

Klagomålshantering och lex
Sarah-rapportering i äldreomsorgen.
En institutionell etnografisk studie.

Inger Kjellberg

© 2012 Inger Kjellberg

Skriftserien 2012:6

Institutionen för socialt arbete

Göteborgs universitet

ISSN: 1401-5781

ISBN: 978-91-86796-88-4

<http://hdl.handle.net/2077/30633>

Language: Swedish with an English summary, 287 pages.

Doctoral Dissertation at the Department of Social work, University of
Gothenburg, Box 720 SE-405 30 GÖTEBORG, Sweden

This book was typeset by \LaTeX and the koma-script package

Font: Bitstream Charter

Print: Ineko, Göteborg 2012.

Abstract

Title: Complaints procedures and mandatory reports of mistreatments in Swedish elder care: an institutional ethnography.

Author: Inger Kjellberg

Keywords: complaints procedures, mandatory reporting, elder care, institutional ethnography

Distribution: Department of Social work, University of Gothenburg,

Box 720 S-405 30 GÖTEBORG

ISBN: 978-91-86796-88-4, ISSN: 1401-5781

The aim of this thesis is to increase the knowledge of how complaints and mandatory reports of mistreatments function in the care of old people. The objective is to make an analysis grounded in the experiences of the complainants to provide an analytic mapping where the experiences of the subject can be connected to social and ruling relations. The assumption guiding this objective is that local experiences are influenced, and to different degrees ruled, by other people's activities elsewhere.

The material consists of interviews with complainants, care staff, managers and officials, field-notes from observations in home care, special housing and service users' councils, written complaints and mandatory reports collected from two urban areas in Sweden and from different municipalities as well as from regulatory authorities.

The theoretical and methodological framework used in the study is institutional ethnography. An extended concept of work is employed as an orienting concept. Social and ruling relations are traced by identifying explanation repertoires. Part of the analysis is inspired by analytic induction. The method of ghostwriting is used in part to elucidate the dialogic process between the researcher and the researched.

The results show that complaints have a limited significance for improvements in the care of individual care recipients and that complaints are often ignored. This is made possible due to a folk logic recognizing complainants as "annoying" people. In the complaining processes the caring work disappears and is replaced by a "documentary work," which is in line with the reinforcements of quality assurance. The care recipients do not take part in this work, neither with an active voice nor as passive recipients of care.

Many mandatory reports are initiated by complaints. From the care recipient's point of view, the mandatory reports have little value. Generally, mistreatments are not related to the consequences of abusive acts and neglect for the care recipient's health and well-being, but to systematic appearance of the mistreatment and whether intent can be established. Two prominent functions with the obligation to report are 1) finding systems of error and 2) that the conceptual framework following the act evokes a moral discourse identifying unsuitable care staff.

Two main types of complaints processes are distinguished: a closed and an extended process. Three ideal-type models are delineated, showing the institutional practices that complainants and reporters meet in this context and their possibilities to make change through complaints procedures. None of these models seem to be of much help for the care recipient. A model where they can act and be treated as citizens is called for.

The potential and drawbacks of institutional ethnography are discussed.

FÖRORD

Klagomål är oftast ingenting som man uppfattar som spännande eller roligt. Men under de fyra år jag arbetat med avhandlingen har jag inte någon gång tyckt att ämnet varit tråkigt. För att lära mig mer om fenomenet tog jag tillfället i akt och klagade på service och tjänster när det fanns anledning. Jag lärde mig mycket, och fick några blomstercheckar för mitt besvär. Avhandlingsämnet har alltså på många olika vis varit en källa till spänning, trevliga bekantskaper och intressanta samtal. Det är ett ämne som har berört och upprört – både mig och andra. Jag tackar särskilt de sju informanter som betytt mest för den här studien. Det är med hjälp av deras redogörelser som jag kunnat genomföra studien, några av dem har också tagit sig tid och engagerat sig i avhandlingen, långt mer än jag egentligen kunnat begära. Ett varmt tack till er alla.

Jag hade också nöjet att under några dagar få följa med tre högst kompetenta och ansvarsfulla undersköterskor i hemtjänsten och på ett äldreboende. Tack för att ni släppte in mig och för era kloka synpunkter. Jag riktar också ett tack till enhetschefer, verksamhetsutvecklare, tjänstemän, anhörigkonsulenter och brukarsamordnare för att ni tog er tid att hjälpa till med både insamling av dokument och för att ni så tjänstvilligt svarade på frågor.

Till institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, framför jag ett kollektivt tack för att ni gav mig möjligheten att skriva en avhandling och för att jag fick en plats att skriva på under dessa fyra år. Jag har haft förmånen att ha tre handledare under tiden jag skrivit. De första tre åren var det Rafael Lindqvist och Ulla-Carin Hedin som gav mig en betydande frihet att själv utforma avhandlingen efter mina egna idéer. I den friheten låg ett stort förtroende för mig och min förmåga att klara av uppgiften. Jag är tacksam för att ni gav mig det utrymme och förtroendet. Jag uppfattade aldrig att ni tvivlade på min förmåga, även om det ska erkännas att jag själv ibland undrade hur det skulle gå. Tack för detta förtroende, ert tålamod och all vänlighet. Susanne

Fransson anslöt sig det sista året och fick en diger uppgift med att räta ut de juridiska labyrintherna. Alla eventuella kvarvarande fel är helt och hållet mitt eget ansvar. Tack Susanne, för språkliga korrigeringar och för din uppmuntran under den sista pressande tiden. Jag har också fått välgrundade och kritiska kommentarer av många på institutionen, tack till alla er som läst och kommenterat vid olika tillfällen. Tack till Staffan Johansson som gjorde ett gediget jobb på mellanseminariet. Håkan Jönson från Lunds universitet lyckades med den svåra konsten att skapa en trevlig stämning, ge värdefull kritik, men också mycket uppmuntran på slutseminariet. Kommentarer efteråt var enhälliga – en bättre opponent var svår att hitta. Tack Håkan! Läsgruppen tog sedan vid med ytterligare kommentarer och jag tackar Anna Dunér och Ingrid Sahlin för noggrann och genomtänkt kritik samt förslag på förbättringar. Ett alldeles särskilt varmt tack till Ingrid Sahlin som introducerade Dorothy Smiths texter för mig – och för att du alltid så generöst delar med dig av din skarpsinnighet och din breda kunskap. Tack även till Ingegerd Franzon för att du tagit hand om de administrativa frågorna under min doktorandtid. För den engelska språkgranskningen som utfördes med kort varsel tackar jag Debbie Axlid.

Det finns också personer som inte riktigt går att tacka, därför att det helt enkelt finns för mycket att säga. Med Frida Petersson har jag delat mer än rummet – med och motgångar, glädje och irritation – allt har blivit roligare tillsammans med dig. På resan till Brighton ordnade Susanne Liljeholm Hansson “a room with a view” för oss alla tre – en fantastisk utsikt, så länge vi höll blickarna riktade ut mot havet och inte mot rummets interiör. Tack Frida och Susanne, för att ni delat den här tiden med mig och för goda skratt och kamratskap. Hans Ekbrand har bidragit med mycket praktisk hjälp: datorstöd, korrektur, grafisk formgivning och även med inspiration till nya idéer när jag kört fast. Tack för allt detta och sist, men inte minst, för att du lyssnat på dessa ständiga klagomål och trots dem hållit min hand när jag behövt det.

Generösa stipendier från Adlerbertska stiftelsen och Knut och Alice Wallenbergs stiftelse har möjliggjort resor och inköp av böcker.

Göteborg oktober 2012

Inger Kjellberg

INNEHÅLL

PROLOG	15
1 INTRODUKTION	19
Studiens syfte och frågeställningar	21
Avgränsningar 23.	
Terminologi och några definitioner	24
Brukaren i den här studien 24 • Brukarinflytande och brukarråd 25 • Missnöje, klagomål, synpunkt och avvikelse 26 • Lex Sarah, whistleblowing, lex Maria, allvarligt missförhållande 28.	
Äldreomsorgen idag	30
Tidigare forskning	32
Forskning om klagomål 33 • Rapporter om klagomål och tillsynsresultat 34 • Lex Sarah, avvikelser och missförhållanden 36 • Våld och övergrepp mot äldre 37.	
Avhandlingens disposition	39
2 TEORETISKT PERSPEKTIV OCH BEGREPP	41
Valet av teoretiskt perspektiv	41
Institutionell etnografi	44
IE som reflekterande forskning 47 • IE och socialkonstruktivism 49.	
Begreppsförklaringar	50
Sociala relationer och styrningsrelationer 50 • Arbete – allt det vi gör 52 • Förklaringsrepertoarer 53 • Ansvarighet 56.	

Om att skapa abstrakta begrepp, kartor eller idealtyper 57

3 MATERIAL OCH METOD: FÄLTARBETET I PRAKTIKEN 59

Översikt av empiriskt material 59

Fallbeskrivningarna 60

Intervjuteknik 63 • Analys av fallbeskrivningarna 65.

Observationer av praktisk omsorgsverksamhet 69

Intervjuer med enhetschefer och tjänstemän 70

Övriga dokument: brukarklagomål och lex Sarah-rapporter 71

Kodning av dokumenten 72 • Hur etablering av fakta analyseras i brev och utredningar 73 • Dokumentens funktioner 75.

Övergripande analys av klagandeprocesser 76

Dispytdomäner 77.

Reflektioner över metod och material 79

Etiska överväganden 80

4 ANSVARSUTKRÄVANDE ANHÖRIGA 83

Bakgrund 83

Händelser som klagades på 84

Många dokumentationssystem och brister i dokumentation 85 • Läkarkontakter, medicinering och provtagningar 86 • När anhöriga ställer krav 88.

Hur klagomålen framfördes och till vem 89

Möte och förhandlingar med chefer 90 • Möte med sjukvårdspersonal och lex Maria anmälan 92 • Möte med chefer för äldreboendets läkare 93 • Anmälan till Socialstyrelsen och brev från chef 94.

Förklaringsrepertoarer som sociala relationer 95

Bristen på svar – undvikanden och väntan 96 • När personal inte ser omsorgstagaren – en tillfällighet? 97 • Ansvarsbefrielse och ansvarsförskjutning 99 • ”Besvärliga” anhöriga – exempel på en folklig logik 100 • Omsorgspersonalens bristande handlingsutrymme 102.

Funktioner 102

Ansvarsutkrävande som kontroll 102 • Styrning och kontroll genom dokumentation 103 • Den villkorade valfriheten 105.

Sammanfattning av kapitlet 106

5 VARIATIONER AV KLAGOMÅL OCH KONTEXTER 109

Vantrivsel och exit.....	109
Händelser som ledde till flytt från äldreboendet 110 • Varför 'exit'? 111.	
Stölder.....	113
Hur klagomål framförts 114 • Andra kontakter 115 • Ytterligare åtgärder/effekter för omsorgstagaren 115 • Stölder och legitimerande förklaringar 116.	
Städning.....	117
Brister i omsorgen.....	119
Att framföra klagomål till biståndsbedömaren 120 • När man tackar nej till äldreboende 120 • Anhöriga som ansvarsbärare 121 • Förbättrad omsorg genom klagomål – ett arbete för anhöriga 123.	
Sammanfattande diskussion av fyra variationer av klagomål.....	124
Flexibla förklaringsrepertoarer 126 • Klagomål – en svag påverkansmöjlighet 127 • Klagomål som offentlig kritik 128 • Klagomål som incitament till allianser 129.	

6 VILLKORAT BRUKARINFLYTANDE 131

Brukarråd på äldreboendet Stadsbo.....	132
Begränsningar av brukarinflytande i brukarråden 135 • Vanliga frågor på brukarråd 137.	
Översikt över insamlade brukarklagomål.....	138
Rutiner kring klagomålshanteringen 141.	
Klagomål till tillsynsmyndighet.....	142
Svar som försvar.....	144
När ansvaret axlas 151.	
Sammanfattning av kapitlet.....	153

7 OMSORGSPERSONAL SOM FÖRETRÄDARE 155

En dag i Hemtjänsten.....	156
Att inte agera vid klagomål och missnöje.....	159
Fältanteckningar från ett äldreboende.....	161
Att rapportera allvarliga missförhållanden.....	163
Att rapportera om dåligt bemötande 163 • Maktobalans 165 • Institutionellt förankrade förklaringar och handlingar 168 • Domänbyte och arbetskonflikt 169 • Ansvarsutkrävande rapportörer – ett arbetsmiljöperspektiv 170	

• Dokumentera mera 173 • Intern kritik i grupp 174.	
Sammanfattning av rapportörernas erfarenheter	175

8 LEX SARAH **179**

Lex Sarah – före den 1 juli 2011	179
Syftet med lex Sarah i regeringens förarbeten 182.	
Lex Sarah – efter den 1 juli 2011	183
Varför bestämmelsen ändrades 185.	
Enhetschefer och tjänstemän om tillämpningen av lex Sarah	186
Att utreda enligt lex Sarah 186 • Om svårigheter med lagtexten 187 • ... och svårigheter med de gamla och nya reglerna 188 • Olika funktioner med lex Sarah 190.	
Vad rapporterna bestod av	192
Skillnader mellan de olika regionerna 195 • Rapporterade missförhållanden 196.	
Utredningarna	200
Två olika typer av utredningstexter 201 • Stölder – en egen typ av utredning 201 • Omsorgstagarna lämnas utanför 202.	
Åtgärder	203
Sammanfattande diskussion	204

9 VAD ÄR ETT MISSFÖRHÅLLANDE? **207**

Samma typ av händelser får olika bedömningar	208
Vad var det allvarliga?	209
Utredarens roll viktig 210.	
Brukarnas och anhörigas klagomål	211
Vad utgör hållbara bevis?	212
När missförhållandet är ”en lex Sarah”	214
Paradoxer i bedömningarna	216
Allvarligt missförhållande som organisatoriskt systemfel 217 • Allvarligt missförhållande som ”pseudo-rättegång” 221.	
Sammanfattande diskussion	223

10 MAKTBALANSENS SKIFTNINGAR **225**

Den stängda processen.....	226
Klagomålet byter inte domän – omsorgstagaren gör sorti 226 • Begränsat domänbyte – en tredje part involveras 227 • Allianser i den stängda processen 230.	
Den utvidgade processen.....	231
Transformationer av klagomål 232 • Allianser och styrningsrelationer i den utvidgade processen 234.	
Styrningsrelationer medierade genom dokumentation	236
Institutioner tänker: blanketter och normer 236 • Vad kvalitetsdiskursen föreskriver 237 • Vad praktiken föreskriver 238.	
Tre modeller för hantering av klagomål	239
Likhetsmodellen 240 • Pseudo-juridisk modell 241 • Systemmodellen 242 • Vad saknas? 243.	
Slutsatser och sammanfattande diskussion.....	243
Klagomål 243 • Lex Sarah 244 • Betydelse av studien och teoretisk värdering 245	

SUMMARY **247**

Introduction – starting points.....	247
Theoretical perspective, concepts and mapping of experiences	248
Material and method.....	249
Main results - complaints procedures.....	251
Main results – mandatory reports	253
Conclusions and discussion.....	256
Conclusions – complaints 258 • Conclusions – mandatory reports 259.	
A comment on the value of the study and the value of IE	260

EPILOG **261**

BILAGA 1: MATERIAL OCH METOD I DETALJ **263**

Materialinsamling 263 • Urval 264 • Brukarråd och observationer på fältet 265 • Intervjuer med mottagare av klagomål/anmälningar 266.

REFERENSER 269

FÖRFATTARREGISTER 285

TABELLER

1	Översikt av empiriskt material	60
2	Genomförda intervjuer	61
3	Dokument utöver dem som ingår i fallbeskrivningarna	72
4	Översikt av olika typer av klagomål	125
5	Typ av händelser på äldreboenden och hemtjänst	139
6	Vilka som klagar och vilka klagomålet gäller	140
7	Typ av rapporterade händelser i lex Sarah-rapporterna	198
8	Vad utgör ett allvarligt missförhållande?	209
9	Utredarens roll	211
10	Rapportens initiering	212
11	Genomförda observationer/besök	266

PROLOG

Min 89-årige far flyttade år 2007 till ett äldreboende efter att i flera år vårdats i hemmet av min mor. Vi gav noggranna instruktioner till personalen på boendet om att min far behövde hjälp med maten då han var blind, han kunde inte heller lämnas ensam när han satt utan stöd eftersom han drabbades av yrsel och föll. Dock hände det att pappa, vid flera tillfällen när jag hälsade på honom, sa till mig att han lämnats ensam. Han fick inte i sig maten och han föll. Ibland hann han själv kasta sig bakåt i sängen så att han inte föll på golvet, men inte alltid. Jag pratade med personalen. En dag när jag kom var han blå och svullen över halva huvudet. Han hade återigen lämnats ensam på sängkanten med maten framför sig och fallit i golvet. Han var förtvivlad och ville hem. Min mor orkade inte ha honom hemma hela tiden, hon hade själv reumatisk värk och började få svårt att klara av omsorgen om min far. Jag höjde tonläget gentemot personalen och kallade till ett möte med berörd personal, samt ansvarig sjuksköterska. De försökte lugna mig med att de skrivit en avvikelserapport och en fallrapport. En sjuksköterska hade tittat på honom och inga ben var brutna. Händelsen framstod som åtgärdad för deras del. Jag häpnade. Varken jag eller pappa fick någonsin se dessa rapporter inte heller märkte vi av någon skillnad i den bristande omsorgen. Fler incidenter följde. Rapporter skrevs och skickades enligt personalen till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i stadsdelen. Vad hon gjorde fick vi aldrig veta, men vid de tillfällen jag talade med personalen om vad som inträffat försäkrade de mig om att allt dokumenterats. Allt var i sin ordning.

Den här avhandlingen kommer inte att handla om mig och min pappa, men den tar sin utgångspunkt i min erfarenhet som dotter och mina erfarenheter från många års arbete inom vård och omsorg. Ovanstående händelse fick mig

att allvarligt börja fundera på vad en avvikelserapport innebar, och vad som knöt den till min pappas förtvivlan, min mors dilemma över att vilja hjälpa, men inte rätta till, och min upprördhet och ilska över bristande omsorg. Hur de dokument som producerades apropå händelsen med min åldrande pappa i hans möte med äldreomsorgen sträcktes ut i tid och rum och rörde vid andra. På vilket sätt skulle de få personalen att sitta vid pappas sida när han åt och därmed också hindra honom från att falla på golvet? Jag insåg plötsligt att jag själv, efter trettio år som sjuksköterska, aldrig skrivit en avvikelserapport eller på något vis varit delaktig i någon lex Sarah-anmälan. Däremot mindes jag, med viss genans, att jag vid ett tillfälle hotat en kollega vid en annan vårdinrättning med att det nu ”banne mig” skulle bli en avvikelserapport om hon ”inte fick ändan ur vagnen och skickade mig de papper jag behövde”. Ungefär så föll orden. Det handlade den gången om en svårt cancersjuk människa som skickats hem en fredag eftermiddag utan vare sig vidareberättigande till berörd enhet (jag arbetade då i hemsjukvården) eller tillräckligt med mediciner och material för helgen. Vid båda dessa tillfällen, det ena som anhörig, det andra som personal, var jag upprörd å någon annans vägnar, upprörd över att människor som jag brydde mig om för illa och över att personalen inte gjorde det som förväntades av dem. Vid närmare eftertanke förvånas jag nu över den vikt som jag och andra lade vid olika typer av rapporter, som om dessa i sig bar problemen vidare till något avlägset mål där någon eller något åtgärdade dem, som om anmälan och allt vad den bar med sig, blev ett påtryckningsmedel, en anledning att göra det som redan borde blivit gjort, men som av olika anledningar inte utförts. Dokument och dokumentation som ansvarsbärare och en förespeglning om trygghet och säkerhet.

Fokus i avhandlingen ligger på vad som sker med den kritik som riktas mot hemtjänst och äldreboenden. De äldre som talar själva, men också genom andra: anhöriga, vänner, personal. Hur rösterna övergår till tal, skrivs ned och förs vidare i brev, eller formella rapporter och anmälningar. Hur går det till när ett klagomål eller rapport hanteras, och på vilka sätt har de möjlighet att göra livet bättre för en gammal människa?

