanligaste dödsorsaken.⁶

Varje suicid är en tragisk handling och en komplex problematik vars orsaker inte kan sammanfattas till enskilda faktorer. Emellertid kan förståelsen för problematikens komplexitet försvåras genom att den ofta är omgiven av stigma, tystnad, förutfattade meningar och stereotyper.

En vanlig myt är att suicid främst rör yngre personer. Myten har en del sanning i sig men är mer komplex än så. Suicid är den fjärde vanligaste dödsorsaken bland unga personer 15–19 år internationellt (WHO 2021). Att det ser ut så beror delvis på att människor i stort oftast dör av långvariga kroniska sjukdomar (snarare än infektionssjukdomar), som inte drabbar unga personer på samma sätt. Olika typer av ”onaturlig död”, som skador, olyckor och dödligt våld, är de främsta dödsorsakerna bland unga (Schyllander 2007; CDC 2022). Suicid är fortsatt den vanligaste dödsorsaken bland unga personer i Sverige i åldrarna 15–24 år (KI 2021).

⁶ Alla de andra vanligaste dödsorsakerna före suicid är olika typer av sjukdomar, där hjärt- och kärlsjukdom sticker ut som den vanligaste dödsorsaken i världen. I dödsorsaksstatistiken går suicid före mord, som innehar 17:e plats.

Statistik baserad på de vanligaste dödsorsakerna visar dock bara halva bilden. Eftersom de flesta överlever till högre åldrar och åldersgrupperna är olika stora, ger antalet suicid per åldersgrupp ett delvis annat perspektiv. Antalsmässigt begås de flesta suicid i Sverige av vuxna 45–64 år. Ytterligare en annan bild visar sig när *suicidtalet* räknas. Suicidtal är den relativa förekomsten av suicid, beräknad i relation till åldersgruppernas storlek och uttrycks som ett tal per 100 000 personer. Suicidtalet ger alltså en bild av i vilken åldersgrupp det är vanligast för individer att ta sitt eget liv. Med avseende på detta är det ett faktum som få känner till, att äldre personer begår suicid i högre utsträckning än övriga åldersgrupper och har gjort så under en lång tid.

Suicidtalerna är högst bland personer 70 år och äldre i de allra flesta länder i världen (Conejero et al. 2018; Socialstyrelsen 2018; WHO 2014). Det är också bland de allra äldsta – i synnerhet män över 80 – som suicidtalet är som högst (Cheung et al. 2018; Folkhälsomyndigheten 2022). Även om man tar höjd för att det finns färre individer i äldre åldersgrupper, speglar sig detta i antalet suicid. En fjärdedel av suicid i Sverige begås av "seniorer", det vill säga 65+ år, och det är den enda åldersgrupp där det inte syns en minskning i antal suicid genom åren (Hont 2017). Dessutom är det hos äldre det största mörkertalet befaras, eftersom suicid kan gömma sig bakom andra dödsorsaker som överdos, fall eller svält (De Leo 2022; O'Connor & Pirkis 2016). Med en ökande andel äldre i samhället finns en risk, menar forskare, att antalet äldre som begår suicid också kommer att öka (Erlangsen et al. 2011; Sachs-Ericsson et al. 2016). I en studie med statistik från 51 olika länder kunde man redan se en antydning om detta, eftersom suicidtalet fortsatte att stiga för varje åldersgrupp från 60 år till 90 år, för både män och kvinnor (Shah et al. 2016).

"Hur kan något som man talar så mycket om vara gömt och glömt?" Lynn Åkesson (1997 s. 11) ställer frågan till dem som menar att döden är tabubelagd i det moderna samhället, och hon pekar på att vi hela tiden utsätts för berättelser om död, till exempel i nyheterna. Vår frågeställning i detta kapitel är liknande: *Hur kan det komma sig att äldres höga förekomst av suicid verkar gömd och glömd, samtidigt som suicid är en erkänd problematik?* Med detta kapitel vill vi belysa, för det första, olika sätt som äldres självmord osynliggörs som ett samhällsproblem. För det andra vill vi bidra till att förstå hur detta osynlig-

görande kan ske, genom diskursiva sätt som normaliserar äldres suicid. Dessa diskursiva sätt, som är så utbredda att de tar form av "kulturella skript", visar sig inte bara ha en självuppfyllande effekt, utan möjliggör att äldres självmord ses som en integritetshandling snarare än en tragedi.

Osynliggörandet av ett socialt problem

När någon vill åstadkomma en samhällsförändring motiveras detta av ett anspråk att något är ett socialt problem. Enligt Loseke finns det tre krav för att definiera en företeelse som socialt problematiskt: att fenomenet är utbrett, betraktas som felaktigt och anses möjligt för människor att lösa (Loseke 2017). Om inte alla tre kraven är uppfyllda, försvåras anspråket att företeelsen är socialt problematisk och kräver samhällets lösningar.

Suicid är ett erkänt socialt och folkhälsoproblem. Sverige har, som för död i trafiken, en nollvision för suicid. I regeringens proposition *En förnyad folkhälsopolitik* fastslås en övergripande vision att "ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv" (prop. 2007/08:110 s. 107).

Konceptet nollvision legitimerar allmän oro, möjliggör tilldelning av resurser och signalerar att samhället har ett moraliskt ansvar för att hindra att problemet förekommer (Fahlquist 2006). Folkhälsopropositionens handlingsplan har gett upphov till många suicidförebyggande initiativ som involverar flera samhällsaktörer (Ernst Bravell et al. 2021). Emellertid märks frånvaron av äldre som en prioriterad riskgrupp. Vid hantering av suicid som psykologiska misstag fokuserar till exempel propositionen på åldersgruppen 15–30 år, där det anses "särskilt angeläget" att förstärka insatserna kring suicid (prop. 2007/08:110 s. 113). Behovet av olika insatser för att minska äldres suicid beskrivs inte lika starkt och nämns enbart i samband med valfrihet och delaktighet i den egna omsorgen.

Inte heller i media synliggörs äldres suicid i proportion till dess förekomst. Media hör till vad Loseke (2017) kallar för *claimsmakers*, som har en stor roll för att övertyga medborgarna om ett socialt problems existens och angelägenhet. Genom medvetna och omedvetna val

av perspektiv influerar nyheterna hur mottagarna tolkar omvärlden och på vilket sätt något anses vara problematiskt (Ågren 2018). Äldres ensamhet diskuteras ofta i media som oacceptabel och någonting som bör lösas (Ågren & Cedersund 2020). Ensamhetens och den psykiska ohälsans yttersta konsekvens för äldre är dock mycket underrapporterad (Au et al. 2004; Machlin et al. 2013).

Risken för härmande beteende kan göra att det finns skäl att begränsa rapporteringar om suicidfall. Forskare menar dock att detta leder till en praxis, att de rapporterade fallen på något sätt ska vara "exceptionella" (Beam et al. 2018). Flera studier har visat att ungas suicid har högre sannolikhet att väljas ut av journalister som nyhetsvärda (Armstrong et al. 2019; Beam et al. 2018; Machlin et al. 2013). Det som bedöms vara "mindre speciella" suicidfall rapporteras inte, eftersom de inte anses kunna engagera en bred allmänhet (Beam et al. 2018). En bakomliggande mening är att dessa suicid räknas som personliga angelägenheter, snarare än tecken på något samhällsproblem.

När äldres suicid hamnar i media krävs det vanligen ett sensationellt inslag, till exempel att det görs på offentlig plats eller på särskilda boenden, där man också passar på att rapportera om bristerna i den offentliga omsorgen (Machlin et al. 2013). Rapporteringen, som inte speglar den faktiska förekomsten av suicid bland olika åldersgrupper, har enligt forskare stor påverkan på de sociala och politiska inriktningarna på suicidfrågor (Armstrong et al. 2019).

Även i forskningen är äldres suicid gömt. Mest forskning finns om äldres individuella riskfaktorer (De Leo & Arnautovska 2011), men i övrigt tycks forskning om äldre och suicid vara mycket eftersatt (Sher 2018; Waern 2020). Stora systematiska litteratursökningar har enbart kunnat hitta ett fåtal forskningsstudier om suicidpreventiva interventioner för äldre, i synnerhet när det gäller att stärka äldres skyddsfaktorer (Lapierre et al. 2011; Zeppegno et al. 2019).

Osynligheten av äldres suicid i forskning och intervention kan även bero på hur data insamlas för dessa syften, där det visar sig att äldre omedvetet eller systematiskt utsluts. I vår rapport om regionalt suicidpreventivt arbete kunde vi till exempel konstatera att suicidstatistiken, som samlas in för att planera förebyggande insatser, kategoriserar alla äldre till enbart *en* grupp (65+ år) vilket inte är tillräckligt för att kunna se suicidmönster hos olika grupper äldre (Ernst Bravell et al. 2021). På ett liknande sätt fokuserar studier om suicidens och

suicidförsökens samhällsekonomiska effekter på personer i förvärvsarbetande åldrar och exkluderar personer över 65 år. Skälet till detta är att det inte tycks uppstå några arbetsrelaterade produktionsbortfall vid dödsfall efter 65 år, och att pensionärer inte heller behöver arbetslivsriktad rehabilitering vid skador orsakade av suicidförsök (NCO & Räddningsverket 2004; Ryen 2015). Osynliggörandet i forskningen visar att äldre exkluderas i en verksamhet som producerar kunskap om, och gör anspråk på, suicid som ett legitimt samhällsproblem med samhällsviktiga konsekvenser.

För att sammanfatta konstrueras suicid i sig som ett socialt problem, men äldres suicid i synnerhet lyser med sin frånvaro i samma problemkonstruktion.

”De snart döda” och andra skript

Att suicid är vanligt hos äldre gör att det uppfyller Losekes första krav för att kunna definieras som ett samhällsproblem (dvs. att fenomenet är utbrett). Men hur är det med de övriga kraven: nämligen att fenomenet ska anses som felaktigt samt möjligt för människor att lösa? Kan det vara så att äldres suicid inte ses som lika socialt problematiskt, eftersom man inte anser att äldres suicid är något direkt överraskande eller något man ens kan påverka? Det har länge funnits en tendens, enligt forskare, att se äldres död som naturlig och okomplicerad, oavsett dödsorsak (Broström 2014). När det gäller suicid, säger suicidforskaren Magda Waern: ”Det finns en kvardröjande föreställning om att äldres självmord skulle vara ... ja, nästan naturliga” (Nilsson 2020).

En förklaring till att man tenderar att se äldres död som oproblematiserad finns i det förhållningssätt till äldre som kallas disengagemangsteorin (Cumming & Henry 1961). Teorin postulerar en social process där äldre i samhället gradvis görs oviktigare, till följd av att vi föregriper deras minskade insatser och närvaro med åren (Jönson 2009; Tornstam 2011). Som i en slags förberedelsefas till att den äldre gradvis kommer att dra sig tillbaka, behöver samhället också succesivt vänja sig vid tiden då individen inte längre kommer att finnas. Detta görs exempelvis genom att satsa på yngre ersättare för perso-

nens funktion, för att minska beroendet av den äldre personen. Insikten om den relativt korta tid som finns kvar av livet, gör det även psykologiskt enklare att se den äldres minskade engagemang som inget annat än förväntat. Men det får även sociala konsekvenser att man inte räknar med äldre personer i samma utsträckning som tidigare. Det kan leda till exkludering och förminskning, där äldre personer – speciellt i senare delen av livet – betraktas som ändå ”snart döda” eller ”nästan döda” (Jönson 2009 s. 195).

Idén att osynligheten av äldres suicid kan kopplas till en negativ syn på äldre är inte ny (De Leo 2022), men mekanismerna bakom sambandet beskrivs sällan. I den här delen av kapitlet fyller vi denna lucka och visar hur den negativa synen på äldre får uttryck i diskursiva sätt att normalisera äldres suicid.

När tankar och begrepp får fäste i en kultur blir de lättillgängliga för kulturens medlemmar och kan ta form av införstådda metabegrepp som kallas för *kulturella skript*. I gerontologin består åldrandets kulturella skript dels av nedärvda sociala regler för olika åldersgrupper, dels av tolkningsramar för de gemensamma erfarenheterna under livsloppet (Oxlund 2018). Det finns även andra kulturella skript som sammanflätas med vår förståelse av åldrandets skript (ibid.). När det gäller livets sista tid förekommer till exempel olika kulturella förståelser av vad som är ”normala sätt att dö” (Ågren 2020). Inom suicidforskningen består kulturellt betingade skript dels av strukturerade narrativ om suicidakten (vem som begår suicid, hur och varför), dels av betydelsen som ges suiciden och hur de begripliggörs (Canetto 2021).

Det är inte bara claimsmakers som använder sig av kulturella skript, utan de finns i vår vardag och är tillgängliga både för yngre och för de äldre personerna själva. På detta sätt ramar kulturella skript in vad kulturens medlemmar kan förväntas säga om en viss situation, till exempel om ens eget åldrande eller en annan persons suicid.

I nedanstående avsnitt presenterar vi tre exempel på kulturella skript som vi menar bidrar till hur äldres suicid förstås och visar hur dessa skript återfinns i äldres egna uttalanden. Anledningen till att vi valde dem är att de tycks vanligt förekommande i vetenskaplig litteratur om äldres död och suicid. I den tidigare forskning som vi hänvisar till, har vi inspirerats av Winterrowd et al. (2015) som använder begreppet *suicide enabling scripts*. För att exemplifiera de tre kulturella

skripten har vi valt citat från andras forskning som bygger på intervjuer med äldre deltagare.

”Den goda döden”

I Broströms avhandling (2014) där han intervjuade äldre människor 70–91 år om deras föreställningar om framtiden, döendet och död, berättade hans intervjuinformanter hur de anser att de vill dö. Informanterna menade att de ville gärna slippa smärta och en utdragen döendeprocess. De ville också kunna behålla värdighet i döden, till exempel genom att inte vara beroende och behålla kontrollen över livets sista tid. Deltagarnas svar speglar många föreställningar i samhället om en ”god” och ”ond” död – föreställningar som har beskrivits i tidigare studier (Howarth 2007).

Autonomi och kontroll i döendeprocessen är starkt kopplade till de kulturella skripten om den goda döden. Broström (2014) menar att det tillhör det postmoderna synsättet, där ”den döendes erfarenheter, personliga val, livsstil och känslor är av central vikt, och den döende ska själv ha möjlighet att vara med och välja behandlingssätt och så vidare” (s. 35). Ett centralt antagande är att den döende är en agent som kan och vill fatta beslut om sin egen död (Walter 2017). I palliativ vård förväntas till exempel den döende kunna göra informerade val om livets slut. Fokus på personens autonomi, menar Walter (2017), omvandlar fruktan, kaos och meningslöshet inför döendet till struktur och rationellt bra val inför en ”en god död”.

Skripten om ”den goda döden” definieras därför som en död med ett minimum av smärta och bibehållen autonomi, men det kan även dras till sin spets. Vissa personer i Broströms material uttryckte en önskan om att hellre få avsluta sitt liv än att lida, ibland med specifika idéer om hur det skulle gå till. I uttalanden som ”jag är mycket för narkos” eller ”ja, få tabletter eller något sådant där”, menar Broström att ”andemeningen var att [intervjupersonerna] ville få hjälp att dö om det skulle visa sig att de skulle hamna i en utdragen döendeprocess” (Broström 2014 s. 108).

Å ena sidan kan det vara förståeligt att i en döendeprocess vilja fly ifrån smärta och fasa. Å andra sidan verkar det finnas olika inställningar i frågan, beroende på åldern på den sjuke. I en artikel om anhörigas inställningar till eventuella livsuppehållande åtgärder framkom

att deltagarna resonerade olika beroende på den närståendes ålder (Garnett et al. 2008). Respondenterna önskade sig en "lugn död" för sin äldre närstående, var oroliga för risken för bestående funktionsnedsättningar vid en livsuppehållande insats och var mer beredda att välja döden framför potentiellt sänkt livskvalitet. När deltagarna resonerade om yngre närstående var de i stället mer beredda att ge livsuppehållande åtgärder för "att kämpa för livet", även om det skulle innebära en framtid med omfattande funktionshinder. Författarnas poäng är att anhörigas egna tolkningar av "en god död" och "en ond död" kan vara kulturellt betingade av åldersförväntningar, samtidigt som det visar sig att de inte har pratat med sina äldre närstående om deras egna framtida preferenser.

På ett omvänt sätt internaliseras också skripten om den goda döden, som innebär att äldre bör slippa vara en omsorgsbörda till varje pris. Detta syns tydligt i ett citat från Broströms intervjuinformant:

Det hoppas jag verkligen att om jag behöver ha omsorg och blir som ett paket så hoppas jag att jag kan svälja en plastpåse så att jag dör. Tänker inte försöka ligga kvar och någon ska hålla på och svära över mig att: – Har du skitit på dig nu igen! (Intervju med "Malte", 80 år, i Broström 2014 s. 109)

"Att vara klar med sitt liv"

Till skillnad från att vilja påskynda döden när man är i en sjukdoms eller döendeprocess, finns också ett skript om "att känna sig klar med sitt liv" när den naturliga döden egentligen kan vara långt borta. Detta syns i äldres uttalande om att livet är fullbordat. Dessa uttryck har även koppling till känslor av att det inte finns någon vits att leva vidare eller en underförstådd önskan att avta från livet, såsom i nedanstående citat:

Jag känner att jag är färdig med livet. Jag har levt mitt liv. (Intervju med person som uppges vara 80–85 år, i Tjernberg & Mönsberg 2020 s. 5, författarens översättning)

I litteraturen benämns äldres passiva önskningsar om att dö när de anser att livet är färdigt som *wish to die*, och begreppet inbegriper olika uttryck där den äldre vill släppa taget om livet (van Wijngaarden et al.

2021). En form som har studerats mycket hos äldre är passiva suicidtankar (*passive suicide ideation*), som till skillnad från aktiva suicidtankar uttrycker likgiltighet för att leva vidare, utan att det nödvändigtvis finns en vilja att avsluta sitt liv (Lee 2021). Känslor att inte vilja leva längre är vanliga hos äldre, även hos personer som inte har ett sjukdomsbesked (Kox et al. 2021). Jämförande studier i Europa visar att cirka 6,5 procent av äldre uttrycker passiva suicidtankar och känner att det inte är lönt att leva vidare (Lee 2021).

Med tanke på hur vanligt detta fenomen är, har studier undersökt om fenomenet har samband med att aktivt vilja dö, eller är en normal tendens i åldrandet, som en reaktion på åldrandets förluster och insikt om sin egen ändlighet (Van Orden et al. 2018). Vissa forskare menar att känslan av ett fullbordat liv kan ses med positivt innehåll som ett uttryck för generativitet, där den äldre gör sig beredd att bana väg för kommande generationer (van der Geest & Satalkar 2021). I intervjuer med de allra äldsta (95+ år) syns till exempel också känslan att de har levt klart – dock inte nödvändigtvis med en önskan att dö:

Jag har inte någon framtid framför mig. Inga planer, ingenting.
Jag kommer inte göra någonting längre. (Fischer et al. 2007 s.
11, författarens översättning)

På senare år har önskan att dö använts som ett argument av rörelser som vill tillåta eutanasi utan en medicinsk anledning för personer 70 år och äldre (van Wijngaarden et al. 2014, 2015). Autonomibegreppet och skripten om "den goda döden" spelar förstås även roll här, men den stora skillnaden är motivet, som i detta fall är ointresse att leva vidare i stället för rädsla för beroende.

Det finns skäl att problematisera och nyansera skriptet "att vara klar med sitt liv". Trots att många äldre uttrycker passiva suicidtankar, är det inte självklart att det hör ihop med att vara gammal. Passiva suicidtankar har visat sig ha samband med depressiva symptom och förekommer tillsammans med aktiva suicidtankar, vilket gör att det inte bör betraktas som ett normaltillstånd för äldre (Van Orden et al. 2015). Äldre personers önskan om att dö har även samband med känslor av hopplöshet och otillfredsställande relationer (Beach et al. 2021). När äldre personer som hade haft passiva suicidtankar intervjuades några år senare, visade det sig att deras önskan att dö hade varit ambivalent. De kände att de ville dö men ville samtidigt leva

vidare, och när jobbiga livssituationer hade löst sig hade de också ändrat sin inställning (van Wijngaarden et al. 2016). Detta problematiserar en bild av att äldre skulle vara mer redo att dö bara för att de ger uttryck för att livet känns klart. Att äldres önskan att dö tillhör en naturlig del av livsloppet kan alltså ifrågasättas.

”Rationellt självmord”

I kulturellt betingade skript om suicid inkluderas de betydelser som samhället ger suicid, till exempel som en obegriplig tragedi och en förlust eller något som är sorgligt men förväntat. Det finns allmänna föreställningar som gör att vissa suicid anses mer förståeliga än andra, som syns i begreppet ”rationellt självmord” (Richards 2017).

Att det är möjligt att betrakta suicidhandlingar som rationella verkar böttna i ett sociologiskt dilemma: kan suicidhandlingar anses vara ett resultat av personens egen genomtänkta vilja, eller ett resultat av sociala, ekonomiska och relationella omständigheter som personen inte helt kan rå över (Fitzpatrick et al. 2021)? Inställningen att suicid är något som går att förebygga förutsätter att suicidnära personer har tvingats till situationen av sin livssituation, medan det samtidigt ur ett teoretiskt perspektiv tar ifrån personen aktörskapet och möjligheten att suicidet kunde ha varit rationellt beslutat.

I undersökningar har det visat sig att många tror på rationellt självmord hos äldre, i synnerhet vid svår eller livshotande sjukdom och risk för omsorgsbehov i hemmet (Phillips & Luth 2020; Winterrowd et al. 2017). Om respondenterna trodde att den äldre personen hade begått suicid av hälsoskäl, uppfattades suicidet som mera positivt, förståeligt och rationellt, än om det funnits andra tilltänkta skäl såsom ekonomiska problem (Phillips & Luth 2020). En annan dimension av ”rationellt självmord” är att många inte tror att äldres suicidalitet orsakas av psykologiska faktorer som ensamhet eller depression (Segal et al. 2004). Eftersom äldre väljer mer definitiva metoder för suicid, finns det en uppfattning om att äldres suicid handlar om genomtänkta beslut, snarare än rop på hjälp (Richards 2017).

Att betrakta suicid som förståeligt relaterar också till en annan aspekt, nämligen uppfattningar om att suicid, under vissa omständigheter, kan vara godtagbara och moraliskt acceptabla. Begreppet ”altruistisk suicid” (Cruikshank 2010) reflekterar en inställning att

suicid, när det görs för anhörigas skull, kan bli betraktat som en osjälvisk handling, som man ser i följande citat:

Det finns väl ingen anledning att med mina bekymmer göra andra till last, inte. Mitt liv är fullbordat. Det handlar om att undvika att jag och min familj hamnar i misär. Det är onödigt, så jag vill förhindra det. (van Wijngaarden et al. 2016 s. 6, författarnas översättning)

Kopplingen mellan attityden till och acceptansen av suicid undersöktes vidare av Philipps och Luth (2020). Deras studie visade att det var mer sannolikt för de manliga deltagarna att acceptera suicid som en rationell handling. De äldre deltagarna var också mer benägna att värdera äldres suicid som en "modig handling". Detta understryker att kulturella skript inte är neutrala och kan vara självuppfyllande. Andra studier har visat att maskulinitetskript (och skript om förlust av maskulinitet) spelar stor roll i uppfattningen av äldre mäns suicid som oundvikliga (Canetto 2017). På samma sätt visade Philipps och Luth (2020) att om man har egna attityder om suicid som en acceptabel handling, höjde detta den egna risken för suicid om personen är äldre, medan motsvarande förhöjda risk inte kunde ses hos yngre (Phillips & Luth 2020). Detta visar att suicidskript, som är djupt inbäddade i kulturen, inte bara riskerar att internaliseras. Skripten kan komma att påverka vissa redan sårbara grupper mer än andra.

Diskussion

I detta kapitel visade vi hur äldres suicid osynliggörs på olika sätt, till exempel i lagtext, media och forskning. Det är dock inte bara genom claimsmakers som suicidproblematiken hos äldre osynliggörs. Kulturella skript, som är tillgängliga för oss alla, konstruerar också äldres suicid som oproblematiskt och normaliserar dem som önskvärda, förståeliga eller acceptabla. Som vi har visat används och internaliseras skripten "den goda döden", "att vara klar med sitt liv" och "rationellt självmord" även av de äldre själva för att ge motiv till sina egna eller andra äldres suicidtankar och handlingar. Det visar inte bara hur väl-etablerade dessa kulturella skript är utan hur äldre själva kan förstås

som kulturbärare av negativa föreställningar och förväntningar om ålder och ålderdom, som att inte ha en framtid, att inte få vara till last och om döden som ett självvalt och möjligen acceptabelt alternativ.

Enligt Blumer (1971) räcker det inte med en företeelses förekomst för att den ska räknas som ett socialt problem, utan fenomenet måste definieras och etableras med en viss status. Loseke (1997) menar på samma sätt att både objektiva och subjektiva förutsättningar måste finnas för det sociala problemets konstruktion. De objektiva konsekvenserna i form av äldres höga suicidtal och överrepresentation i suicidfall är redan uppenbart. Dock, utan att kunna väcka en kollektiv känsla av upprördhet, är objektiva konsekvenser i sig inte tillräckligt övertygande för att fenomenet ska ses som "problematiskt nog". Vad detta kapitel visar är att väletablerade kulturella skript spelar roll i varför suicid hos äldre inte uppfattas som "problematiskt nog". I själva verket möjliggör dessa skript att tolka äldre personers självdestruktiva tankar och handlingar med ett i stället positivt innehåll.

Suicidforskare menar att det skulle vara möjligt att kraftigt minska äldres riskfaktorer för suicid genom att aktivt motarbeta ålderistiska föreställningar (De Leo 2022). Ålderism påverkar äldres hälsa, inklusive psykisk hälsa, negativt (Chang et al. 2020). Det är sedan tidigare svårare för äldre med psykisk ohälsa att få tillgång till specialistvård (Socialstyrelsen 2018). Psykosocial behandling och kuratorstöd erbjuds också mycket sällan till äldre jämfört med unga patienter (Fullen 2018; Socialstyrelsen 2013). Genom att belysa diskursiva sätt att inrama äldres suicid som motiverade, önskvärda eller till och med acceptabla, sätter detta kapitel ett finger på ytterligare en annan, mer osynlig form av ålderism. Ofta anses yngres död som tragisk eftersom de har "hela livet framför sig". För äldre, som har kronologiskt sett ett kortare liv framför sig, finns i stället i vår kultur olika sätt att se personens död som en utväg och ett sätt att befria den äldre från den fruktade fjärde åldern eller tristessen i sin egen ålderdom. Det som för andra åldrar anses som en tragedi, blir omvandlad till en tillåten handling, när den suicidnära personen är äldre. Bakom synen på äldres suicid som acceptabel finns även en förutfattad mening om att sjukdomar har mer långtgående konsekvenser för äldres livskvalitet och autonomi än för andra åldersgrupper.

Vi måste synliggöra ålderismens mekanismer i vardagliga uttryck och motarbeta en syn som å ena sidan bagatelliserar och naturliggör äldres suicid och å andra sidan förskönar den. Att kulturella skript är

socialt konstruerade ger också hopp om att synen ändå kan förändras, när vi blir medvetna om de kulturella skriptens destruktiva makt.

I ljuset av att sociala resurser nu riktats mot att "bekämpa" äldres ensamhet, menar vi att även den yttersta konsekvensen av äldres psykiska ohälsa – äldres höga suicidtal – måste synliggöras och problematiseras, inte minst när det gäller synsätt som ger äldres suicid en naturlig karaktär.

Referenser

- Armstrong, G., Vijayakumar, L., Pirkis, J., Jayaseelan, M., Cherian, A., Soerensen, J. B., Arya, V. & Niederkrotenthaler, T. (2019). Mass media representation of suicide in a high suicide state in India: An epidemiological comparison with suicide deaths in the population. *BMJ open*, 9(7). doi: 10.1136/bmjopen-2019-030836
- Au, J. S., Yip, P. S., Chan, C. L. & Law, F. Y. (2004). Newspaper reporting of suicide cases in Hong Kong. *Crisis*, 25(4), 161–168. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.161
- Beach, V. L., Brown, S. L. & Cukrowicz, K. C. (2021). Examining the relations between hopelessness, thwarted interpersonal needs, and passive suicide ideation among older adults: Does meaning in life matter? *Aging & Mental Health*, 25(9), 1759–1767. doi: 10.1080/13607863.2020.1855102
- Beam, R. A., John, S. L. & Yaqub, M. M. (2018). "We don't cover suicide ... (except when we do cover suicide)": A case study in the production of news. *Journalism Studies*, 19(10), 1447–1465. doi: 10.1080/1461670X.2017.1279563
- Blumer, H. (1971). Social problems as collective behavior. *Social problems*, 18(3), 298–306. doi: 10.2307/799797
- Broström, M. (2014). *Äldre människors föreställningar om den egna framtiden, döendet och döden*. Akademisk avhandling. Linköping: Linköpings universitet, Institutet för samhälls- och välfärdsforskning.
- Canetto, S. S. (2017). Suicide: Why are older men so vulnerable? *Men and Masculinities*, 20(1), 49–70. doi: 10.1177/1097184X15613832
- Canetto, S. S. (2021). Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1045–1054. doi: 10.1111/sltb.12758
- CDC, Centers for disease control and prevention (2022). *Adolescent health*. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/adolescent-health.htm>. 5 februari 2022.

- Chang, E-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S-Y., Lee, J. E. & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS one*, 15(1). doi: 10.1371/journal.pone.0220857
- Cheung, G., Merry, S. & Sundram, F. (2018). Do suicide characteristics differ by age in older people? *International Psychogeriatrics*, 30(3), 323–330. doi: 10.1017/S1041610217001223
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P. & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, (13), 691–699. doi: 10.2147/CIA.S130670
- Cruikshank, M. (2010). Ageism and late-life choices. In N. Bauer-Maglin & D. Perry (red.) *Final acts: Death, dying and the choices we make*. Rutgers University Press, 288–300.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic Books.
- De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2(1), 7–12. doi: 10.1038/s43587-021-00160-1
- De Leo, D. & Arnautovska, U. (2011). Prevention and treatment of suicidality in old age. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.) *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. Wiley Blackwell, 309–328. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch18>
- Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y., Waern, M., De Leo, D., Lindner, R., Oyama, H., Sakashita, T., Andersen-Ranberg, K. & Quinnett, P. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults: Consensus opinions of an expert panel. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 106. doi: 10.1027/0227-5910/a000053
- Ernst Bravell, M., Torgé, C. J. & Hedman, K. (2021). *Suicidpreventivt arbete i Jönköpings län: Exempel på samverkan mellan olika professioner med räddningstjänsten som samordnare*. Rapport 20205. Folkhälsomyndigheten.
- Fahlquist, J. N. (2006). Responsibility ascriptions and vision zero. *Accident Analysis & Prevention*, 38(6), 1113–1118. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2006.04.020>
- Fischer, R. S., Norberg, A. & Lundman, B. (2007). I'm on my way: The meaning of being oldest old, as narrated by people aged 95 and over. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19(2), 3–19. https://doi.org/10.1300/J496v19n02_02
- Fitzpatrick, S. J., Read, D., Brew, B. K. & Perkins, D. (2021). A sociological autopsy lens on older adult suicide in rural Australia: Addressing health, psychosocial factors and care practices at the intersection of

- policies and institutions. *Social Science & Medicine*, 284, 114196.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114196>
- Fullen, M. (2018). Ageism and the counseling profession: Causes, consequences, and methods for counteraction. *The Professional Counselor*, 8(2), 204–114. doi:10.15241/mcf.8.2.104
- Garnett, D., Vandrevale, T., Hampson, S. E., Daly, T. & Arber, S. (2008). Family members' perspectives on potential discussions about life prolongation for their older relatives. *Mortality*, 13(1), 65–81.
<https://doi.org/10.1080/13576270701783124>
- Hont, G. (2017). Många äldre som tar sitt liv lider av psykisk ohälsa. *Läkartidningen*, 114:EHSX.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/manniskor-moten/2017/02/manga-aldre-som-tar-sitt-liv-lider-av-psykisk-ohalsa>.
- Howarth, G. (2007). *Death and dying: A sociological introduction*. Polity.
- Jönson, H. (2009). Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda. I H. Jönson (red.) *Åldrande, åldersordning, ålderism*. Norrköping: Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, 191–209.
- KI (Karolinska Institutet) (2021). *Det vet vi om självmord bland unga*.
<https://ki.se/forskning/det-vet-vi-om-sjalvmord-bland-unga>, 5 februari 2022.
- KI (Karolinska Institutet) & NASP (Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention) (2022). *Självmord i Sverige*.
<https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>, 18 juli 2022.
- Kox, R. M., Pasman, H., Roeline W., Huisman, M., Benneker, W. & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2021). Current wishes to die: Characteristics of middle-aged and older Dutch adults who are ready to give up on life: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12910-021-00632-4>
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. & Quinett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88–98.
doi: 10.1027/0227-5910/a000076
- Lee, S. (2021). Passive suicidal ideation in older adults from 12 European countries. *Population Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09350-6>
- Loseke, D. R. (2017). *Thinking about social problems: An introduction to constructionist perspectives*. Routledge.
- Machlin, A., Pirkis, J. & Spittal, M. J. (2013). Which suicides are reported in the media: And what makes them "newsworthy"? *Crisis*, 34(5), 305–313. doi: 10.1027/0227-5910/a000177

- NCO, Nationellt centrum för lärande från olyckor (2004). *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*.
<https://rib.msb.se/Filer/pdf%5C19802.pdf>
- Nilsson, A. (2020). Psykisk ohälsa bland äldre: *En tyst folksjukdom*.
<https://forte.se/artikel/psykisk-ohalsa-bland-aldre-en-tyst-folksjukdom/#:~:text=P%C3%A5%201990%20talet%20b%C3%B6jde%20Margda,attityder%20till%20%C3%A5ldrande%20i%20befolkningen.5februari2022.>
- O'Connor, R. C. & Pirkis, J. (2016). Introduction. I R. C. O'Connor & J. Pirkis (red.) *The international handbook of suicide prevention*. John Wiley & Sons, 1–18. doi: 10.1002/9781118903223
- Oxlund, B. (2018). The life course in a migrating world: Hybrid scripts of ageing and imaginaries of care. *Advances in Life Course Research*, 38, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2018.08.001>
- Phillips, J. A. & Luth, E. A. (2020). Beliefs about suicide acceptability in the United States: How do they affect suicide mortality? *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(2), 414–425. doi: 10.1093/geronb/gbx153
- Prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/en-fornyad-folkhalsopolitik_GV03110.5november2021.
- Richards, N. (2017). Old age rational suicide. *Sociology Compass*, 11(3).
<https://doi.org/10.1111/soc4.12456>
- Ryen, L. (2015). *Samhällsekonomiska konsekvenser av fullbordade suicid*. MSB-rapport MSB946. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
<https://rib.msb.se/filer/27977.pdf>
- Sachs-Ericsson, N., Van Orden, K. & Zarit, S. (2016). Suicide and aging: Special issue of aging & mental health. *Ageing and Mental Health*, 20(2), 110–112. doi: 10.1080/13607863.2015.1099037
- Schyllander, J. (2007). *Olycksfall bland barn och ungdomar*. NCO-rapport 2007:6. Nationellt centrum för lärande från olyckor.
- Segal, D. L., Mincic, M. S., Coolidge, F. L. & O'riley, A. (2004). Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies*, 28(7), 671–678. doi: 10.1080/07481180490476524
- Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., DeLeo, D. & Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Ageing & Mental Health*, 20(2), 131–138. doi: 10.1080/13607863.2015.1055552

- Sher, L. (2018). Suicide in the elderly: An underappreciated and understudied issue. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(5), 486–486. doi: 10.1111/acps.12968
- Socialstyrelsen (2013). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa: Slutrapport*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-3.pdf>. 5 februari 2022.
- Socialstyrelsen (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre: Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2018-9-12.pdf>. 5 februari 2022.
- Tjernberg, J. & Bökberg, C. (2020). Older persons' thoughts about death and dying and their experiences of care in end-of-life: A qualitative study. *BMC Nursing*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00514-x>
- Tornstam, L. (2011). *Åldrandets socialpsykologi* (8 uppl.). Norstedts Akademiska Förlag.
- van der Geest, S. & Satalkar, P. (2021). Thinking about "completed life": Euthanasia in the Netherlands from the generativity perspective: A reflexive exploration. *Anthropology & Aging*, 42(1), 128–139. doi: 10.5195/aa.2021.286
- van Orden, K. A., O'Riley, A. A., Simning, A., Podgorski, C., Richardson, T. M. & Conwell, Y. (2015). Passive suicide ideation: An indicator of risk among older adults seeking aging services? *The Gerontologist*, 55(6), 972–980. doi: 10.1093/geront/gnu026
- van Orden, K. A., Skoog, I. & Waern, M. (2018). Passive suicide ideation in older adults: A sign of risk for suicide? *Innovation in Aging*, Nov 2(Suppl 1), 16. doi: 10.1093/geroni/igy023.059
- van Wijngaarden, E., Leget, C. & Goossensen, A. (2014). Experiences and motivations underlying wishes to die in older people who are tired of living: A research area in its infancy. *OMEGA*, 69(2), 191–216. doi: 10.2190/OM.69.2.f.
- van Wijngaarden, E., Leget, C. & Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*, 138, 257–264. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015>
- van Wijngaarden, E., Leget, C. & Goossensen, A. (2016). Caught between intending and doing: Older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open*, 6:e009895. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009895

- van Wijngaarden, E., Merzel, M., van den Berg, V., Zomers, M., Hartog, I. & Leget, C. (2021). Still ready to give up on life? A longitudinal phenomenological study into wishes to die among older adults. *Social Science & Medicine*, 284, 114180.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114180>
- Waern, M. (2020). Suicidprevention hos äldre: Ett eftersatt forskningsområde. *Äldre i Centrum*, 20(2).
<https://aldreicentrum.se/teman/pa-tal-om-prevention-2-20/suicidprevention-hos-aldre-ett-eftersatt-forskningsomrade/>
- Walter, T. (2017). *What death means now: Thinking critically about dying and grieving*. Policy Press.
- WHO, Världshälsoorganisasatinen (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. 5 februari 2022.
- WHO, Världshälsoorganisasatinen (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>. 5 februari 2022.
- Winterrowd, E., Canetto, S. S. & Benoit, K. (2017). Permissive beliefs and attitudes about older adult suicide: A suicide enabling script? *Ageing & Mental Health*, 21(2), 173–181.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1099609>
- Zeppegno, P., Gattoni, E., Mastrangelo, M., Gramaglia, C. & Sarchiapone, M. (2019). Psychosocial suicide prevention interventions in the elderly: A mini-review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 2713. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02713
- Ågren, A. (2018). *Loneliness among older people in the Swedish media: Constructions, discourses and the designation of responsibility*. Licentiatavhandling. Linköping: Linköpings universitet, Åldrande och social förändring.
- Ågren, A. (2020). *Loneliness and dying as issues of public concern in Sweden*. Akademisk avhandling. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för hälsa, medicin och vård.
- Ågren, A. & Cedersund, E. (2020). Reducing loneliness among older people: Who is responsible? *Ageing & Society*, 40(3), 584–603. doi: 10.1017/S0144686X18001162
- Åkesson, L. (1997). *Mellan levande och döda: Föreställningar om kropp och ritual*. Natur & Kultur.

5. De frånkopplade

Analoga 65-plussare i ett digitaliserande Sverige

TOBIAS OLSSON & DINO VISCOVI

Inledning

En frustrerad medborgare har fattat pennan och skrivit till *Dagens Nyheters* insändarsida:

Det är näst intill omöjligt numera att ringa Pensionsmyndigheter, banker, teatrar, parkeringsbolag, restauranger, hotell och vårdcentraler. Varje gång jag loggar in på en hemsida blir jag stressad. Jag har ett helt arbetsliv bakom mig och är inte dum i huvudet, men jag kämpar med frustration och nära till gråtenkänsla med allt klickande. Jag känner mig utkastad i något omänskligt som inte går att styra över längre.⁷

Insändarskribenten är inte ensam om sina erfarenheter. Många tycker naturligtvis att livet blivit enklare och bekvämare, medan andra, som skribenten ovan, erfar det rakt motsatta: att saker som parkering, inköp och myndighetskontakter blivit krångligare, i vissa fall till och med ogenomförbara.

Besvärligast är situationen för dem som varken har smarttelefon eller dator eller någon annan apparat som gör det möjligt att använda internet. Om dessa handlar den här studien: äldre individer i Sverige, mellan 65 och 90 år, som inte kunnat eller velat svara upp mot digitaliseringens krav och kopplats ifrån när samhället digitaliserar. *Hur många är de frånkopplade? Vilka är de?* Så kan i korthet de övergripande frågorna beskrivas.

⁷ *Dagens Nyheter*, 19 oktober 2021.

Regeringens digitaliseringsstrategi är teknikoptimistiskt anlagd och beaktar bara blygsamt medborgarnas ojämlika möjligheter att tillgodogöra sig digitala tjänster. Den slår fast att "Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter" (regerigen.se). I delar verkar den också ha varit framgångsrik. 2021 rankades Sverige som nummer två i världen i det så kallade *Network Readiness Index*, som mäter länders grad av samhällelig digitalisering (Dutta & Lanvin 2021). Endast Nederländerna rankas högre än Sverige, Danmark strax bakom.

En viktig aspekt av digitaliseringen av samhället handlar om förnyelse av den offentliga sektorn, och mera konkret statliga myndigheter, regioner och kommuner. En rad olika myndigheter har fått särskilt ansvar att vara drivande på området, till exempel Lantmäteriet, Boverket och Bolagsverket (regeringen.se). Den tydligaste aktören är dock Myndigheten för digital förvaltning (DIGG). DIGG startade sin verksamhet under hösten 2018 och med det specifika uppdraget att "samordna och stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig" (www.digg.se a).

Den nya myndigheten kom bland annat att bli bärare av "Principen om digitalt först", som innebär att digitala tjänster "ska vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med privatpersoner och organisationer" (www.digg.se b). DIGG beskriver det vidare som att "[o]ffentliga organisationer ska som huvudalternativ erbjuda tjänster till privatpersoner och företag via digitala kanaler" och säger till och med att "[d]är det går ska digital kanal vara det enda alternativet".

Syftena med Principen om digitalt först är vällovliga. Det handlar om att den offentliga sektorn ska erbjuda bättre och mer flexibel service till privatpersoner och organisationer. Det beskrivs till och med hur den ska bli mer proaktiv. Men det handlar också om effektivisering, där fler digitala möten mellan myndigheter och användare kan spara offentliga resurser på sikt.

Principen om digitalt först och de långsiktiga ambitionerna bakom den rymmer samtidigt en paradox: *De digitala möten som ska utvecklas för att ge bättre och mer flexibel offentlig service, riskerar också att ge medborgarna mycket olikartade förutsättningar att hålla sig informerade om och kommunicera med offentlig service.*

Detta harmonierar mindre väl med en offentlig välfärd som bör vara likvärdig och kompensera för ojämlika villkor snarare än att bidra till sådana. Utvecklingen riskerar att göra det svårare för vissa grupper att få service och att hävda sina sociala rättigheter (Marshall 1950); digital exkludering kan alltså bidra till social exkludering.

Den offentliga sektorns satsningar sker inte isolerat utan ingår i ett större mönster där också marknaden och civilsamhället digitaliserar. Tillsammans har de frambringat en kommunikationsstruktur som gör att den enskilde är nära nog tvungen att använda digitala medier för att klara vardagen: utföra banktjänster, betala färdbiljetter och medlemsavgifter – ibland till och med för att boka tvättid när den traditionella bokningstavlan ersatts med app. Det går naturligtvis att överleva utan digitala medier – hundratusentals gör det, vilket analysen nedan visar – men utan uppkoppling och apparat står den enskilde längre ifrån såväl offentlig som privat service än den uppkopplade majoriteten och har en besvärligare tillvaro. Hur hittar vi telefonnumret till pensionsmyndigheten utan internet?