Denna personliga inledning är det första ledet i det utforskningsprogram, institutionell etnografi, som jag genomgående använder i avhandlingen. Frågan om vad som händer med klagomål startade med spörsmål som väcktes i min vardag, därefter lyfter jag frågan vidare, för att låta andra människors redogörelser av sina möten med äldreomsorgen ligga som grund för ett stegvis utforskande arbete där intervjuer och granskning av dokument är centrala. Mitt perspektiv är brukarens, jag beskriver vad de äldre (som är i behov av

hemtjänst och som bor på äldreboende) och deras företrädare möter när de framför klagomål och rapporterar om missförhållanden. Jag betraktar framförandet av klagomål som ett slags arbete som leder till olika processer. Det är detta arbete och dessa processer som jag kartlägger.

Äldreomsorgen är omdebatterad, såväl syndabocker som hjältinnor¹ utmålas. Kombinerar äldreomsorg därtill med ”klagomål” framträder ett något obekvämt avhandlingsämne. Jag har tvingats pröva olika retoriska strategier under resans gång. Synpunkter, påverkansmöjligheter, eller möjligheter att säga ifrån har varit ordval som ibland fått bättre gehör. Min avsikt är emellertid inte att leverera ännu en eländesbeskrivning. Tvärtom är min förhoppning att visa på vilka möjligheter och hinder som finns för omsorgstagarna att genom klagomål och rapporter få komma till tals och om möjligt inspirera till förändring där behov finns.

¹Världskulturmuseet i Göteborg hade våren 2009 en utställning om civilkurage, och där – mellan Martin Luther King och Aung San Suu Kyi – fanns en bild på Sarah Wagnert, klädd i vitt.

1

INTRODUKTION

Klagomålshantering och lex Sarah är en del av det kvalitetssäkringsarbete som genomförts inom äldreomsorgen, i hela socialtjänsten samt i andra delar av välfärdsområdet och det är under ständig utveckling och förändring. Det som intresserar mig i den här avhandlingen är hur klagomål och rapporter kommer till användning i, och påverkar, den praktiska verksamheten. Vilka funktioner har egentligen klagomål? När något skrivits ned, anmälts, rapporterats och därmed dokumenterats framhålls det som en slags garanti för att det som rapporterats nu ska tas om hand. Att det på något sätt är under kontroll och att ett så kallat förbättringsarbete påbörjats. Vad innebär det? Vem gör egentligen detta arbete och vad består det av, vad blir bättre och för vem? Både att klaga och att rapportera om missförhållande tar tid och energi i anspråk för alla inblandade. Det är mycket som ska dokumenteras och det produceras en mängd olika texter. Det är arbetet med att producera och hantera denna typ av dokumentation, hur det går till och vad det slutligen för med sig tillbaka till omsorgstagarna som studeras i den här avhandlingen. Jag gör det från en särskild ståndpunkt – från brukares och anhörigas perspektiv och genom den kollektiva kunskap som finns i deras möten med äldreomsorgens företrädare.

I offentliga utredningar och på en övergripande politisk nivå framstår äldreomsorgen som visserligen innehållande en hel del problem och brister, men de äldres rätt till värdigt liv, delaktighet och inflytande poängteras också. Den politiska viljan är enig, åtminstone retoriskt, om vikten av att uppnå en bättre och likvärdig omsorg för äldre. Möjligheterna att framföra kritik och klagomål,

samt att bli lyssnad på lyfts fram som centrala för människors självbestämmande och delaktighet i äldreomsorgen (SOU 2008:51; Blenberger 2010). I regler och föreskrifter är det också tydligt att klagomål ska tas tillvara och leda till att arbetet systematiskt förbättras (SOSFS 1998:8). Identifiering av fel och brister ska leda till bättre kvalitet i verksamheterna (SOSFS 2006:11). Klagomål framstår också alltmer som ett av de kontrollsystem som kommunerna har för att identifiera brister och därmed förbättra möjligheterna till god omsorg (Konkurrensverket 2009; Svensson & Edebalk 2010). Ett annat kontrollsystem för ökad trygghet och god omsorg är personalens skyldighet att rapportera om allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. Socialtjänstlagen (lex Sarah).

Det finns en tydlig koppling mellan både klagomål, lex Sarah och kvalitetssystem i äldreomsorgen. Uppfattningen att klagomål ska leda till bättre kvalitet finns i föreskrifter om kvalitet och ledningssystem i socialtjänsten (SOSFS 2006:11; Socialstyrelsen 2010d:36f) där det står att synpunkter och klagomål från enskilda är viktiga informationskällor och att kvalitetssystemen bör innehålla rutiner och metoder för hur klagomål ska tas om hand, utredas och åtgärdas. Även vad gäller rapportering enligt lex Sarah finns explicita kopplingar till kvalitetsutvecklingsarbete (Prop. 2009/10:131; Länsstyrelserna 2009; Socialstyrelsen 2010a). Klagomål och rapporter om missförhållanden får, när de kopplas till kvalitet, en dubbel karaktär. Att de alls förekommer är å ena sidan ett gott tecken för det betyder att verksamheten har ett fungerande kvalitetssäkringssystem. Klagomålen och rapporterna används till något positivt, att förhindra vanvård och ge bättre omsorg. Å andra sidan är det ett tecken på dålig kvalitet när en verksamhet genererar mycket klagomål och rapporter om missförhållanden. En sådan verksamhet får dåligt rykte och även om de äldres möjligheter att välja bort boenden i praktiken inte är lika stora som marknadsteoretiker vill göra gällande, så ger ett dåligt rykte sämre legitimitet och svårigheter att rekrytera personal. Det har påpekats att kommunala tjänstemän som tar emot klagomål anser att formen för klagomålshantering är problematisk och att alltför få klagomål når administrationen (Harnett 2010). Ett annat problem som uppmärksammas är att uppdelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och olika tillsynsmyndigheter för olika personalkategorier, har försvårat en smidig hantering av klagomål för såväl brukarna som för myndigheterna (Socialstyrelsen 2003a:7). Även när det gäller personalens skyldighet att rapportera missförhållanden enligt lex Sarah har det under de tio år som föreskriften funnits pekats på en rad svårigheter, som att definiera vad som är ett allvarligt missförhållande, gränsdragning-

är mellan avvikelser och missförhållanden, att handläggare och chefer inte är insatta i reglerna om anmälningsskyldighet och att erfarenheterna från rapporterna inte används i kvalitetsarbetet (ibid; Prop. 2009/10:131, s.18). Ett steg mot en större enhetlighet, åtminstone vad gäller äldreomsorg, är den samordning som skett på myndighetsnivå från januari 2010. Socialstyrelsen tog då över tillsynsansvaret från länsstyrelserna vad gäller omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Från den 1 juli 2011 gäller också lex Sarah-bestämmelsen för hela socialtjänstområdet.

Förutom kopplingen till kvalitetssäkring kan klagomål, och möjligheterna att framföra dessa också knyts till demokratiska rättigheter och skyldigheter i välfärdssamhället och ett offentligt etos, att vilja gott och att göra rätt (Lundquist 1998). Klagomål inom äldreomsorgen är ofta nära förknippat med moralisk indignation och genom dem söker de som utsatts för någon oförrätt möjlighet till upprättelse (Silfverberg 1996; Heberlein 2005). Slutligen kan klagomål uppfattas som en strategi att påverka, som en verbal protest i syfte att förändra praxis, politik och tjänster hos omsorgsorganisationen, vilket knyter an till ekonomen Albert Hirschmans (1970) begrepp *voice*. Om klagomålet används av de äldre och deras anhöriga i syfte att påverka och få inflytande kan detta i förlängningen antas leda till ett ökat brukarinflytande.

Klagomål och rapporter om missförhållanden kan således ha flera olika funktioner. Från myndigheter och organisationsledning kopplas klagomål och lex Sarah-rapporter till ett så kallat förbättringsarbete, att lära av misstag och ge omsorg av god kvalitet, men det är också ett sätt att styra verksamheterna. Även omsorgstagarna och deras anhöriga ser klagomål som ett sätt att förbättra verksamheten så att de får bättre vård, omsorg och service, men för dem handlar klagomål också om att få upprättelse. Personal har skyldighet att anmäla om de upptäcker missförhållanden, men de som anmäler gör det också i rollen som företrädare för de gamla, i syfte att förändra och förbättra förhållanden för omsorgstagaren. Det händer också att personal använder anmälningar i syfte att förbättra arbetsmiljön (Socialstyrelsen 2010a; Jönson 2011).

Studiens syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att öka kunskapen om hur klagomål och rapporter om missförhållanden fungerar i äldreomsorgens praktik och vilka funktioner de fyller. Jag betraktar klagomålen och rapporterna som mer än rena händelse-

beskrivningar, hur de sorteras, kategoriseras och ageras på säger något mer övergripande om hur maktrelationer formar och begränsar människors liv. Mer specifikt handlar det i den här studien om hur samhällsliga *styrningsrelationer* (Smith 1990b:6), letar sig in i, och påverkar det människor tänker, gör, säger och tycker. Genom att beskriva hur klagomål och rapporter kommer till användning i den dagliga praktiken och genom analys av de processer som följer när brukare klagar och personal rapporterar, kan möjligheter och hinder med de två olika formerna för kritik jämföras. Ett grundantagande är att det inte finns några färdiga kriterier för vad som är ett legitimt klagomål eller ett allvarligt missförhållande. Jag har därför inte i förväg bestämt vilka olika typer av klagomål eller missförhållanden som ska undersökas, utan alla är av samma intresse. Utgångspunkten för studien är de klagandes och rapportörernas erfarenheter av att framföra kritik i äldreomsorgens praktik. De övergripande frågeställningarna är: Hur kan klagomål och rapporter om missförhållande förstås från ett brukarperspektiv? Vilka processer utvecklas när klagomål framförs och rapporter skrivs och vad händer med brukaren i dessa processer? Frågeställningarna har brutits ned i några mer konkreta frågor:

- Hur gör människor när de klagar/rapporterar, vilket arbete utför de?
- Vilka olika aktörer är inblandade och vad händer med klagomål/rapporter?
- Vilka olika typer av processer går att urskilja vid hantering av klagomål och rapporter och i vilken utsträckning finns den som drabbas av brister eller missförhållanden med i dessa?
- Vilka olika funktioner har klagomål/rapporter i äldreomsorgens vardagliga praktik?

Jag utgår från omsorgstagares och deras företrädares redogörelser av händelseförlopp när de klagat eller rapporterat om allvarliga missförhållanden. Det är alltså med en blick från brukarnas perspektiv jag vill förstå fenomenet klagomål och rapporter.

Jag har ytterligare ett syfte och det är att genomföra studien genom att använda såväl teori som metod som utarbetats inom ramen för institutionell etnografi. Den har kallats för en alternativ sociologi och ett utforskningsprogram (Smith 2005:1) som startar med utgångspunkt i människors erfarenheter av sin vardag. Den förefaller lämpa sig väl för studier som har ett uttalat

brukarperspektiv. Avslutningsvis gör jag en värdering av de möjligheter och svårigheter som jag funnit med institutionell etnografi.

Avgränsningar

Studieobjekten är de processer som utvecklas när klagomål samt rapporter om allvarliga missförhållanden hanteras i äldreomsorgen. Det är inte informanterna själva eller övergrepp, kränkningar och vanvård som är mitt studieobjekt. Fokus är på vad som i den vardagliga praktiken sker med de kritiska utsagor och texter som framförs till någon i en omsorgsorganisation. Äldreomsorgen, här definierad som både omsorg och service vilken ges av hemtjänst och på äldreboende, av såväl kommunala verksamheter som entreprenader, är det fält där studien tar sin utgångspunkt. Men klagomål och rapporter når även andra verksamheter än äldreomsorgen, i vissa fall deltar polismyndigheten, nämnder (eller utskott) samt tillsynsmyndigheten i mottagande, bedömning och svar på klagomål och rapporter. Ambitionen är att försöka följa olika ärendens gång, vilket kommer att föra undersökningen vidare, utanför den vardagliga praktik där studien tar sin utgångspunkt. Det är således inte heller äldreomsorgen som organisation som är studieobjektet.

Det ska också påpekas att det finns en mängd klagomål som aldrig framförs till verksamhetsansvariga, och en annan ingång i avhandlingen hade kunnat vara att göra tvärtom. Att specifikt söka de brukare som aldrig kommer till tals eller att koncentrera frågorna till vad det är som gör att människor *inte* klagat och rapporterat, även om de är missnöjda. Den senare frågan berör jag i någon mån därför att de som framför klagomål inte säger allt, de väljer bort vissa klagomål eller personal dröjer med att rapportera. Detta till trots kan man säga att jag riktar min uppmärksamhet mot de starka rösterna. Det är ett val jag gjort som dels motiveras med att det är enklare att ta del av det som finns nedskrivet än att söka det som inte dokumenterats, dels saknas forskning om klagomålshantering och lex Sarah-anmälningar och hur de hanteras när de har skrivits. Jag började med att försöka förstå hur klagomål och rapporter framfördes och insåg ganska snart att detta var en tillräckligt omfattande uppgift. Det finns dock starka skäl att återkomma till dem som inte använder sina möjligheter att klaga/rapportera, eller som kanske inte ens ser att de har den möjligheten.

Det tål även att poängteras att jag inte ämnar göra en organisationsanalys. Det är inte äldreomsorgens organisering som ska förstås eller förklaras, utan istället *hur människor organiserar sina handlingar i mötet med äldreomsorgen.*

Organisationers eventuella "natur" (Hasenfeld 1992) utgör alltså vare sig utgångspunkt eller slutstation för den här analysen. Inte heller vill jag studera organisationens "kultur" för att förstå vad som gör att vissa klagomål inte lyssnas på, eller varför olika typer av övergrepp sker inom äldreomsorgen. Sådana förklaringar skulle kräva en helt annan ansats än den jag valt.

Ytterligare en avgränsning är på plats: jag studerar inte mediers roll i klagandeprocessen. Medier spelar förvisso också en roll i spridandet av klagomål, inte minst vad gäller vanvårdsskandaler och whistleblowing, men de *hanterar* knappast klagomål och anmälningar. De tillför ytterligare representationer av olika händelser och är på så sätt medskapande i whistleblowing, men detta är inte mitt studieobjekt. Det är alltså inte mediernas representationer av vanvård, vilka ofta grundar sig på lex Sarah-rapporter som jag studerar (för en sådan diskussion se t ex Jönson 2011).

Terminologi och några definitioner

Med *äldreomsorg* menas i den här avhandlingen omsorg och service som ges av hemtjänst och på särskilda boenden. Jag använder termen äldreboenden som synonym till särskilda boenden. De kan drivas av såväl kommunala utförare som av privata entreprenörer och stiftelser.

I praktiken delar man i vissa distrikt upp de tjänster som tillhandahålls av äldreomsorgen i omsorg och service. Till omsorg brukar räknas personlig omvårdnad, som t ex hjälp med dusch, hjälp att ta på kläder, sällskap vid måltid och promenad. Service är det som inte omedelbart har med kroppen att göra som städning, inköp, leverans av mat och tvätt. Klagomål och rapporter som analyseras i studien kan gälla båda dessa typer av tjänster.

Brukaren i den här studien

Med *brukare* menas personer som ingår en långvarig relation med en välfärdsinrättning. Termen används även inom hälso- och sjukvård där patienter inom långtidssjukvård och vid psykiatriska kliniker åsyftas (Hultqvist 2008:17). Jag använder brukare och *omsorgstagare* för den äldre person som tar emot hjälp. Hjälpstagare är en annan term som jag övervägde, men som äldreomsorgen utvecklat sig de senaste decennierna uppfattar jag att hjälp mer och mer förknippas med service, och något man köper, som städhjälp, och andra hushållsnära tjänster. Det omsorgsarbete som avhandlingen berör betalas i huvudsak med offentliga medel. Det finns invändningar mot 'omsorgstagare',

men det finns det mot alla termer. Omsorg förknippas med relationer och ett känslomässigt arbete, och det rimmar illa med arbetets faktiska villkor.² Jag kommer så långt möjligt att använda 'människa', 'kvinna', 'man', men det blir svårt att undvika någon form av benämning av dem som får hjälp av hemtjänst eller bor på ett äldreboende. Normer för vad man ska kalla dessa personer förändras också över tid. I praktiken används ofta 'en boende' vilket jag tycker är ett språkligt dåligt alternativ. Termen 'kund' är både omdebatterad och ifrågasatt (Norén 2001; Gustafsson & Szebehely 2005; Hjalmarsson 2006; Bejerot & Astvik 2009; Svensson & Edebalk 2010), därtill ideologiskt belastad. Slutligen avgjordes mitt val av vad jag själv kände mig mest bekväm med.

Brukarna i den här studien är till största delen *kvinnor*. Av dem som får hjälp av äldreomsorgen är majoriteten kvinnor, de är oftast över 80 år och har mestadels komplexa hälsoproblem (Brundell 2008:12). En växande andel av den äldre befolkningen får också hjälp av anhöriga. Szebehely (2005, 2009) konstaterar att det är förhållandevis många lågutbildade kvinnor och personer med utomnordisk bakgrund som får hjälp av anhöriga med såväl omsorg som service och att det är färre i dessa grupper som får offentlig omsorg. Även Socialstyrelsen rapporterar om en underrepresentation av äldre födda utomlands på särskilda boenden och en kraftig överrepresentation av samma grupp bland dem som får anhängbidrag (Socialstyrelsen 2009a).³

Av denna korta genomgång följer att de som får hjälp av äldreomsorgen till största delen är kvinnor födda i Sverige och många av dem är lågutbildade. Majoriteten är över 80 år och de har stora problem med att klara sin vardag, annars skulle de vare sig behövt eller fått någon hjälp av äldreomsorgen.

Brukarinflytande och brukarråd

Med *brukarinflytande* menas generellt en särskild organisationsform, där brukarna kollektivt utövar någon form av bestämmanderätt över verksamheten (Möller 1996:28; Socialstyrelsen 2008b:17). Det är viktigt att skilja mellan brukarinflytande och brukarmedverkan, den förra handlar om rätten att på-

²Se t ex Marta Szebehely (1996) som för en utförligare diskussion av omsorgsbegreppet och olika termer som används för de äldre som får hjälp av hemtjänst och på äldreboenden. För en diskussion om lån av olika termer från andra områden och vilken betydelse det har för hemtjänsten (se Aronsson, Astvik, Solfeldt Freed och Svensson 1995).

³Äldre födda utomlands är, som Sandra Torres (2010:36) påpekar, inte heller någon enhetlig kategori. I Sverige består de av människor från 165 länder och det görs oftast inte någon åtskillnad mellan dem som invandrat som unga, eller som äldre, inte heller mellan anknytningsinvandrare och arbetskraftsinvandrare.

verka verksamhetens utformning genom deltagande i beslutsprocessen, den senare avser brukarnas medverkan i verksamhetens dagliga sysslor (Hultqvist 2008:10). Den typ av kollektivt brukarinflytande som är aktuell i avhandlingen sker i så kallade *brukarråd*. Dessa finns i de flesta särskilda boenden, men det är stora skillnader i förekomst och regler, både mellan och inom kommunerna (Socialstyrelsen 2011a:13). Generellt är brukarråd samrådsorgan med uppgift att ”bevaka och utöva inflytande över innehåll och utformning av verksamheten och de tjänster som där erbjuds” (Socialstyrelsen 2003a:50). Det är meningen att brukarna både ska ha möjlighet att uttrycka sina synpunkter och vara delaktiga i beslut. Den typ av frågor som diskuteras i brukarråden föreslås vara ”utemiljön, maten som serveras, sociala aktiviteter och liknande” (SOU 2008:51, s. 49). Frågan om vilka som talar i brukarråden och deras representativitet har diskuterats. De röststarkas intressen kan gynnas på de röstsvagas bekostnad (Socialstyrelsen 2003a:31) och när representanter inte utses genom val finns tecken på att brukarna handlar efter ett egenintresse även i kollektiva brukarråd (Möller 1996:28; Jarl 2001:30).

Kritik kan också föras fram genom brukarundersökningar. Jag kommer inte att inkludera brukarundersökningar i den här studien.

Missnöje, klagomål, synpunkt och avvikelser

I maktutredningen från 1989 närmar sig forskarna klagomål och brukarinflytande med en kortare utläggning om vad *missnöje* är, vilket här är relevant då klagomål bottenar i ett missnöje:

Missnöje är endast en samlingsrubrik för en mångfald mänskliga situationer, frustrationer, besvikelser och aspirationer. Det som är gemensamt för missnöjets alla yttringar är att det finns en skillnad, en klyfta mellan det som är och det som borde vara. Det är denna känsla av det ouppfyllda, av obalansen mellan det som man har och det som man önskar, som är missnöjets kärna. (Pettersson, Westholm & Blomberg 1989:43)

Med *klagomål* menar jag representationer av missnöje, alltså redogörelser för missnöje. Ofta skrivs muntliga klagomål ned, men inte alltid av just dem som klagar, eftersom de ibland får hjälp med att fylla i formulär och skriva brev. Klagomål är ett sätt för omsorgstagaren att göra sin röst hörd, att peka på klyftan mellan det som är och det som borde vara. Klagomål syftar i denna studie således på den kritik som omsorgstagarna och deras anhöriga framför muntligt eller skriftligt till omsorgspersonal, verksamhetsansvariga eller tillsynsmyndigheter. Klagomålet kan gälla både omsorg och service.

Studien kommer att belysa gränserna för vad som är ett berättigat klagomål enligt olika personer.

Jag använder termen *klagomålshantering*, men refererar även till synpunktshantering. Klagomålshantering har alltmer i de kommunala verksamheter som jag närmast mig gått över till att kallas för synpunktshantering, en term som jag hört användas av förvaltningspersonal och omsorgspersonal. Med det menas hela det system som finns för att inhämta brukarnas synpunkter – inte bara åsikter, webbformulär, särskilda blanketter, e-post och brev – utan också organisationen med administrativ personal och administrativa verktyg som samlar, sorterar, dokumenterar, vidarebefordrar och utvärderar synpunkterna. Synpunktshantering framstår som ett system med många delar när personalen talar om den. Besvarar klagomål gör däremot varje berörd enhet, oftast enhetscheferna. I ordboken förklaras synpunkt vara: sätt att bedöma eller uppfatta saker och ting, ståndpunkt, grundsyn, betraktelsesätt, uppfattning, åsikt (SAOB). Ett klagomål innehåller någon form av missnöje, en synpunkt är en åsikt om något som i och för sig kan uttrycka ett missnöje, men också en positiv uppfattning.

Inom äldreomsorgen menar Socialstyrelsen (2000:31) att klagomål och synpunkt i princip är samma sak; istället gör man en distinktion mellan avvikelse utifrån kopplingen till specifika krav som ej uppfyllts, ”klagomål / synpunkt avgränsas till frågor som rör vård- och omsorgstagare samt dennes närmaste anhöriga och där det ej finns specificerade krav”, till skillnad från avvikelse som är ”när något ej följer specificerat krav i lagar/riktlinjer, fastlagda mål och rutiner samt beslutande insatser” (ibid:57). *Avvikelse rapportering* sker inom hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen om det som inte stämmer med normal rutin och förväntat vårdförlopp, och syftar till att identifiera fel och brister samt förebygga att brister uppstår (Socialstyrelsen, 2009b). Inom äldreomsorgen associeras avvikelser i huvudsak med medicinska felhandlingar. En vanlig avvikelserapport inom äldreomsorgen är att omsorgstagaren inte fått den föreskrivna medicinen. Det är ofta omsorgspersonal som upptäcker att mediciner ligger kvar hemma hos vårdtagare eller i deras rum på boendet. De fyller då i en avvikelserapport som skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i stadsdel/kommun. Det förekommer emellertid i allt högre grad att också sociala avvikelser dokumenteras inom äldreomsorgen och det är sannolikt att det i en snar framtid kommer att bli mer av den typen av dokumentation. Syftet är även här att identifiera fel och brister så att omsorgstagarnas behov tillgodoses (SOSFS 2006:11, 4 kap, 3 §). När något avviker från det som är bestämt, t ex att besök uteblivit, att hjälptagaren

inte fått den hjälp som var överenskommen ska det dokumenteras enligt särskilda rutiner och eventuellt utredas. Det finns i praktiken därför två parallella typer av avvikelser, medicinska och sociala, som dokumenteras i olika dokumentationssystem och som hanteras av olika personalkategorier.

Brukarna kan också *överklaga* beslut om insatser. Det är biståndsbedömarens skyldighet att informera om denna möjlighet. Överklagan ska skickas skriftligt till Förvaltningsrätten inom tre veckor efter fattat beslut. Överklaganden om biståndsinsatser ingår inte i den här studien (se Åström & Werner 2002).

Lex Sarah, whistleblowing, lex Maria, allvarligt missförhållande, rapport och anmälan

Lex Sarah är en bestämmelse i Socialtjänstlagen (SoL, 14 kap)⁴ som trädde i kraft den 1 januari 1999. Bestämmelsen har fått sitt namn efter undersköterskan Sarah Wägnert som hösten 1997 fick stor uppmärksamhet i medierna då hon larmade om missförhållanden på ett kommunalt äldreboende i Solna. Sarah Wägnert var en så kallad visslare, eftersom hon lämnade uppgifterna om vanvård till medierna. När kritik förs fram av personal mot den egna arbetsplatsen och de gör detta offentligt kallas det *whistleblowing*, vilket alltså innebär att en nuvarande eller tidigare anställd avslöjar att något olagligt, omoraliskt eller på annat sätt illegitimt pågår i den egna verksamheten eller företaget (Near & Miceli 1985:4). Avsikten med att offentliggöra oegentligheter är att åstadkomma något slags effekt och att avbryta det som anses fel. *Lex Sarah* är däremot den skyldighet personalen har att rapportera om missförhållande (eller risk för detta) *till verksamhetsansvariga* och rapporterna ska utredas internt. Det handlar varken om att vissla eller larma, utan att "medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet" (14 kap 2§ SoL).⁵ *Lex Sarah*-bestämmelsen har varit föremål för flera ändringar sedan 1999; de senaste och mest omvälvande trädde i kraft under den här studiens genomförande. *Lex Sarah* har tidigare enbart gällt personal inom omsorg om äldre och funktionshindrade. Från den 1 juli 2011 gäller rapporteringsskyldigheten var och en som utför uppgifter inom

⁴Före den 1 juli 2011 stod *lex Sarah*-bestämmelsen i 14 kap, 2 §, SoL. Nu finns den i 14 kap, 3§ – 7§, samt i 7 kap 6 § SoL.

⁵Detta är formuleringen i socialtjänstlagen efter förändringen 2011-07-01. Tidigare stod det "vaka över att enskilda får god omvårdnad, gott stöd, god service och lever under trygga förhållanden" (Socialstyrelsen 2010a:16, författarnas kursivering). Jag förklarar och diskuterar förändringarna av *lex Sarah* mer ingående i kapitel 8.

socialtjänsten och även inom Statens institutionsstyrelse (SiS) verksamhet.

*Lex Maria*⁶ är inte uppkallad efter någon person utan har sitt namn efter en stor tragedi på Maria sjukhus i Stockholm 1936, där desinfektionsmedel förväxlades med läkemedel och fyra människor dog. Lex Maria gäller enbart personal anställd inom hälso- och sjukvården (3 kap. 5 § PSL) och betecknar den anmälan som vårdgivaren gör till Socialstyrelsen efter att ha utrett rapporter om avvikelser och funnit att ett allvarligt fel begåtts.

Ett *allvarligt missförhållande* definierades före 1 juli 2011 som "[...] såväl aktiva handlingar som försummelse som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot enskildas liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa" (SOSFS 2008:10; Socialstyrelsen 2010a:51). Definitionen på missförhållande har inte ändrats nämnvärt i den senaste föreskriften. Däremot har ordet "allvarligt" strukits efter ändringen den 1 juli 2011; personalen ska numera rapportera *alla* missförhållanden oavsett allvarlighetsgrad till verksamhetsansvariga:

Med missförhållanden, som ska rapporteras enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS, ska avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, ska avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande. (2 kap. 3 §, SOSFS 2011:5)

Allvarliga missförhållanden ska nu verksamhetsansvariga *anmäla* till Socialstyrelsen.

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om *ett missförhållande* eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten. (14 kap, 3 § SoL, min kursiv.)

Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska snarast anmälas till Socialstyrelsen. Den utredning som gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan. (14 kap, 7 § SoL)

⁶Även *lex Maria* har förändrats i och med att lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område upphävdes och patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011 (se t ex Fransson 2012).

Med detta följer också att språkbruket ändrats. Tidigare hette det att omsorgspersonal anmälde händelser enligt lex Sarah. Nu *rapporterar* de missförhållanden, verksamhetsansvariga *anmäler* de missförhållanden som efter utredning visat sig vara allvarliga till Socialstyrelsen. Jag följer det nuvarande språkbruket, även om jag använder material som producerats före förändringen, eftersom det tidigare rått förvirring kring vad ordet anmäla egentligen inneburit.

Äldreomsorgen idag

Äldreomsorgen regleras genom socialtjänstlagen och ligger inom kommunernas ansvarsområde. Hur den svenska äldreomsorgen förändrats i ett historiskt perspektiv finns tämligen väl beskrivet (se t ex Edebalk & Lindgren 1996; Trydegård 1996; Brodin 2005; Edebalk 2007). Länsstyrelserna har varit tillsynsmyndighet för äldreomsorgen t o m 2010 och då var Socialstyrelsen enbart tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvårdsdelen av äldreomsorgen, därefter har Socialstyrelsen tillsynsansvar för hela socialtjänsten.

Från år 2000 till 2009 har antalet personer som får någon form av insats av äldreomsorgen varit i princip oförändrad, men i relation till de demografiska förändringarna minskade äldreomsorgens kostnader (Szebehely 2010:79). Därutöver har det skett en omfördelning av insatserna mellan hemtjänst och äldreboende. Tjänsternas omfattning ökade inom hemtjänst med 18 procent och minskade inom äldreboende i ungefär samma omfattning (Szebehely 2011:219). Fler bor kvar i ordinärt boende och det är i synnerhet de med låga inkomster som avstår från hemtjänst och istället får hjälp av närstående. De med stora behov kompletterar den offentliga omsorgen med hjälp av närstående. Äldre med goda inkomster köper däremot i högre utsträckning tjänster (Szebehely & Trydegård 2007; Socialstyrelsen 2012:146). Olika modeller för privatiseringar har införts och en kvasimarknad har skapats (Norén 2001; Svensson & Edebalk 2006:73). Kännetecknande för en kvasimarknad är att marknadsmekanismer införs i en hierarkiskt styrd offentlig sektor, att den utvecklas från ett tidigare monopol samt att alternativa utförare konkurrerar med en offentlig producent (Svensson & Edebalk 2006:12).

Inom den svenska äldreomsorgen finns i huvudsak två olika kvasimarknader eller modeller: kundvalsmodellen och beställarmodellen. Kundvalsmodellen bygger på kundens möjlighet till valfrihet och genom denna också inflytande på servicens kvalitet. Kundval ökar det privata inslaget i konsumtionen

samtidigt som politikerna överlåter styrningen till medborgarna som via sina ”köp” av omsorg och service styr fördelning och omfattning av produktionen. I slutet av 2006 hade 26 kommuner infört kundvalsmodellen och lika många planerade att följa efter (Socialstyrelsen 2007). Den begränsade forskning som finns om kundvalsmodeller i dessa kommuner pekar på att de äldre uppskattar möjligheten att välja, men att många, i synnerhet personer med stora fysiska och psykiska funktionshinder, saknar förmågan att göra ett aktivt val (Larsson & Szebehely 2006:425).

Beställarmodellen (entreprenadupphandling) fungerar däremot mellan tre parter: en utförare, en beställare och en servicemottagare. Här är det beställarna, kommunala tjänstemän, som är kunder. Biståndsbedömarens avgör vilka tjänster enskilda äldre är berättigade till enligt socialtjänstlagen (Hjalmarsson 2006:76). En majoritet (80 procent) av kommunerna hade infört beställarmodellen år 2005 (Larsson & Szebehely 2006).

När det gäller de anställda inom omsorgen så är fortfarande övervägande delen kvinnor, men fler män anställs och fler personer födda utanför Sverige tar plats som omsorgsarbetare. Inom vård och omsorg är 83 procent av arbetskraften kvinnor (SCB 2010b:58). Var femte person som nyanställdes år 2007 inom äldreomsorgen var född utanför Sverige (Szebehely 2010:78). Socialstyrelsens lägesrapporter sammanfattar att antalet anställda inom kommunernas vård och omsorg minskar, men fler anställda har en lämplig yrkesutbildning (Socialstyrelsen 2011a:145, 2012:145).

Idag talas generellt om tre trender inom äldreomsorgen: mindre resurser, informalisering och en ökad privatisering (ibid; Szebehely & Trydegård 2007). Konsekvenserna av de minskande resurserna inom äldreomsorgen har för brukarnas del lett till att äldre med låga inkomster och lågutbildade får mer hjälp av anhöriga medan de med högre inkomster köper tjänster i större utsträckning. Systemen för ledning och styrning samt sättet att producera och förmedla tjänster har förändrats enligt modeller som hämtats från det privata näringslivet och den styrningslogik som generellt går under namnet *New Public Management* (Hood 1995; Power 1999). Resonemanget har gått ut på att släppa in privata aktörer, konkurrensutsatta kommunala enheter och låta beställaren, eller kunden, få mer inflytande genom att efterfråga vissa utförare/tjänster vilket stimulerar utvecklingen (Vabø 2005; Hjalmarsson 2006). I och med den nya lagen om valfrihet (LOV) tas ytterligare ett steg i den redan utstakade riktningen. Kommunerna överlåter valet av utförare till brukarna vilket innebär att ansvaret för att införskaffa hjälp och service läggs på brukaren (Socialdepartementet 2008:88). Detta överlåtande är emellertid

fortfarande villkorat, det är bara utförare som godkänts av kommunen, och som finns på kommunernas ”lista” som är valbara. Äldreomsorgsmarknaden svämmar inte heller över av olika utförare utan kännetecknas snarare av ett fåtal aktörer. Två bolag, Attendo Care och Carema Care, stod år 2008 för halva den privata äldreomsorgsmarknaden (Szebehely 2011:231).

Kommunerna genomför nu, med varierande tidsramar, de förändringar som reglerats i lag. I Socialtjänstlagen står att verksamheten ska vara av god kvalitet, vilket även kunder förmodas uppskatta, och möjligheten att välja bort utförare som inte håller god kvalitet har, åtminstone i teorin, förlagts till brukaren själv. Två indikatorer på god kvalitet, som bland annat används vid upphandling, är få brukarklagomål (nöjda kunder) och ett väl utvecklat, riskidentifierande och riskförebyggande system som lex Sarah (bra kontroll av verksamhet).

Tidigare forskning

Forskning om klagomål i den svenska äldreomsorgen är begränsad, även internationell forskning är sparsam. Det finns rapporter och brukarutvärderingar där frågor om klagomål berörs: från Socialstyrelsen, länsstyrelserna samt kommuner och ibland privata konsultfirmor. Jag har inte funnit någon forskning om lex Sarah, men Länsstyrelserna och Socialstyrelsen har regelbundet givit ut rapporter. Det finns anglosaxiska studier i relativt stor omfattning som rör olika typer av personal och lagstadgad rapportering i skilda länder och ett annat stort forskningsområde, såväl nationellt som internationellt, fokuserar övergrepp och våld mot äldre. Som en introduktion till mitt ämne sammanfattar jag något av det som har mest relevans för min studie här, men jag refererar i analysen till mer än detta när det finns liknande eller avvikande forskningsresultat från studier i närliggande områden.⁷

Den svenska äldreomsorgen är väl beforskad, både inom socialt arbete och av angränsande discipliner. Jag knyter an till olika delar av omsorgsforskning i analysen och jag har kontinuerligt sökt och läst forskningsstudier och avhandlingar för att förstå, bekräfta och få andra perspektiv på det jag funnit i mitt eget resultat.

⁷Jag har sökt på: *complaints, complaints procedure, mandatory reporting, elder abuse, elder(y) care*, i alla olika kombinationer i Google Scholar, CINAHL, Sociological abstract, Social Science citation index – Jag har också använt mig av kedjesök i stor omfattning, de artiklar som varit relevanta har ofta i sin tur refererat till andra osv.

Forskning om klagomål

Statsvetaren Tommy Möller (1996) undersökte brukarnas påverkansmöjligheter genom bl a klagomål inom äldre- och barnomsorg. Möller intervjuade 60 äldre personer⁸ och lika många föräldrar som hade barnomsorg. Möller menar att medborgaren befinner sig i underläge i mötet med välfärdsstaten i avsikt att begära hjälp och stöd. Möjligheten att visa missnöje genom att byta vårdgivare begränsades av de äldres och sjukas situation, i synnerhet gällde detta dem som bodde på servicehus. Inte någon av de äldre som Möller intervjuade hade utnyttjat exitstrategin, trots att möjligheten funnits och endast två personer antydde att de eventuellt skulle kunna tänka sig att byta omsorg. Att äldre skulle ha tillgång till något slags konsumentmakt låg utanför de gamlas föreställningsvärld. Även proteststrategin begränsades av rädsla för att erhålla sämre service (jfr Boklund 1995). Beroendet av personalen gjorde att brukarna undvek att framföra klagomål och kritiska synpunkter på verksamheten. Möller beskriver i huvudsak tre skäl till varför brukarna inte klagade, även om de ansåg sig ha fog för det. Det första var att kostnaden för klagomålet i form av äventyrade relationer med personalen och sämre service inte bedömdes uppväga den eventuella vinst som klagomålet skulle innebära. Det andra skälet var resignation och uppgivenhet (se även Boklund 1995:209). Det tredje skälet för att inte klaga var enligt Möller friåkeri; individen väntade på att någon annan skulle agera (Möller 1996, 1997:78).

Även i Tove Harnetts (2010) avhandling visas på svårigheter med att förverkliga politiska målsättningar om äldres oberoende och inflytande i sin vardag. Harnett har dels undersökt omsorgspersonalens tal kring, och förhandlingar om, klagomål i den vardagliga praktiken på ett äldreboende, dels i en enkät undersökt tjänstemännens uppfattningar om hur klagomålshandlingen i äldreomsorgen fungerar. Harnett menar att omsorgspersonalen hänvisades till en logik där efterlevandet av äldreboendets rutiner var det viktigaste. Det ledde till att "den lokala rutinkulturen" formade och anpassade de äldres inflytande, samtidigt som deras anpassning till rutinen reproducerade rutinkulturen som helhet. Såväl tjänstemän som personal använde sig av trivialiseringsretorik som en maktresurs, så att det som den äldre uppfattade som viktigt gjordes oviktigt genom personalens och tjänstemännens sätt att prata. Synpunkter och klagomål omtalades som "gnäll" och "småsaker", medan rutiner framställdes som något nödvändigt och viktigt.

⁸33 brukare hade hemtjänst, 22 bodde på servicehus och fem på åldersdomshem (Möller 1996:65).

Från Storbritannien visar studier att brukarna (äldre och funktionshindrade) saknade kunskap om hur klagomålssystemen fungerade och om sina rättigheter. Vidare var de skeptiska till klagomålens effekter och precis som i de svenska studierna, rädde för repressalier och försämrade service om de klagade. Brukarna angav låga förväntningar på servicen och hög tolerans; många gånger trodde de att andra hade det värre än de själva. De hade en överdriven respekt för myndigheter och professionella (Preston-Shoot 2001; Gulland 2006, 2009). Michael Preston-Shoot (2001) hävdar också att trots de höga kraven på evidensbaserad forskning inom socialt arbete i Storbritannien är det förvånansvärt lite forskning som ligger till grund för myndigheternas riktlinjer och förslag om att förbättra klagomålssystemen. Den stora mängden initiativ i form av ändrade rutiner, föreskrifter och lagar ger intryck av att institutionell makt och strukturer utmanas och förändras. Dessvärre visar forskningen att inte mycket hänt vad gäller klagomålssystem som ett medel för brukarinflytande (ibid). I Storbritannien finns särskilda granskningspaneler för brukarklagomål, dessa har i de lokala socialnämnderna visat sig fungera på olika vis (Dean, Gale & Woods 1995). I några kommuner fanns emellertid en tanke om att panelerna skulle fungera som ett forum för upprättelse, vilket skulle uppnås via en process av en viss juridisk karaktär. Den upprättelse brukarna sökte, om de kunde formulera den, visade sig sällan vara möjlig att realisera. Deras problem omdefinierades så att lösningen passade till det uppdrag som panelens medlemmar uppfattade sig ha och det hände att de klagande inte längre kände igen sina egna klagomål när processen avslutades (ibid; jfr Miller & Holstein 1995).