Den omfattande digitaliseringen gör det angeläget att analysera vilka förutsättningar olika grupper av medborgare har att hantera den nya kommunikationssituationen. I den här studien riktar vi särskilt intresset mot de äldre individer, mellan 65 och 90 år, som inte kan eller vill svara upp mot digitaliseringens krav och därför befinner sig i olika grader av utanförskap.

- Hur många har tillgång respektive inte tillgång till de medier (dator, smarttelefon, surfplatta etc.) som krävs för att utföra digitala tjänster?
- Vilka faktorer samvarierar med begränsad tillgång och digitalt utanförskap?
- Hur varierar användningen av digitala tjänster mellan grupper med olika tillgång till digitala medier?

Frågorna är relevanta att ställa oavsett ålder (van Deursen & van Dijk 2019; van Dijk 2020). Det finns individer i alla ålderskategorier som befinner sig eller riskerar att hamna i digitalt utanförskap. Men frågorna är särskilt angelägna för äldre generationer. Från tidigare forskning vet vi nämligen att såväl tillgången till som användningen av

digitala medier minskar med stigande ålder (Friemel 2016; Pirhonen et al. 2020).

Äldre medborgare och digitala medier: en översikt

Under loppet av mindre än ett decennium har studier av äldre individer och digitala medier växt och förgrenat sig i allt fler specialiseringar. En viktig samhällsvetenskaplig gren undersöker hur tillgång till olika resurser skiktat människor som mer eller mindre digitalt inkluderade.

I boken *The Digital Divide* summerar Jan van Dijk (2020) forskningsläget och beskriver hur digitala skillnader uppträder på tre olika men relaterade nivåer. Digitala skillnader finns och de handlar om (i) *fysisk tillgång till digital teknik*, (ii) *färdigheter och användning* samt (iii) *utbyte och värdering*.

På den första nivån, fysisk tillgång till digital teknik, har forskningen sedan 1990-talet återkommande påvisat att digitala medier skiljer sig från tidigare, äldre medier – som radion och televisionen – genom att mera påtagligt vara förbundna med resurser i form av utbildning, inkomst och datorvana från yrkeslivet (van Dijk 2020). Även i dag, 30 år senare, kvarstår sambanden och intrycket av i fråga om resurser ojämlik teknik: resursstarka har högre grad av tillgång till digitala medier och i genomsnitt också fler apparater (Hunsaker et al. 2018; König et al. 2018). Även i Sverige finns tydliga positiva samband mellan faktorer som inkomst- och utbildningsnivå och graden av tillgång till digitala medier i den del av befolkningen som är 65 år eller äldre (Olsson et al. 2019). Samma data visar också ett lika tydligt negativt samband mellan ålder och tillgång till digital teknik. I gruppen 81–85 år hade varje person, i genomsnitt, tillgång till 0,87 digitala apparater 2015. Deras grad av tillgång kan jämföras med de i genomsnitt 2,65 apparater som personer i gruppen 65–70 år hade tillgång till vid samma tidpunkt (Olsson et al. 2019).

Den andra nivån, *färdigheter och användning*, undersöker individers skiftande kapacitet att hantera digitala medier och på vilka sätt de kommer till användning (van Boekel et al. 2017; Tirado et al. 2018).

Bland personer över 65 år är variationerna stora. Å ena sidan finns det så kallade silversurfare (Cody et al. 1999): äldre individer vars användningspraktiker och apparatinnehav liknar yngres, och som nyttjar sina digitala medier frekvent och på ett kunnigt och allsidigt sätt (Olsson & Viscovi 2020). Å andra sidan finns sällananvändare, som med sina fåtaliga digitala medier endast utför enklare saker och bara använder dem någon gång i veckan (Hammarstedt & Viscovi 2019). Mellan de här båda ytterligheterna befinner sig den stora gruppen av äldre användare i Sverige. Den omfattar lite drygt 60 procent av hela gruppen 65+ och rymmer inom sig stora variationer i användningsmönster. Deras gemensamma nämnare är att de använder digitala medier dagligen, men uppvisar stora skillnader i användningskompetens.

Också när det gäller färdigheter och användning är ålder och resurser viktiga faktorer. Det är främst resursstarka individer under 75 år, med både smarttelefon, surfplatta och PC, som är högfrekventa och allsidiga användare och som kan hantera alltifrån bank- och myndighetsärenden till sociala medier och parkeringsappar. Och omvänt: individer över 75, med mindre resurser och färre apparater, är vanligare bland sällananvändarna (Lüders et al. 2017; Olsson & Viscovi 2020).

Den tredje nivån, *utbyte och värdering*, handlar om i vilken mån människor uppskattar att använda digitala tjänster: vad de får ut av dem, om de känner trygghet och tillit. Fristedt (et al. 2021) studerar olika generationers värdering av och attityder till digitala medier. Misstrognas personer finns bland både yngre och äldre användare. Som helhet är dock negativa erfarenheter klart vanligare i det högsta åldersintervallet. I likhet med Choudrie (et al. 2021) understryker Fristedt (et al. 2021) att även om äldre individer statistiskt klassificeras som inkluderade – är detta inte synonymt med att de är nöjda och trygga användare.

Det finns som synes en växande kunskap om äldre som användare av digitala medier. Ett genomgående resultat är variationerna inom gruppen: att de yngre, och resursstarkare äldre individerna är mer gynnade än de äldre och resurssvagare. Digitalisering är, kort sagt, något som människor har klart skiftande förutsättningar att svara upp mot och utnyttja. Individer som är utrustade med de medier och kunskaper som Myndigheten för digital förvaltning tar för givna kan få enklare och till och med utökad service, samtidigt som de som inte är detta kan ha fått erfara att saker som de klarat av att utföra hela

livet nu har blivit svårare eller ibland omöjliga att utföra när traditionella kommunikationskanaler som telefonsamtal och brev sätts på undantag av myndigheterna (RIR 2021:8).

En så genomgripande omgestaltning av samhällets infrastruktur för kommunikation som digitaliseringen innebär, leder helt enkelt till att somliga blir uppkopplade – medan andra blir frånkopplade. Den senare kategorin är föremålet för den kommande analysen.

Nedan kommer vi att visa hur många som kan antas vara frånkopplade – antingen för att de saknar teknik eller av olika skäl knappast använder den – och därefter vilka faktorer som samvarierar med utanförskap. Slutligen kommer vi att visa hur central tekniktillgången är för att utnyttja olika digitala tjänster.

Material och statistiska bearbetningar

Studien bygger på data från en postenkät som distribuerades senhösten 2020 till ett slumpmässigt urval av 2 500 svenskar i åldersintervallet 65 till 90 år. 1 614 personer besvarade enkäten, vilket innebär en korrigerad svarsfrekvens på 65,3 procent. I den följande analysen presenteras sex olika tabeller som är bearbetningar av data-materialet.

Kommentarer till hur resultaten i tabellerna bearbetats finns sist i kapitlet, som metodbilaga.

Hur många äldre är frånkopplade?

Vad som avses med digitalt utanförskap är inte alltid självklart. Fenomenet måste förstås i sitt sammanhang. Det finns fortfarande länder där digitaliseringen inte drivits särskilt långt, och medborgarna klarar det mesta av vardagsgöromålen utan vare sig smarttelefon eller dator. Men i Sverige förutsätts i praktiken den enskilde medborgaren ha två enheter, en mobil för Swish, bussbiljetter, parkeringsavgifter och liknande, och en större för saker som internetbank och mejlkontakter med myndigheter.

Vi bör också tänka på att varken apparaterna eller kompetenserna att hantera dem är stabila. En surfplatta kan bli näst intill obrukbar redan efter fyra, fem år, sedan måste en ny införskaffas, och dessutom bemästras. Den senaste modellen är sällan identisk med den förra. Dessutom kan en i dag stabil användare tappa i kapacitet genom försämrad syn eller motorik eller efter en längre sjukdomsperiod. Att vara digitalt aktiv och inkluderad är kort sagt inget stabilt eller irreversibelt tillstånd.

Dessbättre inträffar ibland det omvända. En kurs hos något av studieförbunden eller hjälpande anhöriga kan bidra till att förmågor utvecklas och digitala medier blir en del av medierepertoaren (Olsson & Viscovi 2018).

I det följande är sökljuset riktat mot fränkopplade individer i Sverige som alltså befinner sig i olika grader av utanförskap. Vår första uppgift består i att klarlägga i vilken mån människor har tillgång till apparater, i det här fallet smarttelefon, stationär eller bärbar dator, surfplatta, läsplatta, smart-tv (eller någon annan mobil enhet som gör det möjligt att använda onlinetjänster som en chrome-dator). I tabell 1 redovisas antalet olika apparater, den som har registrerats för två apparater exempelvis har alltså inte två surfplattor, utan en surfplatta plus en enhet av annat slag.

Tabell 1.
Antal olika apparater. Procent. Medelvärde.

	Procent	Kumulativ procent
Minst fem apparater	10,3	10,3
Fyra apparater	20,5	30,8
Tre apparater	22,9	53,7
Två apparater	22,7	76,4
En apparat	12,9	89,3
Ingen apparat	10,7	100
Medelvärde	2,64	
Standardavvikelse	1,53	
N	1 610	

I den övre delen av tabellen kan vi notera att lite drygt 76 procent av befolkningen mellan 65 och 90 år är tillräckligt utrustade i så måtto

att de har minst två olika apparater. Vanligtvis – i fler än nio fall av tio – är den ena av dem en smarttelefon, det vill säga en mobil enhet, och den andra en stationär, som en surfplatta eller en PC.⁸ Den som har kunskaper nog att använda dem har också de grundläggande förutsättningarna att hävda sig i det digitaliserande samhället, och det är sådana medborgare som regeringens digitaliseringsstrategi i princip tar för givna.

Knappt 13 procent uppger att de endast har tillgång till en apparat. Mera konkret betyder det att de antingen har en större och stationär enhet i bostaden eller en smarttelefon att bära med sig. Givet att de har digitala kompetenser, är de endera rustade för saker som görs bäst med en större enhet, skriva och hantera myndighetsärenden, alternativt sådant som är knutet till smarttelefonens funktioner, köpa färdbiljetter, använda Swish, skriva textmeddelanden och så vidare.

Knappt 11 procent noteras för noll apparater. Här kan vi rimligen anta att individerna till största delen är utestängda från digitala plattformar och tjänster, och detta oavsett om dessa erbjuds av offentliga, kommersiella eller ideella aktörer.

En nyans i sammanhanget vi inte helt kan bortse från är fenomenet proxy-användare (Helsper 2009), som innebär att någon utför digitala tjänster för någon annans räkning. I en parrelation kan den ena parten vara den som ”sköter det digitala”, internetbanken eller betalning med Swish, vilket gör att tillvaron för den andra utan apparat ändå kan vara någorlunda dräglig – om än sårbar om den initierade parten inte finns till hands.

Omräknat i reella tal motsvaras elva procent av Sveriges cirka två miljoner 65-plussare av ungefär 200 000 individer. Adderar vi dem som endast har tillgång till en apparat är det knappast överdrivet att slå fast att omkring 400 000 personer är tekniskt sett antingen helt eller partiellt utestängda från digitala plattformar och tjänster – privata som offentliga

Ett alternativt sätt att identifiera fränkopplade är att fråga svars-personerna om deras användningsfrekvens, som här i tabell 2.

⁸ Detta framgår inte av tabellen utan av en separat analys av kombinationer av apparater.

Tabell 2.

Internetanvändning: frekvens. Procent

	Procent	Kumulativ procent
Flera gånger dagligen	46,5	46,5
Dagligen	22,0	68,5
5–6 dagar i veckan	3,0	71,5
3–4 dagar i veckan	4,0	75,5
1–2 dagar i veckan	4,0	79,5
Mera sällan	5,2	100
Aldrig	15,4	
N	1 583	

Först kan det slås fast att majoriteten av 65-plussarna är frekventa användare som får anses ha integrerat de digitala medierna i sina vardagsliv och medierpertoarer. Nästan sju av tio, 68,5 procent, är online dagligen.

Men i botten av tabellen kan vi se att 15 procent uppger sig aldrig vara uppkopplade och ytterligare fem procent mera sällan, ja, faktiskt mindre än en gång i veckan. Dessa individers användning måste betraktas som ytterligt sparsam.

Återigen, ungefär en femtedel, eller 400 000 individer, kan sägas befinna sig mer eller mindre avstängda från digitala plattformar och tjänster – vilket betyder att likvärdigheten i digitala tjänster är begränsad. När den offentliga sektorn bestämmer sig för att digitalisera fullt ut och inte lämna alternativa kontaktvägar, kopplas ett betydande antal äldre individer bort från viktig samhällsservice.

Vilka är de frånkopplade?

På två olika sätt, genom tillgång och användning, har andelen frånkopplade ringats in. Nu återstår att undersöka vilka faktorer som påverkar statusen som frånkopplad, vilket tabell 3 åskådliggör genom en logistisk regressionsanalys.

Tabell 3.

Frånkopplade: individer utan apparat för internetanvändning. Logistisk regression.

	B	S.E	OR	Signifikans
Kön				
(man)				
kvinn	-,195	,233	,823	n. s.
Alder	-,179	,019	,838	***
Utbildning				
(kort)				
mellan	,668	,242	1,951	**
lång	,825	,341	2,282	*
Inkomst				
(≤ 300 000)				
301 000–600 000	,904	,275	2,470	**
≥ 601 000	1,475	1,305	4,373	n. s.
Hushåll				
(ensamstående)				
parelation	,544	,254	1,723	*
Föreningsmedlemskap				
(inte medlem)				
medlem	,715	,224	2,045	**
Boende				
(landsbygd)				
tätort	,388	,310	1,474	n.s.
Konstant	13,831	1,475		***
Nagelkerke R ²	,394			
Procent korrekt klassificering	91,3			

Beroende variabel: 0 = utan apparat, 1 = 1 eller flera apparater. Referenskategori inom parentes. * P < ,05
 ** P < ,01 *** P < ,001

Följer vi tabellen uppifrån kan vi se att variabeln kön (man eller kvinna) inte är statistiskt signifikant, det finns inga skillnader mellan kvinnor och män ifråga om tillgång. Resultatet är intressant med tanke på att hemdatorn historiskt sett och långt fram i tiden varit en manligt

dominerad teknik, något som män intresserat sig för i klart högre grad än kvinnor.⁹

Ålder däremot har stor effekt. För varje adderat kalenderår, minskar oddskvoten (OR), eller mer allmogligt uttryckt, sannolikheten, för en individ att ha apparater med drygt 16 procent ($1 - 0,838 = 0,162$). Det betyder lite förenklat att en åldersökning med sex år, ger närapå fördubblade odds att vara utan digital enhet för internetanvändning.

Även diskursiva resurser i form av utbildning har effekt, en ökning från kort till mellanutbildning ger oddskvoten 1,951, och från mellan till lång oddskvoten 2,282. Ju längre formell utbildning en individ har, desto bättre odds att denna är utrustad med digitala medier.

Sambandet för materiella resurser ser lite annorlunda ut, det avgörande här är att komma över gränsen 300 000 kronor i årlig hushållsinkomst som mer än fördubblar sannolikheten att ha minst en apparat (OR = 2,470). Inkomst över 600 000 kronor tycks däremot inte innebära någon skillnad i det avseendet.

Vi ser också att sociala resurser – operationaliserat som parrelation (OR = 1,723) och föreningsmedlemskap (OR = 2,045) – påverkar sannolikheten att ha tillgång till digitala medier. Geografi eller boende, däremot, tycks sakna betydelse. Äldre i glesbygd kommer inte ut sämre än övriga, vilket möjligen är förvånande med tanke på att glesbygden har pekats ut som särskilt utsatt i de här sammanhangen (Internetstiftelsen.se).

Ett andra sätt att mäta utanförskap, som visades i tabell 2 ovan, är att ställa frågor om användningsfrekvens. Analyserar vi detta i en logistisk regression, där icke-användare jämförs med användare, blir resultatet följande.

Att vara man eller kvinna påverkar, som framgår av tabellen nedan, inte i vilken mån en individ är online eller ej. Ålder däremot har likartad effekt ($1 - 0,828 = 0,172$) som i tabell 3 ovan, cirka 17 procent. Detsamma gäller utbildning. Båda stegen av ökad utbildning mer än fördubblar sannolikheten att vara användare (OR = 2,386 respektive 2,387). Inkomst har åter effekt upp till 300 000 kronor, inkomster över denna gräns ger nästan tre gånger högre sannolikhet att vara användare (OR = 2,952).

⁹ Se t.ex. *Mediebarometer* 1999 s.103 ff., där män oavsett ålder noteras för högre värden än kvinnor både i tillgång och användning.

Att ingå i en parrelation visar ingen signifikant skillnad, inte heller boende i glesbygd. Däremot kvarstår föreningsmedlemskap (OR = 1,720) som en signifikant faktor.

Tabell 4.

Rapporterad icke-användning av internet. Logistisk regression.

	B	S.E	OR	Signifikans
Kön				
(man)				
kvinn	-,276	,210	,759	n. s.
Ålder	-1,189	,017	,828	***
Utbildning				
(kort)				
mellan	,870	,218	2,386	***
lång	,870	,296	2,387	**
Inkomst				
(≤ 300 000)				
301 000–600 000	1,082	,243	2,952	***
≥ 601 000	1,251	,744	3,949	n. s.
Hushåll				
(ensamstående)				
parelation	,389	,233	1,476	n.s.
Föreningsmedlemskap				
(inte medlem)				
medlem	,542	,202	1,720	**
Boende				
(landsbygd)				
tätort	,247	,284	1,280	n.s.
Konstant	14,316	1,384		**
Nagelkerke R ²	,445			
Procent korrekt klassificering	89,4			

Beroende variabel, 0 = aldrig online, icke-användare, 1 = sällan eller mer frekvent, användare. Referenskategori inom parentes. * P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

För att ytterligare nyansera bilden och föra in ett partiellt utanförskap gör vi en ny regression i tabell 5 där individer som har endast en apparat – och därmed mera begränsade användningsmöjligheter – jämförs med dem som har två eller fler och större användningsmöjligheter.

Tabell 5.

En apparat för internetanvändning jämfört med två eller flera. Logistisk regression.

	B	S.E	OR	Signifikans
Kön				
(man)				
kvinn	-,220	,189	,802	n. s.
Ålder	-,104	,016	,901	***
Utbildning				
(kort)				
mellan	,593	,213	1,810	*
lång	,249	,230	1,283	n. s.
Inkomst				
(≤ 300 000)				
301 000–600 000	,779	,220	2,179	***
≥ 601 000	,604	,366	1,830	n. s.
Hushåll				
(ensamstående)				
parelation	,097	,224	1,102	*
Föreningsmedlemskap				
(inte medlem)				
medlem	,403	,187	1,496	*
Boende				
(landsbygd)				
tätort	,384	,249	1,468	n. s.
Konstant	8,083	1,189		***
Nagelkerke R ²	,188			
Procent korrekt klassificering	86,8			

Beroende variabel, 0 = en apparat. 1 = 2 eller fler apparater. Referenskategori inom parentes. * P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Kön och boende visar inga signifikanta skillnader, inte heller huruvida individer lever ensamma eller i par. Ålder däremot (OR = ,901) liksom utbildning (OR = 1,810), inkomst (OR = 2,179), parrelation (OR = 1,102) och föreningsmedlemskap (OR = 1,496) har återigen effekter. Notera dock att här är det bara det första steget utbildning som i likhet med första steget inkomst uppvisar signifikans.

Sammantaget ger regressionerna i tabell 3, 4 respektive 5 vid handen att digitalt utanförskap inte drabbar 65-plussarna slumpmässigt. *Det finns ett klart mönster: det är de jämförelsevis resurssvaga "äldre äldre", med lägre inkomster, med kortare utbildning än genomsnittet*

och därtill i högre grad lever ensamma och inte är med i föreningar, som löper störst risk att hamna i utanförskap när samhället digitaliserar. Innan vi diskuterar vad detta betyder i vidare mening – att de som redan är resurssvaga och socialt utsatta med digitaliseringen hamnar ännu längre från välfärdstjänster och annan service – ska också hur internettjänster används behandlas och relateras till användarnas varierande tekniktillgång.

Användningsmönster

När hushållen i de rikare delarna av världen började skaffa dator och internet under 1990-talet fanns en med våra samtida ögon lite förenklad syn på att vara till- eller frånkopplad. Individer som hade dator med modem ansågs inkludera, och de utan exkludera (van Dijk 2020). Men som vi sett garanterar inte innehav användning (och avsaknad av teknik kan ändå innebära viss användning genom proxy-användare). Men detta till trots är det nog ändå rimligt att anta att de som saknar apparater uppvisar en lägre grad av användning än de som har apparater, och att de med endast en apparat visar en lägre användningsgrad än de med två eller flera. Kort sagt, vi kan anta att teknik-tillgången påverkar användningsmönstren. Men detta bör också visas empiriskt innan vi för resonemanget vidare.

För ändamålet har vi skapat *fyra olika index* som motsvarar fyra centrala aspekter av respondenternas online-repertoarer. Samtliga index innehåller fem komponenter och varierar från noll till hundra. Noll är detsamma som obefintlig aktivitet, medan hundra är detsamma som högsta mätbara aktivitet (se operationalisering i "Material och statistiska bearbetningar" nedan). *Transaktionsindex* summerar användning av olika banktjänster, *konsumtion* beskriver aktiviteter som e-handel och prisjämförelser, medan *medier* omfattar konventionell medieanvändning via digitala plattformar, exempelvis Play-TV och tidningsläsning. *Offentlig service* slutligen summerar kontakter med sjukvård, 1177.se och Pensionsmyndigheten.se med flera (se metodavsnitt ovan). Tillsammans förmedlar indexen en bild av online-repertoarer som i dag har blivit i princip nödvändiga för den enskilda medborgaren att behärska för att komma åt såväl offentlig som privat service.

Indexvärdena redovisas i tabell 6 där de också rangordnats. Den totalt sett mest frekventa aktiviteten, *transaktion*, redovisas därför överst och följs av *konsumtion*, *medier* och *offentlig service*. Att offentlig service hamnar längst ner, ska inte förstås på annat sätt än att myndighets- och vårdkontakter normalt sett är mindre vanligt förekommande aktiviteter för människor än exempelvis e-handel eller e-tidningsläsning.

Tabell 6.

Fyra användningsindex, 0–100, och apparatinnehav. Medeltal, t-test.

Index	A Inga	B. Minst en	C. Endast en	D. Två eller fler
transaktion	3,78	55,30	21,42	58,05
n	18	1 223	111	1 125
s.d.	10,21	24,91	23,74	23,02
F, t-test	18,921***		,712 ***	
konsumtion	1,32	42,40	14,49	45,36
n	34	1 242	138	1 117
s.d.	4,65	25,59	18,78	24,50
F, t-test	62,150 ***		16,884 ***	
medier	,91	35,76	11,79	38,51
n	35	1 308	153	1 168
s.d.	3,37	24,93	17,14	24,25
F, t-test	72,714 ***		39,584 ***	
Offentlig service	1,76	17,89	5,13	19,39
n	34	1 280	151	1 142
s.d.	4,75	13,52	8,56	13,22
F, t-test	34,497***		37,784***	

Index varierar från noll till hundra. * P < ,05 ** P < ,01 *** ,001

I kolumn A jämförs de nästan elva procent som saknar apparater (se tabell 1) med övriga vilka redovisas i kolumn B: de som angett att de har en eller flera apparater. I kolumn C jämförs individer med endast en apparat med dem i kolumn D som har två eller flera apparater. Nu till jämförelserna.

Noll eller flera apparater. Av A- kolumnen framgår att även individer utan apparater kan uppvisa viss aktivitet. I absoluta tal om-fattar gruppen 172 individer (se tabell 1), men väldigt få av dem, 18 till 35,

har rapporterat användningsaktivitet; att det skett genom proxy-användare kan inte uteslutas. Indexvärdena är därtill genomgående mycket låga: de varierar från 0,91 (medier) till 3,78 (transaktion), vilket betyder att de få individer som rapporterar användning av online-tjänster gör det i väldigt begränsad grad. Som grupp kan de betraktas som frånkopplade från digitala tjänster.

De som i kolumn B har en eller flera apparater är klart mera aktiva: transaktionsindex får värdet 55,30, konsumtion 42,40, medier 35,76 och offentlig service 17,89.

En eller två+ apparater. I C-kolumnen redovisas individer som uppger sig ha endast en apparat. Vi kan slå fast att de i viss utsträckning använder digitala tjänster. Indexvärdet för transaktion är 21,42, för konsumtion 14,49, medier 11,79 och offentlig service 5,13, alltså klart högre värden än de utan apparater. Men sammantaget är det ändå låg aktivitetsgrad i jämförelse med dem i kolumn D som har minst två apparater: transaktion 58,05, konsumtion 45,36, medier 38,51 och offentlig service 19,39.

Sammanfattningsvis kan vi säga att tabellen ger oss viktiga insikter. För det första, det finns ett tydligt samband mellan tillgång till apparater och användningsmönster: ju fler apparater en individ har, desto större är sannolikheten att användningen är högfrekvent och allsidig. Och endast en apparat är inte tillräckligt för att vara digitalt inkluderad, dessa individer får betraktas som partiellt frånkopplade.

För det andra, de föregående avsnitten har visat att det är de jämförelsevis yngre äldre och resursstarka som har god tekniktillgång, och därför kan vi konstatera att digitaliseringen gynnar somliga och missgynnar andra. Den slår inte neutralt och har därför satt likvärdigheten urs spel; olika kategorier av medborgare ges skiftande möjligheter.

Diskussion

Sverige är ett av världens mest digitaliserade länder (Dutta & Lanvin 2021) där såväl offentlig service som banksektor, marknad och massmedier har förändrats i rask takt. I denna genomgripande omgestaltning av samhällets kommunikationssystem har medborgarnas varierande kapacitet att svara upp mot kravstrukturen – att kontinuerligt

skaffa och tillägna sig digitala medier – beaktats tämligen sparsamt av beslutsfattarna.

Våra resultat visar att en inte obetydlig andel av 65-plussarna saknar resurser att koppla upp sig i tillräcklig omfattning. De här individerna har snarare blivit frånkopplade – eller i alla fall fått klart svårare att nå sfärer och utnyttja tjänster de tidigare hade tillgång till genom telefon, platsbesök eller brev.

”Nokia, connecting people” var kanske 1990-talets mest berömda slogan, och bokstavligt betraktad var den korrekt. Telefonsamtal och den nya företeelsen textmeddelanden ökade dramatiskt när mobiltelefonerna slog igenom. På samma sätt har internetrevolutionen gjort att medierad kommunikationen nått nya höjder och därtill omfattar allt fler aspekter av vardagslivet. Men ökningen har alltså inte omfattat alla medborgare, och när alternativa kanaler och tjänster inte erbjuds i tillräcklig omfattning, inte ens av våra myndigheter (RIR 2021:8), innebär digitaliseringen att människor också blir frånkopplade. ”Internet, disconnecting people” är lika sant som att Nokia en gång kopplade människor samman.

Det är främst individer med låga inkomster, kortare utbildning och med jämförelsevis begränsade sociala nätverk som blivit frånkopplade.

Ålder är naturligtvis en viktig faktor. Med stigande ålder, har vi sett, minskar tekniktillgången och därmed den genomsnittliga online-aktiviteten. Detta ska dels förstås som en *generationseffekt*. Framtidens äldre, som 60-talisterna, kommer att ha tillgång till fler apparater och ha mer användarerfarenheter med sig in i åren efter arbetslivet och därigenom vara bättre rustade. Men, viktigt att förstå, människor kommer att fortsätta åldras, och med detta följer inte sällan minskad kapacitet att lära nytt, gradvis minskade inkomster – som en konsekvens av det svenska pensionsystemets konstruktion – och ibland drastiskt minskade inkomster när den ena parten i en parrelation går bort. Vi kan därför rimligen anta att *ålderseffekten* kvarstår för överskådlig tid.

Här är inte platsen att belysa alla implikationer av samhällets digitalisering. Men ett särskilt ansvar vilar på vår gemensamma offentliga sektor och välfärdssystemen. Dels måste utformningen av dem informeras av en medvetenhet om att digitala kanaler inte är neutrala, utan tvärtom ger människor högst olika förutsättningar att hävda sina

rättigheter. Dels måste det finnas en medvetenhet om att digitalt utanförskap också kan bidra till att medborgare hamnar i utanförskap också i vidare bemärkelse.

Digitalisering, konstaterar Laura Robinson et al. (2015), kan därför ses som en tröskel för myndighetskontakter och offentlig service. Jannick Schou och Anja Svejgaard Post (2019) beskriver sammanhanget på ett besläktat sätt när de konstaterar hur resurssvaga knuffas "längre ut i välfärdssystemens utkanter" av digitalisering (s. 474, vår översättning).

Detta var knappast intentionerna när DIGG startade sin verksamhet för att "samordna och stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig" (www.digg.se). Mycket återstår att göra innan digitaliseringen kan leva upp till honnörsorden.

Metodbilaga

Tabell 1 visar hur spridda de digitala medierna är i åldersgruppen med följande frågor: a) Använder du följande apparater? Ja eller nej: bärbar dator, laptop; stationär dator; surfplatta; läsplatta; smart-TV; annan mobil enhet. b) Vilken sorts mobiltelefon använder du? Ja eller nej: smarttelefon, Android eller Iphone; annan typ av smarttelefon.

Tabell 2 visar hur spridd internetanvändningen är i åldersgruppen med följande frågor: Hur ofta använder du internet? Flera gånger dagligen; dagligen; 5–6 dagar i veckan; 3–4 dagar i veckan; 1–2 dagar i veckan; mera sällan; aldrig.

Tabell 3 analyserar vilka faktorer som påverkar innehav respektive avsaknad av apparater: Beroende variabel, se tabell 1. Oberoende variabler: a) Är du kvinna eller man? b) Vilket år är du född? c) Vilken är din högsta genomförda utbildning?

– Folkskola; enhetsskola; grundskola [kodat som kort utbildning och referenskategori]

– Yrkesskola; tvåårigt gymnasium/fackskola; minst 3-årigt gymnasium; flickskola/realexamen; folkhögskola/realexamen [= mellanutbildning]

– Högskola/universitet; studentexamen [= lång utbildning]

d) Hur stor är den ungefärliga sammanlagda årsinkomsten i ditt hushåll före skatt (pension och andra inkomster inräknat)? Intervall om 100 000 kr. d) Vilket är ditt civilstånd? Änka/änkling; ensamstående [= ensamstående och referenskategori]; gift/partnerskap; sambo; särbo [= parrelation]. f) Är du medlem i någon förening eller ideell organisation? Nej/Ja: en, 2–3, 4–5, 6+ [0 medlemskap = referenskategori]. g) I vilken typ av område bor du? Ren landsbygd [= referenskategori]; storstad; stad; större tätort; mindre tätort.

Tabell 4 analyserar vilka faktorer som påverkar användning och icke-användning av internet. Beroende variabel, se tabell 2. Svar "aldrig" = 0, övriga svar har kodats 1. Oberoende variabler, tabell 3.

Tabell 5 analyserar vilka faktorer som påverkar innehav av endast en apparat för internetanvändning respektive två eller flera apparater. Beroende variabel, se tabell 1: en apparat jämförs med 2+. Oberoende variabler, tabell 3.

Tabell 6 analyserar hur innehav av olika mängd apparater påverkar användningen, och detta genom fyra index som varierar från 0 (ingen aktivitet) till 100 (högsta aktivitet). Varje index består av fem frågor om frekvensen på olika internetaktiviteter, det vill säga hur ofta svarspersonerna gör olika saker, från aldrig till dagligen. *Transaktion*: betalar räkningar; internetbank; e-legitimation/bank-id; mobilt bank-id; Swish. (Cronbachs Alpha = ,867)¹⁰. *Konsumtion*: söker produktinformation; prisjämförelser; köp av varor/tjänster; besökt hemnet.se; besökt blocket.se. (Cronbachs Alpha = ,825). *Medier*: lyssna på musik; radio; läsa tidning; se play-TV; lyssna på podd. (Cronbachs Alpha = ,792). *Offentlig service*: besökt pensionsmyndigheten.se; försäkringskassan.se; skatteverket.se; 1177.se; webbapotek (Cronbachs Alpha = ,755).

I tabellerna 3 till 5 redovisas logistiska regressionsanalyser där den beroende variabeln är dikotom och effekten redovisas som odds-kvoter, OR. De oberoende variablerna är, utöver kön, ålder och boende, indikatorer på tre typer av resurser: *materiella* (inkomst), *diskursiva* (utbildning) samt *sociala* (civilstånd och föreningsmedlemskap) som visat sig korrelera positivt med digital inkludering (Olsson et al. 2019).

¹⁰ Cronbachs Alpha är ett mått som visar hur väl variablerna samvarierar, ju närmare värdet 1, desto mera är de relaterade till varandra – och därigenom mera pålitliga som indexkomponenter. En vanlig tumregel är att värdet bör överstiga 0,7.

Referenser

- Choudrie, J., Banerjee, S., Kotecha, K., Walambe, R., Karende, H., Ameta, J. (2021). Machine learning techniques and older adults processing of online information and misinformation. *Computers in Human Behavior*, 119, 106716. DOI: 10.1016/j.chb.2021.106716
- Cody, M., Deborah, D., Hoppin, S. & Wendt, P. (1999). Silver surfers. *Communication Education*, 48, 269–86. DOI: 10.1080/03634529909379178
- Dutta, S. & Lanvin, B. (red.) (2021). *The network readiness index 2021*. Washington DC: Portulans Institute.
- Friemel, T. (2016). The digital divide has grown old. *New Media & Society*, 18, 313–31. DOI: 10.1177/1461444814538648
- Fristedt, S., Svårdh, S., Löfqvist, C., Schmidt, S. & Iwarsson, S. (2021). "Am I representative (of my age)? No, I'm not". *Plos One*. DOI: 10.1371/journal.pone.0250425
- Hammarstedt, M. & Viscovi, D. (2019). Digitalisering och integration: En studie av digital teknikanvändning bland äldre utrikes födda. *Linnaeus University Centre for Discrimination and Integration Studies*, 25.
- Helsper, E. J. (2009). The ageing internet: Digital choice and exclusion among the elderly. *Working with Older People*, 13(4), 28–33. DOI: 10.1108/13663666200900068
- Hunsaker, A. & Hargittai, E. (2018). A review of Internet use among older adults. *New Media & Society*, 20, 3937–54. DOI: 10.1177/1461444818787348
- Internetstiftelsen.se.
<https://internetstiftelsen.se/app/uploads/2021/01/introduktion-till-internet-for-aldre.pdf>
- König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older. *Europeans Universal Access in the Information Society*, 17, 621–33. DOI: 10.1007/s10209-018-0609-5

- Lüders, M. & Gjevjon, E. (2017). Being old in an always-on culture. *Information Society*, 33, 64–75. DOI: 10.1080/01972243.2016.1271070
- Marshall, T. H. (1950). Citizenship and social class. I T. H. Marshall et al. (red.) *Citizenship and social class*, Pluto, 3–51.
- Mediebarometer (1999). *Medienotiser från NORDICOM-Sverige*, 200, 1.
- Olsson, T., Samuelsson, U. & Viscovi, D. (2019). At risk of exclusion? Degrees of ICT access and literacy among senior citizens. *Information, Communication and Society*, 22(2), 55–72. DOI: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/1369118X.2017.1355007>
- Olsson, T., Viscovi, D. (2018). Warm experts for elderly users: Who are they and what do they do? *Human Technology*, 14(3), 324–342. DOI: 10.17011/ht/urn.201811224836
- Olsson, T. & Viscovi, D. (2020). Who actually becomes a silver surfer? Prerequisites for digital Inclusion. *Javnost – The Public*. 27 (3). 230–246. DOI: 10.1080/13183222.2020.1794403
- Pirhonen, J., Lolich, L., Tuominen, K., Jolanki, O. & Timonen, V. (2020). These devices have not been made for older people's needs. *Technology in Society*, 62, 101287. DOI: 10.1016/j.techsoc.2020.101287
- RIR 2021:8. *Var god dröj, myndigheterna digitaliserar: Service till enskilda som inte vill eller kan vara digitala*. Riksrevisionen.
- Robinson, L., Cotten, S., Ono, H., Quan-Haase, A., Mesch, G., Chen, W. & Stern, M. J. (2015). Digital inequalities and why they matter. *Information, Communication & Society*, 18, 569–582. DOI: 10.1080/1369118X.2015.1012532
- Schou, J. & Pors, A. S. (2019) Digital by default? A qualitative study of exclusion in digitalised welfare. *Social Policy & Administration*, 53(3), 464–477. DOI: 10.1111/spol.12470
- Tirado-Morueta, R. (2018). The socio-demographic divide in Internet usage moderated by digital literacy support. *Technology in Society*, 55, 47–55. DOI: 10.1016/j.techsoc.2018.06.001
- van Boekel, L., Peek, S. & Luijkx, K. (2017). Diversity in older adults' use of the internet. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e180. DOI: 10.2196/jmir.6853
- van Deursen, A. & van Dijk, J. (2019). The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New*

Media & Society, 21, 354–75. DOI:
<https://doi.org/10.1177/1461444818797082>
van Dijk, J. (2020). *The digital divide*. Polity Press.
www.digg.se a) <https://www.digg.se/om-oss> DIGG. 1 mars 2022.
www.digg.se b) <https://www.digg.se/utveckling-av-digital-forvaltning/svenskt-ramverk-for-digital-samverkan/rekommendationer-for-offentliga-organisationer/det-digitala-motet>. 1 mars 2022.

6. "Ved du, om jeg stadig har min lejlighed?"

At være ved siden af sig selv, undervejs, midt imellem andre

JON DAG RASMUSSEN

Introduktion

Dette kapitel tager udgangspunkt i et etnografisk feltarbejde som er foretaget på en aflastningsafdeling beliggende på Nørrebro i København. Afdelingens formål er at bistå syge og sårbare mennesker i genetableringen af deres hverdagsliv efter de udskrives fra ofte længerevarende og invaliderende sygdomsforløb og indlæggelser på hospitalet. Tilbuddet modtager også mennesker, der af andre årsager, herunder fx psykiske og sociale problemer, hjemløshed etc., har brug for professionel omsorg, støtte og pleje i en (overgangs)periode af deres liv (Rasmussen 2020). Institutionen råder over 16 pladser, som besættes af mennesker med meget forskellige behov. For nogle varer opholdet en uge eller to, imens det for størstedelen strækker sig over en længere periode af mellem 1 måned og flere års varighed. Hovedparten af de mennesker som tildeles et forløb på institutionen af Københavns Kommune¹¹ er berørt af både fysiske og psykiske komplikationer. En stor andel har ydermere historier med mangeårige misbrugsproblematikker. Aflastningsafdelingen er tilegnet mennesker under 65 år og størstedelen af beboerne er sidst i 50'erne eller først i 60'erne. Når det foretagne forskningsarbejde alligevel har relevans for det felt som nærværende antologi skriver sig ind i, er det

¹¹ Afdelingen har en driftoverenskomst med Københavns Kommune, som også står for visitationen og råder over institutionens pladser.

fordi jeg læner mig op ad en fænomenologisk ide om aldring og alderdom, som har vundet frem i gerontologien gennem en årrække. Denne tænkning tager afsæt i argumentet om, at alder i høj grad også er betinget af, hvor gammel den enkelte person føler sig, og hvordan denne person er placeret og orienteret i verden gennem sin krops-subjektive erfaring (Merleau-Ponty 2012). I dette livsverdensperspektiv er alder og alderdom et spørgsmål om, hvad mennesket har set, mærket og gennemgået, og hvordan disse erfaringer har sat deres aftryk på den enkelte. Selvom beboerne på afdelingen er under 65 år, og derfor formelt set ikke kan karakteriseres som 'ældre' i henhold til deres kronologiske alder, lever de alligevel med vilkår og betingelser for deres hverdag som oftest fremtræder blandt mennesker med højere faktisk alder.

Kapitlet vil beskrive dele af hverdagslivet som det kommer til udtryk blandt beboerne på afdelingen og stille skarpt på de kvalitative betydninger af den overgangs-, afklarings- og transitionsfase, som opholdet markerer i deres tilværelser. Hertil er ambitionen at knytte de analytiske erkendelser som produceres, til problematikker som vedrører det sociale arbejde med udsatte ældre mennesker i mere overordnet og generel forstand.

Bidragets struktur

Kapitlet indledes med en introduktion til det foretagne etnografiske feltarbejde, der følges af en kortfattet karakteristik af afdelingens beboere. Herefter sættes den analytiske ramme med en redegørelse for de ideer og begreber, der anvendes i de efterfølgende afsnit. Kapitlet indeholder derefter 4 sektioner, der tematiserer og analyserer udvalgte aspekter af undersøgelsens empiriske materiale, og som adresserer spændingsfeltet mellem beboernes hverdagsliv og det sociale og plejefaglige arbejde, som udføres på afdelingen. Hovedformålet med kapitlet er at skabe forståelse for den situation beboerne befinder sig i under opholdet, og herigennem synliggøre en række af de problematikker, der knytter sig til det sociale arbejde og den socio-materielle iscenesættelse og organisering af dette arbejde, som foregår på aflastningsafdelingen.

Det etnografiske feltarbejde

Den forskning som kapitlet baserer sig på, er tilvejebragt i forbindelse med et bestilt konsulent- og forskningsarbejde, som er igangsat af den organisation, der driver aflastningsafdelingen. Opdraget var at udføre et kvalitativt forskningsprojekt, og herigennem skabe viden om og forståelse for hverdagslivet blandt beboere, ansatte og tilknyttede professionelle fra et antropologisk perspektiv. Målet var at skabe indsigt i den praktiske og praktiserede hverdag, som den kommer til udtryk i interaktionen mellem disse grupper. Der var ikke formuleret restriktioner eller begrænsninger i forbindelse med forskningen, men der forelå fra start en konsensus om, at arbejdet skulle foretages på måder, der havde mindst mulig negativ indvirkning på den sensitive beboergruppe.

Projektets empiriske materiale er tilvejebragt under et 3 måneder langt etnografisk feltarbejde. Det, som overordnet kendetegner denne tilgang er, at forskeren deltager i den undersøgte sammenhæng på 'naturlige' præmisser, så vidt dette er muligt, og at viden skabes gennem social deltagelse i de processer og aktiviteter, som foregår i den pågældende kontekst (fx Hammersley & Atkinsson 2007; Rasmussen 2018). I forskningsprocessen er der anvendt *deltagende observation*, hvilket i praksis vil sige, at jeg som etnograf har brugt meget tid på at småsnakke, se fjernsyn, og på at 'hænge ud', som antropologen Clifford Geertz skriver (1998), på afdelingens fællesarealer og beboernes værelser. Jeg har interageret med beboere og personale i forbindelse med hverdagens almindelige aktiviteter og rutiner, men har også brugt tid på mere observerende og tilbagetrukne iagttagelser af livet og hverdagen på afdelingen. Sideløbende har jeg udført kvalitative etnografiske interview (fx Spradley 1979) med beboere, ansatte og med husets ledelse. Formålet med dette var at supplere den tilvejebragte deltagelsesviden med mere strukturerede og sproglige udforskninger af de observerede fænomener. Feltarbejdet er primært foretaget i dagtimerne på hverdage, hvor langt den meste aktivitet udspiller sig i huset, men er også udført i aften timer og på weekenddage, med henblik på at skabe den bedst mulige forståelse af helheden. På mere overordnet niveau kan forskningen forstås som det, Karen Ida Dannesboe og jeg selv har beskrevet som 'pocket ethnography' (2021), da aflastningsafdelingen på mange

måder befinder sig i et af samfundets små og upåagtede mellemrum – en metaforisk 'lomme' eller en mellemstation, der ikke nødvendigvis er nærværende for den gængse samfundsborger, hverken som institutionstype, eller som konkret og håndgribeligt tilbud, beliggende på gaden i den københavnske bydel. Aflastningstilbuddet, såvel som de mennesker der i en periode af deres liv bor i et af afdelingens værelser, befinder sig i en tilstand der kan karakteriseres som *imellemværende*. Afdelingen, fordi den leverer professionelle omsorgs- og vurderingsydelser, der kiler sig ind imellem etablerede samfunds- og velfærdsinstitutioner som fx hospitalsvæsen, plejehjem, special-plejehjem og beskyttede boliger. Og beboerne, fordi de er udskrevet fra hospitaler og andre behandlingssteder, men lever på afdelingen med udtalt uafklarethed, dobbeltydighed og uvished som den mest fremtrædende betingelse for deres tilværelser.

En karakteristik af afdelingens beboere

Et kendetegnende forhold blandt de mennesker som flytter ind i aflastningstilbuddet er, at deres hverdagsliv i denne periode, i billedlig forstand, er *revet midt over*. For de fleste beboere er de rutiner, vaner og strukturer som frem til deres indlæggelse på hospitalet har udgjort deres eksistentielle og praktiske forankring i verden, grundlæggende udfordret, brudt ned og forandret, når de ankommer. Langt størstedelen af beboerne er tydeligt mærket af de livsforandrende medicinske interventioner og længerevarende hospitalsindlæggelser, som går forud for deres indflytning. En mindre del af beboerne er ikke belastet i somatisk forstand, men visiteres til afdelingen på baggrund af psykisk sygdom og deraf følgende individuel og social mistrivsel. Hertil har en stor del af de mennesker som kommer igennem afdelingen historier med mangeårige og massive forbrug af alkohol og/eller stoffer, og en række af de mest udsatte beboere er ydermere berørt af hjemløshed. For nogle er hjemløsheden en direkte konsekvens af deres sygdomsforløb, da de i forlængelse af nyerhvervede funktionsnedsættelser ikke kan bruge deres tidligere bolig. For andre opstår hjemløsheden i forlængelse af administrative beslutninger, som er truffet i deres fravær under længerevarende hospitalsophold. Og for endnu andre har hjemløsheden været en mangeårig ledsager i

deres liv, hvorfor de tildeles en aflastningsplads efter endt behandling på hospitalet med et "formål"¹² om rehabilitering og videre visitation til en fremtidig bolig. Fælles for alle beboere er, at aflastningsafdelingen udgør det næste midlertidige stoppested i det, der for hovedparten er en måned- og for mange også årelang, bevægelse igennem det danske velfærds- og behandlingssystem.

Analytisk ramme: Liminalitet – at befinde sig *imellem*

I kapitlet gør jeg brug af et klassisk analyseperspektiv, der hentes hos den britiske antropolog Victor Turner (1920–1983), og som har haft stor betydning for den antropologiske fagtradition. Perspektivet er udviklet på baggrund af overgangsriter, som disse kommer til udtryk blandt det afrikanske Ndembu-folk. Det, som står særlig klart, og som siden de sene 1960'ere har informeret en lang række analyser, men også et mere generelt antropologisk perspektiv på verden og organiseringen af forskellige samfund, er begrebet om *det liminale*, som udvikles i den kanoniske tekst "Betwixt and between: The liminal period in rites de passage" (Turner 1967). Turners udgangspunkt repræsenterer et strukturalistisk verdenssyn i den forstand, at han forstår ethvert samfund som bestående af positioner, der er mere eller mindre etablerede og faste. På samme tid opererer han med ideen om, at der imellem disse positioner findes overgange og dertilhørende overgangsriter (*Rites de passage*), som markerer skiftet imellem selvsamme positioner og tilstande. I et senmoderne skandinavisk samfund kan der her peges på den formelle overgang mellem fx ungdom og voksendom ved det unge menneskes 18-års fødselsdag, den overgang som sker ved indgåelse af et ægteskab, eller et andet officielt statusskifte, men også overgangen mellem en position som arbejdende medlem af samfundet og tilværelsen som pensionist. I mere uformel forstand kan overgangen mellem individuelt menneske og en rolle som forælder til et barn, eller den dannelsesrejse, der af

¹² Beboerne er indskrevet på afdelingen med et såkaldt "formål", der for alle inkluderer omsorgs- og plejefagligt tilsyn, og hertil kan indeholde en række personspecifikke punkter, der skal arbejdes med under opholdet.

mange unge mennesker markerer skiftet mellem en afsluttet ungdomsuddannelse og det der følger efter, ligeledes markere en overgangsfase, der er bestemt ved liminalitet, som Turner beskriver den. Denne type riter, hvad enten de er af formel eller uformel karakter, indikerer og indstifter ifølge Turner en "transition" imellem de positioner, der i alle samfund er knyttet til den menneskelige tilværelse.

Turner henter en del af sine ideer i den franske etnograf, Arnold van Genneps tidligere arbejde, når han beskriver overgangsriternes tre faser (ibid. s. 94). Disse består i henholdsvis 1) *adskillelse* ("separation"), 2) *marginalitet* - i forståelsen en slags tilværelse på kanten af, imellem, eller udenfor, det etablerede system af positioner (og som kaldes "margin" eller "limen" hos Turner) og endelig 3) *samling* ("aggregation"), der igen markerer det pågældende menneskes integration i en etableret struktur, men i en rolle eller position, der er ny og en anden end den tidligere. Med andre ord er de tre faser karakteristiske for en proces hvori det berørte individ, "passageren", først løsriver sig fra en eksisterende position i et etableret system for dernæst at opholde sig og fungere i en slags *imellemhed*, der er kendetegnet ved udtalt dobbeltydighed og ubestemmelighed, inden vedkommende i den tredje fase fuldbyrder sin passage og transition, og igen finder på plads i den sociale orden. Allerede ved denne indledende gennemgang af overgangsritens forløb, som den beskrives hos Turner, opstår analytisk givtige paralleller til den situation, som gør sig gældende blandt beboerne på aflastningsafdelingen i København.

I de følgende afsnit vil jeg derfor bruge dele af Turners begrebsapparat til at belyse et udvalg af de fænomener, som har vist sig under det etnografiske arbejde på afdelingen. Fremgangsmåden er at lade en eksplorativ og associerende læsning af den klassiske antropologiske tekst privilegere og kalde på bestemte dele, eller aspekter af materialet fra det foretagne arbejde. Herved opstår en række tematiske analyser, der løfter det empiriske materiale fra den konkrete beskrivelse, og ind i en sammenhæng, hvor de feltbaserede erkendelser kan bruges til at se kritisk og mere generelt på det sociale og omsorgsmæssige arbejde med mennesker, der af forskellige grunde kan forstås som liminale i deres liv, i deres behandlings- eller sygdomsforløb. Ved at foretage en ny 'læsning' af den tilvejebragte viden med nogle af Turners pointer, er ambitionen således at adressere fænomener som

også gør sig gældende i andre sammenhænge af lignende eller beslægtet karakter på det sociale arbejdes område.

Ubestemmelighedens vilkår

Helt gennemgående for beboerne er, at de under opholdet på afdelingen er fjernet fra deres vante omgivelser, hvorfor de strukturer og mønstre som de er trygge ved og velbevandrede i, er fraværende. For en ganske lille del af husets beboere, er tabet af denne praktisk-eksistentielle forankring i hverdagen kortvarig og midlertidig i en almindelig forstand af dette ord. Denne gruppe udmærker sig ved at være igennem aflastningstilbuddet i en kort periode, fordi de grundet følgerne af deres sygdom, ikke kan mestre dele af deres hverdag i en begrænset tid, fx imens brækkede knogler vokser sammen, eller imens andre somatiske skader heler og eventuelle svækkelser og følgevirkninger af gennemgået behandling på hospitalet aftager. Men størstedelen er tildelt et aflastningsophold fordi de netop er midt i en proces, som implicerer langt mere grundlæggende og radikale forandringer og en deraf følgende nødvendig omstilling i deres liv.

I det foretagne feltarbejde findes mange eksempler og variationer over dette tema. Der er beboere, som akut er blevet syge og som efter endt hospitalsbehandling ikke længere kan anvende deres eksisterende bolig, da nye behov er opstået i forlængelse af sygdom og behandling. De har mistet funktionsevner som i praksis kan betyde, at de ikke længere kan komme op ad trappen til deres lejlighed på 2. sal., eller at andre afgørende forbindelser mellem individuel fysik og hverdagens mange krav og fordringer har taget voldsom skade, eller er blevet decideret ødelagt. Andre har pådraget sig nedsættelser af kognitiv eller psykisk karakter, som resulterer i, at de ikke længere kan varetage hverdagen på samme måde som tidligere. For mange markerer deres forudgående sygdomsforløb tillige en forværring af problematikker, komplekser eller tilstande, som har været del af deres hverdagsliv i længere perioder. En stor del af de mennesker som tildeles ophold på afdelingen, har levet det meste af deres liv med et stort forbrug af alkohol og/eller stoffer, og med de personlige konsekvenser; isolation, ensomhed, yderst sparsomme sociale netværk, og den generelle psykosociale og somatiske mistrivsel som ofte ledsager disse

livsførelser. Dette betyder, at aflastningsopholdet for størstedelen af beboerne indebærer en fase i deres liv, som på helt grundlæggende og altoverskyggende måder er ny, bestemt ved afgrundsdyb og eksistentiel usikkerhed, og som indebærer påtvungen overgang til en fremtid, som på alle måder er svær at se ind i. Afdelingen er således sted for en række voldsomme personlige livskriser og rummer en gruppe mennesker for hvem det mest gennemgående og udtalte fælles vilkår er, at de opholder sig i et landskab af ubestemmelighed.

Formuleret på en anden måde, er størstedelen af beboerne *marginale* og *liminale* i turnersk terminologi, da de er adskilt fra alt det velkendte i deres liv i såvel ydre som indre forstand. Deres kroppe er nye, eller måske rettere *gamle på en ny og ukendt måde*. Deres psykiske betingelser er ændret, for nogle i direkte forstand som følge af fx hjerneskader, demensrelaterede sygdomme,¹³ eller andre kognitive skader og komplikationer, og for andre i forlængelse af de voldsomme, psykisk belastende og traumatiserende forløb, de har været igennem. Og hertil er deres sociale status og den sociale position de besad inden deres sygdom og ulykke indtræf, forandret og kræver gen- eller nyetablering. Dette enten i sammenhænge som de berørte personer tidligere har begået sig i, eller i helt nye sociale kontekster.

I det hele taget viser denne beskrivelse, hvordan den store gruppe af dårligt stillede beboere på aflastningsafdelingen, er liminale ”passagerer” i deres egne liv, såvel som i det danske velfærdssystem. De er kastet ind i en tumultarisk og personligt omstyrtende proces, hvor intet er givet, og hvor de på alle måder er *betwixt and between* – imellem etablerede sociale og systemiske kategorier. Størstedelen af beboerne er det, man i dansk hverdagsprog forstår som ’ved siden af sig selv’,¹⁴ og i en udfordret situation, hvor de i samspil med personalet på afdelingen og fagprofessionelle repræsentanter fra Københavns kommune, skal finde veje til at få genetableret deres liv i nye fysiske og sociale rammer.

¹³ En andel af de mennesker som er igennem afdelingen, er berørt af demenssygdomme som relaterer sig til massivt forbrug af alkohol.

¹⁴ Talemåden kan også betyde at en person er: ’ude af sin normale sindstilstand’; ’ude af stand til at handle eller vurdere normalt’, kilde: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=ved%20siden%20af%20sig%20selv&tab=for> (tilgået d. 3. august, 2022).

Usynlighed og liminalitet

Det næste forhold jeg vil gribe, handler om den dobbelttydige og i metaforisk forstand 'usynlige' status, som beboerne på afdelingen har under deres forløb. Hos en stor gruppe af beboerne er deres aflastningsophold karakteriseret ved at trække ud og dermed vare meget længere end den periode, den midlertidige indsats i udgangspunktet er berammet til at vare. Som jeg vil argumentere for, bliver de i forvejen udsatte beboere i denne periode tiltagende og mere usynlige på forskellige måder og dermed også marginaliseret i yderligere grad.

Turner beskriver, hvordan det subjekt, altså det menneske, som passerer igennem den liminale periode hos bl.a. det zambiske Ndembu-folk, er kendetegnet ved at være "usynlig" i både strukturel og fysisk forstand (1967 s. 93). Som medlemmer af et samfund, ser vi ofte det, vi forventer og forventes at se, hvorfor vores syn og opmærksomhed også beror på de klassifikationer og definitioner, vi har tillært som del af vores kulturelle og samfundsmæssige dannelse (ibid. s. 95). Det betyder, at vi som medlemmer af partikulære samfund er formet, så vi kan erkende og anerkende bestemte ting og fænomener, hvor andre i praksis vil være usynlige eller utilgængelige for os – ikke fordi vi aktivt vælger at se bort fra disse elementer, men fordi de falder uden for de kategorier og orienteringsstrukturer vi gør brug af, når vi agerer i verden. Denne pointe er delvist af erkendelsesfilosofisk karakter, men den er alligevel både vedkommende og afgørende, når diskussionen omhandler den tilstand, som beboerne på aflastningsafdelingen befinder sig i. Ifølge Turner, så giver et samfunds sekulære definitioner – altså de ovennævnte 'sorteringsmekanismer' dets medlemmer gør brug af, når verden skal forstås og bearbejdes – ikke nødvendigvis plads til erfaring af de mellemkategoriale elementer, vi møder i hverdagslivet (ibid.). På samme tid peger han på, hvordan der i mange småskala samfund findes religiøse definitioner, der sameksisterer med de sekulære, og som besidder den funktion, at de netop udpeger de strukturelt set ikke-definerbare kvaliteter, som knytter sig til den "liminale persona" og tilstand (ibid.). Begreber som 'novice' og 'rekrut' kan have samme betydning i en skandinavisk sammenhæng, da de rammesætter en status og tilstand hos bestemte personer, som ufærdig, påbegyndt og undervejsværende. Den strukturelle usynlighed hos den liminale person har en dobbelt karakter,

som kommer til udtryk i det forhold, at vedkommende *ikke længere er mulig at klassificere* og *endnu ikke kan klassificeres* (ibid. s. 96). "Passageren" er, som denne term også henviser til, imellem afgangssted og destination, undervejs, men endnu ikke ankommet. Partikulær form antager i den liminale passage karakter af generelt stof, hvilket ifølge Turner resulterer i at konkrete navne tages fra de undervejsværende personer, og at de i stedet tiltales ved brug af generiske termer, som fx "neofyt", "novice" eller andet. Det andet gennemgående aspekt ved den ikke-klassificerbare tilstand, som den er beskrevet af antropologer i forskellige småskala samfund er, at neofytterne bliver sidestillet med fostre, nyfødte eller forældrefhængige småbørn på forskellige og varierende symbolske måder (ibid.). Den essentielle egenskab ved disse symbolske handlinger er, at de liminale personer, neofytterne, placeres i et symbolsk domæne, hvor de hverken er levende eller døde fra ét perspektiv, og er både levende og døde fra et andet. Deres tilstand er udtalt tvetydig og paradoksal og understreges af et særligt vokabular.

Ved at trække på disse beskrivelser hos Turner, træder flere karakteristiske forhold blandt beboerne på aflastningsafdelingen frem. Det første som kommer til syne her er, hvordan beboerne allerede når de ankommer til afdelingen, er midt i en proces, hvor de er blevet usynliggjort på et strukturelt niveau. De kommer fra et behandlingssystem, hvor de primært har oplevet sig set på som journalnumre og interventionskrævende diagnoser,¹⁵ og mange af beboerne har, som allerede skrevet, lange indlæggelsesforløb bag sig. På hospitalerne har de i sensorisk forstand levet liv, hvor de midlertidigt (men langvarigt) har været frataget vigtige personlige genstande, som fx tøj og andre ejendele. Hertil har de været fjernet fra deres lokalområder, deres hverdagsrutiner, menneskelige relationer og de mønstre som kendetegner de måder at leve på, som de er trygge ved og kender til. Som min egen forskning blandt 'usædvanlige ældre mennesker' har vist, kan der være store sociale og eksistentielle tab forbundet med længere tids fravær fra selv uformelle og ikke-institutionaliserede sociale sammenhænge (Rasmussen 2017 s. 288–291; Rasmussen 2019). Denne pointe træder også frem blandt afdelingens beboere, som i tiden under deres hospitalsindlæggelser,

¹⁵ Dette er baseret på samtaler og interview med beboerne.

og efterfølgende under deres aflastningsophold, er fjernet fra de bydele og geografisk-sociale sammenhænge, de kommer fra. Hospitalet er ydermere kendetegnet ved regler, normer og procedurer som ikke nødvendigvis korresponderer med patienternes ideer om det gode, sunde og passende liv, hvorfor rusmidler og andre stimulanser som fx tobak, tages fra patienterne i den periode, de er indlagt. Nogle behandles med substitutionsmedicin og andre er så syge, at tobaksabstinen- ser og andre former for tilvænnede kropslige behov træder i baggrunden af den akutte sygdomstilstand. De tidligere indlagte beboere har med andre ord været igennem en proces, hvor de er forsøgt forandret, udsat for pædagogiserende interventioner i tilgift til de medicinske, og hvor de har været frataget en væsentlig del af de rutiner, de kender og føler sig hjemme i. Dette allerede, når de ankommer til afdelingen og skal flytte ind i et af værelserne på den lange gang. Den eksistentielle 'afpilning' bidrager til oplevelsen af usynlighed hos dem – de ankommer som personer, der ikke er blevet set på som de mennesker, de føler sig som. De har været usynlige som hele individer,¹⁶ og de er blevet tiltagende usynlige undervejs.

Hertil, og i forlængelse af Turners beskrivelse, er de i den systemiske sprogbrug, som eksisterer omkring dem i behandlingssystemet,¹⁷ blevet frataget deres navne og er i stedet blevet forstået og italesat som "patienter" og "borgere". Ingen af disse begreber bliver anvendt i det etablerede velfærdssystem med et mål om at yde symbolsk vold på medlemmer af samfundet, men grundet de ofte lange forløb som disse mennesker er igennem, kommer de generiske betegnelser og kategorier til at have præcis denne effekt. "Patient" og "borger" er udtryk for generalisering, hvorfor de i længden vil placere det partikulære menneske i skyggen af den generiske og systemiske term og de forståelser som knytter sig hertil. Det har sine effekter – både i direkte og indirekte tale, og når de systemiske termer og dertil knyttede rationaler yder indflydelse på det menneskesyn, der hersker i behandlingssystemet.

¹⁶ Jf. en holistisk betragtning af mennesket, som medtænker alle livets aspekter; individuelle, sociale, psykologiske, patologiske, sundhedsmæssige etc., og som stiller det svære spørgsmål – *hvad er sundhed, når alle disse parametre inkluderes i vurderingen?*

¹⁷ I såvel sundhedsregi, som i fx kommunalt regi i forbindelse med sagsbehandling etc.

Analysen giver her mulighed for at forstå, hvordan beboerne allerede ved indflytning på afdelingen er ramt af det, der med Turner kan kaldes strukturel usynlighed. Men som arbejdet også har vist, befinder de sig ydermere i en liminaltilstand i aflastningsopholdets forløb, hvor de på både eksistentielle og praktiske niveauer lever i en flertydig og paradoksal *imellemhed*. De er imellem boliger og hjem, imellem tilstande af funktionssvækkelse og arbejdet med funktionsstærkelse, imellem liv og død for nogle beboere. De er usikre i fornemmelse og vurdering af egen krop, psyke og kapabilitet, og derfor 'ved siden af sig selv' på flere niveauer: ambivalente og fremmedgjorte over for nye fysiske og psykiske vilkår der sætter sig igennem under opholdet, og i det hele taget betwixt and between – på alle måder imellem tilstande, de genkender, relaterer til og føler sig trygge i.

At være "et andet sted"

Et af de mennesker som bor på afdelingen under det foretagne forskningsprojekt, er en mand først i 60'erne, som har været indlagt på grund af somatiske problematikker, men som også lever med alkoholrelateret demens. Han er udtalt diffus og grundlæggende usikker omkring langt de fleste forhold i sin hverdag, men har også ting, han husker tydeligt, holder fast i, og som betyder meget for ham. Han fortæller detaljeret om sin barndom på et dreng hjem og om ungdommens formative oplevelser på anbringelsesinstitutioner og i småkriminelle miljøer. Han er tæt knyttet til sit barndoms- og ungdomslandskab i den københavnske bydel Vesterbro, og har en lejlighed her, som har været hjem og base for hele hans voksentilværelse. Indlæggelsen på hospitalet og de efterfølgende mange måneders ophold på aflastningsafdelingen har gjort, at han er fjernet fra dette helt afgørende sted. Han kommer ikke ud af afdelingen, da han sidder i kørestol og foretrækker at bruge det meste af dagen på værelset, men bekymrer sig meget for lejligheden, og de materielle genstande; antikvariske bøger og møbler, som er samlet gennem et helt liv. Bekymringerne sættes yderligere på spidsen, da han får besked om, at hans søster, der er stofbruger, er flyttet ind i lejligheden uden hans tilladelse, og at naboklager over støj, rod og uorden nu kan sætte hans lejekontrakt, og dermed hans bolig og de mange værdsatte

genstande, over styr. Denne situation fylder meget i hans tilværelse, og vi taler om den og de mulige udfald, når jeg besøger ham på værelset. "Ved du, om jeg stadig har min lejlighed?", spørger han, når vi ses. Og spørgsmålet stilles ligeledes flittigt til afdelingens personale.

Turner beskriver, hvordan den liminale person ikke bare er strukturelt og systemisk usynlig, som det er vist med afdelingens beboere ovenfor, men hvordan disse personer meget ofte også er helt eller delvist afskærmet og trukket tilbage fra de domæner, hvori givne samfunds kulturelt definerede og velordnede aktiviteter foregår (ibid. s. 98). I indfødte termer benævnes den liminale fase som et "seclusion site" – altså et fysisk sted, hvor tilbagetrækning fra det omgivende samfund sker, og hvor de i øvrigt virksomme samfundsnormer og -skikke er ugyldige, uvedkommende og sat i parentes (ibid.). Om neofytterne siges det ligeledes, at de er "et andet sted", hvilket både henviser til deres fysiske tilbagetrukkethed og deres metaforiske og mellemkategoriale ikke-tilstedeværelse i den oplevelsesverden, som i øvrigt kendetegner det samfund, de midlertidigt er trådt ud af imens overgangsriten gennemføres. Liminalitet er en "transitional-being" – altså en *væren-i-transition*, hvor det hele menneske er ekskluderet og afsondret fra det omkringværende samfund og under forandring.

Igen er der en række direkte paralleller at drage imellem den klassiske antropologis neofytter og beboere på aflastningsafdelingen, da beboerne også er trukket tilbage fra samfundslivet på alle måder. Mange er så ramte af aktuel sygdom, følger af behandling, eller af psykiske problematikker, at de ikke bevæger sig ud af afdelingen. Andre bruger husets lukkede atriumgård, eller opholder sig på den klinkebelagte rampe som leder fra gadeplan og op til husets indgang, når de skal ryge, trække frisk luft eller søger adspredelse og stimuli udefra. Men de færreste forlader husets matrikel for at opholde sig i byen og det omkringliggende landskab. I denne forstand er afdelingen på mange måder et "seclusion site", hvor beboerne er afgrænset fra det øvrige samfund. De er ikke gemt væk, eller lukket inde, men i praksis taget ud af samfundslivet. Den fagprofessionelle hjælp og bistand kommer til afdelingen, når besøgende fysioterapeuter, specialiserede sygeplejersker, sagsbehandlere og boligvisitatorer kommer på besøg. Og på samme måde fungerer det med den nære støtte, når familiære relationer og venner, som er yderst sparsomme for hovedparten af beboerne, besøger værelserne på 4. sal. Det betyder også, at de fleste beboere lever i et socialt vakuum i deres tid på afdelingen. De plejer

omgang med hinanden og med personalet på vellykkede og mindre vellykkede måder, men er i de fleste henseender afgrænset fra det omkringværende samfund.

Indretning, design, "sakra"

Et andet forhold på afdelingen, som understøtter ideen om at forstå aflastningsopholdet, som en overgangsfase bestemt ved liminalitet, melder sig, når der kastes et blik på de fysiske og sociomaterielle indretninger og rammer, som præger tilbuddet. Som beskrevet ovenfor, flytter beboerne ind uden at have nogle særlige ejendele med sig. En del kommer med det tøj de er iført ved indflytningen som deres eneste medbragte effekter, og låner herefter af de beklædningsgenstande, som på afdelingen er indsamlet til samme formål. Andre har nået at pakke enkelte nødvendige og personlige ejendele inden deres indlæggelse på hospitalet, som de bringer med sig videre til aflastningsafdelingen, og endnu andre får gradvist bragt egne ting til værelset af besøgende pårørende, eller får hjælp til at hente udvalgte ting i deres lejligheder af afdelingens personale. Fælles for beboerne er, at de flytter ind i et meget institutionspræget miljø, hvor hvert af de 16 værelser er møbleret efter samme spartanske og simple model. Alt afdelingens inventar understøtter 'fortællingen' om at opholdet er midlertidigt – noget som beboerne også bemærker og ytrer tilfredshed med i det foretagne feltarbejde. De værdsætter de design- og indretningsmæssige 'koder', som på nonverbal måde kommunikerer, at deres ophold er en overgangsfase. Som forskningen viser, har denne type indretning og materielt iscenesatte fortælling sin berettigelse, så længe den normerede tidsperiode for et tildelt aflastningsophold overholdes.¹⁸ Men samme indretningsprincipper har en direkte modsat effekt, når beboernes forløb trækker ud, og de derfor har måned- og årelange ophold i et miljø, der er tilegnet midlertidige overgangsperioder.

Turner peger på, hvordan liminale og undervejsværende neofytter er karakteriseret ved det forhold, at de ingenting har: "They have no status, property, insignia, secular clothing, rank, kinship position,

¹⁸ Se Rasmussen 2020 s. 31–35 for en uddybende beskrivelse.

nothing to demarcate them structurally from their fellows” (ibid. s. 98–99). I denne forstand er de nøgne, eller ’afpillede’, som det også er skrevet med henvisning til de i sundhedssystemet anvendte kategorier ovenfor. På afdelingen er samme nøgenhed ydermere understreget af det ’neutrale’, meget plejefunktionelle og konforme miljø, som indretningen, og dermed leverummet, er præget af. Beboerne har praktisk talt intet som er deres eget, men de bor i værelser, som er praktisk taget ens, hvilket fratager dem deres individualitet og bekræfter dem som dele af en ensartet gruppe. Udover de indretningsmæssige elementer er afdelingen bestemt ved en række andre socio-materielle effekter og logikker, der har samme ensartende funktion. Beboerne spiser på de samme tidspunkter af dagen og den mad og drikke som serveres på afdelingen er den samme for alle. Derudover må de dele den opmærksomhed, omsorg og tid, som de modtager af husets personale. Det betyder, at man på afdelingen dagligt kan høre udmeldinger i stil med; ”Jeg må komme tilbage til dig senere, Marianne. Jeg har også andre borgere som skal hjælpes.” I praksis betyder dette, at vigtige samtaler og interaktioner mellem personale og beboere afbrydes, da der ikke er tid til at prioritere de eksistentielt afgørende øjeblikke og behov, når de opstår. I denne forbindelse kan det undre, at der på en afdeling, hvor beboerne gennemgår voldsomme og altoverskyggende personlige livskriser, ikke er ansat personale med fagligheder af pædagogisk-psykologisk karakter, som er i stand til at håndtere beboernes behov for refleksion over egen situation, og som kan rekvirere yderligere hjælp udefra, skulle dette vise sig nødvendigt. Denne mangel bliver særligt tydelig, når beboerne end ikke oplever sig set og forstået i deres akutte behov for kortere samtaler, fordi personalet er presset på tid, og fordi deres primære arbejdsopgaver befinder sig på de sundheds- og sygeplejefaglige områder, som de formelt er uddannet til at varetage. Dette udtrykkes i nedenstående citat, som er fra et interview med en beboer.

”... der er da nogle af dem (de ansatte, red.), jeg førhen har snakket med, men de har ikke tid mere. De kan lige nå at sætte et glas mælk og så... ’ding’, så ringer klokken, eller der er en (anden beboer, eller en ansat, red.), der kalder på dem [...]. Det er ikke sådan, at de lige kan være herinde (på beboerens værelse, red.) i en 5–10 minutter og stå og

hyggesnakke. Det er der ikke tid til mere.” (Rasmussen 2020 s. 15)

I det hele taget er der mange dele af strukturen omkring beboerne, både på afdelingen og i det bredere behandlings- og sagssystem som de indgår i, der har af-individualiserende effekter.

De indretningsmæssige, materielle og sociomaterielle elementer bidrager alle til at ensliggøre og samle tilbuddets beboere, så de fremstår som dele af en ensartet gruppe. Turner skriver, at samme logik også gør sig gældende i kulturer, hvor overgangsriten mellem to tilstande foretages i enheder bestående af flere individer. ”Den liminale gruppe” implicerer et kammeratskab, hvori tidligere interne strukturer og hierarkiske positioner, som fx alder, rang og andre sociale særpræg transcenderes og bliver uvirksomme. Dette fremmer, en ’en for alle, alle for en’-ånd blandt neofytterne, som understreger den midlertidige annullering af deres individuelle meritter og kendetegn.

De neofytter som er beskrevet i antropologien, er passive overfor de ældre autoriteter, der også agerer som instruktører i og omkring deres transition. De er derfor også letbearbejdelige, udsat for voldsomme prøvelser og underkastet ovenfor beskrevne fælles uniforme og ikke-individuelle tilstand. Alt dette er tegn på en proces neofytterne gennemgår, hvor de bliver ”[...] ground down to be fashioned anew and endowed with additional powers to cope with their new stations in life.” (Turner 1967 s. 101). Præcis den samme proces kendetegner aflastningens beboere – de er *ground down* og brudt ned af lange sygdomsforløb, og på samme tid indskrevet i et system, hvor de er underlagt autoritative, vejvisende og vejledende enkeltpersoner og faggrupper, der vil forandre dem og intervenere i deres personlige liv med henblik på, at de igen kan mestre størst mulige dele af deres liv efterfølgende.

Turner beskriver desuden, hvordan såkaldte *sakra*, altså sakrale og hellige genstande eller handlinger, indtager en enormt vigtig plads i den liminale fase. *Sakra* kan have karakter af noget som udstilles eller fremvises (”what is shown”), af bestemte handlinger (”what is done”), eller af instruktioner (”what is said”) (ibid. s. 102). En påfaldende egenskab ved disse sakra er deres formelle enkelthed, og Turner skriver, at det netop er fortolkningen og den efterfølgende anvendelse af disse handlinger og genstande i det levede liv, som er kompleks. Ved at vende tilbage til både de materielle og sociomaterielle elementer

som er beskrevet ovenfor, dukker en række sakrale ting frem i afdelingens hverdag. For det første er indretningen sakral – den besidder forskellige kommunikative og material-pædagogiske dimensioner, som er beskrevet ovenfor. Sakra-ideen gør det dog muligt at tilføje endnu nogle vinkler på denne betragtning, da Turner fremhæver tre problematikker som denne kommunikation besidder. De vedrører henholdsvis disse elementers misforhold, monstrøsitet og deres mystik. Misforhold mellem de sakrale elementer og den verden uden for det liminale rum, som selvsamme elementer repræsenterer, kommer til udtryk i form af overdrivelser eller underdrivelser, der nærmer sig det karikatur-lignende (ibid. s. 103). Når praksisser, interventioner eller instruktioner over- eller underdrives, eller når de spindes ind i et net af fx ironi, sarkasme eller andre former for overdrivelse¹⁹ gøres de samtidig til objekter for eksplicit refleksion. På aflastningsafdelingen er hele det miljø, beboerne opholder sig i, i nærmest direkte kontrast til de leverum og kontekster, de kender og kommer fra. Der gøres på afdelingen meget ud af fysisk træning, fysioterapeutiske forløb og andre interventioner som skal hjælpe beboerne ”på benene” igen, men konkrete og konstante instruktioner, vejledninger og interventioner i beboernes måder at gebærde og opføre sig på, fylder også meget i hverdagen. Personalet har fokus på, at beboerne får gjort deres ”hverdagstræning” – at de får bevæget sig, får opøvet og genoptrænet alle de små dagligdags færdigheder, og at de generelt gør alt hvad de evner for at understøtte egen bedring og skabe forandringer i deres liv. På afdelingen kommer det til udtryk i tilskyndelser som fx ”Det kan du sagtens klare selv, Carsten. Du skal øve dig hele tiden, det skal du huske.” Denne type instruktioner er meget nærværende i afdelingens hverdag. Uden at tage stilling til denne tilskyndelsespraksis på normativ måde, altså uden at vurdere om den er henholdsvis god eller dårlig, kan det alligevel konstateres, at beboerne er underlagt en eksplicit og kontinuerlig opmærksomhed og instruktion, eller det som i mere kritiske termer kan kaldes en konstant *tvang til forandring*. Hvad der ser enkelt og sundhedsfremmende ud på overfladen, kan også forstås som kommunikeret sakra med komplekse implikationer.

På samme måde er det monstrøse og mystiske del af aflastningsopholdet fordi udvalgte elementer, der er taget ud af deres sædvanlige

¹⁹ Se fx brugen af personlige kælenavne og kærlige drille-praksisser som et udtryk for overdrivelse, Rasmussen, 2020 s. 46–52.

sammenhænge, herunder både mennesker, symboler og symbolske handlinger, tager sig monstrøse, fremmede og mystiske ud på afdelingen. Det gælder puslespillet der af personalet er placeret på den fælles gang med en opfordring til beboerne om, at stille sig hen til kommodemøblet og samle det, men også de mange andre velkendte og mindre velkendte effekter og symboler: hospitalssengene, metalboksen som beboerne kan låse deres ejendele ind i på deres værelser, pilleæskerne, det altid tændte fjernsyn og stolene omkring kaffebordet i fællesstuen og de øvrige genstande, som er sat frem for at skabe rar atmosfære på de fælles arealer. I sammenhængen fremstår de mystiske, fortegnede, karikatur-agtige og tenderende monstrøse.

Ifølge Turner bidrager disse sakrale elementer; det udstillede, handlingerne og instruktionerne, til det liminale rum på den måde, at de (op)skræmmer de undervejsværende passagerer, og derved forflytter og forstyrrer dem i deres proces. Forstyrrelserne bevirker, at de reflekterer nærmere over de objekter, personer, mellem menneskelige forhold og de særlige egenskaber ved deres miljø og tilværelse, som de indtil dette punkt har taget for givet (ibid. s. 105). Fordi "the transitional beings" under passagen er "et andet sted", trukket på afstand af det velkendte og hertil udsat for sakra-kommunikation, der forstyrrer og rykker dem rundt på grundlæggende måder, bliver de tvunget og opildnet til at reflektere nærmere over deres samfund, deres kosmos og de kræfter, som skaber og opretholder dem. I denne forstand er den liminale fase også en tilstand bestemt ved refleksion og læring, der peger ud på den anden side af overgangsriten. Turner skriver i denne sammenhæng, at neofytterne vender tilbage til de sekulære samfund med skærpede evner, og eventuelt også med større introspektiv viden og mere indsigt i bestemte sammenhænge (ibid.). For de udsatte beboere på aflastningsafdelingen er der også en brugbar og nødvendig læring forbundet med opholdet. De bliver klogere på dem selv i en ny personlig situation, de gennemgår en række voldsomme refleksioner og erkendelsesprocesser, som er fremkaldt af nye fysiske og psykiske vilkår, de træner og bliver mere selvhjulpne, og de lander før eller siden i mere permanente bosituationer, som de fagprofessionelle aktører hos Københavns Kommune vurderer passende.

Perspektivering og afrunding

I dette kapitel har jeg foretaget en ny analytisk læsning af et eksisterende empirisk materiale, der er produceret i forbindelse med et etnografisk feltarbejde på en aflastningsinstitution i København. Hensigten med kapitlet er at analysere og reflektere den udfordrende og på alle måder kritiske overgangsfase som beboerne befinder sig i, når de bor på en afdeling af denne type. Endvidere er målet at beskrive de mange personligt krævende processer, fordringer og krav, som beboerne er underlagt i deres forløb, og at anskueliggøre dele af hverdagen på afdelingen. Kapitlet er eksperimenterende på den måde, at det bygger på anvendelsen af et enkelt teoretisk og analytisk perspektiv, som består i en klassisk, og i antropologisk sammenhæng kanoniseret, tekst af antropologen Victor Turner. Teksten behandler karakteren af overgangsriter og en dertilhørende 'liminal fase', som er beskrevet i de småskala samfund, antropologien traditionelt har studeret og beskæftiget sig med. Motivationen for at vælge denne meget simple analytiske opsætning er, at den selektive læsning og anvendelse af Turners pointer kan bidrage med et nyt blik på en række helt centrale elementer i det sociale og omsorgsmæssige arbejde i dansk og skandinavisk kontekst. Dette ved at skabe analytisk distance til hverdagsfænomener, men også ved at fremhæve og 'eksotisere' udvalgte elementer i det sociale og omsorgsmæssige arbejde blandt udsatte mennesker, som sjældent er udtalte, eksplicitte, eller genstand for opmærksomhed.

Kapitlet viser, hvordan beboerne under deres aflastningsophold befinder sig i en grænseposition, hvor de på alle måder er imellem etablerede kategorier. Overgangsfasen implicerer en gennemgående og paradoksal ubestemmelighed, hvor de i forvejen syge og sårbare mennesker som bor på afdelingen, er adskilt fra alt det velkendte, vanemæssige og trygge i deres liv. Analysen viser, hvordan beboerne er *betwixt and between* i deres ophold, da de er usynlige og usynliggjorte på både strukturelle og fysiske niveauer. Og at de under opholdet befinder sig et radikalt "andet sted" fordi størstedelen på mange måder er afskærmet og afskåret fra det samfund, de bebor. Kapitlet peger ligeledes på, hvordan det fysiske og sociomaterielle miljø på aflastningsinstitutionen bidrager til oplevelsen af transition og 'imellemhed' for beboerne, da de lever og opholder sig i omgivelser,

der er indrettet til midlertidigt brug, selvom mange bliver på afdelingen over en længere periode. Afslutningsvist runder analysen også de pædagogiserende interventioner og sundhedsmotiverende handlinger, som tilsammen med indretning og design, kan forstås som "sakral kommunikation"; en række påvirkninger, der på overfladen ligner simple tilskyndelser til at arbejde for egen sundhed og bedring, men som også kan have andre og mere underliggende implikationer for beboernes forløb.

Kapitlet peger gennemgående på, hvordan der i det danske velfærdssamfunds behandlings- og omsorgsinstitutioner findes arbejdsgange, praksisser og logikker som bidrager til liminale processer og forløb blandt de mest udsatte mennesker.

Den overordnede ambition er således at skabe blik for den overgangsfase som sårbare og meget syge mennesker gennemgår i deres tid på aflastning, og herved reflektere over dette forhold i den konkrete institutionssammenhæng, og at rette fokus på samme fænomen i det danske sundheds-, omsorgs- og velfærdssystem mere generelt. Hertil er forhåbningen at kapitlets analyser kan bruges komparativt til at belyse forhold af lignende karakter på det sociale arbejdes område i dansk og skandinavisk sammenhæng.

Referenser

- Geertz, C. (1998). Deep hanging out. *The New York Review of Books*, 45(16), 69.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3 uppl.). London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. Oxon: Routledge.
- Rasmussen, J. D. (2017). *En upågtet verden af bevægelse: Et etnografisk studie af hverdagsliv blandt usædvanlige ældre mennesker i storbyen*. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.
- Rasmussen, J. D. (2018). Vejfarende etnografi: Om at træde ind i landskabet gennem længerevarende feltarbejde. I M. Hviid Jacobsen & H. L. Jensen (red.) *Etnografier*. Sociologi Nr 16. København: Hans Reitzels Forlag, 75–104.
- Rasmussen, J. D. (2019). *Ældre på samfundets underflade*. Frydenlund Academic. Ældre og Samfund.
- Rasmussen, J. D. (2020). *At bo dør om dør og med midlertidigheden som vilkår: Rapport fra et etnografisk feltarbejde på Arbejde Adlers Aflastningsafdeling*. København: Landsforeningen Arbejde Adler. <https://arbejdeadler.dk/hjem/publikationer/arbejde-adlers-aflastning/>
- Rasmussen, J. D. & Dannesboe, K. I. (2021). Pocket-ethnography and the study of in-between phenomena. I K. I. Dannesboe & J. D. Rasmussen (red.) *In-between: Exploring small cracks of everyday life*. Anthropological Studies, No. 7. Aarhus: Aarhus University Press, 9–23.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Turner, V. (1967). Betwixt and between: The liminal period in rites de passage. I *The forest of symbols*. New York: Cornell University Press, 93–111.

7. Ofrivillig ensamhet bland äldre sett ur ett verksamhetsperspektiv

YVONNE JOHANSSON

Inledning

Med stigande ålder ökar risken för ensamhet beroende på riskfaktorer som ohälsa, nedsatt funktionsförmåga och ett krympande socialt nätverk. Ensamhet behöver inte medföra några problem om den är frivillig, men kan orsaka både psykiskt och fysiskt lidande om den är ofrivillig. Den ofrivilliga ensamheten bland äldre har sedan länge betraktats som en utmaning, inte minst för de vårdgivare och anställda inom vård- och omsorgssektorn som har ett ansvar för och möter ensamma äldre.

Det här kapitlet utgår ifrån yrkesverksamma som innehar olika befattningar inom kommunal äldreomsorg, från chefer till administrativ personal och utförare närmast den äldre, och belyser deras perspektiv på frågor om äldres ensamhet. Kapitlets innehåll bygger på ett deltagarbaserat forskningsprojekt som bedrivits inom vård- och omsorgssektorn i Helsingborg, där intervjuer och dialogmöten utgjort en grund.

Hur ser yrkesverksamma på frågan om äldres ensamhet? Vilka åtgärder och lösningar för att motverka ofrivillig ensamhet lyfts fram? Vilka hinder presenteras? De yrkesverksammas resonemang är viktiga att belysa, inte minst när frågor om organisering och det konkreta arbetet med att motverka ofrivillig ensamhet ska diskuteras.

Ensamhet

Ensamhet är ett mångtydigt begrepp som kan beskrivas både i objektiva och subjektiva termer. Den objektiva ensamheten går att mäta i antal relationer och vilken typ av relation det rör sig om. Den subjektivt upplevda ensamheten behöver däremot inte ha med det faktiska antalet sociala relationer att göra. En del människor känner sig ensamma trots ett stort kontaktnät, medan andra inte upplever sig som ensamma trots att de har få sociala kontakter. Den självvalda ensamheten kan i stället för lidande skapa känslor av självständighet och möjligheter för egen utveckling (Dahlberg 2019).

Den subjektivt upplevda ensamheten kan delas in i tre kategorier: existentiell, social och emotionell ensamhet. Existentiell ensamhet innefattar tankar om livets mening och döden och handlar om en upplevelse av att ingen annan kan vara till stöd eller förstå våra innersta tankar och känslor. Vid social ensamhet saknas det band till vänner och bekanta att känna en gemenskap med. Den emotionella ensamheten kan upplevas när det saknas en kärlekspartner eller förtrogen att anförtro sig till på ett djupare plan (Brülde & Fors 2015).