Rapporter om klagomål och tillsynsresultat

En genomgång av de senaste årens tillsynsresultat i svensk äldreomsorg visar att kritiken oftast rörde brister i handläggning, dokumentation och insatser. Bemötande och omsorgsbrist var två vanligt förekommande kategorier (Socialstyrelsen 2006; Socialstyrelsen 2008a; Länsstyrelserna 2008). I individtillsynen⁹ ledde ca 20 procent till kritik från tillsynsmyndigheten och resultaten var likartade under åren 2006 – 2008 (Socialstyrelsen 2006; Länsstyrelserna 2008). En rapport visar att många äldre var omedvetna om sin rätt att ansöka om andra insatser än de som omtalades i kommunens

⁹Länsstyrelserna utförde två olika typer av tillsyn; verksamhetstillsyn initierades av myndigheten själv, medan individtillsyn byggde på anmälningar från enskilda eller andra (SOU 2007:82, s. 247).

riktlinjer. De äldre anpassade sina önskemål efter vad som stod till buds och de hade liten inblick i vad som skrevs i beslutsunderlaget och var inte heller delaktiga när biståndshandläggare och hemtjänstpersonal följde upp beslutade insatser (Länsstyrelserna 2009). Det framkommer även i en avhandling av Anna Olaison (2009) om biståndsbedömningssamtal i hemtjänst och på äldreboende att det verkade finnas en förutbestämd behovskatalog hos biståndsbedömarna. De fakta som framkom i samtalen mellan dem och de äldre och anhöriga ställdes i relation till dessa fastställda kategorier. Bedömnings-samtalen blev en kategorisering av de äldres självpresentationer, men inom ramen för tillgängliga resurser. Samtalen präglades av ett aktivitetsideal och av att kvarboende i det egna hemmet förespråkades.

Länsstyrelserna (2009) konstaterar att de äldre sällan visste vad som stod i genomförandeplanerna, men sambandet mellan den faktiska upplevelse av självbestämmande och möjligheten att påverka genomförandeplanen har ifrågasatts (Socialstyrelsen 2011a:153). Att fråga om de äldre känner till genomförandeplanen kanske inte säger något om vad och hur mycket de upplever att de får bestämma över hur vardagens alla detaljer ska organiseras. Det påpekas även att de allra flesta äldre i stort sett var nöjda med hemtjänst och äldreboende, men att de med dålig hälsa genomgående var mindre nöjda (ibid). I hemtjänsten framstod trygghet och bemötande som väl tillgodosedda; på äldreboende vårdinsatser och trygghet i boendet. Minst nöjda var de äldre med samvaro och aktivitet, både i hemtjänst och på äldreboenden (Socialstyrelsen 2010b). Även Szebehely (2010) framhåller att äldre omsorgstagare framstår som mer nöjda i Sverige jämfört med internationella studier.

Däremot har det visat sig i analyser från hälso- och sjukvård och patient-nämnder att ca 60 procent av ärendena handlar om vård av kvinnor. Det är också en signifikant större andel bemötandearenden bland kvinnliga patienter (Socialstyrelsen 2004a:10;¹⁰ Osika 2006). Det finns några olika förklaringar till detta, ett är kvinnors större vårdutnyttjande. Men det påpekas att om vården höll en jämn och hög kvalitet borde inte ett större utnyttjande av vården leda till fler klagomål (Socialstyrelsen 2004a:10). En annan förklaring är att kvinnor anses agera som medvetna vårdkonsumenter, med hänvisning till att de förmodas vara hälsomedvetna och att de dessutom har erfarenhet av att ge vård och omsorg (ibid). En alternativ förklaring är att vården är sämre anpassad till kvinnor (Osika 2006). Med hänsyn taget till hälso- och sjukvårdskonsumtion så klagade kvinnor i högre utsträckning än män till

¹⁰Alla ålderskategorier är inkluderade, antalet män och kvinnor är förhållandevis lika stora.

patientnämnderna, och framför allt på bemötande. Kvinnors klagomål ledde oftare till påföljder vilket tyder på att de inte hade en högre anmälningsbenägenhet än män, utan att de utsattes för fler misstag (ibid). Andra rapporter från hälso- och sjukvården som bl a rör olika typer av operationsmetoder bekräftar denna bild (Hammarström 2004; SKL 2007).

Lex Sarah, avvikelser och missförhållanden

Det som konstateras i de flesta rapporter om lex Sarah är svårigheten att dra några slutsatser av anmälningarna. Det är oförklarligt stora skillnader i anmälningsfrekvens mellan olika kommuner och mellan olika boenden i samma kommun/stadsdel (Socialstyrelsens 2003b, Länsstyrelsen Västra Götaland 2008, 2009). Efter fyra år med lex Sarah gjorde Socialstyrelsen en sammanställning som visade att 626 anmälningar registrerats i hela landet under år 2002. Anmälningarna gällde i första hand brister i omsorgen (44 procent), därefter fysiska, psykiska och sexuella övergrepp (28 procent), ekonomiska oegentligheter (25 procent) och brister i bemötande (23 procent). Det var ovanligt med polisanmälan, förutom vid ekonomiska oegentligheter. Det påpekas att personalen hade svårt med att definiera vad som ansågs vara ett allvarligt missförhållande samt gränsdragningar mellan avvikelser och klagomål i den dagliga omsorgen, mellan social omsorg och hälso- och sjukvård, och om när tillsynsmyndigheten skulle underrättas eller inte (Socialstyrelsen 2003b:8).

En lite äldre rapport från Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Umeå, där man granskat avvikelserapportering i Västernorrland 2001, är intressant som jämförelse med min studie på flera sätt. Den har en hel del gemensamt med de resultat jag finner efter en genomgång av lex Sarah-rapporter. Hanteringen av medicinska avvikelser har präglat hur sociala avvikelser hanteras och dokumenteras. Dessutom har inte någon jag talat med under hela avhandlingsarbetets gång ifrågasatt det medicinska avvikelserapporteringssystemet som man försöker efterlikna, eller ens nämnt, att det kanske dras med en hel del bekymmer och problem. De verksamheter i Västernorrland som granskades var de som vårdgivarna själva ansåg var väl fungerande. Resultatet var i stora drag att elementära delar i rapporterna samt lokal kännedom om förvaltningarnas riktlinjer saknades. Riktlinjerna var också så allmänna att det gav upphov till många olika avvikelshanteringssystem i samma kommun. Analys, uppföljning och åtgärder på verksamhetsnivå saknades genomgående. Uppföljning saknades också på central nivå. Det som fanns var oftast

direktkorrigering åtgärder i anslutning till enskilda händelser för att mildra effekterna av ett redan konstaterat fel. Det står också:

Även om man i flertalet av rapporterna har beskrivit arbetsmomentet eller den aktuella situationen, har man i mindre än hälften beskrivit konsekvenserna för patienterna ifråga. På en enhet har man i stället beskrivit konsekvenserna för personalen. Sannolikheten för att händelsen ska inträffa igen bedöms nästan aldrig. (Socialstyrelsen 2004b:11)

Från Socialstyrelsens sida efterfrågades en fördjupad orsaks- eller riskanalys av inte bara avvikelshantering utan även exempelvis klagomålshantering.

Våld och övergrepp mot äldre

Det finns en omfattande forskning, både svensk och internationell som avser *elder abuse* och olika länder ramar in problemet på skilda sätt. I de nordiska länderna och Tyskland försöker man möta övergrepp inom äldreomsorg med kvalitetskontroller och fokusering på kvalitetskriterier (Podnieks et al 2010). I Storbritannien syns en långsam men tydlig trend mot att tala om övergrepp mot äldre inom ett bredare ramverk som utgår från mänskliga rättigheter (ibid). Det har visserligen diskuterats om inte mänskliga rättigheter riskerar att enbart användas i retoriskt syfte, men det finns en potential att ett sådant perspektiv kan användas för att lagmässigt främja en rättighetskultur, där klienter, kunder, patienter eller brukare faktiskt betraktas och behandlas som i första hand medborgare (Ellis 2004:335). I USA finns olika synsätt i olika stater, i t ex Illinois begär man utdrag ur brottsregistret inte bara på personal,¹¹ utan även på de äldre för att förebygga våld och övergrepp mellan de boende. Men detta kan knappast ses som en konstruktiv lösning på övergreppsproblematiken, inte ens mellan de boende, då många lider av demens där både aggressivitet och impulsivitet kan vara framträdande, oavsett den enskildes tidigare bakgrund som eventuell våldsverkare. Man pekar istället på att sådana kontroller av enskildas kriminella bakgrund snarare vänder blicken bort från det som enligt många experter ändå har mest positiv inverkan på de boendes säkerhet och välmående: ökad bemanning, bättre utbildning för personal, förbättrade lednings- och planeringssystem samt utvärderingar av effekter, system och processer (Connolly 2010:57f).

¹¹Äldreomsorgsminister Maria Larsson säger sig överväga att personal inom äldreomsorg ska avkrävas utdrag ur brottsregistret före anställning, precis som i barnomsorgen (Göteborgs-posten, 2011-03-14).

Definitionen av vad som är vanvård, försummelse och övergrepp har också genererat mycket huvudbry (Eriksson 2001; Jönson 2004; Daly & Jogerst 2007; Podnieks et al 2010). I en amerikansk studie fann man inte mindre än 27 olika definitioner på *mistreatment* på äldreboenden (Conolly 2010). Det talas om brister och vanvård, men det behöver inte betyda att en förövare pekats ut, att något brott begåtts eller att lagöverträdelse skett (ibid). I en svensk avhandling lyfter Christen Erlingsson (2007) fram en diskrepans mellan expertlitteraturens riskindikatorer och det som potentiella vittnen till övergrepp beskriver som sina uppfattningar om förekommande övergrepp. Detta skulle då tala för att den drabbades uppfattning om övergreppet är en faktor som inte kan utelämnas i utredningar av övergrepp.

Åsa Sandevide (2008:15) har studerat våld mot äldre på särskilda boenden; hon har en mycket vid definition på våld som liknar Socialstyrelsens definition av allvarliga missförhållanden och hon inkluderar även lindriga situationer. Med våld avses i hennes studie: "fysiska, psykiska, sexuella, ekonomiska eller andra handlingar (t.ex. etniska, religiösa) som upplevs kunna medföra risk för eller leda till skada för den som utsätts för våldet. Även vanvård och försummelse avses." Det centrala i hennes definition, precis som i Socialstyrelsens, är skadan och det räcker med att *riskera* att utsättas för skada. Det finns olika uppfattningar i praktiken om vem som avgör vad som är ett allvarligt missförhållande, men enligt Socialstyrelsen är det i utredningen av det rapporterade som det slås fast huruvida den har gällt ett allvarligt missförhållande eller inte (Socialstyrelsen 2010a:19). Det är alltså utredaren som gör bedömningen av allvarlighetsgraden och lokala socialnämnder som godkänner den och de åtgärder som föreslagits.

Slutligen finns det paralleller mellan våld och övergrepp mot personer med funktionsnedsättning och äldre. De förra är en dold grupp bland brottsoffer och det hävdas bland annat att attityder till brott och övergrepp mot funktionsnedsatta personer i vårt samhälle måste förändras (Malmberg & Färm 2008). Gruppboende för personer med intellektuell funktionsnedsättning har beskrivits som *rättsfria zoner* (Kubis 2001), där stölder, våld och övergrepp av och mot de personer som bor där inte betraktas som brott. Övergreppen är ofta återkommande men anmäls sällan. Några orsaker som lyfts fram är att det är svårt att göra något åt problemen, men även omgivningens uppfattning om människor med funktionsnedsättning har en stor betydelse. De betraktas som barn, och det ger även deras gärningar en prägel av oskuld. Toleransen för kriminella handlingar ökar dessutom om gärningsmannen är omtyckt av personalen. Personer med funktionsnedsättning ses som ett kollektiv, eller som

syskon, vilka bråkar ibland (ibid). I andra studier (Lewin 2004; Malmberg & Färm 2008) poängteras att det inte räcker med respekt för självbestämmande och integritet, det måste också finnas möjligheter för brottsoffren att få upprättelse. Misstänkta brottsliga handlingar måste ses och kallas vid sina rätta namn och hanteras enligt gällande lagstiftning. Inom socialtjänsten talas det sällan om våld och brott, istället benämns och hanteras detta som ”incidenter”, missförhållanden eller försummelser. Termen 'missförhållanden' signalerar att det handlar om vårdfrågor och inte rättsfrågor. Det finns också exempel på när rättsväsendet gör likaledes, förolämpningar och kränkande beteende sägs vara uttryck för en yrkesjargong och inte brott (Lewin 2002:128).

Avhandlingens disposition

I inledningen har jag beskrivit syfte och frågeställningar samt gett en kort bakgrund av den svenska äldreomsorgen och hur den ser ut idag, tidigare forskning om klagomål och rapportering av missförhållanden. I kapitel 2 förklarar jag hur jag ser på studieobjektet och hur det påverkat mitt teoretiska perspektiv. Jag ger en introduktion till institutionell etnografi och de begrepp jag använder i studien. Datamaterialet och analysstrategier presenteras och diskuteras i kapitel 3. Eftersom jag har många olika typer av empiriskt material – intervjuer, fältanteckningar från observationer, olika typer av dokument – ger jag först en översikt av helheten för att sedan diskutera var och en av de olika materialtyperna och hur jag hanterat dem. För mer detaljer om hur insamling och urval gått till se bilaga 1.

Den resterande delen av avhandlingens disposition har influerats av det teoretiska ramverket och med den forskningsdesign som följer av det. Jag börjar därför med att presentera de fallbeskrivningar som jag utgår ifrån, och jag går igenom dem i sin helhet, var och en för sig efter varandra. Jag har dock delat upp resultatkapitlen så att kapitel 4 – 6 rör klagomål och kapitel 7 – 9 gäller lex Sarah.

Det fjärde kapitlet innehåller en fallbeskrivning där en dotter har framfört klagomål på bristande omsorg om hennes mamma som bott på äldreboende. I kapitel 5 är det tre omsorgstagare och en dotter som beskriver hur de gått till väga när de klagat och vad som hänt. Två fall gäller hemtjänst och två äldreboende. Observationer av brukarråd samt en översikt av brukarklagomål som inkommit till synpunktshanteringen i fyra olika stadsdelar i Göteborg finns redovisade i kapitel 6. Där finns också analyser av två brev från anhöriga

med svar från enhetschefer från olika äldreboenden.

Jag börjar lex Sarah-delen med utgångspunkt i praktiken samt med en kontextbeskrivning. Kapitel 7 innehåller fältanteckningar från hemtjänst och äldreboende samt utdrag från en intervju med en undersköterska som arbetar i hemtjänsten. I samma kapitel presenteras intervjuer med två undersköterskor som talar om sina erfarenheter av att rapportera om missförhållanden. Det är först i kapitel 8 som jag ger en bakgrund över regelverket för lex Sarah, både före och efter den 1 juli 2011. Det är möjligt att den informationen behövs för att förstå delar av kapitel sju, men motivet för att lägga det så långt bak i avhandlingen har att göra med mitt perspektiv. Jag har på alla sätt velat sätta informanternas redogörelser och äldreomsorgens praktik i förgrunden. Kapitel 8 innehåller också intervjuer med tre enhetschefer på äldreboenden, två verksamhetsutvecklare från äldreomsorgen och en tjänsteman från länsstyrelsen som talar om hur de uppfattar den praktiska tillämpningen av lex Sarah. I kapitlet ger jag också en översikt över de lex Sarah-rapporter som jag samlat in från stadsdelar och Socialstyrelsen. I kapitel 9 utvecklar jag hypoteser kring vad i lex Sarah-rapporterna som utgör missförhållande, skada och bevis. Jag avslutar kapitlet med en analys av några rapporter om liknande händelser, men med olika bedömningar.

I det sista kapitlet 10 gör jag slutligen en övergripande analys och jag utvecklar två olika typer av klagandeprocesser, samt tre idealtypiska modeller över vad brukarna har att förhålla sig till när de framför klagomål och när personal rapporterar om lex Sarah.

En kort läsanvisning: jag refererar enligt Harvardsystemet och före sidhänvisning har jag ett kolon när jag refererar i löpande text. Jag gör ett undantag från det (och skriver s.) när jag ger en sidhänvisning till något verk som redan har ett kolon inkluderat i referensen, t ex (Prop. 2009/10:131, s. 10, SOU 2008:51, s. 10). I citaten från intervjuer med informanterna refererar jag till det fiktiva namn jag gett dem. Enhetschefer, verksamhetsutvecklare och tjänstemän refererar jag till som enhetschef A, B, C osv. Presentation av informanterna finns i kapitel 3.

2

TEORETISKT PERSPEKTIV OCH BEGREPP

Syftet med detta kapitel är att beskriva och förklara mitt teoretiska perspektiv och på vilket sätt det påverkat hur och vad jag undersökt. Jag gör en kortare presentation av institutionell etnografi samt några för studien viktiga begrepp.

Valet av teoretiskt perspektiv

När jag påbörjade studien hade jag en idé om att jag skulle försöka följa klagomålet som objekt, och hur det (om)skapades på olika platser samt vilka olika förändringar och betydelser den ursprungliga redogörelsen genomgick när klagomålet/rapporten färdades genom olika organisationer och människors händer. Denna tankegång hade väckts av mina egna erfarenheter och inledningsvis såg jag Aktör-nätverks-teori (ANT) (Callon 1998; Latour 2005) som en möjlig teoretisk utgångspunkt. Det var objektet, den nedskrivna redogörelsen som jag ville följa. Redogörelser kunde skrivas ned av olika personer och de kunde formas efter färdigtryckta blanketter eller skrivas ned i brev utan en tydlig mall. När något skrivits ned och tagits emot, som ett registrerat klagomål, rapport eller anmälan så hade det ”dokumenterats”, detta framhölls både av personal och i riktlinjer som viktigt. Jag ville försöka förstå vad detta ”dokumenterande” innebar och hur det påverkade omsorgstagarnas situation. När kritik framfördes startade en kedja av aktiviteter och jag ville beskriva hur de hängde ihop – om, och i så fall, hur – en maktförskjutning gick till: vad framhölls som viktigt, allvarligt och sant och hur åtgärdades sedan tillbudet?

Å ena sidan var det objektet (den skrivna redogörelsen, brevet eller blanketten) och den process som följde av att kritik framfördes som jag intresserade mig för, å andra sidan hade jag också en mycket stark önskan att låta de människor som klagomålen gällde få ta plats i avhandlingen. I studier av äldreomsorg är det ofta personal, chefer eller tjänstemän som är i fokus. Jag ville utgå från dem som tog emot hjälpen, det var deras perspektiv, vad de såg och mötte som jag ville fånga. De var huvudpersoner därför att deras situation var både start- och ändpunkt för klagomålets färd; det var här det började och någon typ av åtgärd eller svar förväntades komma tillbaka till dem. Utan dem inga klagomål och inget förbättringsarbete, för vad skulle då förbättras och för vem? Även i lex Sarah-rapporteringen såg jag omsorgstagarna som huvudpersoner, eftersom det var de som råkade ut för missförhållanden och det var deras situation som skulle förbättras.

Med denna min inställning till vikten av forskningssubjektens röster och situation kunde jag inte helt och hållet ansluta mig till den upplösning av gränsen mellan subjekt och objekt som förs fram i ANT. Visserligen var det processerna som följde av kritiken som intresserade mig, men att försöka utgå från de närmast berörda var en ambition jag inte ville släppa. Jag var inte intresserad av omsorgstagarnas identiteter, positioner eller känslor utan av vad, och hur, de gjorde när de klagade, vad som formade deras klagomål och vad som sedan hände med deras utsagor. Vad var det som påverkade de klagande och rapportörerna att framhålla viss kritik, vad var det som fick genomslag i praktiken? Detsamma gällde för lex Sarah-rapporterna. Jag utgick ifrån att det inte fanns några klagomål eller typer av övergrepp som självklart och alltid uppfattades som allvarliga (eller tvärtom). Det var, som jag såg det, en komplex väv byggd av normer, föreställningar och institutionell praktik som förhandlades fram på skilda platser, ibland långt bort från omsorgstagarna, men som likväl påverkade dem i allra högsta grad. Jag släppte ANT och sökte mig bakåt till en av dess inspirationskällor: etnometodologin och Harold Garfinkel (1967). Från Garfinkels studier i etnometodologi finns många utlöpare, en av dem är institutionell etnografi (IE) som utvecklats av den kanadensiska sociologen Dorothy Smith (1990a, 1990b, 2005, 2006). Här såg jag en möjlighet att förena mitt intresse för aktivitetsskedjor med att ge subjekten (omsorgstagarna) en privilegierad position. I IE finns en tydlig ambition att bedriva forskning så att säga nedifrån och upp, vilket var vad jag eftersträvade.