Äldres ensamhet beskrivs ibland som en folksjukdom (Riksdagen 2020). Långvarig ofrivillig ensamhet kan leda till lågintensiv och kronisk stress som i sin tur kan orsaka högt blodtryck och inflammation i kroppen. Andra negativa konsekvenser är ökad risk för exempelvis stroke, hjärtinfarkt, demens, depression och andra former av psykisk ohälsa (Coyle & Dugan 2012; Dahlberg 2015). Därutöver finns ett socialt stigma relaterat till ensamhet, som bland annat kan resultera i att den det berör inte vill tala om sin ensamhet (Taube 2019).

Hur omfattande är då ensamheten? Dahlberg (2019) menar att den bild som forskning och media ofta förmedlar av gruppen äldre som särskilt ensamma inte är rättvisande. Dahlberg har i sin forskning funnit att ensamhet är relativt ovanlig i medelåldern och upp till cirka 75–80 års ålder, men vanligare bland yngre och de allra äldsta. Ensamheten är högre bland kvinnor eftersom de i genomsnitt lever längre än män och därmed löper högre risk att förlora sin partner. En annan vanlig föreställning är att svenskar är mer ensamma än människor i andra delar av världen. Flera studier har i stället visat att de skandinaviska länderna har lägst andel äldre som upplever sig ensamma i jämförelse med andra europeiska länder och andra kontinenter (Dahlberg 2019;

Andersson & Sundström 2019). Forskarna bakom dessa studier understryker dock att forskningsresultaten inte ska tolkas som att frågan om äldres ensamhet är oviktig. Hälsoriskerna och de sociala konsekvenserna, förenat med att den svenska befolkningen blir allt äldre och genom åldrandet löper ökad risk för ensamhet, talar för att ensamhetsfrågan bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Vad kan då göras för att minska de negativa effekterna av upplevd ensamhet? Flera studier visar att social gemenskap ökar välmåendet och minskar känslan av ensamhet (se exempelvis Routasalo, Tilvis, Kautiainen & Pitkala 2009). En förutsättning för att sociala insatser ska vara lyckosamma är dock att de äldre upplever dem som meningsfulla (Taube 2019). Det tycks också som att fysisk aktivitet har en positiv effekt på välbefinnandet och kan motverka känslan av ensamhet (se exempelvis Tse 2010).

Många svenska kommuner har uppmärksammat ensamhetsfrågan, och under senare tid har flera gjort kartläggningar och utarbetat åtgärdsförslag för att motverka äldres ensamhet. Exempelvis har Ekerö kommun bland annat föreslagit samtalscirklar med "varmprat" och teknikhjälp i hemmet för de äldre (Ekerö kommun 2021). I Stockholm bedrivs projektet "Tidig upptäckt av upplevd ensamhet" av Akademiskt primärvårdscentrum (APC) och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). Här samverkar APC och CES med vårdcentraler, kommuner och civilsamhället för att kunna förenkla tidig identifiering av ensamhet och hjälpa äldre att få ett rikare socialt liv. De som deltar i studien får fylla i ett bedömningsformulär och blir vid behov erbjudna ett bedömningssamtal på vårdcentralen. Därefter utarbetar den äldre tillsammans med en distriktssköterska en plan för sociala aktiviteter med utgångspunkt i den äldres egna intressen (Folkhälso-guiden Region Stockholm 2020).

Svenska pensionärsorganisationer är också engagerade i ensamhetsfrågor på olika sätt. Exempelvis har Sveriges Pensionärsförbund SPF ett vård- och omsorgspolitiskt program där de kräver att riksdagen och regeringen genomför en folkhälsoupplysning om ofrivillig ensamhet och psykisk hälsa hos äldre (SPF Seniorerna 2019).

I Helsingborg, där studien som ligger till grund för det här kapitlet genomfördes, har de förtroendevalda lyft upp ofrivillig ensamhet som ett fokusområde. År 2018 avsattes närmare en miljon kronor till bidrag till föreningar för att stimulera civilsamhället till innovativa aktiviteter och lösningar för att motverka ofrivillig ensamhet bland

äldre. Många av de bidragsansökningar som kom in handlade om samverkan, exempelvis med andra frivilligorganisationer, träffpunkter, hemvården, primärvården och stadens kontaktcenter (Helsingborg 2018).

Ett larm om ensamhet inom äldreomsorgen?

På nationell nivå utformar Socialstyrelsen sedan 1990-talet en rikstäckande enkätundersökning, som är avsedd att ge de äldre en röst i styrningen av äldreomsorgen och fungera som ett verktyg för kvalitetsarbete. Enkäten distribueras årligen till personer från 65 år och uppåt som antingen bor på ett särskilt boende för äldre eller hemma i ordinärt boende med stöd av hemtjänst. I enkäten får de äldre svara på vad de tycker om äldreomsorgen. Resultaten kan sedan jämföras både på riks-, region- och verksamhetsnivå (Socialstyrelsen 2022). Sammanställningar av de svar som rör frågan om ensamhet har visast sig ge återkommande negativa resultat. År 2020, samma år som data till den här studien samlades in, uppgav exempelvis 19 procent av de svarande på särskilda boenden att de ofta besvärades av ensamhet och 50 procent att de besvärades av ensamhet då och då. Inom ordinärt boende var motsvarande siffror 13 respektive 40 procent (Socialstyrelsen 2020). Värt att notera är att andelen ensamma är högre bland de som bor på särskilt boende än bland de som bor hemma.

Enkätundersökningen får ofta kritik för att ha låg validitet beroende på låg svarsfrekvens, och att det i många fall är anhöriga eller personal som fyller i enkäterna åt de äldre (Carlstedt 2021; Carlstedt & Jönson 2021). Men oaktat denna kritik används resultaten som ett mått på kvalitet inom äldreomsorgens verksamheter, och negativa resultat blir något som företrädare och utförare inom verksamheterna behöver förhålla sig till.

Till en mer övergripande bild av äldreomsorgen hör att den organisatoriska omvandlingen, som påbörjades under 1990-talet, medfört att de äldre blivit mer omsorgskrävande när de väl får äldreomsorg, liksom att de äldres sociala behov prioriterats ner. Traditionell socialt inriktad hemtjänst har alltså succesivt minskat till förmån för en mer medicinskt orienterad omsorg (Blomberg & Petersson 2003).

Hur resonerar då yrkesverksamma som arbetar inom äldreområdet om ensamhetsfrågan? Hur ser de som i sitt yrke har att identifiera de ensamma äldre och arbeta med stödjande insatser i praktiken på hinder, möjligheter och det sammanhang de verkar i? Det är viktigt att få kunskap om de yrkesverksammans perspektiv, inte minst eftersom det är i deras praktik det sociala stödet till äldre som bor på ett särskilt boende eller hemma med stöd av hemtjänst ska konkretiseras.

Metod och material

Till grund för det här kapitlet ligger data från ett forskningsprojekt om ofrivillig ensamhet bland äldre som genomförts inom Vård- och omsorgsförvaltningen i Helsingborg (Johansson 2021). Studien var kvalitativ till sin karaktär och utformades tillsammans med de yrkesverksamma som ingick i studien. Intentionen var att deras delaktighet i forskningsprocessens utformning och innehåll skulle öka förutsättningarna för vårt gemensamma lärande, men även för att bedriva utvecklingsarbete eller genomföra någon förändring i deras vardagspraktik (Svensson et al. 2009). Ett syfte med studien var att undersöka hur anställda inom olika verksamheter och på olika nivåer inom Vård- och omsorgsförvaltningen såg på ofrivillig ensamhet hos personer som har hemvårdsinsatser eller bor på särskilt boende. Hur såg deras beskrivningar av äldres ensamhet ut och hur resonerade de om åtgärder och hinder för att motverka ofrivillig ensamhet? Det hade varit intressant att utvidga studien till att också innefatta de äldres perspektiv och på så sätt få en mer mångfacetterad bild, men detta har inte låtit sig göras inom ramen för den här studien.

Totalt ingick åtta personer från fyra olika verksamhetsområden i studien (se tabell 1). Deras arbetsuppgifter skilde sig åt beroende på vilken verksamhet de representerade och på om de befann sig på beställar- eller utförarnivå, eller som utvecklarna arbetade på en mer övergripande administrativ nivå. I utvecklarnas arbetsuppgifter ingick bland annat kartläggning och omvärldsbevakning, arbete med digital inkludering samt utredning och etablering av nya mötesplatser. Urvalet av deltagarna till studien gjordes i syfte att få en bredd och

variation i materialet. En bredare bild av de yrkesverksammas perspektiv kan bidra till kunskapen om hur den komplexa frågan om ofrivillig ensamhet kan organiseras och hanteras.

Tabell 1. Yrkesgrupper, verksamhetsområden och antal deltagare

YRKESKATEGORI OCH VERKSAMHET	ANTAL DELTAGARE
Enhetschef vårdboende ²⁰	1
Enhetschef hemvård ²¹	1
Undersköterska vårdboende	1
Undersköterska hemvård	1
Utvecklare, förebyggande arbete	2
Biståndshandläggare, hemtagningsteamet	2
Totalt:	8

Forskningsprocessen pågick under ett års tid och innehöll två på varandra följande faser, där fas två byggde vidare på det som framkommit under fas ett. Under båda faserna erhöles data, antingen genom individuella muntliga intervjuer eller genom skriftliga svar på intervjufrågor, som sedan återkopplades under två gemensamma feedback- och dialogmöten. Under våra dialogmöten skrev deltagarna också ner sina reflektioner över vad de tog med sig i form av idéer och lärdomar. Feedback- och dialogmötena var främst avsedda att främja lärande och utveckling, men utgjorde samtidigt en del av datainsamlingen (se tabell 2).

Syftet med att återkoppla delresultat och diskutera tillsammans var att generera kunskap och nya idéer som skulle kunna minska ofrivillig ensamhet i praktiken (jfr Svensson et al. 2009). Möjligheterna till förändring begränsades dock av covid-19-pandemin som tog fart i ett tidigt skede av forskningsprocessen. Pandemin medförde att deltagarna i studien oförutsett fick nya och speciella utmaningar att hantera i sina praktiker.

²⁰ Vårdboende är detsamma som särskilt boende för äldre (SÄBO).

²¹ Hemvård är i detta sammanhang likvärdigt med hemtjänst och innefattar exempelvis stöd med personlig hygien och stöd till aktivitet av olika slag.

Tabell 2. Datainsamling och process

Fas 1
Muntliga intervjuer (individuella)
Feedback- och dialogmöte (samtliga)
Skriftliga reflektioner (individuella)
Fas 2
Skriftliga svar på intervjufrågor (individuella, baserat på processen under fas 1)
Feedback- och dialogmöte (samtliga)
Skriftliga reflektioner (individuella)

Allt material som samlats in lästes igenom och bearbetades efterhand som processen fortgick. Analysen var inriktad på att tolka och förstå innebörden av den data som erhållits och hitta mönster i förhållande till forskningsfrågorna.

De yrkesverksammas perspektiv

I det här avsnittet lyfts studiedeltagarnas perspektiv på äldres ensamhet fram. Först görs en presentation av hur de ser på *äldres ensamhet*. Därefter presenteras deras resonemang om *aktivering* av äldre, följt av ett avsnitt med fokus på äldres *sociala relationer*. De tre avsnitten inbegriper deltagarnas tankegångar om lösningar och hinder för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre.

Om äldres ensamhet

Flertalet av deltagarna i studien var av uppfattningen att ofrivillig ensamhet är ett omfattande och i många fall dolt problem, inte minst i socialt utsatta områden. De menade också att den ofrivilliga ensamheten är bekymmersam, inte minst eftersom den kan få konsekvenser för de äldre i form av ökad ångest, oro och annan sjuklighet, något som i sin förlängning leder till ett större behov av vård och omsorg. Så här uttryckte sig en av biståndshandläggarna om ensamhetens omfattning och konsekvenser:

Det är ett enormt bekymmer, det handlar om väldigt, väldigt många. Som jag ser det får ensamheten till slut fysiska konsekvenser. Om man får sitta en stund och prata brukar det ofta komma fram hos dem som inte är gifta eller har nära anhöriga. Jag tror att det finns ett stort mörkertal. (Biståndshandläggare)

Och med enhetschefen för vårdboendets ord:

Depression absolut, apati, och får vi detta kanske man tappar lusten att äta, och då kommer vi till undernäring. Och då är det risk för sår och risk för fall. Så det kan leda till ganska mycket. (Enhetschef, vårdboende)

Vidare sågs det som problematiskt att identifiera äldre som är ofrivilligt ensamma, dels för att det kan vara känsligt att ställa frågor om ensamhet, dels för att de äldre kan ha ett motstånd mot att berätta om sin ensamhet. Det tycktes dessutom ibland vara svårt att avgöra när det rör sig om ensamhet i objektiv bemärkelse eller om den äldres subjektiva upplevelse av ensamhet:

Om jag bara hade hittat sätt att identifiera de personer som mest behöver det, för jag är inte säker på att vi kan identifiera dem, alltså ordentligt. För jag kan vara en person när jag sitter i ett sällskap, men när brukarenkäten kommer och jag ska fylla i så känner jag mig jädrigt ensam, men jag berättar inte det för någon. Alla kommunala vårdboenden erbjuder aktiviteter varje dag, så skulle det bara vara det så skulle vi inte ha någon ensamhet. Men jag tror inte det är bara det, det är att identifiera, vilka individer är det som inte mår bra? Och vad kan vi göra för dem? (Enhetschef, vårdboende)

Av citatet ovan framgår att det är svårt att identifiera ofrivillig ensamhet, men också att hitta adekvata åtgärder. Undersköterskan på vårdboendet är inne på samma linje och ger samtidigt uttryck för hur svårt det är att ersätta det nätverk som den äldre förlorat:

Många i deras nätverk försvinner helt naturligt, sedan är det sorgliga, man har medboende, personal, folk runt omkring sig konstant, och det händer grejer, det är aktiviteter, och ändå känner man sig så ensam. Det är otäckt och svårt. (Undersköterska, vårdboende)

Vid flera tillfällen togs den negativa statistiken om äldres ensamhet från Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar upp. Det fanns en frustration bland deltagarna över att statistiken inte förändrats till det bättre trots olika ansträngningar:

Det är ett omfattande problem. Vi har pratat väldigt mycket om det eftersom vi har låga värden på brukarundersökningarna år från år. Jag brukar prata på ATP så att personalen vet vad vi kan erbjuda våra kunder. Men det är jättesvårt att hitta bra lösningar. (Enhetschef, hemvård)

Citatet ovan pekar alltså på att de återkommande negativa resultaten från brukarundersökningarna bekymrar studiedeltagarna, men också på att ensamhetsproblemet inte så enkelt kan lösas med det utbud av insatser som äldreomsorgen har att erbjuda. Här utöver framkom att de äldres ensamhet ofta oroar de anhöriga:

Anhöriga brukar vara lite oroliga, "kan ni inte göra något", men den enskilde är inte så pigg på det. Om man hade frågat dem hade de helst velat vrida tillbaka klockan och få tillbaka sitt gamla umgänge som de själva valt, inte bli tvingade till umgänge med okända människor som i en förskoleklass: "Det här kommer att bli så jätteroligt, du kommer att träffa så många trevliga personer" (Enhetschef, hemvård).

Resonemanget om de anhörigas oro leder vidare till att äldre inte uppskattar påtvingade relationer, det vill säga den sorts relationer som andra skapar åt dem.

Deltagarnas beskrivningar av ensamhet kan i stor utsträckning kopplas till kategorin social ensamhet, det vill säga till den typ av ensamhet som hänger ihop med en avsaknad av band till vänner och bekanta att känna gemenskap med. Den emotionella och existentiella ensamheten framträder också, men kom inte lika självklart på tal.

Om aktivering

En utbredd uppfattning bland deltagarna i studien var att den ofrivilliga ensamheten skulle kunna lindras om de äldre aktiverades mer. De menade att människor rent generellt mår bättre av att vara aktiva

och delaktiga, ställt i kontrast till en tillvaro i passivitet och isolering. Aktiveringsfrågan diskuterades under våra gemensamma dialogmöten och kom då i stor utsträckning att handla om hur deltagarna i studien skulle kunna förmå fler äldre från hemvården att ta sig till stadens träffpunkter. Träffpunkterna sågs som en bra och trevlig plats att vara på för personer som har hemvård, eftersom de äldre där ges möjlighet till social gemenskap och att delta i de aktiviteter de tycker är intressanta. Det stora dilemmat var dock att många äldre, trots de ansträngningar som gjordes, tackade nej:

Många tackar nej för de tycker att det är en konstlad situation. Att komma till ett ställe och umgås med helt främmande människor, de har kanske lite svårt för att ta de kontakterna och lära känna nya människor. (Biståndshandläggare)

I ovanstående citat uttrycks problematiken med konstlade situationer än en gång, men trots att det här kan vara ett problem för de äldre sågs frågan om aktivering som angelägen. För att motivera de äldre att ta sig till träffpunkterna var ett förslag att göra en VIP-inbjudan till personer som aldrig varit på en träffpunkt i syfte att kunna visa upp och berätta om verksamheten för dem. Ett annat önskemål var att kunna inrätta en lotsfunktion där personer som står långt från arbetsmarknaden fungerar som en brygga och hämtar upp och stöttar de äldre så att de i större utsträckning tar sig till träffpunkterna. Problemet med att förverkliga lotsförslaget var i första hand en finansieringsfråga.

Uppfattningen om att det saknades resurser återkom då och då under intervjuerna, och ansvaret lades därigenom på en politisk nivå. Om det hade funnits mer resurser hade exempelvis chefen inom hemvården gärna låtit undersköterskor arbeta mer målmedvetet med att motivera de äldre till aktiviteter:

Det är mycket byråkrati, och i slutänden handlar det bara om en sak, det är pengarna. Ingen gör det här gratis. Hade vi haft resurserna hade jag kunnat avvara två undersköterskor varje dag och låta dem gå runt och motivera folk. Jobba mer aktivt mot detta, då hade vi kanske kunnat förändra. (Enhetschef, hemvård)

Andra åtgärdsförslag som lyftes fram hade mer tekniska förtecken. Ett handlade om att utveckla digitala mötesplatser, ett annat om att

erbjuda äldre i ordinärt boende IT-stöd med hjälp av sommarjobbade ungdomar. En del av teknikerarbetet hade redan påbörjats. Exempelvis hade idén med IT-stöd provats på träffpunkter i Helsingborg och blivit väldigt uppskattad av de äldre. Ytterligare ett förslag handlade om att profilera dagverksamheterna mer. Genom att ha fokus på målning, natur, spel eller något annat skulle fler äldre kunna attraheras. Någon gick ett steg längre och menade att det inte enbart handlar om vad verksamheterna kan erbjuda, utan att det också borde ställas högre krav på de äldre att engagera sig och aktivt bidra med sådant de klarar av:

Vi måste få de äldre att engagera sig. Vi ska inte dadda runt med någon, utan i stället: "Vad kan du? Men då kan du bidra, hålla en cirkel i blomsterbindning" och så vidare. Ställa mer krav. Jag tror många mår bra av att bidra med vad man kan, det kan handla om att hålla upp kaffe vid sitt bord. (Enhetschef, hemvård)

Citatet ovan kan sägas spegla deltagarnas uppfattning om att ett aktivt åldrande är att föredra framför ett passivt i frågan om ensamhet.

Om sociala relationer

Ett annat framträdande spår i diskussionerna om hur ofrivillig ensamhet skulle kunna motverkas handlade om betydelsen av sociala relationer. Som framgått ovan sågs aktivering som viktigt, men det framhölls också att de som deltar i aktiviteter tillsammans med andra likväl kan uppleva sig ensamma. Så här uttryckte sig undersköterskan på vårdboendet om detta dilemma:

Bingo och så vidare är bra för de som gillar det, men rent själsligt behöver man connecta med någon annan, och att man inte bara lämnas åt sina medboenden. Det är det här goda samtalet, det mänskliga, värmen och att någon faktiskt känner en. (Undersköterska, vårdboende)

Fler av studiedeltagarna kom in på vikten av goda samtal. Exempelvis önskade enhetschefen från hemvården att det var möjligt att handplocka personal som har engagemang, erfarenhet och kompetens att hålla samtal med de äldre:

Det är två saker man skulle kunna göra. Det ena är att man skjuter till mer resurser, det andra är att man använder erfarenheten och kunskapen från dem som arbetat länge. Man behöver handplocka personer som brinner för frågan, som vill jobba med detta och har tid till det. (Enhetschef, hemvård)

Undersköterskan från hemvården skulle gärna se att det fanns en möjlighet att göra avsteg från regelverk om sekretess och integritet i de fall det finns goda sociala bevekelsegrunder. På så sätt skulle det vara möjligt att hjälpa de äldre att bekanta sig med andra personer som har hemvårdsinsatser och bor i närheten, det vill säga att stötta de äldre att knyta nya sociala kontakter som de själva senare skulle kunna upprätthålla på egen hand. Det här förslaget innebär att äldre skulle få hjälp med att ersätta förluster av tidigare relationer.

Som tidigare framgått lyftes resursfrågan upp då och då som ett hinder för att arbeta mer fördjupat med de sociala aspekterna av ensamhetsfrågan. Brist på tid och ekonomiska resurser gjorde det svårt att bygga upp goda, tillitsfulla relationer och därigenom kunna möta de äldre med kontinuitet och kvalitet. Den här svårigheten var ett av skälen till att flera ansåg att det borde satsas mer på frivillig verksamhet och rekrytering av volontärer som kan samtala med de äldre. Ett annat skäl till att fler volontärer förespråkades grundades på antagandet att en relation till en volontär förmodligen upplevs som mer genuin i jämförelse med relationer till anställda inom hemvården, som inte är där frivilligt utan för att de får betalt för det:

Jag tror att man skulle satsa hårdare på den frivilliga verksamheten. Du får din promenad från hemvården, men du vet att det inte är på riktigt. Du vet att folk får betalt, att de måste, de tittar på klockan. Ibland kan det driva på ångesten ännu mer. Om du vet att det finns folk som vill göra detta och som brinner för det så ökar det din trivsel. (Enhetschef, hemvård)

Återigen lyfts alltså problemet med tillskapade relationer upp. Om det nu är så att äldre upplever relationer till anställda som konstlade, kan hemvårdens insatser för att tillgodose deras sociala behov sägas fungera otillfredsställande. Men ett hinder med förslaget om att satsa mer på volontärer var att de är svåra att rekrytera. Det framkom också att de volontärer som finns oftast inte behåller sina uppdrag så länge, vilket påverkar kontinuiteten negativt. Ett annat problem som lyftes

fram var att de äldre ibland har för högt ställda förväntningar på volontären. En volontär får inte göra insatser som kommunerna är skyldiga att tillhandahålla, vilket kan leda till gränsdragningsproblem och missförstånd:

Vi jobbar med att rekrytera volontärer med hjälp av volontärcenter så att de kan göra hembesök hos de äldre ensamma som inte kan ta sig ut. Men det finns inte tillräckligt många volontärer, plus att förväntningarna från senioren ofta är högre på vad volontären ska göra än vad volontären får göra. De ska ju inte ersätta något arbete, det är ju social samvaro. Vi måste titta på hur vi kan förtydliga så att man har rätt förväntningar som senior när volontären kommer. (Utvecklare, enheten för förebyggande arbete)

För att konkretisera kan de för högt ställda förväntningarna handla om att de äldre ber volontären om hjälp med att exempelvis städa eller tvätta, något som bådadera hör till hemvårdens ansvarsområde. Ett önskemål som dök upp mot slutet av vår gemensamma process, som också hade som syfte att minska social isolering, var att kunna erbjuda de äldre som bor i ordinärt boende hjälp med sina husdjur när de inte klarar av att ta hand om dem själva:

Många äldre har djur som också bryter en isolering, och när de blir så dåliga att de själva har svårt att ta hand om dem så får de oftast inte behålla dem. Alla har inte ekonomiska resurser att betala för att någon går ut med ens hund när personalen inte hjälper till och rastar eller rensar en kattlåda eller vad det kan vara. Det tänker jag, det har man glömt lite. (Utvecklare, enheten för förebyggande arbete)

Det finns studier som visar på att husdjur kan ha en positiv inverkan på välbefinnandet och minska känslan av ensamhet (Beetz et al. 2012). Livskvaliteten kan med andra ord komma att försämrats för personer som inte längre kan behålla sina husdjur. Men ett av problemen med förslaget att erbjuda äldre hjälp med sina husdjur hänger ihop med de anställdas arbetsmiljö. Ur arbetsmiljösynpunkt är det problematiskt för anställda med allergi, hundrädsla och liknande att ta hand om husdjur i tjänsten. Ett annat problem handlar om var gränsen för en skäligen levnadsnivå för de äldre bör gå. En av utvecklarna på

enheten för förebyggande arbete menade att Vård- och omsorgs-
valtningens riktlinjer slår fast att hemvården inte ansvarar för skötsel
av husdjur.

Avslutningsvis blev det tydligt att det kan vara svårt att avgöra var
gränsen mellan frivillig och ofrivillig ensamhet går och hur oklarheter
över det här bäst hanteras. När är det lämpligt att försöka lirka och
övertala de äldre och när är det dags att respektera önskemål om att
inte delta i sociala sammanhang? Följande citat får exemplifiera hur
den här balansgången ibland hanteras:

Vi tvingar aldrig någon, men vi kan försöka lirka lite och avleda:
"Ta kappan med dig så ska jag visa en sak." Man bjuder in på ett
annat vis ... Och det behöver inte vara tillsammans med andra,
det kanske bara är kontaktpersonen och den äldre. Att man bara
kan komma ut och gå ner till havet och tillbaka igen. (Enhets-
chef, vårdboende)

Att lirka blir här ett försök att få den äldres acceptans och tillfälligt
kunna bryta det som uppfattas som ofrivillig ensamhet.

Diskussion

Syftet med det här kapitlet har varit att belysa hur yrkesverksamma
inom Vård- och omsorgs-
valtningen i Helsingborg ser på frågan om
äldres ensamhet, hur de resonerar om åtgärder för att motverka ofri-
villig ensamhet och vilka hinder de beskriver. De resultat som redovisats
speglar de lokala förhållanden som deltagarna i studien be-
funnit sig i och kan därför inte generaliseras, men det finns ändå anled-
ning att reflektera över de mönster som framträtt.

Som framgått såg deltagarna i studien på ofrivillig ensamhet som ett
omfattande och många gånger dolt problem som kunde få både fysiska
och psykiska konsekvenser. De menade också att det ibland kunde
vara svårt att identifiera vilka personer som faktiskt var ofrivilligt
ensamma.

Flera av de åtgärdsförslag som lyftes upp handlade om att erbjuda
de äldre aktiviteter av olika slag. Precis som nämnts går den här typen
av förslag väl ihop med teorier som visar på att människan i grunden
är aktiv och mår bra av fysisk och psykisk aktivitet (Menec 2003).

Deltagarnas fokus på aktivering ligger också i linje med skildringar i svensk dagspress där ett aktivt och framgångsrikt åldrande brukar framställas som ett ideal (Ågren 2018). Dessutom finns officiella Europa-policydokument som satt upp det hälsosamma åldrandet (*healthy aging*) som mål, där beskrivningar om hur åldrandet ska vara utgår från idéer om ett aktivt åldrande (*active ageing*) (WHO 2002). Föreställningar om ett aktivt åldrande har med andra ord fått stor spridning och kan tänkas ha påverkat orienteringen inom Vård- och omsorgsförvaltningen och därmed också deltagarnas perspektiv. Exempelvis skulle citatet som säger att det borde ställas högre krav på de äldre att aktivt bidra med sådant de klarar av kunna kopplas ihop med det aktiva åldrandet som ideal.

En annan utgångspunkt, som inte blev så framträdande i den här studien, hade varit att på ett mer påtagligt sätt hörsamma viljeyttringar från äldre som inte vill delta socialt. Ett sådant förhållningssätt hade kunnat förknippas med tilltro och det som teorin om gerotranscendens beskriver som en naturlig process: att äldre efter hand minskar sitt engagemang och drar sig tillbaka (Tornstam 2018). Att äldre blir mer selektiva när det gäller aktiviteter och sociala relationer kan enligt den här teorin handla om en naturlig perspektivförskjutning där gamla värden följs av nya. De ideal vi hade om aktivitet tidigare i livet behöver inte med nödvändighet gälla när vi blir äldre. Om deltagarna i studien hade lyft fram ett sådant perspektiv, skulle det exempelvis kunna leda till diskussioner om i vilken utsträckning det är motiverat att lirka med personer som säger att de inte vill delta socialt.

Iscensatt samvaro

Många förslag handlade om att erbjuda de äldre social samvaro på olika sätt, exempelvis genom att handplocka personal på vårdboenden som har engagemang och kompetens att samtala med de äldre. Andra förslag var inriktade på att på olika sätt uppmuntra äldre med hemvårdsinsatser att ta sig till stadens träffpunkter. Men som nämnts, var ett av hindren att det finns många äldre som inte vill ta sig till träffpunkterna eller delta i de aktiviteter som ordnas.

Ett intressant mönster som framträdde i studien rör studiedeltagarnas förklaring till äldres ovilja att delta i sociala arrangemang. De

menade att de äldres ovilja kunde bero på att de upplever den sociala samvaron som oäkta när de vet att det är någon som får betalt som kommer för att umgås med dem. En erfarenhet de hade var alltså att det är svårt att iscensätta gemenskap, det vill säga att ersätta tidigare förlorade relationer på konstlad väg. Dessa beskrivningar stämmer väl överens med Taubes (2019) resonemang om att sociala relationer måste upplevas som ömsesidiga och meningsfulla för att de ska vara till hjälp.

För att de äldre ska uppleva relationen som mindre konstlad, menade flera av dem att det sociala stödet i stället borde komma från frivilligsektorn (som inte är avlönad). De olika argumenten för att det å ena sidan borde satsas mer resurser på de anställda och å andra sidan på frivilligsektorn kan tyckas motsägelsefulla om de ställs mot varandra, men pekar på hur mångfacetterad frågan om ofrivillig ensamhet är. Är det möjligt att tillgodose äldres sociala behov inom Vård- och omsorgsförvaltningens organisatoriska ramar, och i så fall hur?

Studiens resultat indikerar att ensamhetsfrågan inte enbart handlar om brist på ekonomiska resurser, utan också om att det är svårt rent faktiskt att i rollen som yrkesverksam erbjuda adekvata lösningar på problemen med ensamhet. Vissa behov som äldre har, som exempelvis rör matinköp eller förflyttning, kan förhållandevis enkelt tillgodoses med hjälp av de insatser som kommunen har att erbjuda, men ensamhetsfrågan tycks vara svårare att hantera inom befintliga ramar. Frågan om hur den sociala, emotionella eller existentiella ensamheten ska kunna motverkas kan därför inte sägas ha fått några självklara svar.

Ovanstående resonemang väcker frågor av ideologisk natur om var gränserna mellan samhällets, frivilligverksamheternas och individens ansvar går och bör gå. Finns det en gräns för när kommunens ansvar för sociala behov tar slut? En omständighet i Helsingborg, som möjligen kan inverka på äldres förväntningar, är att volontärverksamheten där är integrerad med den kommunala verksamheten på så sätt att volontärsamordnarna är anställda av kommunen. Volontärer som exempelvis fikar tillsammans med en äldre får sin fika betald. Eventuellt kan denna organiseringsprincip få till följd att de äldre ställer högre krav på volontärerna. Det här sättet att organisera på kan innebära att den äldre upplever relationen till en volontär som mindre genuin än vad som antogs i ett av citaten, vilket leder tillbaka till problematiken med iscensatta relationer.

Ytterligare ett förslag som dök upp var att låta äldre behålla sina husdjur som sällskap även när de var oförmögna att sköta om dem själva. Förslaget om husdjur kan kopplas till teorier som säger att äldre har behov av kontinuitet i sin livsstil under ett livslopp för att må bra (Atchley 1989). Åldrandet förstås då som en process där både tidigare livserfarenheter och strukturella förhållanden har betydelse. I praktiken kan det här innebära att den som varit aktiv i sitt tidigare liv får förutsättningar att fortsätta vara det, medan den som levt i stillhet tillåts fortsätta med det. Även om förslaget med husdjur inte var möjligt att förverkliga, kan det ses som ett exempel på ett kontinuitets-tänkande, i betydelsen att den som haft husdjur tidigare bör få fortsätta att ha det.

I exemplet med husdjur ovan var det i första hand Vård- och omsorgsförvaltningens riktlinjer som utgjorde ett hinder. En annan omständighet, som aldrig kom på tal men som kan tänkas försvåra förutsättningarna att skapa kontinuitet i de äldres livsstil, hänger samman med de organisatoriska förändringar som äldreomsorgen genomgått. Det faktum att de äldre blivit mer omsorgskrävande när det väl är aktuellt med omsorg, och att äldreomsorgen över tid blivit mer medicinskt orienterad, har medfört att äldres sociala behov prioriterats ner (Blomberg & Petersson 2003). Så även om strukturomvandlingarna aldrig berördes, kan de tänkas ha komplicerat möjligheterna att arbeta kontinuitetsinriktat och eventuellt med äldres ensamhet och sociala behov mer generellt.

Socialstyrelsens besvärade undersökning

Ett framträdande mönster i studien var att deltagarna upplevde de återkommande negativa resultaten om äldres ensamhet från Socialstyrelsens brukarundersökningar som en belastning. Att statistiken inte förändrats till det bättre trots att det gjorts ansträngningar var något som bekymrade dem. Och även om det aldrig uttalades, kan det antas att den mediala uppmärksamhet som statistiken brukar få var en bidragande orsak till deras frustration. År 2020 framgick det exempelvis i ett pressmeddelande från Helsingborgs stad att alla verksamheter måste analysera resultaten från brukarenkäten och ta fram åtgärdsplaner (Helsingborg 2020). Resultaten från brukarundersökningarna är med andra ord något som verksamheterna *måste* förhålla

sig till. Lite tillspetsat skulle det därför kunna sägas att den ensamhet som deltagarna diskuterar och är bekymrade över är den som manifesteras i statistiken från brukarundersökningarna.

Men att helt förlita sig på resultaten från brukarundersökningarna kan vara problematiskt. Som framgått har brukarundersökningarna fått en hel del kritik, bland annat för att de har låg svarsfrekvens, och för att det är en relativt liten andel av de äldre som själva fyller i enkäten (Carlstedt 2021; Carlstedt & Jönson 2021). Den årliga statistik som redovisas kan alltså vara missvisande. En annan svårighet är att Socialstyrelsen har operationaliserat den komplexa frågan om ensamhet till en enda fråga: "Händer det att du besväras av ensamhet?" Statistiken från undersökningarna säger därmed ingenting om huruvida de äldre besväras av existentiell, social eller emotionell ensamhet. Det går heller inte att utläsa varför ensamheten är högre bland dem som bor på särskilt boende än dem som bor hemma.

För att göra det lättare för kommunerna att använda statistiken till verksamhetsutveckling, skulle Socialstyrelsen kunna bryta ner sin fråga om ensamhet så att den också ringar in vilken typ av ensamhet det rör sig om. Det skulle eventuellt också underlätta om de som kryssar i att de besväras av ensamhet svarar på i vilka situationer de känner sig ensamma och om de tror att ensamheten skulle kunna åtgärdas med aktiviteter, social samvaro eller på något annat sätt. Att bättre förstå resultaten på gruppnivå skulle kunna underlätta ett fortsatt arbete på individnivå.

Med detta sagt bör forskarsamhället också ställa motsvarande och fördjupande frågor till de äldre. I den här studien har fokus legat på de yrkesverksamma, men det skulle vara önskvärt med kompletterande studier som belyser de äldres perspektiv på ofrivillig ensamhet, inte minst för att ge verksamheterna bättre inblick i de äldres tankegångar och därmed kunskap och ytterligare vägledning i hur det sociala stödet till de äldre kan organiseras och konkretiseras.

Referenser

- Andersson, L. & Sundström, G. (2019). En återkommande diskussion. I: *Äldre i centrum: Aktuell forskning om äldre & åldrande*. Tema: Ensamhet. Nr 4. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190.
- Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H. & Kotrschal, K (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 3, 1–15.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234>
- Blomberg, S. & Petersson, J. (2003). Offentlig äldreomsorg som del i ett socialt medborgarskap. *Socialvetenskaplig tidskrift*, (4).
- Brülde, B. & Fors, F. (2015). Den svenska ensamheten: Om hur olika former av ensamhet påverkar vårt välbefinnande. I A. Bergström, B. Johansson, H. Oscarsson & M. Oskarson (red.) *Fragment: SOM-undersökningen 2014*. SOM-rapport nr 63. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet.
- Carlstedt, E. (2021). Ratings, rankings and managing numbers: Professionals' perspectives on user surveys in Swedish nursing home care. *Social Policy Administration*, 55(7), 1356–1369.
<https://doi.org/10.1111/spol.12730>
- Carlstedt, E. & Jönson, H. (2021). Amazing numbers and bottom rankings: The reporting of nursing home resident user surveys in the press. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 1–14.
[doi:10.1108/IJSSP-07-2020-0266](https://doi.org/10.1108/IJSSP-07-2020-0266)
- Coyle, C. E. & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346–1363. doi: 10.1177/0898264312460275. Epub 23 september 2012.
- Dahlberg, L. (2015). Ensamhet. *Medicinsk Vetenskap*, (1).
- Dahlberg, L. (2019). Forskningsperspektiv på europeisk ensamhet. I *Äldre i centrum: Aktuell forskning om äldre & åldrande*. Tema: Ensamhet. Nr 4. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

- Ekerö kommun (2021). *PM: Åtgärder för att minska ofrivillig ensamhet i Ekerö kommun*. <https://medborgare.ekero.se/welcome-sv/namnder-styrelser/socialnamndens-arbetsutskott/mote-2021-04-14/agenda/pm-atgarder-for-att-minska-ofrivillig-ensamhet-bland-aldre-i-ekero-kommunpdf?downloadMode=open>. 28 januari 2022.
- Folkhälsoguiden Region Stockholm (2020). *Nytt projekt ska minska ensamhet bland äldre*. <https://www.folkhalsoguiden.se/nyheter/nytt-projekt-ska-minska-ensamhet-bland-aldre/>. 28 januari 2022.
- Folkhälsomyndigheten (2021). *Ensamhet och hälsa under covid-19-pandemin hos personer över 70 år: En kartläggande litteraturoversikt*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/ensamhet-och-halsa-under-covid-19-pandemin-hos-personer-over-70-ar-/?pub=95734>. 25 februari 2022.
- Helsingborg (2018). *Klart vem som får bidrag för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre*. Pressmeddelande. <https://www.mynewsdesk.com/se/helsingborg/pressreleases/klart-vem-som-faar-bidrag-foer-att-motverka-ofrivillig-ensamhet-bland-aeldre-2544209>. 10 oktober 2020.
- Helsingborg (2020). *Så tycker Helsingborgs äldre om äldreomsorgen 2020*. <https://www.mynewsdesk.com/se/helsingborg/pressreleases/saa-tycker-helsingborgs-aeldre-om-aeldreomsorgen-2020-3037239>. 12 oktober 2020.
- Johansson, Y. (2021). *Om ofrivillig ensamhet bland äldre. Intervjuer och dialog med yrkesverksamma inom Vård- och omsorgsförvaltningen i Helsingborg*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 74–82. doi: 10.1093/geronb/58.2.s74
- Riksdagen (2020). *Carlsson och Monica Haider*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/ensamheten-bland-aldre-ar-en-folksjukdom_H8022437. 28 januari 2022.
- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H. & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 297–305. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x. Epub 2008 Dec 2. 25 februari 2022.
- Socialstyrelsen (2020). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020?* Stockholm: Socialstyrelsen.

- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6901.pdf>. 26 augusti 2022.
- Socialstyrelsen (2022). *Öppna jämförelser: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Stockholm: Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-aldreomsorgen/> 26 augusti 2022.
- SPF Seniorerna (2019). *Vård- och omsorgspolitiskt program*.
<https://www.spfseniorerna.se/globalassets/forbund/sa-tycker-vi/seniorpolitiskt-program/vard--och-omsorgspolitiskt-program-191204.pdf>. 21 februari 2022.
- Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. & Sjöberg, K. (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Taube, E. (2019). Ensam eller själv. I *Äldre i centrum: Aktuell forskning om äldre & åldrande*. Tema: Ensamhet. Nr 4. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Tornstam, L. (2018). *Åldrandets socialpsykologi*. (9 uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Tse, M. M. Y. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 949-958. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x
- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.8.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 12 augusti 2022.
- Ågren, A. (2018). *Loneliness among older people in the Swedish media: Constructions, discourses and designation of responsibility*. Licentiatavhandling. Linköping: Linköpings universitet.

8. Levnadsberättelser i demensomsorgen

GLENN MÖLLERGREN

Inledning

Hur kan en människas identitet vidmakthållas och återupprättas när åldrande och sjukdom undergräver den? Och hur ska omgivningen agera när en äldre person som lever med demens plötsligt lägger sig till med nya vanor? Åldrandet inbegriper en rad förändringar vid vilka den egna identiteten kan hamna i kris eller gå förlorad (se exempelvis Kuypers & Bengtson 1973). Det här kapitlet handlar om identitetsvårnande i demensomsorgen – ett arbete som ofta utgår från ett specifikt omsorgsverktyg, så kallade *levnadsberättelser*. Dessa berättelser upprättas ofta med hjälp av mallar, och utformningen av dem skiljer sig mellan olika omsorgsgivare. Bakom de slutsatser som återfinns i kapitlet ligger en studie av sådana mallar och en intervjuundersökning med personal på demensboenden. Resultatet av studien visar att levnadsberättelser är ett viktigt inslag i omsorgen, men att frågorna i levnadsberättelsemallarna ser väldigt olika ut från kommun till kommun och att det finns skilda uppfattningar om vad som utgör en persons identitet som ligger till grund för arbetet med levnadsberättelser. Vissa omsorgsgivare utgår i hög grad från en *essentialistisk* identitetssyn, medan andra i första hand ser *konstruktionistiskt* på vad identitet är.

I det första avsnittet av det här kapitlet ska begreppet identitet belysas ur olika perspektiv som kan vara relevanta för en person som utvecklar demens. Därefter beskrivs hur utvecklandet av demens innebär en särskild utmaning för den enskilde och för den som ger omsorg. I återstoden av texten beskrivs den studie av levnadsberättelser och resultatet därav, som i sin tur utgör underlag för slutsatserna i det avslutande stycket.

Identitet

Många av oss har förmodligen en uppfattning om vad det vardagligt använda begreppet identitet inbegriper. Men för att diskutera de hot mot en människas identitet som ett åldrande med demenssjukdom kan föra med sig, och hur omsorgen om äldre personer försöker bemöta dessa hot, behöver vad som i den här texten avses med ordet identitet åskådliggöras. Den beskrivning som ska användas i det följande tar avstamp i vad Nils Hammarén och Thomas Johansson skriver i boken *Identitet* (2009). Författarna resonerar där utifrån flera perspektiv, varav vissa har relevans för identitetsförlust i samband med åldrande och demens. De beskrivs här kortfattat och kopplas till hur begreppet identitet används i resten av kapitlet.

Inom psykologin, skriver Hammarén och Johansson, finns en uppfattning om identiteten som något förutbestämt, nästan biologiskt, som liksom väntar på att framträda och som under ett framgångsrikt livsförlopp uppnås eller erövrar. Denna uppfattning, den *essentialistiska* förståelsen av begreppet identitet, kan verka normativ – den föreskriver att individen följer en viss väg i livet och så småningom kommer fram till sitt egentliga, sanna jag. I motsats till detta synsätt står den *konstruktionistiska* modellen, som i stället betonar det processuella och sociala i en människas identitetsskapande. Det är något som sker i samspel med omvärlden och som ständigt utvecklas, det finns inte någon "egentlig" identitet, någon "kärna" längst in, som individen bör söka nå fram till. Båda förklaringsmodellerna har styrkor och svagheter, och i det här kapitlet tas inte ställning till vilket synsätt som är mest rätt. Men som vi ska se i resultatdelen återfinns båda två som utgångspunkt för äldreomsorgens levnadsberättelser i de svenska kommunerna.

Hammarén och Johansson undersöker hur begreppet identitet efterhand uppstår som ett studieobjekt för samhällsforskningen ur Ervin Goffmans resonemang om roller och för därmed in ett socialt perspektiv. Goffmans rollbegrepp kan, skriver författarna, liknas vid ett manuskript som individen följer: för en domare, en hemmafru eller en kriminell person finns tydliga samhälleliga uppfattningar om vad rollen "kräver" för att framstå som trovärdig. Modellen har fått stort genomslag, men också kritik för att inte lämna utrymme för de alltmer komplexa och diffusa levnadsmonster det moderna samhället medför.

Hammarén och Johansson går därför vidare till Peter Bergers utveckling av begreppet identitet (ibid. s. 29). Men utifrån de specifika utmaningar som socialt arbete med äldre personer innebär, kan det vara värt att reflektera över att de människor som i dag lever med demens kan ha växt upp i ett samhälle som i vissa avseenden kännetecknades just av tydligare roller, gränser och kategorier än vad vi kanske ser i dag. För en person som under ett långt liv kopplat sin identitet till exempelvis en yrkestillhörighet, kan det tänkas vara viktigt att omges av personer som förstår och respekterar denna aspekt av identiteten. Den här frågan har, när det gäller socialt arbete med äldre, diskuterats i relation till möjligheten att bejaka sådant som livsstil och etnisk tillhörighet på äldreboenden med särskilda profiler (Jönson, Harnett & Nilsson 2018). Bergers identitetsbegrepp fokuserar, skriver Hammarén och Johansson (2009), på det dynamiska i hur en människa samspelar med omvärlden i ett fortlöpande arbete med den egna identiteten. Här är det alltså den sociala kontexten som anses utgöra kärnan i identitetsbegreppet.

Ett tredje perspektiv på identitet som kan ses som betydelsefullt i socialt arbete med personer som lever med demens – också sprunget ur det konstruktionistiska synsättet – gäller just kultur och livsstil. Här handlar begreppet om hur en människa markerar sin identitet genom val av exempelvis kläder, kultur eller politisk hemvist. Hammarén och Johansson (ibid.) kopplar resonemanget till Pierre Bourdieus begrepp *kulturellt kapital* och visar hur en person genom sina levnadsvanor kan uttrycka en identitet som skiljer sig från den roll samma person kanske hade funnit sig tilldelad enbart utifrån yrkes- eller klasstillhörighet. En så vardaglig handling som att köpa en flaska vin blir då ett uttryck för kulturell identitet, där en person med högt "kulturkapital" kanske köper ett "finare" vin än en med lägre kulturellt kapital (ibid. s. 35), även om högt kulturkapital inte nödvändigtvis innebär hög inkomst eller förmögenhet. På det här viset blir en persons vanor och preferenser en tydlig del av hens identitet; vardagskonsumtionen blir aldrig "oskyldig" utan är kopplad till hur personen vill framställa sig inför andra (ibid. s. 35). Ett exempel på hur denna aspekt av identitet blir betydelsefull inom omsorgen om personer som lever med demens ges av Harnett och Jönson (2010), som återger hur en anhörig beskriver hur hennes make i egenskap av en "intellektuell" person (ibid. s. 641) inte skulle kunna ha något intresse av att spela bingo på äldreboendet. I ett annat exempel berättas hur en person som alltid

klätt sig i kostym inte anses kunna trivas i mjukisbyxor, även om det egentligen skulle vara ett bekvämare plagg i hemmiljö (ibid. s. 638). Här är det fråga om hur anhöriga tolkar identiteten hos personer som lever med demens. Hur dessa personer själva ser på bingospel och mjukisbyxor vet vi inte, men den kultur och livsstilsorienterade betydelsen av identitetsbegreppet visar sig ha satt avtryck på omsorgen om personer med demens.

Hammarén och Johansson för slutligen ett mer omfattande resonemang om hur identitet kan kopplas till bland annat kön, sexualitet och etnicitet. I denna intersektionella analys diskuteras emellertid inte hur ålder och åldrande inverkar på identiteten. Att en människas identitet kan ses utifrån hur kategorier som kön, sexualitet och etnicitet – och rimligen även klass, även om det inte nämns explicit – påverkar oss är likväl en insikt som öppnar för frågor om hur äldreomsorgen arbetar för att värna identiteten hos en person som lever med demens. Wellin och Jaffe (2004) diskuterar identiteten i ljuset av åldrande och beroende av omsorg och kopplar begreppet personcentrerad omvårdnad till "identitetsomvårdnad", *identity care* (ibid. s. 291). Författarna för här samman de olika aspekterna av identitet och menar att god omsorg om en persons identitet förutsätter såväl kunskaper om personens livshistoria som om hens vanor och preferenser i nuet. I det följande ska identitetsbegreppet förstås utifrån vad som här har redovisats: att en människas identitet antingen kan ses som något essentiellt, som ett sant inre som uppnås under levnadsbanan, eller som något socialt, som upprättas och återupprättas i samspel med omgivningen. Identiteten kan också ses som en manifestation av kulturell och social tillhörighet liksom av erfarenheter av att ingå i strukturer definierade av klass, kön, etnicitet, sexualitet och så vidare. I de svenska kommunernas arbete med levnadsberättelser i demensomsorgen finns avspeglningar av alla dessa synsätt.

Identitetsförlust och levnadsberättelser

Risken att drabbas av en demenssjukdom stiger kraftigt med antalet levnadsår. För människor över 65 år fördubblas risken för varje femårsperiod (Taraldsen, Helbostad & Saltvedt 2016) och bland personer över 95 år beräknas varannan leva med demens (Karlsson & Skoog

2013). Risken förstärks om personen har upplevt förluster av anhöriga och vänner, vilket också följer med högre ålder. Den som utvecklar en demenssjukdom har dessutom förmodligen redan påverkats av att lämna yrkes- och samhällsliv och kanske hunnit med att flytta från den egna bostaden till ett äldreboende. Den som lever med demens kommer också gradvis att tappa kognitiva förmågor, minne, inlärningsförmåga, språk och andra intellektuella färdigheter. Men känslan av jaget, upplevelsen av att vara "sig själv", kan finnas kvar långt in i sjukdomen. Insikten om att hjärnan håller på att brytas ned innebär för många personer ett hårt slag mot förmågan att vidmakthålla sin identitet. Vem är jag när jag inte längre själv vet vem jag är? Hur ska jag kunna få möjlighet att känna glädje och trygghet och slippa lidande och skräck när jag inte längre kan uttrycka mig verbalt – och kanske inte ens kan förmedla min vilja på ett för omgivningen begripligt sätt? För den som utvecklar demens kan det vara extra svårt att få gehör för vanor, preferenser och förhållningssätt, men också för hur dessa kanske förändras, och därmed blir det ännu tydligare att den egna identiteten har svårt att få ta plats. "Många av identitetens källor förstörs av demensen", beskriver Kitwood (1997 s. 20).

Sedan årtionden finns en uppfattning inom delar av såväl praktiken som forskningen om att omsorgen ska vara personcentrerad. Ett avgörande bidrag till grunden för detta lades i mitten av 1990-talet av just Tom Kitwood, inte minst i ovan refererade arbete, där han föreslår ett skifte från ett strikt medicinskt omvårdnadsperspektiv till ett socialt, inriktat på interaktion med den demenssjuke. Det fortsätter att vara viktigt att behandla den som lever med demens som en fullvärdig individ och bekräfta hans identitet.²² Däri spelar kunskap om personens livshistoria en framträdande roll:

I demensen kan den del av identiteten som baserar sig på ens livshistoria till slut tyna bort [...], och när den gör det, blir biografisk kunskap om personen avgörande om identiteten ska kunna upprätthållas. (ibid. s. 56)

Genom att upprätta ett sammanhang där emotioner, relationer och identitet kopplad till livshistoria kan få ett socialt stöd, kan man inte

²² Kitwood använder begreppet *personhood*.

bara mildra demensens effekter, utan till och med möjliggöra personlig utveckling och förbättrad livskvalitet, menar Kitwood och hänvisar till demenssjuka personer han följt en längre tid (1995). Vid mitten av 1990-talet var detta utmanande tankegångar, men i dag ses personcentrerad omsorg i Kitwoods mening som "synonymt med omsorg av bästa kvalitet" (Baillie & Thomas 2020). Ett centralt verktyg i sådan omsorg är levnadsberättelsen. Socialstyrelsen har en målsättning om att användningen av levnadsberättelser ska bli närapå heltäckande och har i sina nationella riktlinjer fastslagit att "[...] andelen personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande" ska vara 98 procent av samtliga som vårdas med demens (2020 s. 34). Till hjälp för den som vårdas med demens använder av allt att döma flertalet omsorgsgivare redan i dag verktyget levnadsberättelser, men användningen varierar kraftigt mellan olika omsorgsgivare.

I befintlig forskning om levnadsberättelser i omsorgen om personer som lever med demens kan fyra olika typer av positiva effekter konstateras. En positiv effekt, som beskrivs i forskningen, är möjligheten att stödja den demensdrabbades försvar av den egna identiteten genom själva upprättandet av levnadsberättelsen – en aktivitet som då pågår under en längre tid och där omsorgsgivaren uppmuntrar omsorgstagaren att fortlöpande komma tillbaka till, och utveckla, berättelsen (Kaiser 2016). Denna typ av användning har i studier befunnits ge positiv psykosocial påverkan (Subramaniam, Woods & Whitaker 2013). En annan gynnsam effekt anses vara att omsorgstagaren blir en mer fullvärdig person inför omsorgsgivaren, genom att denne får kunskap om den demensdrabbades historia och karaktär. Detta anses minska risken för vanvård och omsorgsbrist (Gaughan 2016). De två synsätten på levnadsberättelser är emellertid, som kommer att framgå av resultatredovisningen, mindre framträdande i det undersökta materialet. En syn som manifesteras oftare och som ska diskuteras mer i det följande betonar möjligheten att genom kunskap om personens livshistoria hantera ångest och förvirring genom att anpassa bemötandet till vad den demensdrabbade bär med sig i form av trauman och viktiga livshändelser. Dessutom ska man kunna arbeta aktiverande genom att prata om sådant som personen känner till väl, vilket ofta ligger långt bak i tiden (Edvardsson 2007). En fjärde användning handlar om det vardagliga samspelet mellan den demensdrabbade

och omsorgsgivaren. Ju längre framskriden demensen är, desto viktigare blir det för personalen att ha kunskap om individens vanor och preferenser, och levnadsberättelsen förstås då som ett dokument där denna typ av information finns nedtecknad. Där läggs alltså ingen vikt vid processen att upprätta berättelsen, utan fokus ligger på att pragmatiskt använda det färdiga dokumentet i en personcentrerad omsorg (Berendonk & Caine 2019). Den positiva effekten av arbetet med levnadsberättelser kan sägas ligga i linje med uppfattningen att identitet utvecklas i samspel med omvärlden och kommer till uttryck i val av kulturella markörer och livsstil, snarare än en mer essentialistisk syn där det är individens "egentliga jag" som framhävs och som ligger närmare den tredje kategori av motiv som nämndes ovan. Det här resonemanget förs vidare i den avslutande delen av kapitlet, men åtskillnaden kan vara bra att hålla i tankarna i läsningen av resultatredovisningen, eftersom spännvidden mellan essentialistisk och konstruktivistisk identitetssyn hela tiden avspeglas i levnadsberättelsemallarna. Men först några ord om hur studien kommit till.

Metod

Det forskningsprojekt som kapitlet bygger på består av två delar: en textgranskning av de mallar som används för att upprätta levnadsberättelser åt personer som lever med demens och en intervjustudie med personal på demensboenden.²³ Utifrån vad som framkommit i granskningen av levnadsberättelsemallar kan majoriteten av landets kommuner och omsorgsgivare förmodas använda detta verktyg redan i dag, då de finns i bruk hos samtliga tillfrågade omsorgsgivare utom en.

Utgångspunkten för granskningen är således att flertalet kommuner och enskilda demensboenden redan använder levnadsberättelser i sin omsorg, och att dessa berättelser upprättas utifrån lokalt etablerade mallar, så kallade *levnadsberättelsemallar*. Syftet med studien har varit att undersöka mallarna utifrån en rad aspekter. Eftersom antalet

²³ Studien har finansierats av Ribbingska Minnesfonden och utfördes under sommaren 2021. Projektledare är Tove Harnett som också deltagit i datainsamling och analysarbete.

enskilda omsorgsgivare i Sverige är stort, beslöts ett antal om 30 kommuner, två privata vinstdrivande koncerner, och en demensorganisation. Kommunerna valdes ut utifrån kommuntyp, vilket innebär att kommuner av alla slag representeras.²⁴ I varje kommuntypgrupp gjordes ett randomiserat urval, så att det totala antalet till slut uppgick till 30 kommuner, motsvarande drygt var tionde kommun i landet. Alla tillfrågades om huruvida det fanns levnadsberättelsemallar, vilka alltså används hos samtliga utom en. Två kommuner har inte svarat. En kommun använder demensorganisationens mall, vilket, tillsammans med de två privata koncernerna, innebär att det totala antalet granskade mallar blir 31. Inga systematiska skillnader har observerats mellan olika kommuner utifrån storlek, geografisk belägenhet eller liknande, så vad som redovisas i resultatdelen bör i allmänhet kunna gälla för landet som helhet. Ursprungligen fanns en föreställning om att mallarna kunde se olika ut hos olika omsorgsgivare utifrån hur de var tänkta att användas, men under genomläsningen tonade fler oväntade skillnader fram som då fick konstituera nya rubriker och analytiska teman. Nya genomläsningar utifrån de relevanta skillnader som hade upptäckts gjordes, och efter tre granskningar av de 31 olika mallarna hade ett schema som visade förekomsten av olikheter under de olika rubrikerna växt fram.

I den andra delstudien intervjuades personalgrupper på fem demensboenden genom semistrukturerade fokusgruppsintervjuer.²⁵ Frågorna gällde hur personalen använder levnadsberättelser i den dagliga omsorgen, levnadsberättelsens betydelse för personcentrerad omvårdnad, i arbetet med att bibehålla omsorgstagarnas identitet, och möjligheten att hantera ångest och annat psykiskt lidande som har en grund i negativa livshändelser. Intervjuerna transkriberades ordagrant och har därefter analyserats för att identifiera återkommande resonemang kring de frågor som användningen av levnadsberättelser ställer. I följande avsnitt ska några av de undersökta aspekterna diskuteras och tonvikten ligger då först på de skillnader i levnadsberättelsemallarna som säger något om hur personer med demensrelaterat psykiskt lidande kan påverkas av utformningen av levnadsberättelsen

²⁴ Enligt SKL:s indelning, se vidare <https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>

²⁵ Intervjuerna genomfördes av mig själv och av Tove Harnett.

och därefter på hur personalen hanterar de utmaningar som skillnaderna medför.

Resultat

Levnadsberättelsen tar vanligen formen av ett dokument där information om omsorgstagarens liv finns nedtecknad. För att hjälpa omsorgstagare att upprätta en levnadsberättelse använder omsorgsgivare levnadsberättelsemallar. Mallarna finns alltså hos alla de utvalda organisationerna utom en, och samtliga av de 31 undersökta mallarna existerar i elektronisk form, i flertalet fall uppenbart avsedda att skrivas ut och fyllas i för hand. Det empiriska materialet för denna del av undersökningen, textgranskningen, består av dessa 31 levnadsberättelsemallar i elektronisk upplaga. En sammanställning av mallar återfinns i tabell 1, sist i kapitlet.

Levnadsberättelsen upprättas, enligt personal som intervjuades i fokusgrupper i den andra delen av undersökningen, ofta i samband med att en person som har diagnostiserats med demens ska beredas plats på särskilt boende, eller börja få omfattande stödinsatser av hemtjänsten i det egna hemmet. Beroende på den enskildes förmåga att fylla i mallen, skrivs sedan berättelsen av den enskilde själv, anhöriga eller av omsorgspersonal, eller en kombination av dem.

I utskrivna form, i den version som når omsorgstagarna, varierar levnadsberättelsemallarna kraftigt i utformning och omfattning. Den kortaste består av 8 frågor och den längsta 148 frågor, och volymen varierar mellan 3 och 30 sidor. I de flesta fall finns en framsida, ofta med en bild som visar en naturskön plats, blommor eller moln på en himmel, ibland i fyrfärgstryck, ibland i svartvitt. 22 av mallarna inleds med en presentation där syftet med levnadsberättelsen kommuniceras. Budskapen skiljer sig även i denna del åt. En del omsorgsgivare betonar att berättelsen är till nytta för omsorgsgivaren, medan andra förmedlar en bild av att den i första hand är till för omsorgstagaren själv. Några kommuner beskriver dokumentet som ett "verktyg" och att det är till både för den enskilde och för omsorgspersonalen. Så här formulerar en av kommunerna sig:

Genom att läsa en persons levnadshistoria kan vi personal lära känna personen bättre, då den ger oss möjlighet att få ta del av hennes/hans liv. Vi får ökad kunskap om intressen som varit och kanske fortfarande finns, vilka arbeten hon/han har utfört, personliga egenskaper och vanor. Sorger och glädjeämnen är viktiga att känna till likväl som personens familjesituation. Vårt mål är att våra boende ska känna sig trygga i det vardagliga livet och få en guldkant på tillvaron. Levnadsberättelsen blir då ett viktigt redskap i mötet med våra boende.

Andra kommuner skriver att "vardagarna (blir) trivsammare och helgerna festligare", levnadsberättelsen bidrar till "så god livskvalité som möjligt" eller till "bättre vardagskultur", eller att klienten "kan vilja summera livet". I dessa presentationer beskrivs ibland också ett slags ägarskap över levnadsberättelsen där det klargörs vems den anses vara. I elva mallar sägs den enskilde vara ägare till dokumentet, i fem av dem framställs däremot förvaltningen som ägare. I hälften av mallarna saknas beskrivning. Dessa skilda uppfattningar om ägarskap reflekteras också i tilltalet i presentationstexterna och frågorna. Här är två exempel från de inledande sidorna i två kommuners mallar, som signalerar olika saker (min kursivering):

Mall, kommun M: Mallen introduceras med orden "Det här är *min* levnadsberättelse med en presentation av *mig* och de viktiga händelser och minnen *jag*vill dela med *mig*av"; de följande frågorna lyder "*Min* barndom, *mina* föräldrar och *min* skolgång".

Mall, kommun N: Mallen introduceras med orden "Levnadsberättelsen är utarbetad för att personalen behöver känna till *den* *enskildes* bakgrund"; de följande frågorna lyder "Levnadsöden hos modern/fadern som känns viktiga att minnas och som betytt mycket för *hans/hennes* uppväxt".

Samma variation återfinns generellt i tilltalet i mallfrågorna: i 13 mallar används huvudsakligen "jag"-form i frågorna, i 10 är det "du"- eller "ni"-tilltal. I de återstående formuleras frågorna genom att använda "han/hon/hen" eller i passiv form: "Musik som har uppskattats", "Dryck som föredras". Många av mallarna blandar emellertid tilltal från alla fyra varianterna.

Frågorna i de mallar som har undersökts är av varierande art och kan i olika utsträckning kopplas främst till de två senare av de fyra nyttoaspekterna och till de olika förståelser för identitetsbegreppet som beskrivits ovan. I en kommuns mall är frågorna helt och hållet inriktade på vanor och preferenser i nutid, vilket kan kopplas till den processuella, sociala och kulturorienterade förståelsen för identitet, alltså den konstruktionistiska uppfattningen. I en annan kommun fokuserar frågorna helt på omsorgstagarens livshistoria och personlighet, en mer essentialistiskt grundad syn. Övriga undersökta levnadsberättelsemallar finns mellan dessa två ytterligheter, med en tonvikt på inriktning mot livshistoria. Vanliga frågor i mallar med fokus på vanor och preferenser i nutid:

Vem utför din pedikyr/manikyr?
Vilket rakvatten använder du?
Använder du eltandborste?
Har du socker och/eller mjölk/grädde i kaffet?
Beskriv din personliga stil.²⁶

Syftet med att samla in denna information presenteras som att kunna ge en så personlig omsorg som möjligt, även till den som inte längre kan berätta om sina behov. På så sätt anses en aspekt av identiteten kunna upprätthållas även när demensen fortskrider: en person med svår demens har därmed möjlighet att bibehålla sin identitet vad gäller vardagliga vanor och preferenser.

Men andra levnadsberättelsemallar, i den andra av de kategorier som förekommer i de undersökta kommunerna, är alltså inriktade på individens livshistoria. Frågorna ser ofta ut så här:

Hurdan var atmosfären i ditt barndomshem?
Hur var din mamma och pappa?
Berätta om några viktiga livshändelser.

²⁶ Citaten i detta och kommande avsnitt är huvudsakligen omskrivna för att stå i samma person. Mallarna innehåller i originalutförande såväl jag- som du- och han/hon/hen-form, vilket skulle verka förvirrande i en uppräknings av detta slag.

Viktiga händelser under mitt vuxenliv som du ofta pratar om.
Viktiga händelser och roliga minnen från barndomen.
Vilket yrke hade du?

Genom att den här typen av kunskap kommer till personalens känedom, kan omvårdnaden anpassas till omsorgstagarens livshistoria. Den kan ge inspiration till pratstunder om det förflutna, vilket kan upplevas lugnande (Edvardsson 2007) och hjälpa den som lever med demens att minnas sitt liv, vilket kan stärka känslan av identitet (Clarke 2003). Den kan också ge vägledning och förklaring i stunder av otrygghet, ångest och lidande (Goyal, Engedal & Eriksen 2019), till exempel kopplat till traumatiska händelser tidigare i livet (Gridley, Birks & Parker 2020). Detta ska belysas mer i nästa avsnitt.

Frågor som handlar om positiva och trevliga eller emotionellt mer neutrala livserfarenheter är mycket vanliga i samtliga undersökta kommuner²⁷:

Minnen från barndomen som ofta återkommer
(arbetsuppgifter i hemmet etc.).
Vänner/arbetskamrater som varit/är viktiga.
Något som du ofta minns och pratar om när det gäller
barndom och uppväxttid.
Detta ger dig glädje.
Personliga tillhörigheter som är värdefulla för dig (t.ex.
diplom, fotoalbum, tavlor).

I levnadsberättelserna saknas däremot ofta kopplingar till negativa livserfarenheter. Av de 31 undersökta mallarna finns det i hälften av fallen inga frågor alls som refererar till negativa emotioner, sorg, trauman och liknande och bara i 5 av dem finns det mer än en sådan fråga. Detta medför en risk, eftersom just den typ av information som skulle kunna spela en viktig roll i omvårdnad av en person som påverkas av ångest och oro då kan komma att missas. Det kan särskilt gälla just de saker som har varit svåra i livet och kanske också är svåra att berätta för andra om och därmed mindre sannolikt kommer fram på annat sätt (Gridley, Birks & Parker 2020). Hos de omsorgsgivare där mallarna innehåller minst en fråga inriktad på någon typ av

²⁷ Förutom i de kommuner som inte alls eller i liten utsträckning frågar om livserfarenheter överhuvudtaget.

psykiskt relaterade problem, är det vanligen en summarisk formulering som erbjuder det enda stället i mallen för att berätta om negativa livserfarenheter. I dessa fall lyder frågorna exempelvis:

Situationer eller saker som framkallar rädsla hos dig (åska, mörker, tandläkare etc.).
Minnen av glädje och sorg, ev. rädslor.
Saker du är/har varit orolig, rädd, bekymrad för.
Känd smärta både förr och nu, fysisk och psykisk.
Viktiga händelser i ditt liv – glädje, sorg.

I en enda av de undersökta mallarna återfinns begreppet "trauma". Det vanligaste ordet, i de mallar som efterfrågar negativa psykiska erfarenheter och känslor, är "sorg", och då står begreppet ofta tillsammans med motsatsen "glädje". Det innebär att personen som fyller i levnadsberättelsen kan välja mellan att berätta om minnen av antingen glädje eller av sorg. Den samlade bilden visar att det finns ganska lite som talar för att svåra livserfarenheter kommer att finnas med i levnadsberättelsen. Detta påtalas också som ett problem av personalen, vilket belyses längre fram i kapitlet. Det kan vara värt att reflektera över vad det är för människa som återskapas av dessa mallar. Ett sådant resonemang förs i det avslutande avsnittet. Slutligen kan nämnas hur många mallar av en typ som också kan kopplas till en essentialistisk syn på identitet. Här är personligheten i fokus, och frågorna kan se ut på följande vis:

Personlighet (pratsam, blyg, sällskapsmänniska, ekonomisk etc.).
Utmärkande personlighetsdrag, ex. glad, tungsint, social, blyg, velat vara själv, ekonomisk, generös, ordningsam.
Sovvanor samt kvälls- och/eller morgonpigg/-trött.
Typiska personlighetsdrag hos dig ("kort stubin", tålmodig, gladlynt, positiv, nedstämd, försiktig, noggrann, skojfrisk etc.).

Levnadsberättelsemallar ur ett intersektionellt perspektiv

Ur det fjärde perspektivet på identitet, som inledningsvis refererades, spelar människors erfarenhet av att tillhöra kategorier avgränsade av kön, klass, sexualitet, etnicitet och så vidare en viktig roll. I vilken

utsträckning tar omsorgsgivarnas levnadsberättelsemallar hänsyn till sådana erfarenheter? Sammanfattningsvis pekar den här studien på att intersektionellt definierad identitet inte uppmärksammas särskilt mycket i mallarna. Endast en fråga i en enda mall nämner exempelvis sexualitet, och ingen av mallarna ställer frågor om könstillhörighet, eller ger möjlighet att beskriva mer än en partner. De innehåller en mängd markörer för en svensk kontext, där uppräknings av möjliga intressen och hobbyer utgår från vad som är vanligt i Sverige och möjliga val av dryck ofta inkluderar alkohol, som ju är en mycket vanligare substans i Sverige än i många av de länder som människor som har invandrat har sina rötter i. En kommun frågar om den enskilde brukar ta en "sängfösare" eller tycker om "eftermiddagsfika". Hälften av mallarna frågar inte vilket språk personen i första hand talar, men eftersom de är formulerade på svenska kan det anses taget för givet att detta är det förväntade.

Levnadsberättelsen som verktyg i omsorgen

Inom ramen för den undersökning som här refereras, har också demensomsorgspersonal intervjuats, i syfte att få reda på mer om hur levnadsberättelserna används i den dagliga omsorgen. Här ska två aspekter av levnadsberättelsen som verktyg belysas.

Omsorg utifrån kunskap om svåra livshändelser

Möjligheten att utifrån kunskap om svåra händelser som omsorgstagaren har varit med om i livet anpassa omsorgen så att oro och ångest kan dämpas nämns av alla fokusgrupper som intervjuats i studien. Ofta finns inte denna information nedskrivna i levnadsberättelsen, men personalen kan märka att det är "något" som gör omsorgstagaren upprörd eller ångestfull. Genom att lyssna efter ord som återkommer, fråga anhöriga och försöka få en bild av vad det är för negativ livserfarenhet som manifesterar sig när demensen fortskrider, kan ibland värdefull kunskap samlas in som kan göra det lättare att trösta och lugna, när traumatiska händelser från tidigt i livet återkommer och skapar lidande i nuet:

(USK2²⁸) Vi brukar ju ha möten med anhöriga och sen, vi brukar ju fråga, eller, om det finns, om vi märker nåt som är, konstigheter med boende, vi brukar ju fråga, kontakta anhöriga, fråga dom; fanns det nånting, du känner, som hände förut? Varför, hon är påverkad med den här situationen eller nånting?

(I) Och hur brukar anhöriga reagera då?

(USK2) Alltså, ibland dom, dom vill inte dela, vad heter den, situationen som, ja, men vi, vi brukar, vad heter det, vi brukar förklara till dom att vi behöver den för att kunna hantera deras oro ...

(USK1) ... den boendes oro. Hur ska vi handleda den? Hur ska vi ...

(USK2) Om dom har lämnat till oss, till exempel, om dom har lämnat, vad heter, dom situationerna²⁹, så det var skrivet här. Det är vi och dom som vi vet, men ibland dom vill inte, vad heter det, säga allt.

En sådan situation drabbade en omsorgstagare som upplevde oro över att ha manlig personal. Efter en tid förstod personalen att oron grundade sig i en traumatisk händelse från tidigare i livet:

Alltså, det fanns ju några boenden som har fastnat när dom är barn, dom händelser som hände när dom var barn. Så det hjälper oss att förstå den personen, varför han gör såhär? Varför han reagerar såhär? Om det händer nånting [...] om hon är rädd med killarna, varför är hon rädd med killarna? Varför vill hon inte ha killar som hjälper henne? Vad hände när, när, ja ...
(Undersköterska)

Men den typ av frågor som handlar om identitetskris, traumatiserande händelser och annan erfarenhet av psykiskt lidande saknas alltså ofta i levnadsberättelsemallen. Och även där de är med finns det, enligt omsorgspersonalen, risk att de inte blir besvarade. Ofta är anhöriga

²⁸ Undersköterska 2. I står för intervjuare. Samma förkortningar används i kommande citat.

²⁹ Lämnat till anhöriga.

närvarande när levnadsberättelsen upprättas, och de kanske inte känner till traumatiska livshändelser – eller så vågar de inte berätta om dem av omsorg om den demenssjuke. Det här kan också gälla aspekter av livet som förknippas med skuld och skam eller som av andra skäl känns svåra att berätta om, som exempelvis normbrytande sexualitet:

Det kanske är jättelätt att fylla i en eller tala om, om vi säger att: ja, hon var gift med pappa och dom gifte sig si och så och dom fick tre barn, men har man levt i en relation där man kanske var två kvinnor som har levt ihop eller två män³⁰, det är inte lika naturligt och självklart att man ... för dom kanske inte har vuxit upp med att det har varit okej. Man kanske, det kan stå ibland att det är nån syster som man har levt ihop med och så vet man att så, det kan vara såna grejor som gör också att man inte vill berätta. Ja, och även barnen då också kanske. (Undersköterska)

Att berätta om att en nära anhörig i sitt liv har varit utsatt för exempelvis övergrepp eller svår misshandel kan också vara förknippat med skam och obehag. Resultatet blir emellertid att ett tillfälle att fånga upp väsentliga aspekter i hur en persons identitet har formats går förlorat, och i det dokument som därefter kommer att ligga till grund för den personanpassade omvårdnaden – levnadsberättelsen – kommer dessa delar att saknas:

(USK1) Jag tycker om, om det hänt nåt särskilt med dom eller nåt trauma eller... nåt, då är det bra att veta ... så det är bättre om dom skriver in ...

(USK2) Så man kan hjälpa dom med det.

(USK1) ... om patienten eller personen blir orolig, så vi vet ... alltså, faktiskt, för det är ganska viktigt för oss att veta ... för att, hur vi ska förhålla oss till den brukaren. Och hantera den brukaren, liksom.

(USK2) För dom kan ju bli jättearga och slåss och då vet vi; aha, det kan bero på det.

³⁰ Just sexualitet nämns bara i en fråga i en enda av de granskade mallarna; se avsnittet om intersektionalitet.

(USK1) Vi har haft, vi har en brukare, faktiskt ...

(USK2) Vi har nu en alkoholdement och vi vet inte exakt vad som hänt, vad är bakgrunden?

(I) En person med alkoholdemens?

(USK1) Men vi vet inte exakt vad har som hänt, hon blir ... ibland slår hon, och är arg och skriker, men vi vet inte exakt vad som har hänt, hennes man eller före detta man vill inte berätta.

(USK2) Vi har lämnat levnadsberättelse³¹, men han har inte lämnat så mycket. Han har inte skrivit så mycket, så ... vad gillar hon och inte gillar ...

(USK1) Vi har svårt med den personen, faktiskt, att hantera ...

För att summera detta avsnitt: trots att demensomsorg kräver att personalen har kunskap om hur traumatiska livshändelser har påverkat omsorgstagarens livshistoria kännetecknas upprättandet av levnadsberättelser ofta av att sådana händelser inte synliggörs. Det är likväl tydligt att generell kunskap om omsorgstagarens livshistoria erbjuder möjlighet att ge en bättre omvårdnad, där identitetskänslan kan förstärkas genom att personalen för in samtalsämnen från levnadsberättelsen och kan hjälpa omsorgstagaren att minnas sin bakgrund och motivera anhöriga som kanske initialt är ovilliga att berätta om svåra erfarenheter och händelser förknippade med skam. Eftersom detta är ett problem som omsorgspersonalen upplever, kanske någon typ av metodstöd skulle kunna etableras, exempelvis av Socialstyrelsen, för att omsorgen i högre utsträckning ska kunna upprätta levnadsberättelser som inkluderar negativa och traumatiska livshändelser.

³¹ Lämnat levnadsberättelsemall till partner/ex-partner.

Levnadsberättelsen som en guide till vanor och preferenser

Hos en del omsorgsgivare är levnadsberättelsemallen helt och hållet inriktad på vanor och preferenser i nutid.³² Den information som då samlas in kan användas av omsorgspersonalen för att vidmakthålla den del av omsorgstagarens identitet som är kopplad till livsstil och val i vardagen. Detta anknyter till vad som tidigare beskrevs som en kulturell aspekt av identitetsbegreppet. Samtidigt ges, i de levnadsberättelser som har detta fokus, kanske inte möjligheten att bekräfta identitetsmarkörer som är kopplade till livshistoria eller personlighet. Den som upprättar en levnadsberättelse av kultur- och livsstilsorienterat slag får, som framgick i föregående avsnitt, berätta om sin smak för olika maträtter, musik, TV- och radioprogram, klädsel och livsstilsval. Eftersom berättelsen upprättats och satts i pärmen tillsammans med genomförandeplan, medicinska utlåtanden och andra viktiga dokument, kan personalen vända sig dit för att ta reda på vad omsorgstagaren har för önskemål i vardagen och på så sätt förstärka det identitetskänsla som här avses. Berättelsen blir ett slags karta att orientera sig efter, särskilt när antingen omsorgstagaren eller personalen är ny i huset. Ofta är det, enligt personalen i fokusgrupperna, inte komplicerat, utan kunskap som hämtas ur levnadsberättelsedokumentet kan användas för att ge en identitetsstärkande, personligt anpassad omvårdnad:

Till exempel, om den här, vi har en boende som tycker om naturen, så om han blev orolig, vi bjuder honom till promenad. [...] Ja. Så, det tar kanske 10, 20 minuters promenad, när vi kommer tillbaka till avdelningen, då han är lite lugnare. Eller om, till exempel, han, hon tycker om att baka, vi bjuder henne till att baka med, baka med personalen. Så det hjälper henne att lugna ner sig. (Undersköterska)

Men informationen kan också bidra till negativa upplevelser, om den omsätts i praktisk handling, berättar personal i intervjuer:

³² En av landets storstadskommuner använder en mall som uteslutande frågar om vanor och preferenser i nutid. Antalet frågor i samtliga undersökta mallar handlar till knappt 50 procent om detta.

Det kan ju också vara en nackdel för personen, om det är någon som har varit väldigt duktig på att handarbete, det kanske har varit hennes stolthet, det bästa, det hon är duktig på som alla har berömt. Och så säger man: "Vad roligt, då ska hon få virka" och så sitter hon där och upptäcker "jag har ingen aning om hur jag gör längre". Och då kan ju just det bli i stället en stor sorg. Det är inte säkert att det är roligt att få en virkning i händerna om man inte längre kan det som man alltid har varit duktig på. (Undersköterska)

Att ha en färdighet inom något område kan vara en viktig faktor i en människas identitet, utifrån en socialt konstruerad förståelse för begreppet. Men om information om sådana färdigheter används för att skapa tillfälle till aktivering även när kompetensen har försvunnit kan situationen alltså i stället framkalla sorg och förstärka känslan av identitetsförlust.

Information om preferenser och smak kan även leda till konflikter. Då handlar det ofta om att det som nedtecknats i levnadsberättelsen – kanske av anhöriga – inte stämmer längre. Anhöriga kan då bli upprörda över att levnadsberättelsen inte används, men respekten för omsorgstagarens vilja måste, säger en del av intervjupersonerna, få gå före:

Vi har en just nu, en, en patient, vi bjuder henne hela tiden att hon ska komma och titta på TV, sitta med oss och prata. Men hon är ljudkänslig och plus, hon tycker om att sitta själv inne i rummet [...] alla lampor är på, dörren är öppen. Men hennes son ringer till chefen ibland, ja, mamma sitter inne, dom tar inte ut henne. Men han förstår inte att hon vill inte komma, så ibland när vi sätter henne i vardagsrummet, hon blir orolig, hon blir ledsen. (Undersköterska)

Den här typen av konflikter och dilemman nämns i alla fokusgrupper. Här är det uppenbart att levnadsberättelsen inte får ses som "huggen i sten", utan att omsorgstagarens vilja här och nu får företräde framför det som eventuellt står nedskrivet. Det förefaller finnas en spänning inbyggd i att använda levnadsberättelser inriktade på vanor och preferenser i nutid. Att människor ändrar sina vanor och preferenser – inte minst under det att en demenssjukdom fortskrider – ses som naturligt och rimligt om identitetsbegreppet är förknippat med en processuell, social och kulturell förståelse, inte minst från personalens

synvinkel. I vardagssituationer kan omsorgstagarens signaler tolkas som positiva till en förändring och då samtidigt underlätta för den anställda. Om en grupp omsorgstagare dricker vin till maten och en boende som är känd som nykterist ger uttryck för att också vilja ha vin upplevs kanske förändringen som positiv och inte så överraskande för personalen. Men för anhöriga kan det tvärtom finnas ett värde i att värna den gamla identiteten, att bevara den person omsorgstagaren varit tidigare i livet och någonstans "egentligen" är, vilket då kan ge upphov till konflikter mellan personal och anhöriga.

Här finns det ibland en outtalad gräns mellan vad som lätt kan tillgodoses när vanor och preferenser ändras, och vad som kan bli konfliktfyllt och kontroversiellt. En aspekt av en människas identitet som kan ha stor betydelse är tillhörigheten till en religion eller ideologisk riktning. När det så flyttar in en omsorgstagare som beskrivs som aktivist i nykterhetsrörelsen, eller religiöst avståndstagande, framstår det som självklart att hen inte vill dricka alkohol när de andra på boendet tar en snaps till maten. Men om nykteristen ändrar sig ställs personalen inför ett dilemma. Är det den gamla identiteten som ska upprätthållas, eller är det en ny som ska bejakas? Här svarar fokusgrupperna på olika sätt:

(USK1) Nej, vi brukar inte servera den, det är religion så vi måste servera, vad heter det, nån saft, färgad saft, annars det går inte.

(USK2) Alltså, vi respekterar deras, vad heter det ...

(USK1) Identitet.

(USK2) Och religion också.

I denna grupp fanns det erfarenhet av engagerade anhöriga som på inga villkor tänkte låta sin anhöriga omsorgstagare använda alkohol, oavsett vad hen uttryckte för vilja. När personalen alltså hittade på andra lösningar var det snarare den tidigare identiteten som upprätthölls, än en ny som bejakades. Men på ett annat boende berättar personalen om motsatt förhållningssätt:

... och så serverar vi likör till alla andra och så kanske man, så ser man att personen vill ha och smakar från andras, men det,

visst, det är lurigt [...] vi var också med om en sån situation när vi ... vi hade pizzakväll här... och då ville ju hon ha vin. ”Ja, vill du ha vin?” ”Ja.” Men sen visade det sig också då från anhöriga att hon aldrig hade druckit och dom blev chockade då, att hon hade druckit här. Jag bara: ”Jaha, men hon ville ha vin.” Så hade hon jätteont i huvudet dagen efter, jag tänkte: okej, hon är nog inte så van med alkohol. (Undersköterska)

Här finns det flera komponenter som behöver vägas in. Dels är det omsorgstagarens identitet så som den beskrivs i levnadsberättelsen – till exempel att personen inte använder alkohol. Men det framstår också som viktigt att veta varför. Om det är religiösa eller ideologiska skäl upplevs det som svårare att bejaka en förändrad identitet, vilket antyds av att det nämns som skäl i det första fallet, men inte i det andra. Och om det dessutom finns anhöriga som kämpar för att upprätthålla omsorgstagarens gamla identitet – då blir det kanske svårare att lyssna på individen här och nu.

Avslutande diskussion

För att summera: Det kan konstateras att i den mån levnadsberättelsen fokuserar på vanor och preferenser i nutid, erbjuder den verktyg för personalen att förstärka omsorgstagarens identitet som en människa som har en viss smak och livsstil – samtidigt som det finns en risk att innehållet i berättelsen ”står i vägen” när delar av identiteten förändras, särskilt om det är en förändring som upplevs som kontroversiell och går emot vad som uppfattas som djupa värderingar, och än mer så om det också finns anhöriga som är inblandade. Ett konstruktionistiskt färgat identitetsbegrepp står här tydligt emot ett essentialistiskt, och landets omsorgsgivares levnadsberättelsemallar utgår i varierande grad från båda dessa förståelser av identitet. De utgår också från två olika tänkta motiv till att använda levnadsberättelser: dels som ett sätt att upprätthålla en social och kulturell identitet, dels som ett verktyg för att kunna hantera otrygghet, ångest, lidande och andra svåra psykiska tillstånd. Som framgått saknar många levnadsberättelsemallar frågor som ger möjlighet att fånga in omsorgstagarens traumatiska och problematiska livserfarenheter, vilket också personalen upplever som en brist.

Den bild som upprättas av en person som vårdas med demens i Sverige kan alltså skilja sig avsevärt beroende på vilken kommun som står för omsorgen. Det förefaller önskvärt att i framtida forskning försöka uppnå kunskap om hur skillnader i levnadsberättelsemallarnas utformning, och de skilda uppfattningar om identitetsbegreppet som dessa speglar, påverkar den omsorg som ges. Här är det samtidigt viktigt att lyfta fram att personalen säger sig arbeta aktivt för att i samtal med omsorgstagare ta reda på sådan information som saknas i levnadsberättelsen, och att det oavsett vad som framkommer där framstår som viktigt att det är personens nutida identitet som ofta får företräde framför vad som skrivits ned i levnadsberättelsen. En del av de skillnader som finns mellan levnadsberättelsemallarna hos olika omsorgsgivare kan därmed tänkas jämnas ut i det dagliga omsorgsarbetet.

Avsaknaden av återspeglning av ett aktivt intersektionellt synsätt på identiteten kan ses på flera sätt. Kanske saknas djupare kunskap hos upphovspersonerna till levnadsberättelsemallarna, men det kan också handla om att signalera att omsorgsgivaren inte vill fokusera på kategorier och grupper utan snarare se varje person som individ. Att frågorna inte ställs medför hur som helst en risk för att en person som exempelvis har levt i samkönade relationer i hela sitt liv kommer att möta personal som refererar till deras före detta partners enligt heteronormativ logik – utan att omsorgstagaren kanske ens har möjlighet att förklara och berätta. På samma sätt blir den del av den enskildes identitet som är kopplad till en viss nationell kulturtillhörighet möjligen förbisedd när personen rekonstrueras i levnadsberättelsen.

En ytterligare reflektion gäller i vilken grad omsorgsgivarna betonar en identitetssyn kopplad till kulturkapital, vilket i sin tur manifesteras genom konsumtion av varor och tjänster. I denna undersökning visar sig en av storstäderna och de två privata omsorgskoncernerna ha en stark betoning på identitet kopplad till konsumtion, medan många mindre aktörer snarare lyfter fram omsorgstagarnas yrkesliv, uppväxt och familjerelationer, eller fokuserar på personligheten i termer av dygnsrytm och humör. Även dessa skillnader kan tänkas ge upphov till skillnader i själva omsorgen, vilket framtida forskning skulle kunna berätta mer om.