Förutom från etnometodologins fokus på ”members methods” – hur människor till vardags organiserar sina göromål – hämtar IE också inspiration

från den feministiska ståndpunktsepistemologin. De amerikanska filosoferna Sandra Harding och Nancy Hartsock samt Dorothy Smith brukar räknas som ståndpunktsepistemologins centralgestalter¹² (Lycke:135ff). Klassisk feministisk ståndpunktsepistemologi har vuxit fram som en kritik, men också med inspiration, av marxistisk teori. Marxistiska analyser tar sin utgångspunkt i arbetarklassens perspektiv, ståndpunktsepistemologi i kvinnors intressen och perspektiv. Där Marx menar att det krävs en kollektiv medvetandegörande process hos hela arbetarkollektivet för att upparbeta den klasständpunkt som ger privilegierad kunskap om det kapitalistiska systemet, menar de feministiska ståndpunktsteoretikerna, i analogi med marxismen, att kvinnor har en privilegierad kunskap om härskande könsmaktsordningar. Ståndpunkt innebär i både marxism och ståndpunktsfeminism mer än en utgångspunkt i individuella erfarenheter. Ett ståndpunktsepistemologiskt perspektiv tar sin utgångspunkt i en teoretisk analys av en process av kollektivt medvetandegörande och i en uppfattning om att förtryckta grupper (arbetare och kvinnor) innehar en privilegierad kunskap genom att befinna sig i en underordnad position. Därmed får de en specifik tillgång till insikter och möjligheter att genomskåda rådande maktordningar.

Från feministiskt håll har ståndpunktsteorin också kritiserats för att vara essentialistisk (se t ex. Harding 2004)¹³ och att inte problematisera kategorierna 'kvinna' och 'man' vilket gör att de låser fast sig i en heteronorm könsordning (Butler 1990; Lykke 2009:142). Den har också kritiserats för att fixera 'kvinnor' som en grupp där motstridiga erfarenheter döljs (Flax 1987). Jag håller med om denna kritik. I tidigare texter (Smith 1974, 1987), eftersträvar Smith uttryckligen en sociologi inte *om*, utan *för* kvinnor, där deras erfarenheter ligger till grund för den kunskap som produceras, men som också producerar en kunskap för kvinnor. I senare arbeten (Smith 2005; 2006:2f) betonar hon mer att hennes alternativ är en sociologi för människor (*people*), vilken inkluderar både kvinnor och män. Hon talar nu om de subjekt som tenderar att försvinna (hon nämner klass och ras, dock inte ålder) när forskningen objektiveras (Smith 2005:117). Med denna breddning av perspektivet rör sig Smith bort från den klassiska ståndpunktsfeminismen

¹²Det finns en del betydande skillnader mellan Smith, Harding och Hartsock, bl a om huruvida individuella erfarenheter kan betraktas som en pålitlig utgångspunkt för forskning. Smith anser det, Hartsock gör det inte. Jag går inte in på skillnaderna mellan de olika teoretikerna i detalj (se t ex Lykke 2009:135-139, 162f; Smith 2005:10).

¹³Se särskilt debatten mellan Susan Hekman, Nancy Hartsock, Patricia Hill Collins, Sandra Harding och Dorothy Smith (Harding 2004: 225 – 272).

och möjligen mot vad som kan kallas ett intersektionalitetsperspektiv. Smith vänder sig mot att inplaceras tillsammans med någon annan, hon vill att IE ska vara oberoende av påbud från andra så kallade "skolor" (Smith 2002:22). Inte heller är hon helt tillfreds med att räknas in bland ståndpunktsepistemologer där hon menar att Hardings definition blivit allenarådande (Smith 1992:91). Även om jag inledningsvis närmade mig IE med en uppfattning om att detta var en essentialistisk teoribildning, så har jag omvärderat den. Jag har inte förstått det som att Smith, eller några andra av hennes närmaste forskarkollegor, har några essentialistiska tillkännagivelser. Däremot finns i IE en stark ansats till aktivism och utformning av motståndsstrategier för olika underprivilegierade grupper, inte minst kvinnor.

Mina frågeställningarna innefattar inga explicita jämförelser mellan kvinnor och män, inte heller är min studie inriktad på endast kvinnors klagomål, eller konsekvenser för enbart kvinnor. Min uppfattning är dock att omsorgsarbetet har en könad karaktär, det är inte bara en kvinnodominans bland de anställda, utan också en kvinnligt kodad praktik. Det är en praktik där många kvinnor är inblandade på olika sätt och där det i första hand är kvinnor som utför arbetet, och då menar jag allt det som behöver göras för äldre människor i behov av hjälp, oavsett om det betraktas som ett lönearbete eller ej. Ganska tidigt i studien kom jag också att betrakta själva klagandet, som en typ av arbete. Att klaga innebär att någon utför ett arbete som kräver tid, kunskap och färdigheter. I IE används begreppet 'arbete' i vid bemärkelse och som ett orienterande begrepp (Layder 1998:101ff), det vill säga som ett öppet begrepp, vilket har en orienterande funktion i förhållande till forskningsuppgiften. Med hänsyn taget till alla mina olika tankegångar och uppfattningar om forskningsfältet bestämde jag mig för att pröva att arbeta med IE.

Institutionell etnografi

Smith (2005, 2006) kallar IE för en alternativ sociologi. Syftet med IE är att utforska en bestämd form av sociala relationer som Smith menar organiserar institutioner. I vardagligt tal refererar institution till en offentlig administrativ organisation, t ex skola, sjukhus eller fängelse. I IE inkluderar begreppet allt det som görs inom ramen för de administrativa enheterna. Smith pekar på att institutioner uppstår i särskilda sammanhang, på särskilda platser, men de sprider sig också till andra sammanhang. Intresset riktar hon egentligen inte till hur institutioner uppstår eller stabiliseras, utan till hur de sprider sig över

till andra områden och på vilket sätt de påverkar människor. Det går därför inte att säga att man studerar en institution, t ex äldreboenden, utan det är delar av en institution som undersöks.

Smith har själv sagt att IE är en utforskningsmetod (*a method of inquiry*), vilket gör att den ofta betraktas mer som en metodologi än en teori, och att referenser till IE ofta går att finna i metodlitteratur, men hennes anspråk är större än så. IE är både en ontologi om det sociala och en metodologi (Smith 2005:2). Det sociala är för Smith det människor gör, deras aktiviteter, hur dessa samordnas med andra människors göranden och i sin förlängning även ingår i, och både producerar och produceras av, *ruling relations* (ibid:29), vilket har översatts med styrningsrelationer (Widerberg 2008:7). Det finns en materialitet och en fakticitet att utforska, en reell värld om man så vill, men denna värld blir bara begriplig via språket. Betoningen ligger på forskning som upptäckt och inte på hypotesprövning eller teoretiska förklaringar av empiriska analyser.

Min avhandling startar, som IE förespråkar, i en forskningsfråga som utgår från människors erfarenhet i sin vardag. Det är också erfarenheter som jag delar, både som anhörig och som personal inom äldreomsorgen. Dessa erfarenheter blir i forskningen ingången till ett större problemfält (*problematic*).¹⁴ Termen är ett lån från Louis Althusser vilken Smith använder för att ringa in den diskursiva organiseringen av ett forskningsområde som är större än en specifik fråga eller problem. Det handlar om att utgå från människors erfarenheter och att studera hur dessa organiseras, hur de förhåller sig till ett vidare fält samt att göra dessa relationer till ämnet för forskningen. Det betyder inte att forskaren bara ska bry sig om problem och bekymmer, även om det mycket väl kan motivera forskning, utan enligt Smith måste man gå bortom och utanför människors erfarenheter för att utveckla ett forskningsprojekt. Jag utvidgar mina forskningsfrågor, med utgångspunkt i ett antal fallstudier, till ett större problemfält. Det betyder att de processer som tar vid när brukarna och deras företrädare framför kritik är påverkade av mer än själva äldreomsorgens organisering. I IE är avsikten att försöka klarlägga och förstå de förbindelser (sociala relationer, se nedan) som skapar människors vardagserfarenheter.

Smith delar en kritisk inställning till den traditionella sociologin¹⁵ med

¹⁴Widerberg (2008:8) översätter termen *problematic* med problemfält.

¹⁵*Mainstream sociology* är med Smiths ord ett särskilt sätt att utöva sociologisk forskning som kontrolleras och begränsas av diskursens ordning (Foucault 1993), en diskurs där teorier och begrepp blir viktigare än livsvärldens människor och där människors erfarenheter

många andra, t ex kritisk teori och postmoderna feminister. Hon hävdar att traditionell sociologi inte förmår att varken beskriva eller förstå den konkreta livsvärld där de allra flesta människor framlever sin vardag. Traditionell sociologi tvingar fram en teoretisk organisering som tolkar det människor faktisk gör och säger på ett sätt som placerar dem utanför själva redogörelsen, vilket får dem att framstå som objekt och inte som subjekt. Smiths alternativa sociologi tar således som utgångspunkt människors vardagsliv och arbete, det är här forskningsfrågorna formuleras och inte från en förment objektiv position utanför den lokala kontexten och med en synvinkel uppifrån och ned. Min ingång i forskningsfältet följer också den utgångspunkten, från de erfarenheter som omsorgstagarna och deras företrädare har när de framför kritik. Det är inte utifrån offentlig administration eller förvaltning eller från enhetschefers eller andra tjänstemäns synvinkel som jag närmar mig och vill förstå klagandeprocesser.

Smith har en övergripande samhällsteori om makt, men hon utgår från de vardagsteorier som informanterna har. Hon parentessätter inte förförståelsen, varken sin egen eller informanternas, utan använder den som utgångspunkt i en vidare utforskning. Det är vad Sandra Harding (1986) kallat för *strong objectivity*. Det vill säga, man sticker inte under stol med var man har sin utgångspunkt, en tydlig subjektivitet är mer objektiv än en smygande och falsk bild av objektivitet. Antagandet bygger i korthet på att ingen människa är eller kan vara objektiv, all forskning handlar om att presentera partiella perspektiv (Haraway 1988).

IE hämtar mycket inspiration från etnometodologi. Intresset för hur människor organiserar sina handlingar, hur man "gör" är centralt och då blir även det som forskaren gör av betydelse för såväl forskningsfrågor som resultat. Med detta vill jag påstå att IE *delvis* ingår i vad Mats Alvesson och Kaj Sköldberg (1994:11) kallar för reflekterande empirisk forskning, vilken kännetecknas av skepsis mot ytliga och "oproblematiska avspeglningar av hur verkligheten fungerar", men att studier av genomtänkta utsnitt av denna verklighet ger möjligheter till förståelse, utan att fastslå "sanningar" (ibid; jfr Esseveld 2008)

underordnas forskarens monolog (Smith 2005:49f).

IE som reflekterande forskning

Alvesson och Sköldberg (1994:14) anger fyra olika element som nödvändiga i reflekterande forskning, vart och ett av detta kopplar de också till vetenskapsfilosofiska riktningar. Det går att knyta Smiths alternativa sociologi till dessa element. Det första rör systematik och teknik i tillvägagångssätt: det bör finnas en genomtänkt logik för hur det empiriska materialet hanteras och noggranna tekniker för databearbetning. I IE finns en genomtänkt logik, som i princip går ut på att börja utforskningen i människors upplevelser, och inte i förutbestämda begrepp och kategorier, att göra en bestämd ståndpunkt¹⁶ synlig från starten av utforskningen och att inte låta subjektet "försvinna" under forskningsprocessen. Det är dock viktigt att påpeka att det inte är personerna i sig själva, utan mötet mellan dem och institutioner som är studieobjekt, vilket undersöks genom att studera det människor gör och vad som görs i detta möte och vilka relationer, både nära och på avstånd som påverkar det som sker. Tyngdpunkten i utforskningen ligger i texters relevans och ambitionen att "tala tillbaka" till de subjekt som är utgångspunkten för utforskningen (Rankin & Campbell, 2009:3). Däremot lämnar Smith ett stort utrymme för hur databearbetningen ska gå till och har kritiserats för att denna del är underutvecklad i IE. Kevin Walby (2010) menar att det krävs en större uppmärksamhet på hur databearbetningen görs och hur texter redigeras i IE. Andra forskare (t ex Campbell & Gregor 2004; McCoy 2006) har försökt att göra analysarbetet och databearbetning i IE mer transparent genom att utarbeta flera hållpunkter än det Smith har, men noggranna och systematiska tekniker blir, trots det, en fråga för varje enskilt studieprojekt att utforma i förhållande till det material som ska granskas. Detta är både en tillgång och en begränsning. Det ger stor frihet för forskaren att forma analysen efter typen av material, men det riskerar också att resultera i en mindre stringent analys. Hur databearbetningen gått till framgår inte heller alltid tydligt i de IE-studier jag läst. Jag klargör och reflekterar över min databearbetning och dess begränsningar i nästa kapitel.

Vad man finner i datamaterialet är enligt Walby (2010) beroende av det teoretiska ramverket; letar forskaren efter sociala relationer eller styrningsrelationer så kommer hon/han att finna det i intervjuerna. Detta leder tillbaka

¹⁶Ståndpunkt betyder här en särskild plats att iakttä något från, ett kollektivt perspektiv från vilket det finns en möjlighet att se och upptäcka maktordningar som förblir dolda från andra perspektiv. Det förutsätter att man betraktar den kollektiva ståndpunkten som en plats för en särskild och privilegierad form av kunskap.

till den andra punkten som Alvesson och Sköldberg menar ingår i reflekterande forskning: att forskning är en medveten tolkande aktivitet vilket gör att teori och metod inte går att särskilja. Antaganden och begrepp som används står inte teoretiskt fria utan styr i hög grad tolkningar av studieobjektet. Det finns en teoretisk styrning i IE, som syftar till att synliggöra hur olika maktordningar styr människors aktiviteter, för att på så vis öka möjligheten för dem att agera, och göra motstånd mot, en dold form av styrning. Att den är dold betyder i det här sammanhanget att styrningen i princip inte är något som människor till vardags lägger märke till, eller tänker på. Detta implicerar en teori om verkligheten – det finns maktstrukturer som styr människor i deras vardagliga handlingar och dessa är till stora delar dolda för dem, men människor besitter också en förmåga att agera, och om maktstrukturer synliggörs får de en möjlighet att agera för förändring. För forskare som använder IE skulle då följande två antaganden gälla, vilka också kan sägas styra hur forskaren gör och vad som undersöks. 1) För att avslöja dolda mönster måste forskaren tro att de existerar i verkligheten; 2) Människor äger en förmåga att agera och kunskap påverkar deras handlande. Detta sätter fingret på ytterligare ett problem: Vad är en teori, vad är dess tillämpningsområde och vad ska den användas till? Dessa två grundantaganden som jag menar finns i IE är delar av ett perspektiv, det är *ett sätt att betrakta* den sociala världen, men IE har också ett tillämpningsområde och ett normativt syfte: utforskningen ska leda fram till en praktisk användning i den sociala världen.

Teorier ingår i, och är en del av, politiska och ideologiska förhållanden. Detta är också det tredje elementet som Alvesson och Sköldberg (1994) hävdar ingår i reflekterande forskning, vilket innefattar en medvetenhet från forskarens sida om att varken teoretiska antaganden eller tolkningar är neutrala. Såväl teori som tolkning ingår i, och bidrar till, skapandet av politiska och ideologiska förhållanden. En sådan medvetenhet är mycket tydlig i t ex kritisk teori (ibid: 14f), men också i IE.

För det fjärde kopplar författarna reflektion till representationsproblemet och förhållandet mellan författare/text och graden av auktoritet och texters (och författares) anspråk på att återge en yttre realitet (ibid). Smith betonar kunskapsanspråk och inte sanningsanspråk när hon refererar till det människor berättar och de texter som analyseras. Det är *hur* människor säger något, och vad detta säger om den *sociala organisering* som de är en del av, vilken ska undersökas. Alvesson och Sköldberg påpekar att de olika vetenskapsfilosofiska positionerna mycket riktigt kan uppfattas som inkommensurabla, men det pågår ett slags ständig omformulering av idéer och forskningsstrategier där

forskare omtolkas och sätter in idéer i nya sammanhang. Kanske är det också så som IE ska uppfattas, som idéer hämtade från andra forskare som sätts samman och där vissa delar omtolkas och andra sätts i nya sammanhang. Det sociala motsvaras av det människor gör, vilket innebär konkret materialitet, men en del av den praxiskunskap som Smith vill utforska är underförstådd (svår att studera och tämligen abstrakt). Inte heller är samordningen mellan människors olika aktiviteter alltid lätt att vare sig finna eller genomskåda. Det är forskarens uppgift att spåra dem, men som Alvesson och Sköldberg (1994:34) påpekar, så måste man skilja mellan två saker. Den ena har jag redan talat om och det är frågan om huruvida dolda mönster finns eller inte, den andra är forskarens svårighet att avslöja de dolda mönstren och därtill återge dem i en ny text (Alvesson & Sköldberg 1994:34). Det senare hänger till stor del samman med hur databearbetning går till, redigering av texter och författarens förmåga att tolka, beskriva och sätta samman en begriplig text till läsaren.

IE och socialkonstruktivism

Det kan vara på sin plats att i det här sammanhanget förklara hur IE förhåller sig till socialkonstruktivism. IE har inte formulerats som en del av någon typ av socialkonstruktivism, varken av Smith eller av någon annan IE-forskare (McCoy 2008:710). Det är den sociala *organiseringen*, och inte konstruktionen av, ett fenomen som undersöks i IE. Med detta betonas den ständigt pågående koordineringen av människors aktiviteter och de många gånger rutinartade processer som människor engagerar sig i, samt den lokala kontextens betydelse för hur människors erfarenheter tar form. Detta inkluderar visserligen det som socialkonstruktivister också intresserar sig för, nämligen hur världen skapas och blir till genom olika slags definieringsprocesser, men IE strävar mot en något vidare analys genom att fokusera på vad som händer i människors liv när det som erfars, och talas om, organiseras på ett visst sätt (ibid). Det finns många beröringspunkter och likheter mellan IE och olika typer av socialkonstruktivism, t ex avseende anspråksformering och sociala problem. Malcolm Spector och John Kitsuse (2001:75) hävdar att ”sociala problem är anspråksformerande aktiviteter” (min översättning), vilket i hög grad också är centralt i den här avhandlingen. Som jag förstår skillnaden mellan IE och t ex Spectors och Kitsuses intresse för anspråksformering och sociala problem i relation till mitt forskningsämne, så skulle de senares analys i första hand beröra hur klagomål utvecklas till ett socialt problem och därmed en ny bild

av världen. En IE-analys fokuserar på att finna institutionella mönster och styrningsrelationer i klagomål och rapporter om missförhållanden (i det här fallet) och beskriva hur institutionella processer formar de omständigheter och villkor som de äldre och deras företrädare möter. Syftet är att ge ett bidrag till dem vars ståndpunkt analysen utgår från, vilket inkluderar en ökad förståelse för hur de ska hantera institutionella möten (McCoy 2008).

Begreppsförklaringar

Sociala relationer och styrningsrelationer

Smith är kritisk till hur begrepp används i det hon kallar traditionell sociologi. Kritiken går i korthet ut på att de aktiva subjekt som utför handlingar försvinner i texten och att abstrakta begrepp och termer istället antar en realistisk form, som om begreppen existerade och agerade i en praktik. Därmed inte sagt att IE inte använder sig av begrepp och abstraktioner. Det kan tyckas som om Smiths förklaring av vad det sociala är närmar sig en abstraktion. Men Smith har aldrig frånsagt sig rätten att använda sig av abstraktioner bara för att hon utgår från och poängterar praktik och materialitet. Hon argumenterar inte mot abstraktioner utan hon intresserar sig för hur de sätts samman med begrepp, kunskap och fakta i en socialt organiserad praktik (Smith 1992:90). Med *sociala relationer* menar Smith det människor gör i specifika situationer och hur dessa aktiviteter hakar fast i, eller länkas samman med, vad andra människor gör eller har gjort vid en annan tid och/eller på andra platser. En social relation är inte, med Smiths termer, den typ av känslomässiga eller sociala förhållande som finns mellan exempelvis mor och dotter eller lärare och elev, utan hennes begrepp pekar mot förhållandet mellan en mer handfast och faktisk aktivitet som utförs av en särskild person på ett visst sätt och någon annan människas aktivitet. Aktiviteter kan utföras i samma tid och rum men även av människor på avstånd och i en annan tid (Smith 2005: 158, 227). Sociala relationer förmedlas genom texter, vilket definieras som olika former av tal, skrift, bilder – texter som kan upprepas, kopieras och efterhärmas på annan tid och plats (ibid:165). Smith menar att man kan tänka sig sociala relationer som en kedja; länkar som sitter samman i en ordningsföljd. När någon t ex skriver en avvikelsesrapport, så finns det en social relation mellan den handling som rapporten gäller och den aktivitet som äger rum när blanketten fylls i. Hur blanketten fylls i påverkas då både av vad som inträffat, och av hur blanketten är utformad, t ex vilka rutor som

finns att kryssa i. Ytterligare en social relation kan då sägas finnas mellan de aktiviteter som en gång skapade blanketten och hur den fylls i. Människor skapar och återskapar ständigt en oändligt stor mängd sociala relationer, därför att alla aktiviteter också genererar sådana. Här vill jag lyfta ett problem med begreppet. I varje studie är det något särskilt som forskaren intresserar sig för och det är således inte alla sociala relationer som är av intresse. Hur man avgränsar och identifierar de sociala relationerna hänger samman med vilken teoretisk begreppsram man använder, och det finns en sådan även i IE, vilken, precis som Walby (2010) påpekar, begränsar det man har möjlighet att upptäcka. Hur studien avgränsas är ingenting som Smith diskuterar. Inte heller framgår någon särskild metod för hur dessa relationer ska identifieras.