Tabell 1. Förteckning över innehåll i levnadsberättelsemallarna.

Omsorgs- givare	Antal sidor	Antal frågor	1	2	Beskrivning av mallen	Titel på framsidan	3
10100 (Norrtälje)	15	148 4	3	du	tillhör förvaltningen	"Min levnadsberättelse"	x
Askersund	17	88	2/ 3	jag- du	"redskap mellan mig och personal", "guldkant på tillvaron."	"Levnadsberättelse"	x
Attendo	15	129	1	ni	"hjälpa våra medarbetare"	"Levnadsberättelse"	x
Dals-Ed	5	33	1	jag	-	"Levnadsberättelse"	-
Demens- förbundet 10	8	65	1	du	"kan hjälpa oss"	"Min livshistoria" - genrebild	x
Eskilstuna	3	28	-	jag	-	"Levnadsberättelse"	-
Eslöv	9	34	0/ 1	jag	"tillhör: _____"; "behandla med respekt", "lära känna".	"Min levnadsberättelse"	x
Göteborg	4	17	-	jag	"tillhör dig"	"Levnadsberättelse"	x
Haparanda	6	49	0/ 1	du* 1	"lämna till personalen"	"Levnadsberättelse"	x
Hultsfred	13	1209	2/ 3	jag- du	tillhör förvaltningen; "redskap, lättare för oss"	"Lär känna mig - min levnadsberättelse"	x
Hässleholm	7	30	1	du	"Tillhör: _____"	"Min levnadsberättelse"	-
Karlskrona	9	61	1	hen 5	"verktyg för oss"	"Levnadsberättelse"	x
Kristine-hamn	8	529	-	jag- du	"lämna till kontaktman"	"Lär känna mig - min levnadsberättelse"	x
Lidingö	5	25	-	jag	"tillhör dig"	-	X
Linköping	11	41	1	jag	"betydelsefull grund i personalens arbete."	"Lär känna mig - min levnadsberättelse"	x
Mark	7	57	1	du	"tillhör: _____" - från Demensbutiken.se	"Min levnadsberättelse"	x
Markaryd	7	75	1	6		"Levnadsberättelsen"	x
Möndal	8	8	-	jag	"förvaras i ditt hem, tillhör dig"	"Mitt liv - min historia. Levnadsberättelse"	x

Nynäshamn	10	25	1	jag	"kunna tillvarata dina intressen"	"Min levnadsberättelse"	x
Nässjö	15	30	1	du	"Vi vill ge dig personligt utformat stöd och hjälp."	"Min livshistoria"	x
Olofström	8	45	-	jag	"kopieras & används av personal"	"Levnadsberättelse"	x
Stockholm	7	37	-	jag	"väljer själv hur du vill förvara"	"Dokumentet om mig"	x
Strängnäs	12	21	3	jag-du	"så kallad personcentrerad omvårdnad"	"Livsberättelse Du vet"	x
Tanum	30	1189	1	jag-du	"ett redskap/verktyg mellan mig och de som är mig behjälpliga"	"Levnadsberättelse för..."	-
Umeå	4	10	-	du	"du äger dokumentet" - "bättre vardagskultur, mer personcentrerad"	"Levnadsberättelse. Berättelser, minnen och sammanhang"	x
Vardaga	17	135	1	7		"Levnadsberättelse"	-
Vänersborg	6	56	1	jag	-	"Levnadsberättelse"	x
Varberg	3 8	24	2	du	"är viktig för oss"	"Din levnadsberättelse"	
Ånge	5	47	-	9		"Levnadsberättelse"	
Älvdalen	11	87	2	jag-du	"Jag godkänner härmed att denna information används som ett redskap/verktyg"	"Lär känna mig - Berättelser, minnen, sammanhang"	

Noter till tabellen:

- 1 Antal frågor per mall som behandlar negativa livshändelser och psykisk ohälsa. I tveksamma fall har två värden redovisats.
- 2 Huvudsakligt tilltal i rubrik, frågor och förklarande text.
- 3 Mallen innehåller en introduktion som förklarar levnadsberättelsens syfte.
- 4 Många av mallfrågorna är formulerade som flera frågor i en, varför denna redovisning är ungefärlig. I tveksamma fall har ett lägre värde valts.
- 5 Karlskronas mall innehåller samtliga singularformer med tyngdpunkt på "hen". Även opersonliga formuleringar förekommer.
- 6 Markaryds mall saknar helt tilltalspronomen.
- 7 Vardagas mall blandar "du"-form med "hen"-form och passiv form.
- 8 Varbergs mall är utformad som tankeblubb.
- 9 Dessa mallar innehåller, utöver frågorna, en stor mängd rutor att kryssa i för att markera preferenser och vanor.
- 10 Demensförbundets mall används även av Essunga kommun.

Referanser

- Baillie, L. & Thomas, N. (2020). Personal information documents for people with dementia: Healthcare staff's perceptions and experiences. *Dementia*, 19(3), 574–589. doi: 10.1177/1471301218778907
- Berendonk, C. & Caine, V. (2019). Life story work with persons with dementia in nursing homes: A grounded theory study of the perspectives of care staff. *Dementia*, 18(1), 282–302. Newbury Park: Sage publishing. doi: 10.1177/1471301216669236
- Clarke, A., Hanson, E. J. & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 697–706 Blackwell Publishing Ltd. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x
- Edvardsson, D. & Nordvall, K. (2007). Lost in the present but confident of the past: Experiences of being in a psycho-geriatric unit as narrated by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 2008 Feb; 17(4), 491–8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01826.x
- Goyal, A. R., Engedal, K. & Eriksen, S. (2016/2019). Clinicians' experiences of anxiety in patients with dementia. *Dementia*, 18(1). Sage Journals. doi: 10.1177/1471301216659770
- Gridley, K., Birks, Y. & Parker, G. (2020). Exploring good practice in life story work with people with dementia: The findings of a qualitative study looking at the multiple views of stakeholders. *Dementia*, 19(2), 182–194. Sage Journals. doi: 10.1177/1471301218768921
- Hammarén, N. & Johansson, T. (2009). *Identitet*. Malmö: Liber.
- Harnett, T. & Jönson, H. (2010). That's not my Robert! Identity maintenance and other warrants in family members' claims about mistreatment in old-age care. *Ageing & Society*, 30(4), 627–647. doi:10.1017/S0144686X09990584
- Jönson, H., Harnett, T. & Nilsson, M. (2018). Ethnically profiled nursing home care in Sweden: From culture to lifestyle. *European Journal of Social Work*, 21(2), 235–246.
- Kaiser, P. (2016). Narrative approaches to life story work. I P. Kaiser & R. Eley (red.) *Life story work with people with dementia: Ordinary lives*,

- extraordinary people*. London: Jessica Kingsley Publishers. doi: 10.1017/S0144686X17001209
- Karlsson, I. & Skoog, I. (2013). Psykisk sjukdom hos äldre vanligare än demens. *Läkartidningen*, 2013,110:CHYE.
- Kitwood, T. (1995). Positive long-term changes in dementia: Some preliminary observations. *Journal of Mental Health*, 4(2), 133–144. doi: 10.1080/09638239550037677
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. London: Open University Press
- Kuypers, J. A. & Bengtson, V. L. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal ageing. *Human Development*, 16(3), 181–201. doi: 10.1159/000271275
- Socialstyrelsen (2020). *Vård och omsorg vid demenssjukdom: Målnivåer för indikatorer*. Nationella riktlinjer – Målnivåer.
- Subramaniam, P., Woods, B. & Whitaker, C. (2013). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: A randomised controlled trial. *Aging and Mental Health*, 2014 Apr; 18(3), 363–375. doi: 10.1080/13607863.2013.837144
- Taraldsen, K., Helbostad, J. L. & Saltvedt, I. (2017). *Fysisk aktivitet vid demens*. FYSS-kapitel Demens.
- Wellin, C. & Jaffe, D. J. (2004). In search of "personal care": Challenges to identity support in residential care for elders with cognitive illness. *Journal of Aging Studies*, 18(3), 275–95.

9. Att åldras utan nära familj

En allt vanligare form av social utsatthet?

TORBJÖRN BILDTGÅRD & PETER ÖBERG

Inledning

Socialvetenskaplig teoribildning beskriver familjen som en central social institution med flera viktiga samhällsfunktioner, inklusive omsorg om familjemedlemmar. Familjen är vid sidan av stat och arbetsmarknad en central källa till välfärd, som bidrar till individers välbefinnande när den fungerar men som också kan skapa problem om den är dysfunktionell. Ingen institution har sannolikt tillmätts större betydelse än familjen för att förstå uppkomsten av sociala problem (våld, missbruk, psykisk ohälsa m.m.) eller tillskrivits en större roll i att lösa dem (Dallos & McLaughlin 1993). Det syns inte minst i socialpolitik och socialt arbete där flera sociala insatser har som målsättning att stötta, kompensera eller ersätta familjen i dessa samhällsfunktioner.

Historiskt sett har familjer haft ett stort ansvar för äldre, inte minst ekonomiskt, vilket ibland varit associerat med konflikter mellan generationer om bristande resurser, som bostäder, mark, livsmedel etc. Bakgrunden till offentliga äldreomsorgsinsatser kan förstås som en reaktion på uppfattade brister i familjers förmåga att ge äldre personer det stöd de behöver. Via fattigvårdslagstiftningen 1788 fick det offentliga ett visst ansvar för medborgares försörjning och man bistod äldre personer som saknade egen försörjningsförmåga eller anhöriga försörjare, genom till exempel fattigstugor, rotegång och visst ekonomiskt stöd.

I det nutida svenska samhället har familjens juridiska ansvar för äldre personer ersatts med ett samhällsansvar och olika samhällsinsatser har växt fram för att stötta eller ersätta familjen. Det var vid mitten på 1900-talet som dagens starka samhälle med allmänt stöd till äldre i form av pensioner och äldreomsorg växte fram. Anhörigas lagstadgade ansvar för äldre personers omsorg avskaffades redan 1957.

Likväl råder det i praktiken ett delat ansvar för äldre mellan familjen och det offentliga. Enligt Socialstyrelsen (2020) har den omsorg som ges av anhöriga till närstående en samhällsbärande funktion, utan vilken samhället inte skulle klara av att tillgodose medborgarnas behov av omsorg. Familjen (oftast partner och barn) bidrar till minskad social isolering och till upplevd meningsfullhet under ålderdomen. Familjemedlemmar tar ofta ett stort ansvar när hälsan hos deras äldre närstående försämras och de agerar ofta som företrädare för äldre personer i relation till olika myndigheter. Drivkrafterna att hjälpa är flera – allt från kärlek till en känsla av plikt eller skyldighet att återgälda den hjälp och omsorg man själv tidigare mottagit. Insikten att anhöriga utgör ett viktigt stöd har lett till att en rad offentligt finansierade anhörigstöd inrättats, som till exempel dagcenter och korttidsboende.

Den nära familjen, i det här kapitlet definierat som partner och barn, utgör därmed en viktig källa till olika former av stöd till äldre personer och är ofta en viktig del av en god ålderdom. Men tillgången till ett stödnätverk av nära anhöriga är inte självskriven. Äldre personer som saknar partner och barn riskerar att stå utan stöd.

Syftet med det här kapitlet är att synliggöra en växande minoritet äldre utan nära familj och de konsekvenser familjelösheten kan få i form av social utsatthet. Vi kommer att lyfta tre argument för att familjelöshet bland äldre är en växande form av social utsatthet: 1) Demografiska förändringar som innebär att äldre framöver allt oftare kommer att sakna partner och barn. 2) De problem som avsaknaden av nära familj kan innebära i termer av bristande stödresurser och psykisk ohälsa. 3) Det starka samhällets reträtt som ställer större krav på familjen att stötta äldre familjemedlemmar.

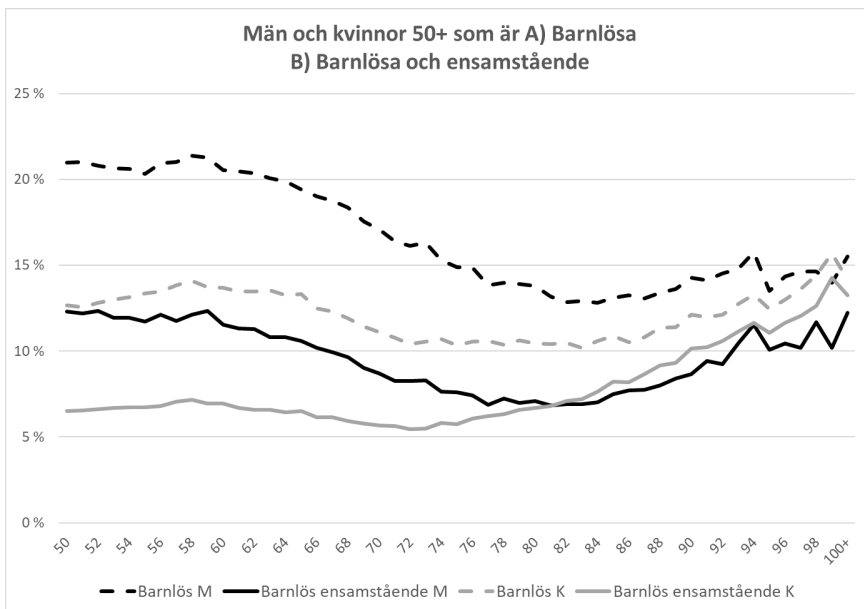
I den avslutande diskussionen lyfter vi även ett argument för att inte se avsaknaden av nära familj som ett växande problem – nämligen att den traditionella synen på vad en familj är har förändrats, att dagens äldre varit ett avantgarde i denna förändring samt att "familjefrihet" kommit att bli ett fritt val och en livsstil för allt fler individer.

Växande andel äldre saknar nära familj

Vårt första argument är att andelen äldre som saknar familj kommer att öka. Andelen äldre som saknar partner och/eller barn har länge avtagit i Sverige (Sundström 2019), men detta mönster ser ut att ändras i framtiden. Det kommer att bli allt vanligare för framtida generationer att åldras utan nära familj, det vill säga utan både partner och barn. Mer än var tionde svensk i åldrarna 75+ har i dag inga biologiska eller adopterade barn – och detta är vanligare bland män (14 %) än kvinnor (11 %). Figur 1 visar andelen som saknar barn och/eller partner enligt kronologisk ålder för personer 50+ i Sverige 2019. Eftersom få (även män) får biologiska barn efter 50-årsåldern kommer andelen barnlösa att öka bland nya kohorter äldre under kommande år. Även klyftan mellan män och kvinnor kommer att växa. Som de streckade linjerna i figur 1 visar kommer andelen barnlösa att vara som störst bland personer födda 1961 (de som i figuren 2019 är 58 år), en åldersgrupp som närmar sig pensionsålder, i vilken nästan en av fem (18 %) kommer att vara barnlösa – och en betydligt större andel män än kvinnor.

Många barnlösa saknar också en partner. I dag har 7,5 procent av svenskar 75+ varken partner eller barn, men när andelen barnlösa ökar bland framtida kohorter av äldre kommer andelen som saknar både barn och partner på äldre dar att öka. Risken att vara eller bli ensamstående ökar också successivt med åldern, i och med att risken ökar för att ens partner avlider. I figuren ser vi att andelen äldre män och kvinnor utan nära familj (heldragen linje) med ökad ålder tenderar att sammanfalla med andelen barnlösa (streckad linje), eftersom sannolikheten att förlora sin partner då också ökar.

Risken att bli ensamstående är speciellt stor bland kvinnor, dels på grund av att de lever längre än män, dels på grund av att de ofta är gifta med män som är äldre än de själva. En större andel ensamstående män träffar dessutom en ny partner sent i livet, vilket bidrar till att gruppen ensamstående äldre domineras av kvinnor. Den här könsskillnaden syns dock inte i figuren som bara inkluderar barnlösa äldre personer.



Figur 1. Andel svenska män och kvinnor i åldrarna 50+ år 2019 som A) inte har biologiska/adopterade barn, B) varken har biologiska/adopterade barn eller partner (beställd statistik från SCB, egna beräkningar).

Att åldras utan nära familj är ett växande fenomen även internationellt. I ett särskilt temanummer om familjelöshet i *Journals of Gerontology* presenterar Verdery et al. (2019) en undersökning om att sakna nära familj bland personer 50+ i 34 länder. Studien visar på en stor variation i andelen som saknar både make/maka och barn, från över 10 procent i länder som Kanada, Nederländerna, Schweiz och Irland, till mellan 6 och 10 procent i länder som Sverige, Polen och Spanien, ner till mindre än 2 procent i länder som Kina och Sydkorea. Utifrån olika demografiska trendframskrivningar är författarnas prognos att andelen som saknar nära anhöriga kommer att öka globalt för framtida kohorter äldre.

Verdery et al. (2019) förklarar den historiskt ökade risken att åldras utan nära anhöriga med minskade födelsetal under den första demografiska transitionen (nedgång från höga till låga födelse- och dödsantal), efter vilken fertilitetstalen sedan fortsatt att minska. Låga födelseantal ökar risken för att sakna anhöriga under ålderdomen. Roofeh et al. (2020) argumenterar för flera andra skäl till ökningen, inklusive ökad

livslängd där somliga äldre personer överlever sina anhöriga, förändrade familjenormer som lett till en ökad andel frånskilda och ökad geografisk mobilitet som ökat de fysiska avstånden mellan familjemedlemmar. När det gäller äldre personer (65+) i USA beräknar Roofeh et al. att en av fem över tid riskerar att stå utan nära familj.

Demografin visar alltså att sannolikheten att åldras utan nära familj ökar för framtida kohorter av äldre, vilket skulle kunna förstås som en växande form av social utsatthet, där allt fler kommer att vara beroende av offentligt stöd. Samtidigt har definitionen av vad en familj är och vem som därmed kan utgöra en nära stödresurs alltmer problematiserats under senare år (se t.ex. Connidis 2021). Vi återkommer till detta i slutdiskussionen.

Konsekvenser av familjelöshet

Vårt andra argument handlar om de problem som kan uppstå som en konsekvens av att sakna den viktiga stödresurs som den nära familjen ofta utgör. Människor möter i regel inte livets praktiska och emotionella utmaningar ensamma, utan dyadiskt, tillsammans med närstående andra (Bodenman 2005), och den nära familjen är en viktig resurs för socialt, emotionellt och praktiskt stöd till äldre personer. Forskare har föreslagit olika modeller för hur stödinsatser till äldre fördelar sig mellan olika aktörer. Enligt Cantors (1979) teori tar äldre emot stöd utifrån en normativ hierarkisk-kompensatorisk ordning, där en partner (make/maka/sambo) uppfattas ha den främsta skyldigheten att ge stöd, följt av barn, andra släktingar och slutligen övriga personer. När någon kategori av omsorgsgivare saknas tar den som står "näst på tur" vanligtvis över.

Litwaks (1985) struktur-funktionalistiska modell föreslår i stället att stöd ges utifrån olika givares funktionella egenskaper. Mindre omfattande vardaglig omsorg som kräver närvaro och långsiktighet men inte specialkompetens tenderar att ges av närstående, i första hand partner och barn. Stöd som kräver mer specialiserade kunskaper brukar i stället ges av professionella grupper, medan sällskapsstöd som bygger på delade minnen och referenser ofta ges av jämnåriga vänner och släktingar.

Slutligen antar Antonuccis konvojmodell (Kahn & Antonucci 1980) att stödnätverk är resultat av investeringar i relationer som individen gjort under livsloppet. Perspektivet öppnar upp för möjligheten att förstå familjer och familjemedlemmar som "valda", i stället för biologiskt givna, vilket vi återkommer till i slutdiskussionen.

I tidigare arbeten (Bildtgård & Öberg 2017) har vi funnit stöd för både Cantors och Litwaks modeller och visat att äldre personer i första hand föredrar stöd från sin partner för de flesta behov (socialt, emotionellt, praktiskt), medan äldre som saknar en partner har mer differentierade preferenser och föredrar stöd från olika kategorier av individer beroende på behov (funktioner): barn för emotionella behov, vänner för sociala behov och hemtjänst för mer omfattande praktiska behov, såsom hjälp med hygien och personlig omvårdnad. De som saknar både partner och barn föredrar i stället socialt och emotionellt stöd från vänner och andra släktingar, men rapporterar också oftare än andra att de helt saknar stödpersoner samt föredrar oftare stöd från det offentliga, vilket antyder att de riskerar att vara en speciellt utsatt grupp.

Nedan presenterar vi forskning om konsekvenser av att åldras utan nära familj för hälsa och stödnätverk. Mycket av denna forskning handlar antingen om att åldras utan partner eller om att åldras utan barn, en mindre del om att åldras utan både partner och barn, det vill säga helt utan nära familj. Vi börjar med en genomgång av forskning om att åldras utan partner. Därefter görs en genomgång av att åldras utan barn. Slutligen fokuserar vi på intersektionen av de två områdena, att åldras utan både partner och barn.

Konsekvenser av att vara ensamstående på äldre dar

Många vägar kan leda till att man åldras utan en partner. Det traditionellt förväntade har varit övergången till att bli änka/änkeman och mycket äldreforskning har handlat om att förlora sin partner genom dödsfall (t.ex. Martin-Mathews 2014). Eftersom gifta/samboende män i heterosexuella relationer tenderar att avlida före sina kvinnliga partner har forskningen främst studerat änkor, även om senare forskning alltmer behandlar även änkemän.

På senare tid har det också blivit vanligare att åldras som ensamstående på grund av skilsmässa tidigare i livet efter vilken man inte

träffat en ny partner, men också på grund av att man skiljt sig som äldre. Bland äldre 65+ i Sverige (som enda land i världen) finns det i dag fler frånskilda än det finns änkor/änkemän. Slutligen är det drygt en tiondel av äldrebefolkningen som aldrig haft en långvarig parrelation.

En parrelation är, som diskuterats ovan, en viktig resurs för välfärd på äldre dar. En partner utgör ett stöd i vardagen och skyddar mot ohälsa och sjuklighet (Walker & Luszcz 2009), dödlighet (Liu 2009) och mental ohälsa. Att sent i livet förlora sin partner genom skilsmässa eller änkestånd ökar därför risken för ett minskat välbefinnande (Lee & DeMaris 2007). Upplevd ensamhet är vanligt efter att man som äldre blivit änka/änkeman eller frånskild, men den tenderar att minska när en tid har gått efter övergången, och de flesta anpassar sig till sin nya livssituation efter en tid (Bowen & Jensen 2017). Det gäller i synnerhet om man etablerar en ny intim parrelation, vilket är vanligare bland frånskilda än bland änkor/änkemän (Öberg et al. 2016). Forskningen har visat att övergången till att bli singel också kan vara positivt förknippad med autonomi och nyfunnen självständighet, speciellt bland äldre kvinnor som ofta haft ett större ansvar för det gemensamma hushållet (Gustavsson & Lee 2004).

För äldre personer som lever i parförhållanden är partnern den i särklass viktigaste resursen, som erbjuder ett multifunktionsstöd (socialt, ekonomiskt, emotionellt, praktiskt) som oftast är tillgängligt i det egna hushållet. Om man saknar en partner måste alla former av stöd komma från personer som befinner sig utanför det egna hushållet, ofta från vuxna barn. Som Cantors teori förutsäger står barn "på tur" för att erbjuda stöd när en förälder blir ensamstående. Efter att man på äldre dar blivit änka/änkeman eller frånskild, tenderar egna barn, om sådana finns, att erbjuda mer hjälp och stöd en tid under transitionen, medan den äldre föräldern anpassar sig till livet som ensamstående (Bowen & Jensen 2017; Kalmijn 2013; Klaus 2021).

Barn tenderar speciellt att ge stöd till äldre mödrar. Eftersom kvinnor i familjer ofta haft en sammanhållande roll (kinkeepers) brukar äldre mödrar ha en närmare relation med sina vuxna barn än äldre fäder, vilket kan generera mer stöd. Äldre kvinnor har ofta ett starkare socialt nätverk än män, som de kan falla tillbaka på om de blir ensamstående (se t.ex. Crawley 2018; Schwatz & Litwin 2018). Eftersom det är mycket vanligare att bli änka än änkring har det också noterats att

det finns ett änkesamhälle av kvinnor som äldre änkor kan stödja sig på (Martin-Mathews 2014).

Det är rimligt att anta att livslånga singlar kan utgöra en speciellt sårbar grupp utan starkt stödnätverk, men forskning visar att många under livet kompenserat för att inte ha en partner genom att etablera nätverk de ser som sina familjemedlemmar ("vald familj"). En studie av äldre kvinnor som varit livslånga singlar visar till exempel att de ofta inte gör någon klar distinktion mellan familj och vänner (Connidis & Barnett 2019).

Mycket forskning visar att partner och barn tenderar att kompensera för varandra när det gäller att erbjuda stöd och hjälp. Om även barn saknas, ökar därför sårbarheten. Andra nätverk (t.ex. syskon, vänner, grannar) kan visserligen erbjuda sällskap och emotionellt stöd, men som Litwaks funktionalistiska modell antyder är dessa informella stödresurser ofta bristfälliga när mer omfattande och kontinuerligt stöd behövs, särskilt om det handlar om personlig omvårdnad. I jämförelse med äldre personer som lever i parrelationer och/eller har barn har äldre ensamstående barnlösa därför större sannolikhet att behöva förlita sig på den offentliga omsorgen (Albertini & Mencarini 2014; Bildtgård & Öberg 2017; Deindl & Brandt 2017; Wenger et al. 2007).

Sammantaget visar forskningen att skilsmässa och änkestånd upplevs som svåra transitioner av äldre, åtminstone i ett övergångsskede, när man förlorat den viktigaste stödresursen för ålderdomen. Den övergången riskerar att vara extra svår om man saknar barn.

Konsekvenser av barnlöshet på äldre dar

Barnlöshet behöver förstås i förhållande till det levda livet. Olika omständigheter, val och livsvägar kan leda fram till en barnlös ålderdom och dessa olika vägar har betydelse för barnlöshetens konsekvenser. Kohli och Albertini (2009) identifierar tre orsaker till att inte ha fått egna barn: 1) att ha varit biologiskt oförmögen att få barn (ofruktbar), 2) att aktivt ha valt bort barn och 3) att ha skjutit upp barnafödandet tills det var för sent. Man kan också vara barnlös på äldre dar på grund av att man överlevt sina barn eller för att man förlorat kontakten med dem, till exempel till följd av konflikter (Allen & Wiles 2013). Ökade geografiska avstånd mellan generationerna kan också

medföra att vuxna barn åtminstone inte kan erbjuda någon form av praktiskt stöd till sina äldre föräldrar (även om digitala teknologier skapat nya möjligheter).

Ett vanligt antagande är att barnlöshet får negativa konsekvenser för välbefinnandet under ålderdomen, men forskningen har funnit små skillnader mellan äldre föräldrar och äldre barnlösa när det gäller välbefinnande, upplevd ensamhet, depression och livstillfredsställelse (Zhang & Hayward 2001; Vikström et al. 2011). Resultaten från studierna pekar i stället på att det är interaktionen mellan barnlöshet och partnerstatus som har betydelse.

Att ha barn har visat sig ha mindre betydelse för äldres välbefinnande än att ha en partner (Koropecjy-Cox 2002). Detta gäller särskilt män, som ofta investerat mindre i relationen till sina barn än kvinnor (Dykstra & Keizer 2009). Äldre personer som tidigare i livet aktivt valt att förbli barnlösa (barnfria) har också ett bättre välbefinnande än äldre som är barnlösa på grund av omständigheter utanför deras egen kontroll (Connidis & McMullin 1993). Den skillnaden är speciellt tydlig för kvinnor på vilka förväntan om föräldraskap ofta är starkare än på män (Jeffries & Connert 2002; Koropecjy-Cox 2002).

Kvalitativa studier har visat att subjektiva erfarenheter av att åldras utan barn varierar stort. Forskningen är sparsam, men har fokuserat på existentiella och sociala aspekter (Stahnke et al. 2020; Hadley 2021; Nilsson 2011). Några studier argumenterar för att det finns en risk att under ålderdomen ångra att man förblev barnlös, medan andra studier visar att de som gjort ett aktivt val att förbli barnlösa ("barnfria") sällan ångrar sig senare i livet (Stahnke et al. 2020; Stegen et al. 2020). Biografiska val formar därmed hur man upplever barnlöshet på äldre dar.

I linje med Antonuccis konvojmodell har forskningen visat att barnlösa personer under livsloppet ofta kompenserar för avsaknaden av egna barn genom att etablera alternativa relationer och stödnätverk. Äldre barnlösa personers nätverk tenderar därför att vara mer heterogena än äldre föräldrars (Krenkova 2018; Schnettler & Wöhler 2016) och innehålla fler jämnåriga vänner och släktingar, till exempel syskon och kusiner. Kontakterna med yngre generationer är dock ofta mindre utvecklade (Wenger et al. 2000). Tyngdpunkten på jämnåriga i nätverket gör barnlösa personer mer sårbara på äldre dar, när risken ökar för att deras jämnåriga avlider eller får nedsatt funktionsförmåga och eget behov av hjälp.

Partnerstatus har betydelse för tillgången till stöd. Äldre barnlösa personer i ett parförhållande har ofta ett viktigt ömsesidigt stöd av varandra, som gör det möjligt att upprätthålla vanor och livsstil högt upp i åren, men de blir sårbara vid änkestånd eller skilsmässa (Albertini & Kohli 2009).

Avsaknaden av barn har visats ha mer negativa konsekvenser för ensamstående äldre män, som ofta har mindre och mer yrkeslivsorienterade nätverk, än för ensamstående kvinnor (Krenkova 2018). Upplevd ensamhet och depression är vanligare bland ensamstående barnlösa äldre män än bland kvinnor (Zhang & Hayward 2001). Barnlösa äldre män i ett parförhållande har ofta en fördel av att "åka snål-skjuts" på och ta del av sin frus/sambos omsorg och sociala nätverk, men de riskerar att bli sårbara efter att de förlorat sin partner (Wenger et al. 2000). Ensamstående barnlösa kvinnor kompenserar i större utsträckning barnlösheten genom ett större nätverk av stödpersoner, och de tenderar att klara sig rätt bra under ålderdomen – enligt vissa indikatorer till och med bättre än äldre gifta kvinnor (Dykstra & Hagestad 2007). Vi återkommer till detta i slutdiskussionen.

Konsekvenser av att åldras utan både partner och barn

Genomgången ovan visar hur både partner och barn utgör viktiga stödresurser för äldre personer och hur de till viss del kompenserar för varandra, och att det främst är när man saknar både partner och barn som man verkligen riskerar bristande stöd och dåligt fysiskt och psykiskt välbefinnande. I det här avsnittet fokuserar vi på just den gruppen äldre. I internationell forskningslitteratur används olika begrepp för dem som saknar en nära familj. Vanligast är kinlessness, som betyder att sakna anhöriga, men som ofta brukar definieras som avsaknaden av partner och egna barn (se t.ex. Carr 2019; Plick et al. 2021; Verdery et al. 2019).

Att sakna nära anhöriga utgör en riskfaktor för upplevd ensamhet och social isolering under ålderdomen (Hawklay et al. 2019; Nicolaisen & Thorsen 2014). För många äldre är anhöriga de personer som står dem emotionellt närmast. I en studie av äldre personers (65+) sociala nätverk i 16 europeiska länder visar Litwin och Stoeckel (2013) att en stor majoritet anger familjemedlemmar som närmaste

förtrogna. De som främst angav "andra" (grannar, f.d. kolleger och formella hjälpgivare) som närmaste förtrogna hade det sämsta välbefinnandet samt minst kontakt och emotionell närhet till dessa "andra".

Äldre personer utan nära familj är en utsatt grupp i flera avseenden. Verdery et al. (2019) visar att de har större sannolikhet att bo ensamma och ha sämre självskattad hälsa och lägre utbildning än äldre som har nära anhöriga. I linje med både Cantors hierarkisk-kompensatoriska modell och Litwaks funktionalistiska modell visar forskningen att avsaknaden av nära anhöriga innebär större sannolikhet att sakna stödresurser och att behöva flytta i förtid till institutionsboende (Thomeer et al. 2016). Den visar också att äldre som saknar anhöriga har större sannolikhet att dö på äldreboende, jämfört med dem som har partner eller barn (Plick et al. 2021), och anhöriga som håller kontakt och som kan agera företrädare i relation till omsorgsgivaren är viktiga för den upplevda kvaliteten på boendet (Gaugler et al. 2004).

Önskan om att tydligare kunna identifiera en grupp äldre som riskerar att vara speciellt isolerade har genererat olika begrepp som solo agers och ageing alone (Carr 2019; Montayre et al. 2019). Ytterligare ett begrepp som speciellt fokuserar bristen på stödnätverk är elder orphans, som Carney et al. (2016) definierar som "aged community-dwelling individuals who are socially and/or physically isolated, without an available known family member or designated surrogate or caregiver" (s. 1). Begreppet kommer från grekiskans orphanos som på svenska översätts till 'föräldralöst barn', men som på engelska även kan översättas med bereaved – att vara 'berövad' en nära familj och det stödnätverk den utgör. Oavsett valt begrepp är äldre utan nära familj en grupp som internationella kunskapsöversikter pekar ut som speciellt sårbar och osynlig i gerontologisk forskning (Carr & Utz 2020; Montayre et al. 2019; Kervin et al. 2021).

När begreppet elder orphans använts i forskningen har fokus ofta legat på att synliggöra äldre personer, vilkas behov av stöd och omsorg riskerar att inte tillgodoses av vård- och omsorgsgivare som utgår från att alla äldre personer har familjemedlemmar som kan erbjuda stöd. Kervin et al. (2021) lyfter att äldre personer som saknar stödnätverk har de största hindren för att få den vård de behöver och därför riskerar att få inadekvat vård. Äldre personer utan nära familj kan klara sig väl i den tredje åldern, men kan i den fjärde åldern ha svårt att navigera i ett komplicerat system för vård och omsorg (Kervin et al. 2021). Inte minst i Sverige, där systemet bygger på att man kan göra

rationella val mellan olika vårdproducenter, kan det vara svårt att navigera i omsorgsapparaten "valfrihet" när hälsan sviker. Söderberg (2014) har till exempel visat på den centrala roll som nära anhöriga ofta spelar vid biståndsbedömningar, genom att delta i förhandlingar om de äldres flytt till särskilt boende. Ulmanen (2015) pekar likaledes på anhörigas viktiga roll som representanter för äldre i planeringen av deras omsorg. Även för de äldre som redan befinner sig i ett särskilt boende önskar nära anhöriga ofta vara fortsatt involverade, både i beslut om den äldre personens omsorg och i det praktiska utförandet, även om deltagandet begränsas av institutionella villkor (Holmgren 2015).

Elder orphans är en grupp som ofta figurerar i eländesgestaltningar av isolerade äldre. Ta till exempel "Stockholms ensamaste man", som uppmärksammades i Uppdrag granskning 2019. Den äldre mannen hade legat död i sin lägenhet i fyra år innan grannarna noterade det, medan autogiro betalande hans räkningar. Avsaknaden av stödnätverk innebar att mannen inte saknades av någon.

Kvalitativa studier om äldre utan nära familj är ovanliga, men Hafford-Letchfielda et al. (2017) undersökte brittiska medelålders och äldre kvinnors egna upplevelser av att åldras utan partner och barn och frågade hur de såg på sin framtid. Författarna beskriver hur den sociala konstruktionen av kvinnlighet gjort singelskap och barnlöshet till ett problem som framstår som en brist och avvikelse – uttryckt i nedsättande beskrivningar som till exempel "gammal nucka" – i kontrast till bilden av lyckligt gifta äldre par. Det var också vanligt med stigmatiserande erfarenheter bland deltagarna i studien, till exempel att få ständiga frågor om varför man var barnlös och varför man inte var gift.

Att vara barnlös lyftes fram som en risk för att sakna skyddsnet och stöd under ålderdomen. Som en kvinna uttryckte det: "Jag tar väldigt mycket hand om min mamma, men jag undrar vem som kommer att ta hand om mig när jag är barnlös" (Hafford-Letchfielda et al. 2017 s. 329). Deltagarna var också rädda för att på äldre dar förlora sin självständighet och bli en börda för vänner och andra. Vissa lyfte fram att det var viktigt att ha en företrädare som kan hjälpa en i framtiden om man skulle bli vårdberoende.

Sammanfattningsvis visar forskningen på att avsaknad av nära familj innebär en större individuell sårbarhet på äldre dar. Även om

bristen på nära familj till viss del kan kompenseras genom andra relationer så erbjuder de sällan samma närvaro och långsiktighet vid omfattande stödbehov, och många familjelösa saknar dessa nätverk. En växande andel familjelösa äldre innebär således ett större behov av kompenserande offentliga insatser.

Det starka samhällets reträtt

Vårt tredje argument handlar om de ökade krav som ställs på familjen till följd av nedskärningar i offentlig omsorg och som därmed riskerar att spä på sårbarheten för äldre personer utan nära familj. Sedan 1990-talet har allt större krav på besparingar och rationaliseringar i offentlig sektor lett till åtstramningar inom äldreomsorgen, som kommit att koncentreras till dem som har de största omsorgsbehoven. En konsekvens är att var tredje plats på äldreboenden avskaffats sedan millennieskiftet. En annan är att hemtjänsten kommit att koncentrera sig till ett alltmer begränsat utbud av insatser till de mest hjälpbehövande medan kompletterande insatser måste tillhandahållas av andra aktörer, till exempel via inköpta tjänster på en marknad eller hjälp från anhöriga (Szebehely 2020).

Kombinationen av hemmaboendeideologin och offentliga sparkrav har ökat förväntningarna på den nära familjen att ge stöd och omsorg till äldre anhöriga i det som kallas för en "informalisering" och "refamilisering" av omsorgen. Anhörigas insatser har alltmer kommit att ersätta offentliga omsorgsinsatser till äldre med mindre omsorgsbehov och komplettera offentliga insatser till äldre med stora omsorgsbehov (Szebehely & Trydegård 2007). Resultat från olika studier beräknar att den informella omsorgen till hemmaboende äldre är mer omfattande än den formella omsorg som kommunerna ansvarar för. Flera skattningar tyder på att mellan hälften och två tredjedelar av stödinsatserna till äldre ges av nära anhöriga (Socialstyrelsen 2020; Wimo et al. 2020). Ulmanen (2015) beskriver hur barn (speciellt döttrar) sedan 1990-talet alltmer fått kompensera för neddragningar i offentliga omsorgsinsatser till äldre, inte minst genom att företräda äldre föräldrar i relation till äldreomsorgens utförare och samordna

och organisera deras omsorgsinsatser. En konsekvens för äldre personer som saknar partner och barn är att de har större risk att inte få detta stöd och den omsorg de behöver.

Utifrån Litwaks funktionella modell kan man också diskutera om det offentliga över huvud taget kan erbjuda äldre ett lika komplett stöd som den nära familjen. I sin avhandling beskriver till exempel Holmgren (2015) hur personalen i särskilda boenden strävar efter att skapa en "ny familj", men är det möjligt för ett äldreboende att erbjuda det sociala och emotionella stöd som nära familjemedlemmar kan erbjuda?

Diskussion

Ovan har vi lyft tre argument för att se äldre personers avsaknad av nära familj som en växande form av social utsatthet: 1) demografiska förändringar som innebär att äldre allt oftare saknar nära familj, 2) problem som avsaknaden av nära familj kan innebära i termer av bristande stödresurser och psykisk ohälsa och 3) det starka samhällets reträtt som ställer större krav på familjen att stötta äldre familjemedlemmar. Men det finns också skäl till att inte se familjelöshet som ett växande problem. Dessa tar sin utgångspunkt i de specifika historiska omständigheter som omgärdat livet för samtida kohorter av äldre personer.

Nya familjeformer, nya möjligheter?

En fokusering på avsaknad av nära familj som brist och problem riskerar att maskera den heterogenitet som finns i gruppen, vilket kan inkludera självväld "familjefrihet" och välfungerande alternativa stöd-nätverk. Dagens kohorter av äldre har levt under en tidsperiod som underlättat att leva ett liv utan partner och barn. Senmodern familjeteori har betonat hur social förändring har lett till en individualisering av både familjer och parrelationer (Giddens 1992; Cherlin 2004; Beck & Beck-Gernsheim 2002) som lämnat utrymme för en stor variation i familjelösningar: att leva utan barn, att leva utan partner, att leva i samkönade relationer med mera. Legaliseringen av preventivmedel i

mitten av förra seklet underlättade familjeplanering och kvinnors intåg på arbetsmarknaden bidrog till deras ekonomiska autonomi och möjliggjorde friare relationsval. I Sverige bidrog välfärdsstaten ytterligare till individens självständighet genom att erbjuda individualiserade välfärdslösningar och därmed minska beroendet av partners. Sammantaget är dagens äldre en generation som haft större möjligheter än tidigare generationer att självständigt välja bort traditionella familjerelationer och i stället satsa på alternativa livsstilar. I flera fall har de valt att satsa på och bygga andra relationer, så kallade "valda familjer", som kan utgöra ett stöd sent i livet (se t.ex. Connidis 2021).

En aspekt på de förändrade familjerelationerna är att många äldre i dag har styvbarn från tidigare familjebildningar och att många äldre har sårbarrelationer. Dessa relationer syns inte i demografiska data, men kan vara väl så viktiga som stödresurser (Bildtgård & Öberg 2017, 2020, 2021).

En annan aspekt är att många levt och fortsatt lever tillfredsställande och socialt aktiva liv som barnlösa äldre singlar. Deltagarna i Hafford-Letchfieldas et al. (2017) studie, som beskrevs ovan, visar många positiva erfarenheter av att åldras ensam och hur man skapat alternativa "valda" familjenätverk, där vänner var väldigt viktiga. Vänskapsrelationer var fundamentala för välbefinnande och för emotionellt och annat stöd och sågs inte som sekundära i förhållande till familjerelationer. En kvinna beskrev sin identitet som ensamstående och barnlös: "Solo-kvinnor har många identiteter. Att vara solo är bara en av dem" (s. 326). Samtidigt beskrev de att "soloskapet" var en aspekt av identiteten som verkade få större betydelse ju äldre de blev.

I en annan studie kritiserar Mair (2019) antagandet att äldre personer som saknar nära familj per definition skulle vara sårbara, ett antagande hon menar ofta görs utifrån familjestrukturdata, men utan kunskap om hur vänskapsrelationer odlats och kan kompensera för bristen på anhöriga. I en studie av 17 länder i Europa visar hon hur avsaknaden av familj kan kompenseras med olika vänskapsnätverk. Äldre personer som saknar anhöriga tenderar att rapportera fler vänner i sina nätverk.

Mair menar också att sambandet mellan att ha anhöriga och tillgång till stöd är komplext. Att ha barn (speciellt döttrar) innebär den största fördelen när det gäller att ha tillgång till stöd under ålderdomen. Men att ha många barn innebär inte nödvändigtvis någon fördel. De som däremot saknar både barn och partner har enligt Mair störst risk

att ha bristande stöd under ålderdomen, eftersom jämnåriga vänner ofta inte har samma potential att utgöra stöd sent i livet som familjemedlemmar. Att ha barn och partner garanterar dock inte att man får stöd eller har ett bättre välbefinnande. Alla familjerelationer är inte harmoniska, och dåliga familjerelationer försämrar enligt Mair välbefinnandet mer än vad positiva familjerelationer ökar välbefinnandet.

Ensamstående barnlösa män som en speciell problemgrupp

Ett återkommande fynd i flera studier är en könsskillnad mellan ensamstående barnlösa män och kvinnor. Medan kvinnor i den här situationen ofta framstår som relativa vinnare, som aktivt valt bort familjebildning till förmån för yrkeskarriär och socialt engagemang, och som ofta odlat starka alternativa sociala nätverk, så framstår männen i högre grad som relativa förlorare, som i stället för att välja bort familjebildning blivit bortvalda (Dykstra & Hagestad 2007). Margolis och Verderey (2017) sammanfattar det som att aldrig gifta äldre kvinnor utgör "crème de la crème" och aldrig gifta män "the bottom of the barrel" (s. 692). Gruppen äldre ensamstående barnlösa män framstår därmed som speciellt intressant i en diskussion om att åldras utan nära familj och de eventuella problem som är kopplade till det – inte minst mot bakgrund av att det är den grupp av ensamstående och barnlösa äldre som växer mest.

Diskussionen om "familjefrihet" som livsstilsval bidrar med en behövlig problematisering av utsattheten i att åldras utan familj sent i livet. Det finns skäl att inte bunta samman alla äldre som saknar nära familj och hävda att de har problem – bilden är mer komplicerad än så. Samtidigt finns det aspekter som gör hela gruppen äldre utan nära familj speciellt utsatt, oavsett om det är en fritt vald livsstil eller inte. Betoningen på jämnåriga i de alternativa nätverk som äldre utan nära familj byggt upp under livet innebär att stödkonvojerna, som kan ha varit starka under det tidigare livet, riskerar att bli fragila på äldre dar. Det innebär i förlängningen ett ökat beroende av offentlig omsorg och en högre risk för institutionalisering. I det avseendet riskerar åldrande utan nära familj att bli ett växande problem.

Är avsaknaden av nära familj på äldre dar ett socialt problem?

Genomgående i kapitlet har vi visat på den sårbarhet som åldrande utan nära familj riskerar att utgöra för individen. När blir en sådan sårbarhet ett socialt problem? En vanlig definition på ett socialt problem är att många drabbas av problemet eller att det utgör ett problem som samhället får hantera samt att det allmänt uppfattas som ett samhällsproblem (se t.ex. Rubington & Weinberg 2003). I inledningen beskrev vi hur äldres bristande stödresurser under förra seklet sågs som ett problem som det starka samhället var tvunget att kompensera för. Avsaknaden av nära familj är inte i sig självt ett socialt problem, vilket diskussionen ovan visar, men deras omsorgsbehov kan bli det. Om äldre personer utan nära familj saknar alternativa stödnätverk så riskerar deras omsorgsbehov bli ett problem som samhället måste hantera, i synnerhet när gruppen växer.

Författarnas tack

Vi tackar FD Marianne Winqvist för värdefulla kommentarer på manuskriptet.

Referenser

- Albertini, M. & Kohli, M. (2009). What childless older people give: Is the generational link broken? *Ageing & Society*, 29, 1261–1274. doi: 10.1017/S0144686X0999033X
- Albertini, M. & Mencharini, L. (2014). Childlessness and support networks in later life: New pressures on familistic welfare states. *Journal of Family Issues*, 35(3), 331–357. doi.org/10.1177/0192513X12462537
- Allen, R. E. S. & Wiles, J. L. (2013). How older people position their late-life childlessness: A qualitative study. *Journal of Marriage and Family*, 75(1), 206–220. doi: 10.1111/j.1741-3737.2012.01019.x
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. Thousand Oaks.
- Bildtgård, T. & Öberg, P. (2017). *Intimacy and ageing: New relationships in later life*. Bristol: Policy Press.
- Bildtgård, T. & Öberg, P. (2022). Blood thicker than water: Emotional closeness between older parents and adult children in stepfamilies. *Journal of Family Studies*, 28(2), 493–510. doi.org/10.1080/13229400.2020.1735485
- Bildtgård, T. et al. (2021). The dyad is not enough: Third-party mediation as a precondition for cohesion in long-term step relationships. *Sociologisk Forskning*, 58(3), 217–242. doi: 10.37062/sf.58.22041
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. I T.A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (red.) *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington DC: American Psychological Association, 33–49.
- Bowen, G. L. & Jensen, T. M. (2017). Late life divorce and postdivorce adult subjective well-being. *Journal of Family Issues*, 38(10), 1363–1388. doi.org/10.1177/0192513X15596197
- Cantor, M. H. (1979). Neighbours and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, 434–463. doi.org/10.1177/016402757914002

- Carney, M. T., Fujiwara, J., Emmert Jr., Tara, B. E., Liberman, A. & Paris, B. (2016). Elder orphans hiding in plain sight: A growing vulnerable population. *Current Gerontology and Geriatrics*, 1–11. doi.org/10.1155/2016/4723250
- Carr, D. (2019). Aging alone? International perspectives on social integration and isolation. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 74(8), 1391–1393. doi: 10.1093/geronb/gbz095
- Carr, D. & Utz, R. L. (2020). Families in later life: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 82, 346–363. doi.org/10.1111/jomf.12609
- Cherlin, A. J. (2004). The deinstitutionalization of American marriage. *Journal of Marriage and Family*, 66(4), 848–861. doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00058.x
- Connidis, I. A. (2021). Who counts as family later in life? Following theoretical leads. *Journal of Family Theory & Review* 12, 164–179. doi: 10.1111/jftr.12367
- Connidis, I. A. & Barnett, A. E. (2019). *Family ties and aging* (3 uppl.) Sage.
- Connidis, I. A. & McMullin, J. A. (1993). To have or have not: Parental status and the subjective well-being of older men and women. *Gerontologist*, 33(5), 630–636. doi: 10.1093/geront/33.5.630
- Crawley, J. E. (2018). *Gray divorce: What we lose and gain from mid-life splits*. University of California Press.
- Dallos, R. & McLaughlin, E. (1993). *Social problems and the family*. London: Sage.
- Deindl, C. & Brandt, M. (2017). Support networks of childless older people: Informal and formal support in Europe. *Ageing & Society*, 37, 1543–1567. doi.org/10.1017/S0144686X16000416
- Dykstra, P. A. & Hagestad, G. (2007). Childlessness and parenthood in two centuries: Different roads – different maps? *Journal of Family Issues*, 28(11), 1518–1532. doi.org/10.1177/0192513X07303881
- Dykstra, P. A. & Keizer, R. (2009). The wellbeing of childless men and fathers in mid-life. *Ageing & Society*, 29, 1227–1242. doi.org/10.1017/S0144686X08008374
- Gaugler, J. E., Anderson, K. A., Zarit, S. H. & Pearlin, L. I. (2004). Family involvement in nursing homes: Effects on stress and well-being. *Aging and Mental Health*, 8(1), 65–75. doi: 10.1080/13607860310001613356.
- Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Polity.

- Gustavsson, K. & Lee, C. D. (2004). Alone and content: Frail seniors living in their own home compared to those who live with others. *Journal of Women and Aging*, 16(3-4), 3-18. doi.org/10.1300/J074v16n03_02
- Hadley, R. A. (2021). "It's most of my life – going to the pub or the group": The social networks of involuntarily childless older men. *Ageing & Society*, 41, 51-76. doi.org/10.1017/S0144686X19000837
- Hafford-Letchfield, T., Lamberta, N., Long, E. & Brady, D. (2017). Going solo: Findings from a survey of women aging without a partner and who do not have children. *Journal of Women & Aging*, 29(4), 321-333. doi.org/10.1080/08952841.2016.1187544
- Hawklay, L. C., Kaiser, T. & Luhmann, M. (2019). Are US older adults getting lonelier? Age, period, and cohort differences. *Psychology and Aging*, 34(8), 1144-1157. doi.org/10.1037/pag0000365
- Holmgren, J. (2015). *Conditions for relatives' involvement in nursing homes*. Karolinska Institutet.
- Jeffries, S. & Konnert, C. (2002). Regret and psychological well-being among voluntary and involuntary childless women and mothers. *International Journal of Aging and Human Development*, 54(2), 89-106. doi: 10.2190/J08N-VBVG-6PXM-0TTN
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980) Convoys over the life course. I P. B. Baltes & O. Brim (red.) *Life-span development and behavior*. Academic press.
- Kalmijn, M. (2013). Adult children's relationships with married parents, divorced parents, and stepparents. *Journal of Marriage and Family*, 75(5), 1181-1193. doi.org/10.1111/jomf.12057
- Kervin, L. et al. (2021). Barriers in health and social care access and navigation for elder orphans. *BMJ Open*, 11, 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043876
- Klaus, D. (2021). Differential effects of widowhood on network and support. *Journal of Family Issues*. [Published on-line]. doi: 10.1177/0192513X20988068
- Kohli, M. & Albertini, M. (2009). Childlessness and intergenerational transfers: What is at stake? *Ageing & Society*, 29, 1171-1183. doi.org/10.1017/S0144686X09990341
- Koropecjy-Cox, T. (2002). Beyond parental status: Psychological well-being in middle and old age. *Journal of Marriage and Family*, 64, 957-971. doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00957.x

- Krenkova, L. (2018). Childlessness and social support in old age: A literature review. *Finnish Yearbook of Population Research*, 53, 1–50. doi: 10.23979/fypr.77931
- Lee, G. R. & DeMaris, A. (2007). Widowhood, gender, and depression: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 29, 56–72. doi.org/10.1177/0164027506294098
- Litwak, E. (1985). Complementary roles for formal and informal support groups: A study of nursing homes and mortality rates. *Journal of Applied and Behavioral Science*, 21, 407–425. doi: 10.1177/002188638502100406
- Litwin, H. & Stoeckel, K. J. (2013). Confidant network types and well-being among older Europeans. *Gerontologist*, 54(5), 762–772. doi: 10.1093/geront/gnt056
- Liu, H. (2009). Till death do us part: Marital status and US mortality trends, 1986–2000. *Journal of Marriage and Family*, 71, 1158–1173. doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00661.x
- Mair, C. A. (2019). Alternatives to aging alone? "Kinlessness" and the importance of friends across European contexts. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 74(8), 1416–1428. doi: 10.1093/geronb/gbz029
- Martin-Matthews, A. (2011). Revisiting widowhood in later life. *Canadian Journal of Aging*, 30(3), 339–354. doi.org/10.1017/S0714980811000201
- Montayre, J. et al. (2019). The elder orphan in healthcare settings: An integrative review. *Population Aging*, 12, 515–532. doi: 10.1007/s12062-018-9222-x
- Nicolaisen, M. & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229–257. doi: 10.2190/AG.78.3.b
- Nilsson, M. (2011). *Det blev inte av: Äldre ensamstående män utan barn på landsbygden*. Rapport 3. NISAL.
- Plick, N. P., Ankuda, C. K., Mair, C. A., Husain, M. & Ornstein, K. A. (2021). A national profile of kinlessness at the end of life among older adults: Findings from the Health and Retirement Study. *Journal of American Geriatric Society*, 69, 2143–2151. doi: 10.1111/jgs.17171
- Roofeh, R., Smith, D. M. & Clouston, S. A. P. (2020). Estimated prevalence of elder orphans using National Health and Aging Trends Study. *Journal of Aging and Health*, 32(10), 1443–1449. doi: 10.1177/0898264320932382

- Rubington, E. & Weinberg, M. S. (2003). *The study of social problems: Seven perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Schnettler, S. & Wöhler, T. (2016). No children in later life, but more and better friends? Substitution mechanisms in the personal and support networks of parents and the childless in Germany. *Ageing & Society*, 36, 1339–1363. doi.org/10.1017/S0144686X15000197
- Schwartz, E. & Litwin, H. (2018). Social network changes among older Europeans: The role of gender. *European Journal of Ageing*, 15, 359–367. doi: 10.1007/s10433-017-0454-z
- Socialstyrelsen (2020). *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer: Underlag till en nationell strategi*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stahnke, B. et al. (2020). Lived experiences and life-satisfaction of childfree women in late life. *The Family Journal*, 28(2), 159–167. doi.org/10.1177/1066480720911611
- Stegen, H. et al. (2020). Life stories of voluntarily childless older people. *Journal of Family Issues*. [Published on-line 13 August 2020]. doi.org/10.1177/0192513X20949906
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*. Underlagsrapport till SOU 2020:80: Äldreomsorgen under pandemin. Stockholm: Coronakommissionen.
- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2007). Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: Skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift* 14(2–3), 197–219. doi.org/10.3384/SVT.2007.14.2-3.2589
- Sundström, G. (2019). *Mer familj, mer omsorg: Svenska familjeband under senare år – särskilt 1985–2015*. Stockholm: Familjen först.
- Söderberg, M. (2014). *Hänsynstagandets paradoxer: Om äldre, närstående och biståndshandläggare vid flytt till särskilt boende*. Lund: Lunds universitet.
- Ulmanen, P. (2015). *Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Verdery, A. M., Margolis, R., Zhou, Z., Chai, X. & Rittirong, J. (2019). Kinlessness around the world. *Journals of Gerontology*, 74(8), 1394–1405. doi: 10.1093/geronb/gby138
- Vikström, J., Bladh, M., Hammar, M., Marcusson, J., Wressle, E. & Sydsjö, G. (2011). The influences of childlessness on the psychological well-being and social network of the oldest old. *BMC Geriatrics*, 11(78), 1–11. doi: 10.1186/1471-2318-11-78

- Walker, R. B. & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: A systematic review of the literature. *Ageing & Society*, 29, 455–480. doi: 10.1017/S0144686X08007903
- Wenger, G. C., Dykstra, P. A., Melkas, T. & Knipscheer, K. C. P. M. (2007). Social embeddedness and late-life parenthood: Community activity, close ties, and support networks. *Journal of Family Issues*, 28(11), 1419–1456. doi.org/10.1177/0192513X07303895
- Wenger, G. C., Scott, A. & Patterson, N. (2000). How important is parenthood? Childlessness and support in old age in England. *Ageing & Society*, 20, 161–182. doi.org/10.1017/S0144686X99007631
- Wimo, A. et al. (2020). *Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende: Förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC-projektet*. SNAC.
- Zhang, Z. & Hayward, M. D. (2001). Childlessness and the psychological well-being of older persons. *Journals of Gerontology*, 56B(5), 311–320. doi.org/10.1177/0192513X03254519
- Öberg, P., Andersson, L. & Bildtgård, T. (2016). Skyddar en parrelation på äldre dar mot ensamhet? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 23(1), 19–36. doi.org/10.3384/SVT.2016.23.1.2333

10. Refamilisering och responsibilisering

Moraliska förväntningar på anhörigskap

ÅSA ALFTBERG

Inledning

Samhället står inför ett växande antal personer med demenssjukdomar som bor kvar i sina ordinarie hem allt längre, och därmed en växande grupp anhöriga som ger omsorg till sina närstående med demenssjukdom. Denna anhörigrupp består i hög grad av en äldre partner i ett gemensamt hushåll, men också av vuxna barn som ger omsorg till äldre föräldrar. Anhöriga som regelbundet ger omsorg påtalas generellt som en utsatt grupp, med ökad risk för ohälsa, social isolering och försämrad livskvalitet (Socialstyrelsen 2016). Anhörigas situation har till och med beskrivits som en folkhälsofråga (Socialstyrelsen 2020). Även försämrad inkomst kan bli följderna av anhörigskap, eftersom omsorgsgivandet tar tid från arbete eller studier eller att man som anhörig går i pension tidigare än planerat (Ulmanen 2015). Samtidigt verkar det finnas en samhällelig förväntan om att anhöriga ska ta på sig ett större ansvar för äldre familjemedlemmar, och frivilligheten betonas allt mindre (Ulmanen & Szebehely 2015; Takter 2017; Szebehely & Meagher 2018). Bland annat Leinonen (2011) kopplar denna utveckling till en åldrande befolkning och ansträngda statsfinanser, vilket leder till en reducering av äldreomsorgsinsatser, såsom hemtjänst och särskilda boenden. Detta leder i sin tur till att många äldre kan vara beroende av omsorg från sina anhöriga i stället för att ha tillgång till den formella äldreomsorgen. Att anhörigas ansvar ökar kan beskrivas i termer av *refamilisering* – det vill säga ett större beroende av familjen på grund av minskad tillgång till formell omsorg

och välfärd (Ulmanen & Szebehely 2015) – och *responsibilisering*, vilket innebär ett individuellt ansvar för något som tidigare legat på andra aktörer, framför allt välfärdsstaten (Juhila et al. 2017).

I detta kapitel vill jag undersöka hur anhöriga skrivs fram som en särskild kategori, vilket inkluderar föreställningar om anhörigskap och vilket ansvar anhöriga förväntas ta. Jag kommer att utgå från Svenskt Demenscentrums bok *Om demenssjukdom för anhöriga: En handbok från Svenskt Demenscentrum* (2021) som riktar sig till anhöriga.³³ Boken består av 124 sidor och finns fritt tillgänglig på internet samt är möjlig att köpa i tryckt format. Syftet med boken är att ge information och stöd till den som vårdar en närstående med demenssjukdom, men dess innehåll består också av implicita förväntningar och föreställningar om anhörigskap. Texten kan därför uppfattas som att den ingår i en diskurs som belyser hur anhöriga konstrueras som grupp eller kategori, och hur man ska vara en "god anhörig". Svenskt Demenscentrum är en viktig aktör inom området, samtidigt som deras texter inte är unika utan ingår i ett större sammanhang där föreställningar om demens och anhöriga förmedlas och reproduceras. Boken kan alltså ses som ett exempel på den retorik som omgärdar anhörigskap. Boken riktar till anhöriga generellt, men många av exemplen och formuleringarna i texten handlar om parrelationen make/maka där någon av dem drabbats av demenssjukdom. Budskapet till anhöriga är tydligt stöttande. De ska inte offra sin egen hälsa av omtanke för en älskad närstående, utan texten försöker hjälpa anhöriga att hitta en balans för de behov som både närstående och anhöriga kan ha.

Detta sätt att göra en närläsning av en enskild text är en vanlig metod inom diskursanalys (se t.ex. Isaksson 2011). Med diskurs menas här det som sätter ramarna för hur ett fenomen kan förstås (Laclau & Mouffe 1990). Till exempel, ett fenomen som anhörigskap kan förstås och tolkas på olika sätt, men bara inom de ramar som diskursen sätter upp. Hur något artikuleras (i tal, skrift eller människors handlingar) inom ramen för en given diskurs synliggör föreställningar som är tagna för givna och framstår som naturliga och självklara

³³ Svenskt Demenscentrum är en stiftelse med uppdrag från Socialstyrelsen samt regeringen med syfte att vara en sambandscentral och kunskapsbank inom demensområdet. Förutom att samla och sprida information vill centret också underlätta implementering av nya kunskaper i vård och omsorg, med målet att utveckla ett mer demensvänligt samhälle (www.demenscentrum.se 2022-01-07). Boken är en uppdaterad andra upplaga av en tidigare version från 2014.

(Foucault 1981). Den centrala fråga som ställts till texten under noggrann och upprepad läsning av den har utgått från anhörigskap och ansvarstagande: hur artikuleras anhörigas ansvar i texten? Frågan tar avstamp i ett teoretiskt ramverk som knyter individens ansvar till samhällelig styrning och självdisciplinering (Foucault 2002, 2017). Enligt Foucault socialiseras individen till handlingar som upplevs som goda för både individen och samhället. Individen förväntas följa dessa handlingar utan direkt övervakning; kort sagt en form av självdisciplin. Som Foucault påpekar sker denna självdisciplinering inte bara genom sociala institutioner, utan det är en process som också är institutionellt obunden (Foucault 2002, 2017). Att anhöriga tillskrivs ett "naturligt" ansvarstagande kan därför betraktas som en socialisering till ett anhörigskap som anses gynna både individen och samhället. Det som uppfattas som naturligt och självklart kan dock problematiseras och diskuteras genom den här typen av analys.

Nedan följer en kort bakgrund som beskriver anhörigas situation samt position i samhället. Därefter görs en analys av Svenskt Demenscentrums bok i fyra delar. Kapitlet avrundas med en avslutande diskussion.

Anhörigas utsatta situation

Med anhörig menas i detta kapitel den som regelbundet vårdar, hjälper eller stödjer en närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, är äldre eller har en funktionsnedsättning. Omkring var femte svensk ger stöd eller omsorg till en närstående och en majoritet av dessa hjälper en äldre person (Socialstyrelsen 2020). Huvuddelen av gruppen anhöriga är vuxna barn som stöttar en förälder eller äldre person som ger omsorg till en make/maka eller partner. Uppskattningsvis utförs anhörigomsorg till två tredjedelar av kvinnor (Nka 2022). Omsorgen består bland annat av hushållsarbete, tillsyn, känslomässigt stöd, personlig och medicinsk omsorg, pappersarbete (t.ex. betala räkningar), trädgårdsarbete, skjutsning samt kontakter med formell vård och omsorg (Ulmanen 2018).

En stor grupp anhöriga ger omfattande omsorg till en äldre närstående med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2020). Anhöriga som vårdar och hjälper en person med demenssjukdom upplever i högre grad negativa aspekter i sin anhörigroll jämfört med andra anhöriga

som ger omsorg (La Fontaine & Ovebode 2014). Framför allt upplever de sin situation som mycket påfrestande och att de förväntas stora åtaganden (Jegermalm et al. 2014). Anhörigas fysiska och psykiska hälsotillstånd, deras sociala liv och ekonomiska situation påverkas negativt när de är omsorgsgivare under lång tid (Courtin et al. 2014).

Anhörigas motiv till att bistå med omsorg handlar om känslomässig samhörighet men ibland också om nödvändighet (Whitaker 2009; Olin 2010; Ter Meulen & Wright 2012; Jegermalm et al. 2014). Positiva och negativa aspekter, liksom vad som upplevs som frivilligt eller påtvingat, blandas samman och går inte att helt skilja åt (Ulmanen 2015). Rollen som anhörig är både självpåtagen och påtvingad på samma gång (Goldsteen et al. 2007). Motsägelsefull kommunikation och förväntningar från formella vårdgivare eller familjemedlemmar kan ytterligare öka anhörigas känsla av tvång och brist på kontroll (Laparidou et al. 2019). Moraliska påtryckningar kan upplevas i samband med beslut om formella stödinsatser riktade till den närstående. För att insatserna ska fungera kan behövas anpassning och ansvarstagande från anhöriga, vilket förmedlas som något underförstått att anhöriga ska gå med på (Takter 2017).

Det kan tilläggas att förväntningar på anhöriga skiljer sig åt mellan könen. Kvinnlighet förknippas traditionellt med omvårdande egenskaper och majoriteten av anhöriga som ger omsorg är kvinnor (Jeppsson Grassman 2003; Schmid et al. 2012; Ulmanen 2015). Att som kvinna välja att inte ge anhörigomsorg kan skapa skam och skuld, oavsett skäl (Friedemann & Buckwalter 2014). Här sammankopplas också föreställningar om kön med föreställningar om etnicitet och invandrarskap. En vanlig stereotyp uppfattning av kvinnliga migranter är att de är exceptionellt skickliga omsorgsgivare på grund av en mer familjeorienterad livsstil (Torres 2010). Detta gör också att till exempel socialtjänsten förväntar sig att familjer med migrantbakgrund träder in som anhörigvårdare i större utsträckning än familjer utan sådan bakgrund (Forssell & Torres 2012). Att anhörigas omsorg knyts till kvinnor och femininitet har i sin tur betydelse för hur mäns anhörigomsorg uppfattas (Calasanti 2003; Sanders & Power 2009; Wallroth 2016). Män uttrycker liknande erfarenheter som kvinnliga anhöriga, men manlig anhörigomsorg betraktas ofta som mindre av en börda och mer av ett val. Det förekommer också föreställningar om att det är lättare för män än för kvinnor att delegera uppgifter till andra familjemedlemmar eller till formell omsorg (Wallroth 2016).

Refamilisering

Anhörigas roll bör betraktas inom ramen för en refamiliseringsprocess inom äldreområdet; en process som växt fram utan att lagstiftningen har förändrats. Under de senaste decennierna har en förskjutning skett från universell välfärd och avfamilisering – det vill säga ett socialt och ekonomiskt oberoende av familjen även för den som har behov av omsorg – till refamilisering, vilket innefattar ett större beroende av familjen på grund av minskad tillgång till formell omsorg och välfärd (Szebehely & Trydegård 2012; Ulmanen & Szebehely 2015). Refamilisering omvandlar samhällets skyldigheter till familjens eget ansvar och egna problem (Olin & Dunér 2010). Detta framträder särskilt tydligt i relation till äldreomsorgen. En reducerad äldreomsorg har framför allt lett till färre antal platser på särskilda boenden – sedan år 2000 har närmare var tredje plats försvunnit. En större andel äldre personer med omfattande omsorgsbehov bor således kvar i sina ordinarie hem, medan hemtjänsten inte har utvecklats i samma takt för att möta behoven (Szebehely & Meagher 2018). Konsekvenserna blir därmed minskad frivillighet när det gäller anhörigas omsorg. Detta gäller både i vilken grad och om de överhuvudtaget vill och har möjlighet att ge omsorg till en närstående. Frågan blir alltså inte så mycket *om*, utan *hur mycket* anhörigomsorg som anhöriga förväntas ställa upp med. Refamiliseringen spär också på ojämlikheter utifrån både kön och klass. De med högre inkomst har till exempel större möjlighet att köpa privata tjänster, vilket underlättar eventuell anhörigomsorg (Szebehely & Trydegård 2012; Szebehely & Meagher 2018).

Anhörigas ansvar

I läsandet och analyserandet av *Om demenssjukdom för anhöriga: En handbok från Svenskt Demenscentrum* (2021) framträder anhörigas ansvar på olika sätt. Här beskrivs olika saker som anhöriga förväntas ta ansvar för, det vill säga *vad* ansvaret gäller, och också påpekanden om *hur* detta ansvarstagande bäst kan låta sig utformas. Ansvar är således ett genomgående tema som nedan kommer att presenteras ur olika aspekter: det självklara ansvarstagandet, anhörigas ansvar för

den närstående, ansvar gentemot formell vård och omsorg, och slutligen, ansvar för sig själv.

Det självklara ansvarstagandet

Ansvar som anhöriga tar på sig genom att ge omsorg till en närstående framstår i boken som något rimligt och självfallet. Genom formuleringar såsom "Ofta känns det självklart och naturligt att ställa upp till hundra procent för sin man eller maka" (s. 19) eller "Anhöriga står idag för en mycket stor del av vården och omsorgen. Många vill och tycker det är naturligt att ställa upp för sin närstående" (s. 24) utformas en förväntning på anhöriga. Det framstår som normalt och naturligt att vilja ge omsorg – att ställa upp till hundra procent och inte mindre än så – och att tveka att ta det ansvaret blir därmed onaturligt. Bokens utgångspunkt är förvisso att ge stöd till anhöriga som ger omsorg med intentionen att bekräfta och erkänna deras insatser. Det skulle ju ändå kunna tänkas att frivilligheten för anhörigomsorg problematiserades eller gjordes mer komplex, men det väcks inga frågor om det skulle kunna se ut på något annat sätt.

Det som också framhävs i texten är rollförändringen mellan makar. Relationer som varit ömsesidiga förändras och praktiska uppgifter av olika slag tas över av de anhöriga. Här blir rollen som anhörig snarare än partner den främsta identiteten som anhöriga förväntas inta: "Om du förstår att ni inte är ett par på det sättet längre, utan att du är en anhörig som vårdar och stödjer. Om du har accepterat att det är så kan det kännas lite lättare" (s. 78). Att enbart eller främst bli betraktad som anhörig torde påverka vilka känslor och ageranden som individen uppfattar som legitima, vilket i sin tur kan skapa skuld och skam vid känslor och handlingar som handlar om att vara make/maka och inte anhörigvårdare.

Anhörigas ansvar för den närstående

I ansvarstagandet för den närstående beskriver boken hur anhöriga kan tillämpa rätt bemötande av den som är sjuk. Det handlar om att ge stöd men i lagom mängd. Den med demenssjukdom ska känna sig behövd och anhöriga ska inte ta över för mycket:

Både anhöriga och alla som i sitt arbete kommer i kontakt med demenssjuka personer bör sträva efter att stärka deras självkänsla. Försök att bidra till positiva känslor och upplevelser och förhindra de negativa. Det handlar om att ta vara på det friska och stimulera det som ännu fungerar. Alla behöver känna sig betydelsefulla och behövda. Så det gäller att stötta och inte ta över för mycket. (s. 41)

Vidare beskrivs vikten av att anhöriga motiverar, påminner och uppmuntrar den som är demenssjuk. För att stärka den närståendes självkänsla kan anhöriga försöka skapa vardagsaktiviteter som är lustfyllda och roliga. De anhöriga har också som uppgift att bevara identitet och förmågor hos den som är demenssjuk: "För att bevara identiteten och förmågorna så länge det är möjligt krävs att de som vårdar lockar fram och stödjer dessa" (s. 45). Detta benämns som att "fungera som ett 'hjälpjag'" (s. 45). Förväntningarna på anhöriga är således höga och kräver stort engagemang.

I svåra situationer som kan uppstå, till exempel situationer där anhöriga blir utsatta för våld av den närstående, uppmanas anhöriga att ta kontakt med professionella som kan ge stöd. Det förväntas dock att anhöriga reflekterar över sitt eget beteende i sådana svåra situationer för att förstå om eller hur de själva bidragit till det som skett:

Det kan till och med handla om att din närstående slår till dig. Men människor slår inte utan vidare. Det kan handla om att hon inte blivit bemött på rätt sätt. Eller så vill hon uttrycka sin frustration, hon vill inte ha det så här. Naturligtvis ska du som anhörig söka professionell hjälp när något sådant händer. [...] För personalen – och kanske också för dig som anhörig – gäller det ändå att fundera över sitt eget beteende. Kanske har man ställt frågor som den som är demenssjuk inte kan svara på? Känner hon sig inte bekräftad och sedd? (s. 99)

Boken tar också upp att det kan vara svårt för anhöriga att ständigt orka med att bemöta den närstående på rätt sätt. I texten ges tips på strategier, såsom att gå undan en stund och att beväpna sig med tålamod:

Men det är förstås inte rimligt att du som anhörig alltid ska klara av att säga och göra "rätt". Det är mänskligt att inte alltid orka ta det lugnt och vänligt besvara samma fråga gång på gång. När du känner att du blir arg – för det kommer du säkert att göra – kan du försöka att gå undan en stund. [...] Det gäller alltså att bevärna sig med tålmod så gott det går. (s. 40)

Svåra känslor beskrivs som rimliga men de förväntas att bli hanterade. Genom att gå undan en stund, till exempel när ilskan är för stark, tar den anhöriga ansvar för bemötandet av den närstående.

Ansvar gentemot formell vård och omsorg

Anhöriga har stor betydelse i mötet mellan personen med demenssjukdom och formell vård och omsorg. I boken skildras det som ett särskilt ansvar som handlar om att tillgodose behoven hos den närstående men likaså anhörigas behov. Stödinsatser från vård och omsorg betraktas således som ett stöd både för den med demenssjukdom och för anhöriga: "Tänk på att du ska räcka till och orka i många år. Om din fru är på dagverksamhet tre dagar i veckan kanske du orkar bättre de andra dagarna. Vänta inte tills du är för trött" (s. 24).

I mötet med de professionella förväntas anhöriga agera på olika sätt. Inför biståndshandläggaren är det anhörigas uppgift att förmedla vad som inte fungerar om den närstående själv inte kan framföra detta. Inför hemtjänstpersonalen behöver anhöriga berätta om den närståendes liv och vanor så att omsorgen kan anpassas. Hur den regelbundna kontakten mellan anhöriga och hemtjänstpersonal ska gå till kan behöva förtydligas för de inblandade parterna, och i boken uppmanas anhöriga att vara den som tar initiativ till detta. Det kan också finnas en mängd olika vårdkontakter som den anhöriga förväntas "hålla reda på och samordna, liksom mediciner och ibland även medicinsk utrustning. Det kan självklart kännas både tålmodigt och tidskrävande. Det är viktigt att du kan känna att du har kontroll över alla kontakter" (s. 32). Anhöriga är spindeln i nätet och förväntas kunna samordna och ha överblick över situationen.

I relationen till formell vård och omsorg betonar texten också att anhöriga måste kunna släppa taget för att inte bli utslitna, även om till exempel hemtjänstens besök i hemmet kan upplevas som obekväma:

Om ni är ett par som lever tillsammans kan det ta emot att släppa in främmande personer i hemmet. Det kan vara svårt för dig som är anhörig att släppa taget och det kan kännas konstigt att ditt hem också blivit andras arbetsplats. Men tänk på att du också ska orka som anhörig och ingen är hjälpt av att du sliter ut dig och kanske också blir sjuk. (s. 32)

Som anhörig förväntas du alltså överlämna viss omsorg till hemtjänsten när det behövs, att "släppa taget". Det skulle kunna uttryckas som att anhöriga bör ge lagom mycket omsorg och veta när det är dags att lämna över till den formella omsorgen. I vågskålen ligger anhörigas egen hälsa, vilket kommer att vidareutvecklas nedan.

Ansvar för sig själv

Som påvisats innebär anhörigskapet stort ansvar för den närstående och i förhållande till formell vård och omsorg. I boken framhävs dessutom att det också är viktigt att den som är anhörig inte glömmet bort att ta hand om sig själv. Som anhörig förväntas man ta ansvar för sig själv, bland annat genom att ta hand om sig själv och sätta egna gränser: "Men tänk på att du måste försöka sätta din egen gräns för hur mycket du kan, vill och orkar göra som anhörig. Ingen är betjänt av att du som anhörig kör slut på dig själv" (s. 19). Här påpekas också riskerna med att inte ta ansvar för sig själv: "För vad händer med din närstående om du inte orkar och blir sjuk?" (s. 24). Fokus är inte på vad som kan hända den anhöriga om den blir sjuk utan på vad som kan hända med den närstående i så fall. Anhörigskapet verkar vara ett sådant framträdande perspektiv att övriga aspekter inte ges utrymme; individen bakom anhörigskapet försvinner.

Ett kapitel i boken har rubriken "Glöm inte dig själv" (s. 66) och beskriver just vikten av att också tänka på sig själv och inte ta på sig för mycket:

Som anhörig kommer du oftast i andra hand samtidigt som du ofta förväntas ställa upp. Det har också många positiva sidor att hjälpa sin närstående. Men det är inte egoistiskt att också tänka på sig själv. Det finns alltför många exempel på att anhöriga blivit sjuka för att de tagit på sig för mycket. [...] Sätt på dig syrgasmasken själv först, innan du hjälper andra. (s. 66)

Anhöriga kan bli sjuka om de tar på sig för mycket, och de har därför ett eget ansvar för att undvika detta. Eget ansvar innebär också egen skuld – anhöriga som inte släpper taget utan tar på sig för mycket kan bli sjuka och då är det möjligen deras egen förskyllan. Här diskuteras inte de strukturella och organisatoriska förutsättningar som påverkar hur mycket anhöriga tar på sig och huruvida de kan släppa taget eller inte. Metaforen med syrgasmasken som känns igen från flygresor betonar återigen vikten av anhörigas ansvar för sig själva så att de kan hjälpa och ta ansvar för andra.

Vad som också tas upp som nödvändigt för anhöriga i detta att ta ansvar för sig själv är att söka kunskap och stöd i sin situation: "... det är bra att söka stöd och hjälp tidigt [...]. Du behöver också rusta dig med kunskap om vilken hjälp som finns att få och vilka rättigheter både din närstående och du själv har" (s. 19). Stöd och kunskap syftar i hög grad till att anhöriga ska orka med att vara just anhöriga, det vill säga det är deras anhörigskap som verkar definiera deras behov: "Det är helt naturligt att anhöriga behöver stöd av olika slag för att orka med alla år som man är anhörig till en person med demens" (s. 66). Den kunskap som anhöriga anses behöva handlar mycket om sådant som rör sjukdomen för att underlätta tillvaron både för den närstående och anhöriga. Det handlar också om att få "kunskap, råd och tips för att kunna leva ett fortsatt bra liv" (s. 21). Ett bra liv förutsätter en kunnig och ansvarstagande anhörig, där omsorgen både gäller den närstående och anhöriga själva.

Avslutande diskussion: En god anhörig

Det är tydligt att anhörigas ansvar uppfattas som något naturligt och självklart, särskilt när det gäller make/maka eller partner. I en sådan relation förväntas den som lever med en demenssjuk person träda in i rollen som anhörigvårdare snarare än att fortsätta vara partner och livskamrat. Ansvaret för den närstående kan sammanfattas med att anhöriga ska fungera som ett "hjälpjag", det vill säga någon som är en förlängd del av personen med demenssjukdom och som hela tiden stöttar och bekräftar den närstående. Anhöriga behöver också kunna reflektera över egna beteenden och hantera svåra känslor, till exempel genom att beväpna sig med tålmod. Av sådana resonemang väcks

emellertid frågor: vad blir konsekvenserna av uppmaningen att bli vårdare i stället för partner, och vad händer med synen på den närstående? Om individen bakom anhörighetskapet försvinner och enbart blir en omsorgsgivare, finns då inte en risk att personen med demens reduceras som individ och uteslutande uppfattas som omsorgstagare?

Anhörigas ansvar stannar inte vid den närstående utan beskrivs också som vitalt i mötet med formell vård och omsorg. Här behöver anhöriga vara samordnaren, spindeln i nätet, som har överblick och kontroll. Samtidigt måste anhöriga veta när det är dags att släppa taget och överlåta ansvaret, helt eller delvis, till formella vårdgivare. Här finns en risk att annars framstå som en bråkig och besvärlig anhörig. Anhörigas ansvar sträcker sig vidare till den egna personen: att ta hand om sig själv för att inte bli sjuk och se till att införskaffa kunskap och stöd som behövs.

Ett sätt att förstå de föreställningar om anhörighetskap som boken från Svenskt Demenscentrum förmedlar är att det handlar om att skapa ökade möjligheter att vara en kompetent eller *god anhörig*. Anhörigas ansvar handlar om att kunna ta hand om den närstående med demens på rätt sätt, men också att anhöriga förväntas ta hand om sig själva för att minska riskerna för sin egen hälsa.

Det är inte konstigt att anhörighetskap bär med sig förväntningar på att ta hand om den närstående som är sjuk. Det som dock kan verka överraskande är att det också finns förväntningar på att ta hand om sig själv i rollen som anhörig. Ur ett teoretiskt perspektiv kan *ta hand om sig själv*³⁴ användas som ett begrepp för att förstå samhälllig styrning och hur mänskliga beteenden kan uppfattas som fria val trots att de formas av indirekt styrning (Foucault 2002, 2017). Samhället styr indirekt människor genom att människor disciplinerar sina egna beteenden i enlighet med det som uppfattas som goda och nyttiga handlingar för både individen och samhället (Foucault 2002, 2017). Självdisciplinering har särskilt stor betydelse i förhållande till hälsa, där människor i allt större utsträckning förväntas ta ansvar för och främja sin egen hälsa, det vill säga ta hand om sig själva (Alftberg & Hansson 2012, 2019). För att orka och kunna vara en god anhörig

³⁴ Begreppet *att ta hand om sig själv* är hämtat från Foucaults begreppsapparat inom vad som på franska kallas *les techniques de soi* (Foucault 2002, 2017). I engelsk litteratur återfinns termerna *take care of yourself* och *care of the self* (Alftberg & Hansson 2019 s. 136) och även *self-care* (Alftberg & Hansson 2012).

måste den egna hälsan beaktas så att man kan fortsätta ge omsorg så länge som möjligt. En god anhörig ser också till att vara kunnig och kompetent i allt som rör situationen, och hälsan, för den närstående. Återigen, metaforen med syrgasmasken är träffande: ta hand om dig själv så att du kan ta hand om andra.

Konstruktionen av en "god anhörig" kan då betraktas som del av en process som handlar om en samhällelig individualisering av sociala frågor, där människor förväntas ta ansvar för sin situation och hitta strategier för att hantera den utifrån den självdisciplinering som Foucault beskriver. Eget ansvar innebär egna "val" för hur livet ska förvaltas och förändras (Bauman 2002; Beck & Beck-Gernsheim 2002). En sådan responsabiliseringsprocess innehåller inte bara förväntningar på en ansvarsfull livsstil för det egna jaget (oavsett sociala och ekonomiska livsvillkor), utan sträcker sig även till ansvar för familjemedlemmar (Cossman 2013, Juhila et al. 2017). Detta får konsekvenser för vilka föreställningar som förknippas med anhörigskap, liksom vilka förväntningar som ställs på anhöriga.

Samtidigt som refamilieringsprocessen skapar ett tydligare anhörigskap, med fler som ger anhörigomsorg, sker en idealiserande och normerande process av anhörigskapet. En god anhörig mejslas fram (och där det finns goda anhöriga finns också de som uppfattas som mindre bra eftersom alla anhöriga inte har samma möjligheter att samordna och ge omsorg på det sätt som förväntas). En god anhörig tar sitt ansvar gentemot närstående, vård och omsorg och sig själv. Förväntningarna på anhöriga blir därmed naturliga och självklara medan samhället kan träda tillbaka, med ökad ojämlikhet som följd. I ett sådant läge kan refamilieringsprocessen fortgå utan vidare diskussion eller problematisering, för ansvaret ligger nu på individen. Det framstår som att trots det angelägna ändamålet med boken från Svenskt Demenscentrum, att ge stöd till anhöriga i en svår situation, så legitimeras samtidigt den förskjutning från samhälle till familj som skett och fortsätter att ske. Boken framstår som ett "responsibiliseringsprojekt" (Ilcan 2009), det vill säga ett projekt som syftar till mobilisering av vissa grupper (anhöriga i detta fall), betonar vikten av individens beteende och kunskap och är utformat av experter för att stimulera ansvarstagandet hos individen (Cossman 2013). En motreaktion är i stället att lyfta frågan och ifrågasätta förväntningarna på anhörigas ansvar och nyansera bilden av vad en god anhörig innebär. Målet bör vara att få träda in i rollen som anhörig på egna villkor och

där ett anhöringskap kan utformas på många skiftande sätt – utan förväntningar från samhällets sida men alltid med stöd.