Det har sagts att begreppet sociala relationer inte är något som man letar efter när man utför forskning, utan vad man använder när man söker (Smith, G., Mykhalovskiy & Weatherbee 2006:177). Jag uppfattar det som att sociala relationer är både och – något som identifieras i en praktik och som ska underlätta förståelsen av vad som påverkar människor att agera som de gör, och hur de påverkas samtidigt som forskaren inte står utanför sociala relationer. Social ordning produceras av samhällets alla medlemmar, i de aktiviteter som utförs.

Vissa sociala relationer får en mer dominerande funktion än andra, Smith kallar dem *ruling relations* (styrningsrelationer), det är förbindelser som i en praktik särskilt anger viktiga funktioner som organisering, kontroll och initiativkraft:

The phrase 'relations of ruling' designates the complex of extra-local relations that provide in contemporary societies a specialization of organization, control, and initiative. They are those forms that we know as bureaucracy, administration, management, professional organization, and the media. They include also the complex of discourses, scientific, technical, and cultural, that intersect, interpenetrate, and coordinate the multiple sites of ruling. (Smith 1990b:6)

Smith gör en historisk utveckling för att förklara begreppet styrningsrelationer. Den snabba framväxten av kapitalismens produktionssätt, och med den också utvecklingen av textproduktion – media, litteratur och spridning av politiska och ideologiska budskap – skapade en ny typ av medvetande och agentskap som inte längre kopplades bara till individen. Begreppet styrningsrelationer refererar till ett nytt, och distinkt sätt, att organisera samhället som blivit framträdande under industrialiseringen i Europa och Nordameri-

ka. Styrningsrelationer är former av medvetande och organisering som är objektiverade och externt konstituerade på särskilda platser och av människor (Smith 2005:13). De är inte identitetsskapande eller specifikt kopplade till subjektets tankeprocess på det sätt som som t ex George Herbert Mead (1934/1976) framhåller, att subjektet varseblir sig själv som både subjekt och objekt . De ska alltså inte betraktas som olika sätt för enskilda maktfullkomliga människor att dominera eller härska över andra, som tidigare kunnat härledas till en kung, fogde, industriägare, arbetsgivare utan är, något förenklat uttryckt, kapitalismens olika och alltmer utvecklade former som sprider sig och finns inbäddade i, och förmedlas av, texter. Människor som arbetar i bolag, professionella organisationer, universitet, skolor, sjukhus, regeringar etcetera, producerar dessa texter, men styrs också av dem. Allt det människor gör varje dag – går till skolan, handlar, sätter på datorn, läser tidningen – länkar oss samman i det Smith kallar styrningsrelationer, varorna vi köper har producerats av någon långt bort, som vi inte känner personligen. Det är inte längre nödvändigt med några som helst personliga kontakter, eftersom det med Smiths ord är objektiverade former av organisering och medvetenhet som styr människors vardagliga aktiviteter.

Jag uppfattar inte att Smith har någon skala med mer eller mindre dominerande styrningsrelationer, att generalisera och upprätta en typologi av olika styrningsrelationer i en hierarkisk ordning är inte det som Smith förespråkar. Utforskningen av styrningsrelationer innebär att identifiera vilka förbindelser som styr det människor gör i en lokal praktik, var de kommer ifrån och hur de kopplas samman.

Arbete – allt det vi gör

Smith har delvis utvecklat sin utforskningsmetod från Marx historiska materialism och tagit fasta på marxismens analys av lönearbetet och utvidgat kategorin arbete för att den ska rymma även allt det som kvinnor gjort – och fortfarande till stor del gör – och som inte räknas till lönearbete. Från detta perspektiv expanderar termen 'arbete' till att omfatta mycket av det människor faktiskt gör, även det osynliga arbete som människor inte kallar arbete men som i ett institutionellt etnografiskt perspektiv är arbete vilket är värt att studera.

Den utvidgade definitionen av arbete hänger också samman med prax-

iskunskap¹⁷ (*work knowledge*). När vi gör saker lär vi oss också hur olika göromål ska utföras, vilket förändrar perspektivet på vad kunskap uppfattas vara. Smith gör en liknelse med att vänta, vilket hon menar går att betrakta som arbete vilket kräver vissa färdigheter. Som de gamla på ett äldreboende som sitter samlade och bara väntar på frukost och utvecklar sina färdigheter i tålmod, eller när människor väntar i en bankkö, ”Jag och de andra som stod i den långa kön på banken arbetade, vi praktiserade tystnadens färdigheter, flyttade tyngdpunkten från den ena foten till den andra, lättade på så sätt trycket över ryggen och försökte att inte tappa humöret” (Smith 2005:152, min översättning). Praxiskunskap innefattar två aspekter, den ena är människors erfarenhet av och i sitt arbete, vad de gör, hur de gör det men även vad de tänker och känner. Den andra är den implicita eller explicita samordningen med andra människors arbete (ibid).¹⁸

Jag använder Smiths vida begrepp *arbete* som ett orienterande begrepp i studien och för att analytiskt orientera mig i vad det är som görs i varje fall av klagomål. Att framföra klagomål eller anmäla missförhållanden innebär, från ett institutionellt etnografiskt perspektiv, att utföra ett arbete som kräver färdigheter, praxiskunskap, och det är människors erfarenheter av den kunskapen som är startpunkt för analysen. Det är inte intressant huruvida det människor berättar om stämmer med det faktiska händelseförloppet, det intressanta, och ämnet för analysen, är organiseringsprinciper som en form av sociala relationer och hur de kan spåras i människors redogörelser av sina erfarenheter.

Förklaringsrepertoarer - legitimerande förklaringar och handlingar

En av de huvudsakliga funktioner som klagomål har är att den som klagat utkräver ansvar av någon. I studien förstår jag klagomålets funktioner genom att först identifiera en särskild typ av legitimerande förklaringar och hand-

¹⁷Widerberg (2008) översätter *work knowledge* med praxiskunskap.

¹⁸Den första aspekten är närliggande Michael Polanyis begrepp tyst kunskap, *tacit knowledge*, den underförstådda kunskap som är oändligt svår att egentligen sätta på pränt och vilket delvis är det som Smith lyfter fram. Det handlar om att vi vet mer än vad vi kan berätta. Polanyi beskriver vad han menar genom ett exempel: känslan av att hålla en käpp i handen, det går att beskriva hur den känns mot handflatan, men använder man käppen för att undersöka en grop i marken, som inte går att se, så förmedlas en bild av hur gropen ser ut från käppens yttersta ände, via den ände som berör handflatan. Genom denna rörelse skapas en bild av hur gropen ser ut. Den underförstådda kunskapen, är det som sker mellan käppens yttersta ände och den bild vi producerar (Polanyi 1966/1983:12f).

lingar som är aktuella när ansvar utkrävs. Vem som är ansvarsskyldig eller ansvarutkrävande är inte bestämt a priori, utan måste i varje fall undersökas, men aktörer är skyldiga att i fall av ansvarighet förklara eller rättfärdiga sitt beteende. Detta gör människor genom *accounts*, alltså muntliga eller skriftliga redogörelser. Jag utgår från Marwin Scotts och Stanford Lymans (1968) definition som en särskild typ av redogörelse, vilken innehåller *ursäkter* och *rättfärdiganden* av ett olämpligt beteende där både det egna och andras beteenden kan inkluderas. Detta slags redogörelser utgör särskilda typer av förklaringar som syftar till att legitimera omoraliska eller olämpliga handlingar. Det är alltså *legitimerande förklaringar*. Med Smiths betoning av människors faktiska aktiviteter innefattar legitimerande förklaringar inte enbart en diskursiv praktik utan också legitimerande handlingar. Smiths definition av *diskurs* ligger mycket nära Foucaults. Diskurser innefattar sätt att tala, men det är mer än så, det är bestämmande talordningar, eller reglerade "framställningsordningar" (Sahlin 1999:84), vilket enkelt skulle kunna uttryckas som att vem som helst inte kan säga vad som helst när som helst. Diskurser har en reproducerande karaktär, genom talordningar konstrueras föreställningar om vad som inom en viss tid och plats anses vara sant och falskt (Foucault 1993). Smith utvidgar Foucaults diskursbegrepp genom att inkludera ett större fokus på hur människor i sin praktik aktiverar diskurser (Smith 2002:41).

Ursäkter innebär enligt Scott och Lyman att avsäga sig ansvaret för den utförda handlingen. Med rättfärdiganden accepteras ansvaret för den olämpliga handlingen, men det olämpliga eller omoraliska i handlingen bortförklaras på olika vis. Kriminologerna Gresham Sykes och David Matza (1957) talar om neutraliseringstekniker,¹⁹ och de identifierar fem huvudtyper (ibid:667f):

1. *Förnekande av ansvar* – personligt ansvar förnekas med hänvisning till att man inte hade avsikt att skada eller att orsaken till handlingen går att lägga på omständigheter utanför individen som denne inte kan styra över, t ex stress och underbemanning.

¹⁹Sykes och Matza studerade ungdomsbrottslingar och de menade att neutraliseringsteknikerna användes som en typ av rationaliserande argument av kriminella ungdomar för att försvara redan begångna brott och framför allt föregick denna rationalisering brottet och gjorde det möjligt att genomföra. Jag är tveksam till teorin om att någon slags "inre rationalisering" föregår och skulle kunna vara en förklarande faktor till varför människor begår brott. Min avsikt är inte heller att besvara frågan om vad som får människor att begå övergrepp eller kränkningar i äldreomsorgen.

2. *Förnekande av skada* – handlingen erkänns som omoralisk, men offret har inte tagit någon skada.
3. *Förnekande av offret* – den som råkar illa ut har sig själv att skylla, handlingen rättfärdigas av hämnd eller självförsvar. Förnekande görs också möjligt när offret är okänt, fysiskt frånvarande eller när dennes existens på andra sätt är försvagad.
4. *Fördömande av fördömarna* – fokus flyttas från den omoraliska handlingen och gärningsmannen till dem som fördömer handlingen.
5. *Åberopande av högre lojalitet* – vänskap eller tillhörighet till en grupp är viktigare än att följa lagen.

Det finns ytterligare tillägg av neutraliseringstekniker som identifierats vid övergrepp och vanvård av äldre i hemmet (Jönson, 2011:114). I princip handlar tilläggen om olika sätt att förskjuta ansvaret och det väsentliga i min studie är inte att identifiera olika neutraliseringstekniker, utan att genom olika aktörers *legitimerande förklaringar och handlingar* spåra och identifiera styrningsrelationer.

Jag kallar legitimerande förklaringar och handlingar med en övergripande term för förklaringsrepertoarer. Sociologen Joakim Thelander (2006:123) använder begreppet som en beskrivning av ”användandet av olika former av redovisande förklaringar” och han relaterar det till tolkningsrepertoarer, vilket Jonathan Potter och Margaret Wetherell (1987/1992:138), definierar som ”ord eller en uppsättning av termer och metaforer som man använder för att karaktärisera och värdera aktiviteter och händelser” (min översättning). Tolkningsrepertoar är ett vidare begrepp än förklaringsrepertoar och det senare kan då förstås som en särskild typ av tolkningsrepertoar, vilken används för att gestalta och tolka handlingar som i en viss social grupp uppfattas vara olämpliga och klandervärda. Olika förekommande förklaringsrepertoarer innefattar tillsammans en mängd olika argument, strategier och tekniker för att ursäktas, rättfärdiga och förskjuta ansvar. Att de accepteras och uppfattas som giltiga i en samhällsgrupp bygger på att de kan förstås av alla därför att de innefattar kulturellt tillgängliga resurser, vilket har diskuterats i termer av motivvokabulär (Mills 1940), bakgrundsförväntningar (Scott & Lyman 1968) eller folkliga logiker (Buttney 1993).

Ansvarighet

Ansvar är i min studie ett vardagsbegrepp som används både av informanter och i föreskrifter. Jag använder det också i analysen och i det ovanstående när jag talar om hur ansvar utkrävs, förskjuts eller axlas. I min analys färgas också begreppet av det samhällsvetenskapliga begreppet *accountability*²⁰ som är ett flerdimensionellt begrepp. Det kan betyda att någon är skyldig att axla ansvar gentemot en arbetsgivare eller annan överordnad. Chefer eller andra ansvariga för en verksamhet kan i sin tur vara ansvariga inför medborgarna eller inför dem på vars uppdrag de innehar sina tjänster. De kan utkrävas ansvar av båda dessa grupper. Inom byråkratiska system menar Michael Lipsky (1980/2010) att termen innefattar mer än att offentligt anställda behöver svara inför sina överordnade eller förvänta sig att behöva stå till svars för sina egna handlingar. Han menar att *accountability* är en länk mellan byråkrati och demokrati, och att det måste finnas en överensstämmelse mellan vad överordnade önskar av personalen och vad de faktiskt gör. Människor är ansvariga när det finns en hög sannolikhet att de svarar inför en legitimerad auktoritet. Begreppet *accountability* definieras därmed av Lipsky som ett förhållande mellan människor eller grupper, man är alltid ansvarig inför någon annan, ansvarighet är inte abstrakt, och man måste, menar han, precisera båda parter i ett ansvarsförhållande (Lipsky 1980/2010:160). Utifrån Lipskys klassiska verk om gräsrotsbyråkrati har en hel rad av olika definitioner växt fram. En sådan definition är ansvarighet som ”ett socialt förhållande där en aktör känner sig tvingad att förklara och rättfärdiga sitt beteende inför signifikanta andra (Hupe & Hill 2007:286, min översättning). I överensstämmelse med Lipsky pekar Hupe och Hill på en relation mellan två parter, någon utkräver ansvar av någon annan eller står själv som ansvarig inför någon annan. Det är i hög grad denna typ av relation och precisering av ansvarsförhållanden som jag använder i studien.

²⁰*Accountability* är ett engelskt ord som inte riktigt finner sin översättning på svenska. Vanligt är att det översätts med ansvarsskyldighet eller ansvarighet (Norstedts, engelsk-svenska ordbok, utgåva 1956). Begreppet översätts också med ansvarsutkrävande (för en diskussion om översättning av begreppet se Nätverket Språkförsvaret, 2008). Begreppet innefattar således både den aktivitet som det innebär att axla ansvar och att utkräva ansvar. Jag översätter engelskans *accountability* med ansvarighet.

Om att skapa abstrakta begrepp, kartor eller idealtyper

Idealet i IE, precis som andra teorier i den sensiterande begrepsstraditionen (Blaikie 2010:118) är att empirin ska styra, vilket sätter relationen mellan vardagsbegrepp, eller första ordningens konstruktioner (Schütz 1962/1999) och de begrepp som forskaren skapar (andra ordningens konstruktioner) i fokus. Den starkaste influensen när det gäller vardagsbegreppens betydelse i IE kommer från etnometodologi som har ett alldeles eget förhållningssätt till vardagsbegrepp (*commonsense concept*) och teoretiska begrepp. Garfinkel (1967) menar att det inte går att särskilja dessa, då vardagskunskap och vetenskaplig kunskap hela tiden förhåller sig till varandra. Vi förstår den ena med hjälp av den andra och tvärtom. De metoder som lekmanen använder för att skapa förståelse i sin vardagsvärld överensstämmer i stora drag med det forskaren gör. Det blir därför svårt, för att inte säga meningslöst, att skilja mellan lekmanakunskap, hur människor skapar begrepp och förståelse för vardagen i vilken de lever, och forskarens kunskap som bygger på abstrakta, teoretiska begrepp skapade i en betraktelse av omvärlden (ibid: 76-103). Denna tankegång är central även hos Smith. I IE skapas inte nya begrepp, utan människors vardagskunskap beskrivs utifrån ett intresse av att kartlägga hur människor organiserar sina handlingar ”det är människors erfarenheter av vad de gör – deras arbete – och kunskapen som baseras på deras arbete som är etnografens största resurs” (Smith 2005:125, min översättning). Begreppet arbete använder jag för att orientera mig i informanternas redogörelser och för att sätta ljuset på vad de gör. När jag analyserade materialet upptäckte jag att en mycket stor del av det innehöll legitimerande förklaringar och handlingar, vilka användes för att förklara eller förskjuta ansvarighet. Förklaringsrepertoarerna framstod som centrala i mötet mellan de klagande och verksamhetsansvariga och de förmedlade föreställningar om såväl praktiken, de människor som där fanns och det omgärdande samhället.

Smith använder kartan som metafor för IE. Forskaren ska använda den kunskap och de begrepp som forskarsubjektet förmedlar för att producera en karta som gör det synligt hur olika människor, institutioner och praktiker befinner sig i förhållande till varandra och hur både de faktiska människorna och deras aktiviteter förbinds med styrningsrelationer. I enlighet med detta utgör mina intervjuer med de klagande och rapportörerna den kunskap där kartan tar form. Det gör att dessa informanternas intervjuer också får en annan status i studien än andra intervjuer som jag gör med t ex enhetschefer och tjänstemän. Men de kartor jag försökte rita blev antingen alltför enkla eller

alltför komplicerade för att kunna presenteras på ett begripligt sätt.²¹ I den delen av analysen tog jag istället metaforiskt hjälp av ANT (Callon 1998; Latour 2005), det vill säga, jag föreställde mig klagomålen som ett objekt som färdades framåt och rörde vid olika händer, varvid en ömsesidig påverkan utvecklats. Jag skapar inte några nya abstrakta begrepp, istället beskriver jag några generella klagandeprocesser som utkristalliserade sig från hela mitt material och slutligen några idealtypiska modeller för hur klagandeprocesserna kan förstås från ett brukarperspektiv.

²¹Susan Turner (2006:145 ff) gör kartor av brukarnas medverkan och deras påverkan på miljömålen i ett nybyggnadsprojekt i en kommun i Kanada. Jag tyckte som läsare att det krävdes oerhört stor koncentration för att kunna följa hennes kartor, både grafiskt och innehållsmässigt. Jag lyckades inte förstå vad hon menade, vilket kan bero på min oförmåga att ta till mig den typen av grafiska presentationer. Detta är ingen kritik mot Turners studie, men eftersom jag har svårt att följa en sådan kartritning kan jag än mindre producera en. Jag var tvungen att finna andra vägar för att presentera mitt material.

3

MATERIAL OCH METOD: FÄLTARBETET I PRAKTIKEN

Jag har ett varierat material som jag hanterat på skilda vis. Efter en översikt av hela materialet presenterar jag varje del för sig. Analysstrategier, problem och reflektioner går jag igenom i relation till de specifika delarna. Den avslutande reflektionen och etiska överväganden rör studien i sin helhet. För mer detaljerad information om materialinsamling och urval, se bilaga 1.

Frågor om reliabilitet och validitet i kvalitativa studier har ägnats stor uppmärksamhet (Hammersley & Atkinson 1995; Seale 1999; Silverman 2005; Cho & Trent 2006). Jag kommer att ta upp dessa efterhand i kapitlet.

Översikt av empiriskt material

Studien bygger på samtal med människor som framfört klagomål till hemtjänst eller äldreboende, samt omsorgspersonal som rapporterat misstanke om allvarliga missförhållanden. Materialet har samlats in från tre olika nivåer och består av observationer, intervjuer och olika typer av dokument. I denna översikt finns det material som jag refererar till och redovisar i avhandlingen. Jag har gjort fler intervjuer och besök, dessa finns beskrivna i bilaga 1.

För det första finns sju fallbeskrivningar: fem är fall av klagandeprocesser, tre omsorgstagare och två anhöriga har intervjuats; två är fall av misstänkta missförhållanden, två undersköterskor som rapporterat om dessa har intervju-

Tabell 1 Översikt av empiriskt material

Brukarnivå	Stadsdel, kommunnivå	Statlig nivå
Sju fallbeskrivningar: intervjuer och dokument	29 skriftliga brukarklagomål och 65 lex Sarah-rapporter från 4 stadsdelar i Gbg och från Sthlms kommun.	4 brukarklagomål och 5 lex Sarah-rapporter från Socialstyrelsen region Sydväst
Observation: ett äldreboende, ett hemtjänstdistrikt (2 respektive 3 dagar) och två brukarråd äldreboende	6 Intervjuer: tre enhetschefer, två verksamhetsutvecklare, en samordnare för brukarråd	1 Intervju: tjänsteman från Länsstyrelsen
Intervju: en undersköterska hemtjänst	45 protokoll från brukarråd. År 2003-2010.	

ats. I två av fallbeskrivningarna har jag också fått tillgång till dokument, som polisanmälningar, journalutdrag, brev och svar från chefer och myndigheter.

För det andra har jag fältanteckningar från observationer och öppna träffar inom äldreomsorg. Jag genomförde några observationer av daglig verksamhet inom hemtjänst och på äldreboende främst för att förstå och kunna beskriva vardagen där klagomål och missförhållanden uppstår. Jag gjorde även en längre intervju med en undersköterska i hemtjänsten.

För det tredje har jag samlat in inkomna klagomål och upprättade lex Sarah-rapporter från fyra stadsdelar i Göteborg och anmälningar som kommit till Socialstyrelsen region Sydväst. Från stadsdelarna och Socialstyrelsen fick jag sammanlagt 33 klagomål och 23 lex Sarah-rapporter. Jag kompletterade med ytterligare 47 lex Sarah-rapporter från Stockholms kommun som fanns publicerade i Svenska Dagbladets nättidning (SvD 2010). Sammanlagt har jag 70 lex Sarah-rapporter. Jag fick också kopior på 45 protokoll från ett brukarråd på ett äldreboende. Jag har gjort intervjuer med personal och tjänstemän på såväl förvaltningar som myndigheter.

Fallbeskrivningarna

Fallen består av redovisningar av både aktiva handlingar och försummelser inom äldreomsorgspraktik som det klagats på och som av omsorgstagare eller vittnen tolkats som allvarliga missförhållanden. Intervjuer har genomförts

Tabell 2 Genomförda intervjuer med anmälare av klagomål och rapportörer enligt lex Sarah

Brukare/anmälare		Lex Sarah – rapportör
anhöriga	omsorgstagare	
1. Dotter till kvinna, 90 år, omsorgsbrist, äldreboende	2. Kvinna 80 år, bemötande, äldreboende	6. Undersköterska, bemötande, äldreboende
5. Dotter till man, 79 år, omsorgsbrist, hemtjänst	3. Kvinna 69 år, stöld, hemtjänst	7. Undersköterska, omsorgsbrist, samverkansproblem, äldreboende
	4. Kvinna 84 år, städ, hemtjänst (även tre tel. intervjuer)	

med åtta personer (i ett fall gjordes en intervju med två personer). Sammanlagt har jag sju fall, fem som blivit föremål för brukarklagomål och två som rapporterats enligt lex Sarah av undersköterskor. Fallbeskrivningarnas ordningsföljd följer presentationen i resultatkapitel 4, 5 och 7.

Fall 1 (kapitel 4) gäller en 90-årig kvinnas sista tid på ett kommunalt äldreboende i Göteborg. Anmälaren är kvinnans dotter. Dottern har ett nätverk av släktingar och vänner som stödjer henne i ärendet. Klagomålen rör främst olika typer av omsorgsbrist, men också brister i samverkan mellan olika vårdkategorier. Materialet består av en längre intervju (2 ½ timma) med dottern och hennes väninna som tillsammans driver ärendet. Intervjun gjordes på institutionen för socialt arbete. Den är bandad och transkriberad, därefter sammanfattad och genomläst av dottern. Kopior av journalanteckningar, brev mellan dotter och olika chefer inom det berörda boendet samt brev från verksamhetschef för äldreomsorgen i stadsdelen, brev till, och svar från Socialstyrelsen har jag fått frihet att använda. Dottern kontaktade mig för intervju efter det att hon fått information om min studie via en av de verksamhetschefer hon talat med under ärendets gång. Jag har haft upprepad e-postkontakt med dottern under studiens gång då hon fått läsa manus i sin helhet och kommentera det kapitel där hennes fall beskrivs.

Fall 2 (kapitel 5 avsnittet "Vantrivsel och exit") gäller en 80-årig kvinna som bott på två olika äldreboenden, men som nu bor i hyresrätt med hemtjänst. Kvinnan är änka efter att under många år tagit hand om sin sjuke

make. Kvinnan har framfört några klagomål till äldreboendet, men flyttade därifrån därför att hon inte längre stod ut, hennes synpunkter rör bemötande, otrygghet, omsorgsbrist, maten och stölder. Hon har inte skrivit ned några klagomål men hennes utträde (exit) från äldreboendet är en handling i vilken en kraftfull protest kan skönjas. Det är hon som drivit igenom sin flytt från boendena, med hjälp av anhöriga. Jag fick kontakt med henne via en annan informant. Först genomförde jag en telefonintervju med kvinnan som jag sammanfattade. Därefter gjorde jag en intervju hemma hos henne, där vi byggde vidare på den nedskrivna telefonintervjun. Jag gjorde ytterligare ett besök där vi tillsammans gick igenom och redigerade det jag skrivit. Hon fick möjlighet att förtydliga och komma med fler exempel och jag kunde ställa mer frågor. Jag bandade inte någon av dessa intervjuer. Min uppfattning var att en bandspelare hade stört intervjusituationen. Inspirerad av den intervju där jag inte fick banda och som ett försök att förtydliga min databearbetning (Walby 2010) var det ett aktivt val från min sida att försöka skriva ned hennes berättelse som en ”spökskrivare” (Rhodes 2000, 2001).

Fall 3 (kapitel 5 avsnittet ”Stölder”) rör en 69-årig kvinna som efter en allvarlig sjukdom blivit funktionshindrad och är i behov av hemtjänst flera gånger per dygn. Kvinnan har tidigare arbetat inom äldreomsorgen. Hon för själv fram sina klagomål och gör polisanmälan. Klagomålen gäller stöld men också åsidosättanden av hennes önskemål. Kvinnan kontaktade mig efter det att hon fått information om min studie av en kurator i stadsdelen. Jag har därefter besökt henne tre gånger. Exemplet innehåller en intervju (ca 2 tim) som antecknats och därefter skrivits ut, eftersom hon inte ville att jag bandade. En sammanfattning av intervjun har lästs och kommenterats av kvinnan vid ett återbesök. Ytterligare ett besök och samtal om den vidare händelseutvecklingen genomfördes två månader efter första intervjun. Hon har läst stora delar av manus och kommenterat det avsnitt där hennes fall presenteras. Vi har talats vid i telefon upprepade gånger. Förutom intervjun finns en artikel från dagspressen där kvinnan redogör för sin situation samt kopior på tre polisanmälningar.

Fall 4 (kapitel 5 avsnittet ”Städning”) gäller en 84-årig kvinna som bor hemma och tar hand om sin make och som sedan födseln har ett fysiskt funktionshinder. Klagomålet gäller utebliven städning. Kvinnan har, förutom att vända sig till hemtjänstpersonalen, också själv framfört klagomål direkt till den politiska ledningen i Göteborgs stad. Jag kontaktade henne då jag känner henne ytligt. Materialet består av en 45 minuter lång intervju som bandats och transkriberats. Intervjun gjordes hemma hos henne och jag har

gjort ytterligare två besök då hon fått läsa igenom de delar av avhandlingen som hon önskat. Jag har också gjort telefonintervjuer med tre andra kvinnor med liknande klagomål. Då dessa var av samma karaktär och dessutom kom från samma område valde jag att bara ta med den bandade intervjun.

Fall 5 (kapitel 5 "Brister i omsorgen") rör en äldre dement man (änkeman) som då intervjun genomfördes bodde i sitt hem och hade hemtjänst. Den som för fram klagomålen är dottern, som tidigare vårdat sin svårt sjuka mamma i hemmet, hon har också tidigare arbetat inom vård och omsorg. Klagomålen handlar om bristande omsorg av hennes dementa far från hemtjänstens sida. En intervju genomfördes (1 ½ tim) på ett glest befolkat café, bandades och transkriberades. Jag fick kontakt med dottern via en annan informant. Ett uppföljningssamtal gjordes drygt ett år efter första intervjun och hon fick möjlighet att läsa stora delar av manus och kommentera det avsnitt där hennes intervju ingår.

Fall 6 (kapitel 7) gäller ett lex Sarah-ärende. Undersköterskan, en kvinna, arbetar på ett kommunalt äldreboende i Göteborg. Efter upprepade händelser av kränkande bemötande från en kollega mot omsorgstagare beslutar hon sig för att rapportera en händelse till enhetschefen. Materialet består av en intervju (1 ½ timma), bandad och transkriberad där undersköterskan berättar om händelsen och vad som sedan följer. Intervjun gjordes på ett avskilt rum på hennes arbetsplats. Jag fick kontakt med henne via en annan informant som träffat henne under en gemensam utbildning. Jag har försökt komma i kontakt med henne efter intervjun men inte lyckats.

Fall 7 (kapitel 7) är också ett lex Sarah-ärende, och det innehåller flera olika typer av rapporter på ett kommunalt äldreboende av typen korttidsboende. Rapporterna gäller brister i kommunikation mellan olika personalkategorier samt omsorgsbrister och har skrivits gemensamt av personalen på en avdelning. Jag har intervjuat en av dessa anställda, en undersköterska som jag fått kontakt med via en bekant. Materialet består av en längre intervju (2 ½ timma) som är bandad och transkriberad. Intervjun gjordes på institutionen för socialt arbete. Hon har fått möjlighet att läsa hela manuset och kommenterat det avsnitt där hennes intervju ingår.

Intervjuteknik

Jag började intervjuerna med öppna frågor: hade de framfört några klagomål? Hur gick det till? Därefter fick informanten berätta fritt, endast avbruten av frågor om mer förklaringar eller förtydliganden. När intervjun närmade sig

sitt slut, eller samma saker började upprepas, försökte jag avsluta med en diskussion där jag var mer aktiv med att föra in andras och mina erfarenheter och relevanta rapporter, forskning eller litteratur för att ställa dem i relation till informantens uppfattningar. Som Steinar Kvale (2006) påpekar är inte forskningsintervjun någon spontan tilldragelse som uppstår för att båda parter har samma intresse och det finns en fara med att kalla den för dialog eller konversation.²² En dialog är en gemensam strävan mellan jämlika partner att genom konversation uppnå förståelse och kunskap. Även om jag påstår att detta var vad jag strävade efter, bland annat genom diskussionen i slutet av intervjun, så handlade våra möten ändå om ett givande och tagande med delvis olika syften. Att jag delade med mig av mina egna erfarenheter av klagomål och äldreomsorg – när jag ansåg att mina erfarenheter bidrog med ytterligare perspektiv på informantens redogörelse – kan ha bidragit till att avståndet mellan mig som forskare och dem som ”klagande” minskade. Å ena sidan kan det betraktas som ett försök att göra situationen mer jämlik än vad den i själva verket var, å andra sidan kan även informanterna ha haft syften med forskningsintervjun som jag till fullo inte förstod. Exempelvis sökte två av informanterna upp mig, efter det att de fått information om studien av andra. Det går kanske att säga att jag och avhandlingen riskerar att bli en del av deras eventuella upprättelseprocess, men jag kan inte se att det påverkar resultatet av studien. Jag använder det de säger i en vidare utforskning och som ett sätt att förstå vad som sker i mötet mellan klagande/rapportör och institutioner. I intervjusituationen fångas människors erfarenheter som de berättar om dem, informanternas erfarenheter är en informationskälla för hur olika maktrelationer påverkar och styr människors handlingar. Fallbeskrivningarna använder jag som en del i ansatsen att undersöka institutionella processer. Intervjuer i institutionell etnografi har inte som syfte att analysera människors inre erfarenheter eller deras personliga identitetsutveckling (DeVault & McCoy 2002:751). Jag har därför inte heller fördjupat mig i sjukdomsdiagnoser eller livshistorier och när detta ändå kommit upp är det inget jag fokuserar på i analysen. I IE betonas intresset för människors redogörelser för ett händelseförlopp, hur de berättar om det och spåren av sociala relationer som är närvarande i det de säger,

²²Kvales kritik av termen dialog (och konversation) gäller när den används om forskningsintervjun i syfte att få den att framstå som mindre formell och mer jämlik än vad den i själva verket är. Det syftet har inte Smith när hon talar om forskningsprocessen och forskarens arbete med intervjuerna som dialogiskt.

The institutional ethnographer, however, does not look for accounts of what happened or what was really going on. She or he is oriented to what the informant knows and to producing a knowledge between them of the informant's everyday life in which her or his doings and how they are coordinated with those of others become visible. She or he is oriented toward the *social organization* of people's activities." (Smith 2005:129, förf. kursiv)

Huruvida det som berättas exakt överensstämmer med det faktiska händelseförloppet blir då inte heller betydelsefullt, det handlar inte om sanningsanspråk utan om kunskapsanspråk. Däremot har det varit viktigt för mig att öka reliabiliteten i studien genom att låta informanterna läsa och korrigera texten. Syftet är inte att validera resultatet som "sant" utan att få det att stämma överens med informanternas uppfattning om vad de sagt vilket kan bli ytterligare en källa till insikter (Silverman 2005:212). Redogörelserna i fallbeskrivningarna är således inga kopior av intervjun, men innehållet av det som förmedlades i våra samtal överensstämmer med det som jag och informanten uppfattat varit händelseförloppet, vilket alltså gör dem reliabla.

Clare Wenger framhåller att det är viktigt för dem som intervjuar äldre människor att inte bli alltför upptagna av ålder, och att inte utgå ifrån att allting som avhandlas har med ålder att göra (Wenger 2002:260). Jag har försökt tänka bort ålder och närmat mig mina informanter med insikten att de har något viktigt att berätta för mig, något som de vet mer om än jag och om vilket jag vill veta så mycket som möjligt. Ett annat sätt att motverka uppmärksamhet på hög ålder är att ge informanterna fiktiva namn som inte är förknippade med deras generation.

Analys av fallbeskrivningarna

När det gäller fallbeskrivningarna har jag försökt lyfta fram det *arbete* som de klagande utför när de klagat och rapporterar. Som ett orienterande begrepp (Layder 1998)²³ i analysen använder jag Smiths vida begrepp *arbete* vilket omfattar mer än bara ett lönearbete eller något som betecknas som arbetsamt (tungt). I analysen av de klagandes redogörelser ligger fokus på hur de gjort, och vad som påverkat dem att framföra klagomål på de olika sätt de gjort, vem och vad som varit dem behjälpliga i denna process. Jag urskilde och

²³ Andra liknande begrepp är eng. *Sensitizing concept* (se Blumer 1969/1986:148), och konceptuella förslag (se t ex Lindgren 2008:118 för olika förslag på öppna begrepp som pekar ut den analytiska riktningen i forskningsuppgiften).

skrev ner de olika händelserna och informantens arbete med att framföra klagomålet/rapporten och länkade dem till olika aktörer som varit direkt involverade eller som i informantens redogörelse kunde förstås ha påverkat en händelse eller dess utfall. Det senare är vad Smith kallar för sociala relationer, hur det någon gör hakar i, eller länkas till andra människors handlingar.²⁴

Mitt material har bestått av texter, där olika förklaringar syftat till att antingen ursäkta eller rättfärdiga de händelser klagomålen gäller, men genom att följa klagomålet har jag också fått syn på människors handlingar, vart de skickat klagomålen, vilken blankett de använt och om de fått svar. Genom att lägga flera olika beskrivningar av deltagarnas erfarenheter bredvid varandra skapades ett bredare underlag som jag sedan kunde referera till när jag gick vidare, från och utanför själva fallbeskrivningarna, i analysen av hanteringen av klagomålen. När ett klagomål eller en anmälan framförs startas en mängd aktiviteter med många inblandade, men den det handlar om försvinner för det mesta i den byråkratiska processen och i de rutiner som omgärdar hanteringen (Smith 2005:120). Jag har strävat efter att behålla de inblandades närvaro hela vägen genom forskningsprocessen (ibid:52), genom att låta dem finnas med som de människor de är, tilltalade med namn (eller dotter, omsorgsgare som visar på den roll de innehar i kontexten) och även om namnen är fingerade så representerar de människor och inte analytiska enheter. Deras utsagor är däremot analytiska objekt som jag hanterat enligt nedan.

Smith menar att arbetet med intervjuerna sker genom två dialoger.²⁵ Den primära dialogen är mellan informanten och forskaren (eller i en observationssituation mellan fältanteckningar och det observerade). Dialogen formas alltid av talsituationen och särskilda diskursiva konventioner, där båda deltagarna är aktiva, dock aldrig jämställda. Den ena berättar, den andra vill veta mer och ställer frågor och ber om förklaringar. Redogörelsen blir, när

²⁴En sådan länkning kan aldrig göra anspråk på att vara fullständig. Den är skapad utifrån det jag läser in i de intervjuer jag gjort. Precis som i alla metoder gäller även här att det endast går att uppfatta skärvor av det som finns i ett större pussel.

²⁵Med dialog syftar Smith på Mikhail Bakhtins begrepp om dialog som någonting motsatt en monolog. En dialog innebär alltid en växelverkan mellan olika röster. Dialog är en form av språklig koordinering, en talare plockar upp vad en annan lämnar över. Smith använder sig av Bakhtins dialogbegrepp även i förklaringen av det sociala samspelet mellan människor. Det människor gör är en ständigt pågående aktivitet. Aldrig blir människors sociala aktiviteter "fixerade och objektiva och stillastående. Istället är varje nästa sekvens, precis som i Bakhtins modell, dialogiskt involverad med ett förflutet som inte är avslutat" (Smith 2005:66, min översättning).

tiden för konversationen är slut, en produkt av ett samarbete mellan dem som ingår i dialogen. Smith påpekar att det här inte ska betraktas som något slags kontaminering av datamaterialet, utan snarare ses som en resurs (Smith 2005:139).

Den andra dialogen uppstår i arbetet med de texter som producerats i den första konversationen, mellan forskaren och produkten (fältanteckningar eller inspelning, utskrift) där nya upptäckter görs av vad som sagts. I IE skapas inga analytiska begrepp, utan man försöker visa (genom att koncentrera sig på hur människor organiserar sitt arbete, vad de gör) hur och var det människor säger sig ha gjort hakar i, eller påverkas av andra människors handlingar (Smith 2005:143; Campbell & Gregor 2004; Rankin & Campbell 2009).

I ett möte med en omsorgstagare fick jag inte lov att använda bandspelare. Det resulterade i flera besök där jag skrev och hon korrigerade. Spökskrivar-metaforen är ett sätt att förklara för läsaren hur denna process gick till, men det är mer än så. Att agera som en spökskrivare är att låta informanten träda fram och samtidigt fästa uppmärksamhet på min påverkan på framställningen av informantens redogörelse. Det är ett sätt att ta fasta på den kritik som finns mot IE – att det saknas transpararens och analysmetoder för dataanalys vilket döljer att forskaren har en stor auktoritet över den textuella representationen av deltagarnas utsagor – och ett försök att göra den första dialogen mer transparent (Walby 2010:1023f). Jag beslöt att pröva denna strategi hos ytterligare en omsorgstagare. Att jag inte gjorde det hos alla hade i huvudsak två skäl. Det krävde mycket tid från både min och informantens sida. Intervjuerna var långa och innehöll mycket mer än det jag återger, och i några fall fanns även dokument. Jag blev tvungen att sälla och här låg en svårighet; jag uppfattade att jag sållade med hjälp av informanten, men min position som forskare kan ha påverkat dem, om de såg mig som någon slags ”expert” kan de ha låtit mina tolkningar dominera. Det andra skälet är mer svårklarat; det kändes som jag fuskade, som om jag inte ägnade mig åt forskning. Det ligger något nästan magiskt över att använda citat, lite som bevis – jag blir mindre trovärdig som forskare om jag inte har spelat in intervjun på band och har citat med i texten och låter läsaren själv se vad som sades. Men att fånga hela kontexten är i princip omöjligt även med citat och dessa väljs dessutom av forskaren, som också tolkar dem.