Referenser

- Alftberg, Å. & Hansson, K. (2012). Self-care translated into practice. *Culture Unbound*, 4, 415–424.
- Alftberg, Å. & Hansson, K. (2019). Vinsten med att ta ansvar för hälsa. I L. Nordgren & K. Hansson (red.) *Health management: Vinst, värde och kvalitet i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- Bauman, Z. (2002). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage.
- Calasanti, T. (2003). Masculinities and care work in old age. I S. Arber, K. Davidson & J. Ginn (red.) *Gender and ageing: Changing roles and relationships*. Philadelphia: Open University Press.
- Cossmann, B. (2013). Anxiety governance. *Law & Social Inquiry*, 38(4), 892–919.
- Courtin, E., Nadia, J. & Mossialos, E. (2014). Mapping support policies for informal carers across the EU. *Health Policy*, 118(1), 84–94. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.07.013
- Forbat, L. (2003). Relationship difficulties in dementia care: A discursive analysis of two women's accounts. *Dementia*, 2(1), 67–84.
- Forssell, E. & Torres, S. (2012). Social work, older people and migration: An overview of the situation in Sweden. *European Journal of Social Work*, 15(1), 115–130. doi: 10.1080/13691457.2011.573911
- Foucault, M. (1981). The order of discourse. I R. Young (red.) *Untying the text: A post-structuralist reader*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Foucault, M. (2002/1976). *Sexualitetens historia*. Göteborg: Daidalos.
- Foucault, M. (2017/1975). *Övervakning och straff*. Lund: Arkiv förlag.
- Friedemann, M-L. & Buckwalter, K. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 313–336. doi: 10.1177/1074840714532715
- Goldsteen, M., Abma, T., Oeseburg, B., Verkerk, M., Verhey, F. & Widdershoven, G. (2007). What is it to be a daughter? Identities under

- pressure in dementia care. *Bioethics*, 21(1), 1–12. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00518.x
- Ilcan, S. (2009). Privatizing responsibility: Public sector reform under neoliberal government. *Canadian Review of Sociology*, 46(3), 207–234. doi:10.1111/j.1755-618X.2009.01212.x
- Isaksson, J. (2011). Re-evaluating the meaning of school difficulties. I A. Egan Sjölander & J. Gunnarsson Payne (red.) *Tracking discourses: Politics, identity and social change*. Lund: Nordic Academic Press.
- Jegermalm, M., Malmberg, B. & Sundström, G. (2014). *Anhöriga äldre angår alla!* Nka, Kunskapsöversikt 2014:3. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Jeppsson Grassman, E. (2003). *Anhöringskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.
- Juhila, K., Raitakari, S. & Hansen Löfstrand, C. (2017). Responsibilisation in governmentality literature. I K. Juhila, S. Raitakari & C. Hall (red.) *Responsibilisation at the margins of welfare services*. London: Routledge.
- La Fontaine, J. & Oyebode, J. R. (2014). Family relationships and dementia: A synthesis of qualitative research including the person with dementia. *Ageing and Society*, 34(7), 1243–1272. doi:10.1017/S0144686X13000056
- Laclau, E. & Mouffe, C. (1990). Post-marxism without apologies. I E. Laclau (red.) *New reflections on the revolution of our time*. London: Verso.
- Laparidou, D., Middlemass, J., Karran, T. & Niroshan Siriwardena, A. (2019). Caregivers' interactions with health care services: Mediator of stress or added strain? *Dementia*, 18(7–8), 2526–2542. doi:10.1177/1471301217751226
- Leinonen, A. (2011). Informal family carers and lack of personal time: Descriptions of being outside the sphere of formal help. *Nordic Social Work Research*, 1(2), 91–108. doi:10.1080/2156857X.2011.601142
- Nka, Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2021). *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga*. www.anhoriga.se
- Olin, E. & Dunér, A. (2016). A matter of love and labour? Parents working as personal assistants for their adult disabled children. *Nordic Social Work Research*, 6(1), 38–52. doi:10.1080/2156857X.2015.1099116
- Sanders, S. & Power, J. (2009). Roles, responsibilities, and relationships among older husbands caring for wives with progressive dementia and other chronic conditions. *Health & Social Work*, 34(1), 41–51.

- Schmid, T., Brandt, M. & Haberkern, K. (2012). Gendered support to older parents: Do welfare states matter? *European Journal of Ageing*, 9(1), 39–50. doi:10.1007/s10433-011-0197-1
- Socialstyrelsen (2016). *Stöd till anhöriga: Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*. www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen (2020). *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer: Underlag till en nationell strategi*. www.socialstyrelsen.se
- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2012). Home care in Sweden: A universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300–309. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x
- Szebehely, M. & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare: Weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294–308. doi:10.1177/0958928717735062
- Takter, M. (2017). *Vem är den enskilde i ett gemensamt hem? En studie av hur biståndshandläggare förhåller sig till anhörigas möjligheter till frivillighet, autonomi och personlig integritet*. Malmö: Malmö universitet.
- Ter Meulen, R. & Wright, K. (2012). Family solidarity and informal care: The case of care for people with dementia. *Bioethics*, 26(7), 361–368. doi:10.1111/j.1467-8519.2012.01992.x
- Torres, S. (2010). Invandrarskap och tvärkulturella äldreomsorgsmöten. I S. Johansson (red.) *Omsorg och mångfald*. Malmö: Gleerups.
- Ulmanen, P. (2015). *Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Ulmanen, P. (2018). Anhörigomsorg i stad och land. I H. Jönson & M. Szebehely (red.) *Äldreomsorger i Sverige: Lokala variationer och generella trender*. Malmö: Gleerups.
- Ulmanen, P. & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81–92. doi:10.1111/ijsw.12108
- Wallroth, V. (2016). *Men do care! A gender-aware and masculinity-informed contribution to caregiving scholarship*. Linköping: Linköpings universitet.
- Whitaker, A. (2009). Family involvement in the institutional eldercare context: Towards a new understanding. *Journal of Aging Studies*, 23(3), 158–167. doi:10.1016/j.jaging.2008.12.006

11. "Det känns deprimerande och slitsamt"

Om socionomstudenters intresse för arbete med äldre

FINNUR MAGNÚSSON

Inledning

I en artikel från 2005 diskuterade Peter Dellgran och Staffan Höjer en hierarkisk statusordning inom det sociala arbetet. I artikeln ges exempel på hur studenter på socionomutbildningarna i Sverige tenderade att rangordna vissa av en socionoms arbetsområden som mer attraktiva än andra. Enligt författarna återspeglade studenternas yrkesmässiga intressen en hierarkisk statusordning. Enligt deras enkätundersökning, som inkluderade 800 socionomstudenter, var de mest eftersträlvade arbetsområdena olika former av terapi, barnpsykiatri och skolkurativt arbete. De mindre populära arbetsområdena var försörjningsstöd, missbrukarvård samt äldreomsorg. Som en konsekvens av resultatet ställde sig författarna frågan om det reflekterade generella, tongivande uppfattningar på en samhällelig nivå. Resultaten bekräftas av liknande studier, som visade hur de flesta socionomstudenter föredrog att arbeta och söka anställning inom det sociala arbetet med barn och unga i stället för att arbeta med arbetslöshetsfrågor, åldrande eller funktionsnedsättning (Weiss, Gal & Cnaan 2004). På det stora hela är dock detta ämne relativt outforskat.

I detta kapitel vill jag belysa hur svenska socionomstudenter artikulera sitt intresse för att arbeta med äldrefrågorna inom ramen för det sociala arbetet och samtidigt relatera till den forskning som finns på området.

Som mamma till tre barn ligger mitt engagemang på barn och familj. Äldreomsorg upplevde jag tyvärr som en institution – ett slags förvarande. Vilket är sorgligt i sig, men svårt att arbeta

proaktivt/förebyggande och många äldre var antingen bittra, otacksamma eller ointresserade av hjälp.

Så förklarar en socionomstudent vid ett svenskt lärosäte sitt bristande intresse för framtida fördjupningskurser med gerontologiskt innehåll. Vilka föreställningar om ålder och åldrande kan finnas bland socionomstudenter? Och hur kan dessa kopplas ihop med frågor om äldres utsatthet? Den frågan tar jag mig an i detta kapitel. Ansatsen är explorativ och tar sin utgångspunkt i en enkätstudie som fokuserar på aspekter av nyantagna socionomstudenters intresse för äldre frågor, dels utifrån ett allmänt samhällsperspektiv, dels med utgångspunkt i utbildningen.

Den socialgerontologiska diskussionen kring åldrande, åldersstereotyper och åldersidentitet, har ofta tagit sin utgångspunkt i begreppet *ålderism*, som lanserades i socialgerontologin av psykiatern Robert Butler i slutet av 1960-talet, i samklang med den rådande tidsandan med radikala sociala rörelser och ifrågasättanden av rådande makthierarkier (2021; Bodily 1994; Hazan 1994; Biggs 2001). Det som tydligast har kommit att känneteckna diskussionen kring ålderism är dess koppling till makt och förtryckande mekanismer. Diskriminering, fördomar och stereotyper är de analytiska begrepp som oftast förekommer i diskussionen kring konkreta exempel på ålderism och ålderistiska attityder och tendenser (Iversen et al. 2009; Snellman 2016).

Några av de vanligaste föreställningarna kring äldre personers "egenskaper" likställer hög ålder med skröplighet och ett slags mental förvirring som leder till att äldre tenderar till att ses som en grupp vid sidan av "livet" (Levin & Levin 1980). Detta har forskare, som antropologen Haim Hazaan, valt att kalla för åldrandets kulturella identitet (Hazaan 1994). Denna process kan även belysas med hjälp av Pickerings (2001) resonemang kring *naturalisering*, som innebär bekräftande av stereotypa egenskaper och beteenden som sanningar som kan reflekteras i olika sorters offentliga diskurser eller narrativ. Grundantagandet är då att vi ordnar och förenklar tillvaron genom att kategorisera händelser och människor oftast utifrån ett fåtal egenskaper som döljer en mångfasetterad verklighet (Jenkins 2000).

Överhuvudtaget kan vi konstatera att äldres utsatthet i termer av stereotypisering och uttryck för negativa fördomar förekommer i flera samhälleliga arenor. Trots den stora mängd forskning som tagit sin

utgångspunkt i den heterogenitet, skiftande livsstilar och socioekonomiska skillnader som karakteriserar gruppen äldre, har stereotypa bilder och föreställningar visat sig vara rotfasta och svåra att rucka på. För den åldrande individen som upplever sig som frisk och ser sin tillvaro som full av möjligheter, kan det vara en utmaning att konfronteras med stereotypa föreställningar om åldrandet som något negativt och som automatiskt gör äldre till både behövande och beroende (jfr diskussionen i Jönson & Harnett 2015, s. 23).

Då är det frågan om detta även gäller socionomutbildningarna. Betyder det exempelvis att det finns en risk att äldre kommer att ut sättas för dessa föreställningar i mötet med den socionomutbildade kuratorn eller biståndshandläggaren?

Forskningsläget

Internationell forskning har visat att flertalet studenter i socialt arbete inte visar något större intresse för det som vi skulle kunna kalla gerontologiskt socialt arbete. Både Scharlach et al. (2000) samt Rosen, Zlotnik och Singer (2002) har exempelvis pekat på stora brister bland socialarbetare i USA när det gäller kompetens i äldre frågor. Inte sällan härleds kunskapsluckorna till negativa attityder hos både socialarbetare och studenter, men även irrelevanta eller bristfälliga kurser inom utbildningen (Scharlach et al. 2002; Snyder et al. 2008; Weiss 2005). Andra har i sin forskning pekat på att genomgången utbildning med gerontologiskt innehåll nästan inte har någon påverkan på studenters inställning (Geyer & Louw 2020).

Här är det dock viktigt att framhålla hur viss internationell forskning har påpekat hur socionomstudenter inte tycks inta den negativa inställning till kategorin äldre som redovisats ovan. Det svaga intresset för äldre frågorna borde snarare förklaras utifrån bristande kunskap och avsaknad av utbildning (Jönson 2021a; Cummings, Adler & DeCoster 2005; Hooyman & Lubben 2009; Wang & Chonody 2013). Utifrån detta kan vi se ointresset som strukturellt betingat, dels utifrån allmänna samhällliga föreställningar, dels utbildningars uppbyggnad och organisation.

I internationella sammanhang har flera forskare tagit sig an uppgiften att utifrån en läroplansteoretisk ansats skärskåda socionomutbildningars gerontologiska innehåll. De amerikanska forskarna Walker och Pillai (2005) har exempelvis undersökt innehållet i socialarbetarutbildningar i USA. De kom fram till det något dystra faktum att kurser med fördjupande gerontologiskt innehåll i princip inte förekom. Flera forskare har nått fram till liknande resultat (Green et al. 2005; Jönson 2021a; Jönson, Ågård & Magnússon 2020; Wang & Chonody 2013; Hooyman & Lubben 2009; Cummings, Adler & DeCoster 2005). Vidare kan vi konstatera att det i internationella forskningssammanhang har getts exempel på aktiviteter som syftat till att konfrontera studenter i socialt arbete med deras egna stereotypa attityder gentemot åldrandet (Akkerman & Bakker 2011). I Cohen et al. (2000) beskrivs exempelvis hur amerikanska studenter placerades i fokusgrupper bestående av en blandning av frivilliga vuxna äldre och studenter i socialt arbete. Resultatet visade att förutom att konfronteras med sina egna fördomar, blev studenterna fråna att ha varit avvaktande alltmer positiva till socialt arbete med äldre. Internationell forskning som fokuserat på studenters inställning till äldreområdet har ofta sökt förklaringar inom ramen för utbildningen (Jönson 2021a; Cummings, Adler & DeCoster 2005; Hooyman & Lubben 2009; Wang & Chonody 2013). Men gerontologiskt innehåll i utbildningar tycks inte automatiskt generera ett större intresse för äldrefrågorna bland studenter. I en studie av sydafrikanska studenters inställning till ett engagemang i gerontologiskt socialt arbete, kom Geyer och Louw (2020) fram till att förkunskaper i ämnet inte tycktes ha någon betydelse för slutresultatet. Denna slutsats föranledde forskarna att snarare söka förklaringar i bristande erfarenhet, och att kursernas innehåll i långt större utsträckning måste anpassas till ett snabbt föränderligt samhälle. I svenska sammanhang finns exempel på forskare som har tagit utgångspunkt i olika övningsuppgifter för socionomstudenter i syfte att analysera föreställningar om och attityder till äldre och åldrande. Detta har Camilla Seidl uttryckt som "att plocka in praktiken i klassrummet" (Seidl 2021 s. 191). Genom att ta utgångspunkt i socionomstudenters fiktiva fallbeskrivningar i utredningssammanhang, vill hon problematisera studenternas beskrivningar av äldre. I en liknande studie har Ghazanfaraeon Karlsson (2019) visat hur studenter länkade behov till ålder, men även etnicitet och kön (jfr även Jönson 2021; Dychawy, Rosner & Högström 2018).

Sammanfattningsvis så visar forskningen en kombination av dels brister i utbildningen, dels litet intresse bland studenter. Båda dessa förhållanden kan förklaras utifrån samhälleliga föreställningar där ålderssegregation framstår som en norm (jfr Magnússon 2021.)

Metod och material

För att få en bild av socionomstudenters intresse för socialt arbete med äldre har studenter under den första terminens studier vid ett svenskt lärosäte fått svara på enkätfrågor angående deras intresse för att läsa fördjupningskurser inom äldreområdet och om de hade erfarenheter av praktiskt arbete med äldre, exempelvis inom hemtjänst. Den frågan ska ses i ljuset av att exempelvis sommarjobb inom äldreomsorgen traditionellt varit vanligt bland studenter. De studenter som har deltagit i undersökningen har alla rekryterats från utbildningens första termin efter en veckas tematisering av åldrandefrågor i socialt arbete. Studien grundar sig på enkätsvar från sammanlagt sex terminer från höstterminen 2017 till vårterminen 2021. Under vår- och höstterminerna 2020 var all undervisning nätburen och då delades enkäten inte ut. Vårterminen 2021 var sista terminen som studenterna erbjöds att delta i studien och då i formen av en webbaserad enkät. Socionomutbildningars studenter rekryteras inom kategorin "unga vuxna" och intresset för att identifiera sig med kategorin "äldre" och även socialt arbete med äldre kan därmed kännas främmande. Å andra sidan rör det sig här om studenter som under ett par veckors tid fått en översiktlig introduktion till hur man kan problematisera utsatta gruppers situation i samhället, där åldrande utgör en parameter jämsides med etnicitet och kön. Tillvägagångssättet för insamlandet av studenternas svar kan beskrivas enligt följande: Studiens syfte klargjordes och studenterna informerades om att deltagandet var frivilligt och inte på något sätt ingick som ett examinerande kursmoment. Svaren fylldes i för hand, antingen direkt efter temaveckans avslutande föreläsning eller i samband med ett annat undervisningsmoment i nära anslutning. De går inte i efterhand att identifiera, eftersom uppgifter om ålder och kön inte har efterfrågats. Studenternas benägenhet att delta har varierat från termin till termin. I det sammanhanget bör påpekas att enkäten endast distribuerades till de

studenter som var närvarande vid den aktuella föreläsningen. För att få fram en svarsfrekvens jämfördes antalet inlämnade enkätsvar med kursens totala antal registrerade studenter, vilket varierade mellan 80 och 100 studenter. I regel har 40–50 procent av kursens registrerade studenter svarat på enkäten. Här utgör vårterminen 2021 ett undantag eftersom endast ett fåtal valde att svara. En tänkbar anledning kan vara den webbaserade formen som studenterna inte kände sig bekväma med.

Själva enkäten bestod av följande frågor:

Har du erfarenhet av att arbeta med äldre?

Kan du tänka dig att läsa fördjupningskurser kring åldrandet och äldres behov?

Till detta kom att studenterna ombads motivera sina svar.

Totalt har 178 studenter svarat på enkäten.

När enkätsvaren var inlämnade lästes de och sammanställdes i tre framträdande kategorier eller teman som framstod som utmärkande och återkommande i svaren. Dessa bestod av följande: *ointresse, intresse* och slutligen *utbildningens betydelse*.

Resultat

Låt oss börja med en översiktsbild över svaren i tabellform.

Tabell 1. Sammanställning av resultatet (n = 178)

Har du erfarenhet av att arbeta med äldre?

JA: 58 (34,5 %)

NEJ: 110 (65,5 %)

Kan du tänka dig att läsa fördjupningskurser kring åldrandet och äldres behov?

JA: 62 (37 %)

NEJ: 95 (56,5 %)

Osäkra: 21 (12 %)

Av tabellen framgår att majoriteten av de studenter som ingått i studien har angett att de inte har haft erfarenhet av någon sorts arbete med äldre. Vidare anger de flesta att de inte kan tänka sig att förkovra sig inom äldreområdet. Slutligen ser vi att 12 procent av de tillfrågade studenterna är osäkra på sina val.

Låt oss nu se närmare på de motiveringar som studenterna anger i sina svar. Där framträder ett komplext mönster av teman som grundar sig i erfarenheter från ett vikariat inom äldreomsorgen, relationen till äldre släktingar, hänvisningar till samhällsliga föreställningar och högst personliga tankar kring det egna åldrandet. I fortsättningen kommer texten att följa de tredelade tematiseringar som angetts: *ointresse, intresse och utbildningens betydelse*.

Ointresse

Som tabellen ovan visar har de flesta av de studenter som deltog i studien (56,5 %) ett ointresse för att fördjupa sig i ämnet äldre och äldre frågor i den framtida utbildningen. Låt oss återgå till trebarnsmammans resonemang som vi mötte i inledningen. Hon tillhör denna grupp och förklarar sitt bristande intresse för framtida fördjupningskurser med gerontologiskt innehåll. Detta tillskriver hon viss erfarenhet av att arbeta med äldre och det präglar hennes ställningstagande. Äldreomsorgen ser hon som en slags förvaring där möjligheterna till förebyggande åtgärder inte premieras. Till detta kommer att den bild hon ger av gamla människor kännetecknas av negativa förtecken. De är bittra, otacksamma eller ointresserade. I vissa fall jämför studenterna olika målgruppers situation och då nedtonas till och med äldres behov. Om detta förhållande skriver en student:

Finns andra målgrupper som jag upplever kräver mer stöd och förändring.

Svaret är representativt för gruppen ointresserade studenter. Inte minst får en negativ bild av äldreomsorgen en betydelse. Arbetet beskrivs som deprimerande och slitsamt och man återkommer ofta till att det saknas möjligheter till förebyggande insatser. Utsagorna bygger inte sällan på egna erfarenheter av exempelvis sommarvikariat

inom hemtjänst eller motsvarande. Men lika ofta är det frågan om inställning, där äldreområdet har fått en slags "tråkighetsstämpel":

Jag vill inte arbeta inom området. Det känns deprimerande och slitsamt.

De flesta anger motiv som har att göra med dåligt rykte som vi sett prov på ovan. Man skulle kunna säga att man helt enkelt gör ett aktivt val och då är äldreområdet inte prioriterat.

Studenternas svar följer i stort sett trenderna i internationell forskning kring socionomstudenters intresse för äldrefrågor och hur det bristande intresset kan ha sin grund i negativa, ålderistiska attityder (Jönson 2021a; Rosen, Zlotnik & Singer 2002; Scharlach et al. 2000). Vi ser samtidigt exempel på att ett bristande intresse kan få en närmast ursäktande klang:

De som jobbar med äldre MÅSTE vara engagerade. De äldre förtjänar bästa möjliga bemötande och omsorg, därför skall inte jag jobba inom det området.

Här är det snarare så att studenten är medveten om vad som krävs och ifrågasätter sin egen lämplighet och förmåga att kunna leva upp till kraven.

Direkta ålderistiska inslag kan också yttra sig i att studenter känner ett slags obehag inför åldrandet. En student väljer bort studier av äldre med följande motivering:

Tror området ligger för nära mitt eget åldrande. Vill inte påminnas om det. Sorgligt liksom.

Här kan vi dra paralleller till den så kallade *terror management theory*, som ofta förekommer i diskussion kring ålderism (jfr Jönson 2021; Ayalon & Tesch-Römer 2018). Förenklat syftar teorin på yngre åldersgruppers behov av att hålla frågor om kroppsligt förfall, ålderdom och död på armlängds avstånd (se även Heikkinen 2021). Vid första anblicken går det att förklara studenternas orsaker till sitt ointresse för äldrefrågor mot bakgrunden av stereotypiserande bilder av ett tungt och monotont arbete som både har att göra med samhälleliga schabloner och mindre lyckade erfarenheter.

Intresse

Enligt tabellens sammanräkning av studentsvaren framgår att 37 procent av de tillfrågade studenterna mycket väl kan tänka sig att fördjupa sig inom de frågor som rör äldre och åldrande. Läger vi sedan till att 12 procent svarar att de kanske skulle kunna tänka sig detta, blir procentsatsen förmodligen högre. I föregående avsnitt har vi fokuserat på hur negativa attityder till äldre och åldrande till viss del lyser igenom i studenternas motiveringar. Men i andra forsknings-sammanhang har det hävdats att socionomstudenter tycks ha en inställning till äldre som är positiv. I en artikel om socionom-studenters inställning till äldres rätt till stöd och omsorg förklarar Håkan Jönson (2021) studenternas positiva inställning med vad som i forskningen har kommit att benämnas som *social work idealism*, som återspeglas i viljan att arbeta för att trygga välfärd och underlätta livet för utsatta grupper (Csikai & Rozensky 1997; Ngai & Cheung 2009; Liedgren & Elvhage 2015). Vi kan gå vidare med utgångspunkt i dessa forskares intresse för studenternas *altruistiska* motiveringar, för att parafrasera Jönson (ibid.). Ser vi till de motiveringar som studenterna anger till sitt intresse för äldre och åldrande så karakteriseras de av att tendera till att vara längre och fylligare än annars. På samma sätt som de studenter som motiverar sitt bristande intresse utifrån erfarenheter, ger man konkreta exempel på goda erfarenheter från den praktiska verkligheten. Vi får till och med beskrivet för oss hur den egna negativa inställningen försvann i exempelvis det praktiska mötet med brukare:

Mitt arbete inom äldreomsorgen är den främsta, men inte enda, anledningen till att jag sökte till socionomutbildningen. Mina fördomar om yrket krossades så fort jag klev in på arbetsplatsen, och jag önskar så vore fallet för fler i samhället. Yrket i allmänhet och äldre i synnerhet förtjänar utan tvekan en högre status och jag är definitivt öppen för att fördjupa mig inom ämnet.

Här framställer en student en längtan efter att gå på tvärs mot gängse negativa uppfattningar om äldre och äldreomsorg och i stället förmedla en bjärtare syn.

Ett vanligt svar får sina förklaringar mot bakgrund av den demografiska verkligheten, äldre blir fler och deras behov kommer att öka,

vilket kommer att pocka på samhällseliga insatser där socionomer som i sitt arbete inriktar sig på åldrandets problematik får en central betydelse. Här får svaren ofta en tydlig altruistisk underton:

De som är äldre idag är de som har byggt det Sverige vi har idag. Äldre blir behandlade som skräp och det måste ändras. De förtjänar bättre.

Över lag dominerar de altruistiska motiveringarna i materialet och inte minst då frågan kommer till synen på äldre människor som följaktligen blir övervägande positiv. Vi kan se på ett lite längre svar som vittnar om ett välartikulerat personligt ställningstagande:

Jag har alltid haft stor respekt för äldre. De har levt längre än jag och har då också upplevt mer än jag. De är "visare" än jag och vad jag menar då är att de har gått igenom livsfaser som jag inte kommit till än, t.ex. flytta hemifrån, giftermål, skaffa barn, ett arbetsliv. Då snackar jag inte om att de har mer kunskap om konst, litteratur osv. utan jag syftar just på livserfarenhet som de samlat på sig när de gått igenom de olika faserna i livet. ... min poäng är att jag anser att en äldre person oavsett hur dennes liv sett ut har mer livserfarenhet än jag och det har jag stor respekt för. Att folk blir äldre och behöver hjälp kan vi inte ändra på direkt men jag kan i alla fall göra vad jag kan för att underlätta denna övergång för äldre. Hur vet jag inte dock ännu.

Här ges äldre människor egenskaper som snarast är att betrakta som goda och fjärran från den stereotypa bilden av den otacksamme åldringen som vi mött tidigare. I svaren finns även exempel på hur studenterna uppfattar *vad* socionomrollen borde bestå av och i och med det uttrycks brister i utbildningen där äldres behov inte ingår som prioriterade. Socialt arbete med äldre ses i en kritisk ansats mest som ett slags bevarande snarare än förebyggande eller behandlande, vilket enligt studenterna borde vara normen. Alldeles oavsett den inställning, de personliga uppfattningar och de erfarenheter som framkommit i diskussionen hittills, så framstår utbildningens budskap och upplägg som en synnerligen viktig faktor att ta hänsyn till. Givet detta är det därför av intresse att ta utgångspunkt i utbildningen och hur den kan tänkas forma studenternas inställning till äldreområdet, såsom den framstår i materialet.

Utbildningens betydelse

Bland de svenska socionomutbildningarnas lärare har det länge varit uppenbart att utbildningarna har haft svårt att rekrytera studenter med intresse för åldrande och äldreomsorg. Detta är i och för sig ett förhållande som inte är unikt för socionomutbildningarna, eftersom det även påpekats när det gäller andra vårdrelaterade utbildningar. Dessutom har behovet av att ge studenter inom socionomprogrammen mer kunskap om äldre och åldrande återkommande påtalats i utredningar och kartläggningar under tio års tid (Jönson, Ågård & Magnússon 2020). Situationen inom utbildningen till socionom har exempelvis belysts av Lennart Sauer (2007) som uttryckt behovet av att "gerontologisera" utbildningen. I och med detta öppnade Sauer för en diskussion som återkommit i olika sammanhang, där behovet av exempelvis utbildning för chefer inom äldreomsorgen har påpekats (SOU 2017:21). 2018 genomförde det Nationella nätverket för socialvetenskaplig äldreforskning en nationell genomlysning med de svenska socialarbetarutbildningarna i fokus. Här ställdes frågan om, och i vilken utsträckning moment om äldre och åldrande förekom på utbildningarna. Granskningens resultat visade att äldrefrågorna generellt sett har svårt att hävda sig gentemot andra frågor.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns ett relativt svagt intresse för forskning och utbildning i äldrefrågor inom socialt arbete (Gunnarsson 2008; Jönson & Harnett 201f.). En av de frågor som Nationella nätverket för socialvetenskaplig äldreforskning ställde gäller hur socionomutbildningarna förbereder studenter för arbetsområdet socialt arbete med äldre. Det här kapitlet fokuserar studenter som är i början av sin utbildning. En del har säkert vaga uppfattningar om vad utbildningen innebär och vart den leder. Andra är säkrare, vilket vi har sett i de ovan angivna svaren. Dessa studenter har under den aktuella kursens gång introducerats i resonemang kring olika gruppers utsatthet. Diskrimineringsprocesser med etnicitet, kön och sexuell läggning har diskuterats, där även problematiserandet av ålder ingått. Studenterna har i det sammanhanget bekantats med begreppet ålderism och hur äldres utsatthet kan diskuteras. Det finns mycket som tyder på att kursveckornas innehåll av föreläsningar och reflekterande moment har präglat studenternas svar. Det studenterna ofta efterlyser – oavsett intresseområde – är exempelvis ett intersektionellt angreppssätt, som innebär att man bör se åldrandet utifrån flera

perspektiv, kön, sexualitet, etnicitet och missbruks- och funktionshindersproblematik. Att äldres behov inte är annorlunda än andras, är svar som ofta förekommer. Ett flertal studenter kommenterar hur den aktuella kursens innehåll har fått dem att ändra sin inställning till intresset för äldrefrågorna. Så här säger en av dem:

Under veckan som gått har jag insett att min brist på intresse inför äldrefrågor kanske inte nödvändigtvis beror på att äldre skulle vara en tråkigare grupp än andra eller att arbetet med dem skulle vara mindre intressant än det med yngre människor, utan snarare att jag inte vet lika mycket om det.

En annan säger samma sak på följande vis och uttrycker därmed ett lite mer ökat intresse:

Denna temavecka har väckt ett litet intresse för ämnet som inte fanns innan.

En viktig förklaring till det egna ointresset, som studenterna anger, är helt enkelt bristen på den egna kunskapen om äldres livssituation och livsförhållanden. Äldre anges helt enkelt vara en grupp i samhället som sällan uppmärksammas, och när detta sker får temat ett slags "tråkighetsstämpel". Att föreläsningar har väckt nyfikenhet och intresse är på så sätt ett återkommande argument.

Avslutande diskussion

Svensk såväl som internationell forskning har bekräftat att socialt arbete med äldre inte är särskilt attraktivt och att de främsta orsakerna till detta är dels inadekvat innehåll i utbildningar, kursplaner och litteraturlistor, dels samhällliga ålderistiska attityder till åldrande. På många sätt och vis kan det sägas att studiens resultat bekräftar vad som påpekats i forskningen.

I detta kapitel har jag velat diskutera hur ett antal socionomstudenter vid ett svenskt lärosäte under ett par terminer svarat på frågor kring sitt intresse för en fördjupning inom äldreområdet. Resultat

tatet visar att en majoritet (56 %) av dem som deltog i studien uppvisade ett litet intresse för äldrefrågorna. En sammanfattning av svaren ger följande mönster:

- En specialisering inom äldreområdet väljs medvetet bort.
- Eventuell erfarenhet av arbetet inom äldreomsorgen beskrivs i kritiska termer.
- Äldre brukare framställs som otacksamma, bittra och håglösa.
- Ointresset förklaras utifrån en egen rädsla för åldrandets konsekvenser.
- Samma ointresse förklaras utifrån bristande erfarenhet och kunskap.

De som tydligt angav sitt intresse stod för 37 procent av svaren. Utifrån deras svar framträder följande teman:

- Fördjupning inom äldrefrågorna borde vara en självklarhet.
- Den egna erfarenheten framställs på ett positivt sätt.
- Äldre framställs som mer erfarna, värda respekt och kloka.
- Altruistiska motiveringar är vanliga.

Utifrån dessa siffror kan vi konstatera att intresset för temat socialt arbete med äldre är något större bland studenter än vad som ibland hävdas. De negativa bilderna av äldre och betoningen av de egna känslorna tyder förstås på de ålderistiska drag som påpekats. Men denna bild är långt ifrån entydig. Studenterna tenderar snarast till att ge nyanserade svar i sina motiveringar. Ofta tycks de inspirerade av tankar om det sociala arbetets mål att motverka diskriminering av utsatta grupper. Detta ska ses mot bakgrunden av att de har fått svara på enkäten i samband med en föreläsning om hur socialgerontologisk forskning och teoribildning har problematiserat åldrandet. Detta gör att de i sina svar ofta resonerar om åldrandet på samma sätt som de resonerar om frågor om etnicitet, kön eller sexualitet. På så vis har den aktuella kursens tema kring utsatthet och sociala kategoriseringar haft en betydelse för de svar studenterna gett. En osäkerhetsfaktor att ta hänsyn till är att vi inte vet vad studenterna skulle svarat om sina intressen för andra ämnen, till exempel ekonomiskt bistånd eller funktionshinder. Alldeles oavsett har en slutsats av enkätsvaren att göra

med studenternas förväntningar på utbildningen i socialt arbete med äldre. En del av studenternas resonemang kan ses som vittnesbörd om att de ser betydelsen av att koppla ihop socialt arbete med äldre med förändringsarbete. Inte minst blir detta tydligt då svaren sätts i kontexten allmänna demografiska förhållanden och samhälleliga attityder. Här menar vissa att de insatser som i dagsläget står till buds inte är tillräckliga. Några frågor uppstår som kan vara viktiga att söka svar på. Finns det en öppning här för att förändra synen på socialt arbete med äldre genom att relatera det till studenters intresse för förändring. Kanske kan man dra en försiktig slutsats om att med hjälp av utbildningsinsatser och kursmoment är det möjligt att öka socionomstudenters intresse för äldre och åldrande och därmed förbereda dem inför gerontologiskt socialt arbete.

Referenser

- Akkerman, S. F. & Bakker, A. (2011). Learning at the boundary: An introduction. *International Journal of Educational Research*, 50(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2011.04.002>
- Aylon, L. & Tesch-Römer, C. (red.) (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer Open. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Biggs, S. (2001). Towards a critical narrativity: Stories of aging in contemporary social policy. *Journal of Aging Studies*, 15, 303–316. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(01\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(01)00025-1)
- Bodily C. (1994). Ageism and the development "age": A constructionist view. I T. R. Sarbin & J. L. Kitsue (red.) *Constructing the social: Inquiries in social construction*. London/Thousand Oakes/New Dehli: Sage Publications.
- Butler R. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- 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), 329–346. DOI:10.1080/03601270490278858
- Csikai, E. L. & Rozensky, C. (1997). "Social work idealism" and students' perceived reasons for entering social work. *Journal of Social Work Education*, 33(3), 529–538. <http://www.jstor.org/stable/23043086>.
- Cummings, S. M., Adler, G. & DeCoster, V. A. (2005). Factors influencing graduate-social-work students' interest in working with elders. *Educational Gerontology*, 31(8), 643–655. <https://doi.org/10.1080/03601270591003382>
- Dellgran, P. & Höjer (2005). Rörelser i tiden: Professionalisering och privatisering i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12(2–3), 246–267. <https://doi.org/10.3384/SVT.2005.12.2-3.2623>
- Dychawy Rosner, I. & Högström M. (2018). Socialpedagogiska perspektiv i socialt arbete med äldre. I F. Magnusson (red.) *Åldreomsorg och åldrande: Från anhörigskap till krisberedskap*. Lund: Studentlitteratur.

- Geyer S. & Louw L. (2020). Generation Z undergraduate social work students' knowledge of and attitudes toward older persons: Implications for professional training. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(1-2), 92-113. doi:10.1080/01634372.2020.1716428
- Ghazanfareon Karlsson, S. (2019). Looking for elderly people's needs: Teaching critical reflection in Swedish social work education. [Elektronisk resurs]. *Social Work Education*.
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:miun:diva-36673> 20 januari 2021.
- Green R. K. et al. (2005). Infusing gerontological content into curricula: Effective change strategies. *Educational Gerontology*, 29, 103-121. DOI:10.1080/03601270590891513
- Gunnarsson, E. (2008). Socialt arbete: I otakt med ett åldrande samhälle? *Nordisk socialt arbeid*, 2, 112-120. . <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2008-02-04/13054>
- Hazan, H. (1994). *Old age: Constructions and deconstructions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heikkinen, S. (2021). Om ålder i ålderismdebatten. I H. Jönson (red.) *Perspektiv på ålderism*. Lund: Social Work Press, 25-43. doi:<https://doi.org/10.37852/oblu.117>
- Hooyman, N. & Lubben, J. (2009). The need for gerontological social workers. I *Transforming social work education: The first decade of the Hartford Geriatric Social Work Initiative*, 3-20.
- Iversen, T. N. et al. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4-22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Jenkins, R. (2000). Categorization: Identity, social process and epistemology. *Current Sociology*, SAGE Publications, 48(3), 7-25. <https://doi.org/10.1177/0011392100048003003>
- Jönson, H. (red.) (2021). *Perspektiv på ålderism*. Lund: Social Work Press, 194-215. doi: <https://doi.org/10.37852/oblu.117>
- Jönson H. (2021). Är det rimligt att använda kronologisk ålder och åldersgränser vid tilldelning av stöd och service i form av äldreomsorg och personlig assistans? *Socionomens Forsknings supplement*, (50).
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Levin, J. & Levin, W. (1980). *Ageism: Prejudice and discrimination against the elderly*. Belmont, CA: Wadsworth. Loetterle, B. C.
- Liedgren, P. S. & Elvhage, G. V. (2015). Social work of the future: Motives and expectations among social work students in Sweden. *International Journal of Social Science Studies*, 3, 121. DOI:10.11114/ijsss.v3i6.1139

- Ngai, S. S. Y. & Cheung, C. K. (2009). Idealism, altruism, career orientation, and emotional exhaustion among social work undergraduates. *Journal of Social Work Education*, 45(1), 105–121.
DOI:10.5175/JSWE.2009.200700077
- Pickering, M. (2001). *Stereotyping: The politics of representation*. New York: Palgrave.
- Rosen, A. L., Zlotnik, J. L. & Singer, T. (2002). Basic gerontological competence for all social workers: The need to "gerontologize" social work education. *Advancing Gerontological Social Work Education*. New York & London: Haworth Social Work Practice Press.
DOI:10.1300/J083v39n01_04
- Sauer, L. (2007). *Socialt arbete bland äldre: Forskning, utbildning, praktik: En pilotstudie*. Socialstyrelsen.
- Seitl, C. (2021). Studenters beskrivningar av äldre i samband med träning för biståndsutredning. I H. Jönson (red.) *Perspektiv på ålderism*. Lund: Social Work Press, 194–215. doi:<https://doi.org/10.37852/oblu.117>
- 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), 521–538. <https://doi.org/10.1080/10437797.2000.10779026>
- Snellman, F. (2016). Whose ageism? The reinvention and definitions of an elusive concept. *Nordic Psychology*, 68(3), 148–159.
<https://doi.org/10.1080/19012276.2015.1125301>
- Snyder, C. S. et al. (2008). Bridging the gap: Gerontology and social work education. *Gerontology & and Geriatrics Education*, 28, 1–21.
DOI: 10.1080/02701960801962864
- SOU 2017: 21. *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer*. Socialdepartementet.
- Walker, J. A. & Pillai, V. K. (2005). Assessing emphasis on aging in socialwork curricula in the United States. *Educational Gerontology*, 31, 787–794.
DOI:10.1080/03601270500250176
- Wang, D. & Chonody, J. (2013). Social workers' attitudes toward older adults: A review of the literature. *Journal of Social Work Education*, 49(1), 150–172. <https://doi.org/10.1080/10437797.2013.755104>
- Weiss, I. et al. (2004) Social Work Education as Professional Socialization A Study of the Impact of Social Work Education Upon Students' Professional Preferences. *Journal of Social Service Research* 31. 13-31
https://doi.org/10.1300/J079v31n01_02
- Weiss, I. (2005). Interest in working with elderly: A cross-national study of graduating social work students. *Journal of Social Work Education*, 41(3), 379–391. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2005.200300342>

Bokens författare

Åsa Alftberg är docent vid Institutionen för socialt arbete, Malmö universitet. Hennes forskning rör bland annat äldreomsorg och åldrande och funktionshinder. För närvarande forskar hon om kunskapsstöd för anhöriga till personer med demenssjukdom.

Torbjörn Bildtgård är docent i sociologi och lektor i socialt arbete vid Stockholms universitet. Torbjörns forskning har sedan ett femtontal år fokuserat äldres familjerelationer i det senmoderna samhället, t.ex. att skiljas sent i livet, träffa ny partner sent i livet, åldrande styvfamiljer, att åldras utan familj, med mera.

Tove Harnett är docent vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hennes forskning handlar bland annat om äldreomsorg och om att åldras med missbruk. Hon har även undersökt hur ålder används för att bevilja och utesluta äldre från olika hjälpinsatser.

Marianne Granbom är docent i arbetsterapi vid institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet samt Centre for Ageing and Supportive Environments (CASE). Hennes forskning handlar om hur boende och närområde påverkar och påverkas av hälsa, görande och delaktighet.

Jeanne Højgaard-Bøytler är doktorand i socialt arbete vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hon är bland annat intresserad av frågor som rör åldrande och missbruk, självförsummelse, skademinskning, värdighet, självbestämmande och ålderism. Avhandlingen är planerad till 2025.

Yvonne Johansson är lektor i socialt arbete vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hennes forskning har fokus på äldreområdet, där hon bland annat intresserat sig för frågor om ofrivillig ensamhet och skapandet av ett mer demensvänligt samhälle.

Håkan Jönson är professor vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hans forskning handlar om äldreomsorg, äldres sociala problem och ålderism. För närvarande är han intresserad av hur äldre förstår och hanterar hemtjänst och andra hjälpinsatser som delar av sin vardag.

Finnur Magnússon är professor vid Institutionen för socialt arbete, Malmö universitet. Hans forskning har bland annat rört kulturella föreställningar om åldrande och etnicitet, äldreomsorg och betydelsen av anhörigskap.

Glenn Möllergren är doktorand i socialt arbete vid Socialhögskolan i Lund. Han forskar om äldres upplevelser av att använda hemtjänst och andra välfärdstjänster och hur vardagsliv och stödinsatser jämkas samman. Avhandlingen är planerad till 2027.

Rosita Nyman arbetar som adjunkt vid Institutet för gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping och undervisar inom området Gerontologi. Hennes forskningsintresse handlar om äldre personers sociala åldrande ur olika perspektiv.

Tobias Olsson är professor i medie- och kommunikationsvetenskap vid Malmö universitet, där han är prodekan vid Fakulteten för lärande och samhälle. Sedan sent 1990-tal har han forskat om digitala medier, på senare tid särskilt om att bli äldre i en digitaliserad vardag.

Jon Dag Rasmussen er assisterende professor på Institut for Byggeri, By og Miljø, BUILD, ved Aalborg Universitet i København. Jon har udført en række forskningsprojekter blandt ældre mennesker og arbejder aktuelt med relationen mellem mennesker, ikke-mennesker og det byggede miljø i et antropologisk perspektiv.

Cristina Joy Torgé är lektor i socialt arbete vid Linköpings universitet och docent i gerontologi. Joys forskning handlar främst om äldre personer som omsorgsgivare och stöd för anhöriga. Hon undervisar på socionomprogrammet.

Afsaneh Taei är doktorand inom arbetsterapi vid institutionen för hälsovetenskaper, Lund universitet. Hennes forskning fokuserar på hur olika aspekter av boende och närområde påverkar välbefinnande och delaktighet för äldre personer som bor i utsatta områden i städer och på landsbygden.

Dino Viscovi är lektor i medie- och kommunikationsvetenskap vid Institutionen för samhällsstudier, Linnéuniversitetet i Växjö. Hans forskning behandlar vardagslivets digitalisering, och särskilt digitaliseringens betydelse för äldre individer som lämnat arbetslivet.

Peter Öberg är professor i socialt arbete vid Högskolan i Gävle. Hans socialgerontologiska forskning har senaste decennium handlat om den åldrande familjen i förändring. Hans nuvarande forskning handlar om att skiljas på äldre dar (grey divorce) och att åldras utan nära familj.

PERSPEKTIV PÅ UTSATTHET OCH PROBLEM UNDER ÅLDRANDET

För många är åldrandet relativt problemfritt, även om sjukdomar och funktionsnedsättningar blir vanligare ju längre vi lever. Vid sidan av problemfriheten finns det olika typer av utsatthet, utmaningar och bekymmer som kan drabba äldre på ett särskilt sätt. Det kan handla om alltifrån missbruk och ensamhet till svårigheter att betala räkningar i ett samhälle som blir allt mer digitalt. Den här antologin består av elva kapitel där forskare belyser olika former av utsatthet och problem under åldrandet.

Social Work Press är ett open access-förlag som publicerar kvalitetsgranskade antologier inom området socialt arbete. Förlaget har som mål att bidra till en ökad utgivning av svenskspråkiga publikationer av hög vetenskaplig kvalitet. Social Work Press ansluter sig till internationella traditioner med universitetsbaserade publikationsserier. Förlaget tillhör Socialhögskolan, Lunds universitet, men välkomnar bidrag från forskare vid andra lärosäten.

Social Work Press
Allhelgona kyrkogata 8
Box 23, 221 00 Lund
Tel: 046-222 00 00
www.socialworkpress.lu.se