Dessutom var jag inte intresserad av hur människor *sa saker* – pauser, ordval, frasering – utan hur de *sa att de hade gjort*, och vad som fått dem att göra det de gjort. Det var viktigt att vi var överens om att jag förstått deras redogörelse och förmedlade den i en text som andra skulle läsa. Jag ville inte

sätta mig över deras tolkningar, istället bestod min uppgift i att återge deras tolkningar av det inträffade i en komprimerad och läsbar text. Jag skrev om texten många gånger och de läste och korrigerade. De korrigerade mest olika typer av missuppfattningar, som i vilken ordning några händelser inträffat, eller om det varit en enhetschef eller verksamhetschef som sagt eller gjort något. Någon ville ändra vissa av mina uttryckssätt, så att de inte framstod som svaga eller "gnälliga". Den oro jag kände inför att låta dem läsa det jag skrivit låg mer i att de skulle uppfatta att jag tolkat det de sagt på ett otillbörligt vis, eller att jag på något sätt skulle uttryckt mig respektlöst eller slarvigt om saker som för dem var känsliga. Jag fick inga sådana kommentarer.

En av utmaningarna i IE är att finna sätt att analysera intervjuer som håller institutioner i fokus, utan att släppa forskningssubjektens ståndpunkt. Liza McCoy (2006:109f) talar om att en oavsiktlig analytisk glidning kan uppstå där forskaren skiftar fokus från institutionen till informanten, t ex genom att upprätta typologier över informantens erfarenheter eller strategier. Man kan välja sida i en konflikt och förlora siktet på den institutionella ordningen som gav upphov till konflikten till en början. En sådan glidning upptäckte jag själv att jag höll på med i ett fall, där jag plötsligt fann att jag minutiöst letade efter avvikelser mellan informantens berättelse och de dokument jag fått tillgång till. Plötsligt var jag inne i en process där *jag ville bevisa* att fel begåtts och att informanten hade rätt. Jag uppfattade det som att det fanns två sidor i en konflikt och jag valde sida och började leta efter bevis som skulle styrka informantens utsaga. Fel hade begåtts men det var inte min sak att bevisa. Däremot upptäckte jag i det arbetet att det var analytiskt intressant att på avstånd betrakta hur olika en händelse kan beskrivas. Det är inget märkligt i att människor i olika positioner uppfattar och skriver ned olika versioner av en händelse, men sätter man dessa bredvid varandra uppstår ytterligare en bild, eller möjligheter till fler tolkningar. Varför skriver de olika aktörerna ned olika händelsesekvenser, och vad säger deras olika tolkningar om vad som pågår? Jag tror att det är i denna bild, som forskaren kan skapa analytiskt genom att foga samman olika utsagor, som gränsen mellan institutioner och erfarenheter kan förstås.

Observationer av praktisk omsorgsverksamhet, öppna träffar och brukarråd.

Syftet med direktobservationer av äldreaktiviteter och verksamheter var tvådelat, dels var det ett sätt att komma i kontakt med fler personer, både äldre och personal, med erfarenhet av klagomål eller rapportering, dels behövde jag en kontext för att kunna ge en beskrivning av den typ av verksamhet där händelserna inträffar. Under observationerna förde jag kortare noteringar, men den största delen av fältanteckningarna gjorde jag från minnet och med stöd av noteringarna vid datorn direkt efter observationernas slut. På äldreboendet och hemtjänsten gick jag tillsammans med undersköterskor och intog rollen som deltagande observatör; vi arbetade tillsammans även om jag hade en assisterande funktion. Jag presenterade mig alltid som forskare från universitetet, men hjälpte till med olika uppgifter när det passade. Sammanlagt gick jag bredvid tre olika undersköterskor, två av dem kände jag personligen, eftersom vi hade arbetat tillsammans i andra sammanhang. Observationerna gjordes i både kommunal och enskild verksamhet i Göteborg.

Två brukarråd på kommunala äldreboenden i två olika stadsdelar i Göteborg har jag besökt. Jag satt med och observerade två brukarrådsmöten; där deltog inte jag i diskussionen utan var en tyst observatör och förde anteckningar under mötet. Det ena mötet leddes av en enhetschef och förutom tre kvinnor som bodde på äldreboendet deltog även två anställda och en anhörig. På det andra mötet var en ideellt arbetande samordnare ordförande och tre omsorgstagare, två kvinnor och en man, samt en undersköterska deltog. Förutom intervjuer med enhetscheferna på dessa äldreboenden gjorde jag även en intervju med den ideellt arbetande samordnaren av brukarråden. Den gjordes direkt efter brukarrådsmötet och jag bandade inte utan tog anteckningar. Han var helt fristående från äldreboendet och hade anlitats via samrådsmöten i stadsdelen där olika lokala aktivitetsgrupper ingick.

En fråga som upptog mig innan observationerna var; hur skulle jag som arbetat inom denna verksamhet under flera år kunna "se" något som jag inte redan visste? Jag koncentrerade mig på observerandet av både miljö och människor. Det var svårare än jag trott och mycket ansträngande, arbetspassen varade i ca sju timmar. Samtidigt som jag samtalade med både omsorgstagare och personal försökte jag med jämna mellanrum göra korta noteringar. Samtalen med undersköterskorna som jag gick bredvid handlade i första hand om hur de arbetade. De var glada över att få tala om sitt arbete, men

samtalen kom att inkludera hela deras vardag. Efter arbetsdagens slut vidtog den andra dialogen mellan mig och materialet när jag skrev rent noteringar och rannsokade mitt minne om vad som sagts. Jag försökte skriva för en fiktiv läsare obekant med äldreomsorg och könsmönstret som utkristalliserades förvånade till och med mig själv. Av 34 omsorgstagare som besöktes i hemmet var bara två av dem män. Bland 20 anställda som samlades i distriktet på morgonen fanns två män. Hemtjänstdistriktet var inte unikt, inget kritiskt fall, utan enligt statistiken ser det ut ungefär så i landet idag (Szebehely & Trydegård 2007; Sand 2007; Stark 2007).

Intervjuer med enhetschefer och tjänstemän

I avhandlingen refererar jag till tre enhetschefer, två verksamhetsutvecklare och en tjänsteman på Länsstyrelsen som jag intervjuat. De tre enhetscheferna arbetade alla på äldreboenden. Enhetschef A arbetade på ett större kommunalt äldreboende och ansvarade för en enhet med ca 55 brukare. Hon var sjuksköterska och hade arbetat i många år inom vård och omsorg. Enhetschef B arbetade också på ett kommunalt äldreboende, men det var mindre: hon ansvarade totalt för samtliga 45 brukare. Enhetschef C arbetade på ett större icke-kommunalt äldreboende och han hade ansvar för ca 100 brukare. Jag intervjuade även två verksamhetsutvecklare som arbetade på förvaltningarna. Verksamhetsutvecklare D arbetade i en stadsdel i Göteborg och E i en kommun i Västra Götaland. Tjänstemannen (F) arbetade på länsstyrelsen Västra Götaland. Alla intervjuer bandades, transkriberades och de flesta av informanterna läste sammanfattningar. Jag har gjort fler intervjuer, men jag refererar inte till dem i studien (se bilaga 2).

Dessa intervjuer har jag hanterat på ett annat sätt än fallbeskrivningarna. Syftet var här att få en förståelse för hur de som hanterar klagomål och lex Sarah resonerar och vad de lyfter fram som viktigt, och kanske svårt, och jag har försökt koppla det till vad som framkommit i fallbeskrivningarna. Jag har även här koncentrerat analysen till det informanterna säger att de gör, till arbete i vid mening. Flera har tagit fram och givit mig de riktlinjer de lokalt följer vad gäller brukarklagomål och lex Sarah. Det har funnits en diskrepans mellan hur chefer och omsorgspersonal säger att uppgifter utförs, likväl som det funnits en diskrepans mellan hur tjänstemän säger att rutiner ska fungera och vad som står i regelverket. Ett exempel på det förra var när en enhetschef under intervjun sa, apropå hur omsorgspersonalens sociala

dokumentation går till: ”Nu tror jag ofta att dom går in och skriver med en gång [...] nu har ju även vikarierna tillgång till det här systemet.” När jag följde omsorgspersonal på samma enhet sa de tvärtom; man skrev i bästa fall i slutet av dagen, eller nästa dag, mycket information föll bort och vikarier hade inte heller tillgång till datasystemet. Sådana uttalanden kan tolkas på olika vis, t ex att informanterna har olika intressen och under intervjun vill framställa sig och verksamheten i enlighet med dessa. Enhetschefen ville tala om för mig att man hade ett välfungerande dokumentationssystem och verksamhet. Omsorgspersonalen ville främst lyfta fram svårigheterna med att få verksamheten att fungera väl, att dokumentera i tid och otid var för dem besvärligt. De olika aktörerna hade skilda tolkningsramar och måttstockar. Min uppgift har inte varit att på något sätt verifiera ”sanningen”, jag har valt att lyfta fram flera olika aktörers utsagor om hur de arbetar med klagomål och rapporter, som ett sätt att öka förståelsen för hur dessa hanteras.

Övriga dokument: brukarklagomål och lex Sarah-rapporter

För att närmare undersöka vad som kom organisationerna till del i skriftlig form kontaktade jag fyra olika stadsdelar i Göteborg och bad att få ut kopior på de fem senast inkomna brukarklagomålen som rörde hemtjänst och äldreboende, samt de fem senaste lex Sarah-rapporterna vid samma verksamheter. Insamlingen pågick under hösten 2010 och våren 2011.

De 23 lex Sarah-rapporterna som jag fick från stadsdelarna och Socialstyrelsen såg mycket olika ut och i många saknades utredningar och bedömningar av allvarlighetsgraden. Jag beslöt att komplettera lex Sarah-materialet, men att begära ut rapporter från förvaltningar och Socialstyrelsen hade visat sig vara tidsödande. Jag gick därför igenom de lex Sarah-rapporter som Svenska Dagbladets nättidning publicerade i januari 2010. Sammanlagt fann jag i SvDs nättidning 47 lex Sarah-rapporter av olika slag som gällde äldreomsorg och där anmälan var gjord enligt 14 kap. 2§ Socialtjänstlagen, och inte anonym. Majoriteten av dem bestod av ett tjänsteutlåtanden från stadsdelens socialnämnd. Alla var avidentifierade. Materialet var mycket likt det jag fått från VG-regionen.

Utöver ovanstående material fick jag kopior på 45 protokoll från ett brukarråd, år 2003 – 2010, på ett kommunalt äldreboende.

Tabell 3 Dokument utöver dem som ingår i fallbeskrivningarna

Brukarklagomål	Lex Sarah – rapporter
29* klagomål från fyra olika stadsdelar, de fem senast inkomna oktober 2010.	18** från fyra olika stadsdelar, de fem senast inkomna från oktober 2010.
4 inkomna klagomål till Socialstyrelsen region Sydväst 2010, senast inkomna maj 2011.	5 inkomna till Socialstyrelsen region Sydväst 2010, senast inkomna maj 2011
45 protokoll från ett brukarråd på ett kommunalt äldreboende	47 rapporter från Stockholms kommun 2009.

* jag fick in olika antal klagomål.

** en stadsdel hittade bara två.

Kodning av dokumenten

Jag kodade klagomålen efter typ av händelse och verksamhet, vem som drabbats, vem som klagat och svarat, eventuella åtgärder och hur lång tid ärendet tagit innan det avslutats. Några av de utförligare svaren valde jag ut för en kvalitativ analys. Rapporterna kodade jag på samma vis som klagomålen och försökte finna samband mellan olika variabler: omsorgsform, privat / kommunal utförare, kön på den drabbade, typ av händelse, vem som initierat anmälan, vem som utrett, om det fanns ett tydligt beslut om allvarlighetsgrad, om den drabbade eller anhöriga var vidtalad, åtgärder, konsekvenser, kön och yrkesmässig status på "förövare" (i de fall det fanns någon tydlig sådan). Det saknades mycket information i rapporterna, få av dem hade alla uppgifter och de olika kategorierna blev därför alltför små och ofullständiga för tillförlitliga sambandsanalyser.

Jag inspirerades i den här delen av analysen av analytisk induktion (Katz 2001). Detta är en metod där man från början inte har en, utan flera olika hypoteser och man söker efter negativa fall. Därefter förändrar man sin hypotes så att den inkluderar även de negativa fallen. Man strävar efter att finna den "perfekta förklaringen", och man modifierar sina hypoteser efter vad man finner i materialet. Det är naturligtvis mycket svårt, för att inte säga omöjligt att finna en enda perfekt förklaring och enligt Jack Katz (2001:333) så är det inte heller nödvändigt. Metoden ska förstås som en strategi att hantera många olika hypoteser och ett material som är fyllt av "a mass of hostile evidence" (ibid). Jag sorterade om rapporterna i tre kategorier efter hur missförhållandet bedömts: tydliga bedömningar av allvarliga missförhållande, tydliga

bedömningar av icke-allvarliga missförhållanden och inga bedömningar av missförhållandets allvarlighetsgrad. Med start i den första kategorien började jag sedan att formulera olika påståenden, som jag sedan modifierade efter en noga genomläsning i den andra kategorin. Slutligen gick jag igenom även de mest informativa rapporterna i den sista kategorin och försökte hitta motsägelser och överensstämmelser med mina påståenden och jag förkastade och formulerade om dem. Jag tyckte inte att jag lyckades särskilt bra med detta, det var alltför olikartade uppgifter och alla tycktes sakna något. Men två olika analysnivåer utkristalliserade sig i denna manöver. Å ena sidan var det bevisens trovärdighet som bedömdes, alltså den version av händelsen som utredaren lade fram till nämnden som måste framstå som just trovärdig, vilket den gjorde med *framställande av fakta*, t ex läkarutlåtanden och ögonvittnen som berättade. Å andra sidan måste den trovärdiga versionen också vara allvarlig. Allvarlighetsgraden kopplas i Socialstyrelsens (2010:51f) föreskrifter till den skada omsorgstagare lidit och i handboken ges exempel på vilken typ av handlingar det kan röra sig om t ex fysisk våld. Mitt problem rörde främst den senare delen av denna koppling. Konsekvenserna för omsorgstagaren beskrevs ytterst sällan, den skada han eller hon lidit gick därför inte att säga något om i många ärenden.

Hur etablering av fakta analyseras i brev och utredningar

Den analys som jag gör av klagomålsbrev med svar och lex Sarah-utredningar bygger på hur man i texten kan förstå vad som etableras som fakta och hur den processen går till. En av mina nyckeltexter, som jag haft anledning att vända tillbaka till flera gånger, har varit "*K is mentally ill: the anatomy of a factual account*" (Smith 1990b). Det var den texten som först väckte mitt intresse för Dorothy Smith, och det var också den jag återvände till när jag satt med en växande hög av lex Sarah-rapporter och inte riktigt förstod hur jag skulle gripa mig an verket. Min fråga var enkel, hur gjorde Smith själv?

Smith ger exempel på hur fakta byggs upp genom att identifiera det hon kallar auktoriseringsprinciper, det vill säga vad det är som styrker en redogörelse så att den uppfattas som trovärdig.²⁶ Om något ska betraktas som fakta måste det ha beskrivits som något objektivt, som en direktobservation och inte en hörsägen och hon nämner följande tre auktoriseringsprinciper (Smith

²⁶Smiths artikel om "K" har använts av flera andra forskare som utgångspunkt för analys (se t ex Sarangi & Clarke 2002). En diskussion och ett försök till utvidgning av Smiths analys finns i Chouliaraki & Fairclough (1999/2004), Potter (1996:194f) samt i Wooffitt (1992).

1990b:27f):

Kontrastering. Trovärdigheten hos den som talar eller beskriver händelsen kan befästas på flera olika sätt. Ögonvittnen har ofta en stor trovärdighet, men det räcker inte alltid. Det kan finnas flera ögonvittnen med motsatta beskrivningar av samma händelse och ord står då mot ord. Genom kontrastering, alltså upprättandet av skillnader mellan sig själv och andra, kan talaren framstå som mer trovärdig. Vidare kan andra skillnader upprättas, som mellan karaktärsdrag, händelser, men också genom tid. Några sådana skillnader är: normal – abnorm, moraliskt oklanderlig – klandervärd, expert – lekman, nyligen inträffat – avlägset i tiden. I nedanstående exempel visas hur kategorisering normal – abnorm sker genom kontrast i en intervju där den intervjuade kvinnan talar om en annan kvinna, ”K”, som är den som från första början i texten pekats ut som psykiskt sjuk (Smith 1990b:26, min översättning):

när det var varmt brukade vi gå till stranden eller till en pool
Jag brukade bara doppa mig och sen ligga och sola
men K insisterade på att simma 30 vändor.

Det normala att göra en varm dag är att ta ett dopp i det svalkande vattnet och sedan bara ligga och ha det skönt i solen. Men K uppträder inte normalt, hon simmar långt, slappnar inte av och dessutom insisterar hon på att göra så. Något märkligt är det ju med K, hon är inte som andra, förstår den som hör detta. Det här är en händelse i raden av andra som byggs upp på liknande sätt.

Akkumulering. Att addera, eller lägga upp bevis i en rad, exempelvis kan flera vittnen föras in i en följd. Expertvittnen som t ex läkarutlåtande har en extra tyngd.

Oberoende vittnen. Alla vittnen som förs in i texten är oberoende av varandra. Deras observationer har inte påverkats av varandras. De sägs ha sett samma sak vid ett annat tillfälle eller ger samstämmiga men av varandra oberoende uppgifter om samma tillfälle.

Utöver auktoriseringsprinciper går det att med andra retoriska medel framställa uttalanden som fakta eller icke-fakta. Exempelvis är olika språkliga modalitetsmarkörer som uttrycker säkerhet, objektivitet eller dess motsats, osäkerhet och tvekan hjälpedor när det gäller att framställa fakta. Ett annat sätt att legitimera sanningsanspråk är genom att använda ”extreme case formulations” (Pomerantz 1986:219f). Exempel på extrema formuleringar är fraser som innehåller ord som 'alltid', 'aldrig' eller 'omedelbart'. Pomerantz

analyserar hur sådana fraser används i klagomål, anklagelser, rättfärdigande och försvar i en rad olika situationer. Hon fann att de användes för att framhäva och legitimera att det man klagat på eller försvarar är något betydelsefullt och värt att klaga över. De användes också som ett sätt att befria sig från individuellt ansvar genom att jämföra sin situation med andras – ”alla” gör så här, ”hela tiden överallt” – ansvaret försköts till andra personer eller omständigheter. Extrema formuleringar användes även för att övertyga andra om att ett visst beteende var vanligt förekommande eller inte, acceptabelt eller oacceptabelt.

Dokumentens funktioner

De ovanstående analysstrategier har i stort rört tolkningsföreträde, och den som berättar (*teller of the tale*), men också vilken kontext eller typ av dokument det handlar om är av vikt. Varje typ av text som vi känner igen för med sig en redan etablerad, normativ begreppsram och att studera dokument innebär alltid att ta hänsyn till både produktion, konsumtion och kontext. Vilka regler gäller för olika dokument och hur används reglerna i praktiken (Atkinson & Coffey 1997; Prior 2003)?

Garfinkel (1967) och hans kollegor fann två olika huvudtyper av problem när de samlade in och gick igenom journaler och arbetsanteckningar på en psykiatrisk klinik. Det ena var forskarens metodologiska problem. Mycket av bakgrundsinformation som kön, ålder, arbete och tidigare sjukdomar, och annat som för forskarna var viktigt, saknades i dokumenten. Detta gäller även för mitt material. Den andra typen av problem, som intresserar Garfinkel mest, är dokument som ett sociologiskt problem. Garfinkel kom att betrakta de ”dåliga dokumenten” som ett sociologiskt fenomen värt att undersöka därför att det visade hur regler och riktlinjer omsattes i praktisk handling. Det som forskarna tyckte var dåligt, att det alltid saknades information i dokumenten, var inget annat än ”normala, vanliga bekymmer” (ibid:191, min översättning). Personalen gjorde inte fel, utan de följde de regler och rutiner som fanns. De skrev journaler och anteckningar på de sätt som fastställts i praktiken, och som var etablerade arbetsrutiner. Det fanns således ingen anledning att betrakta dokumenten som slarvigt skrivna, utan de hade skapats med andra syften än att enbart anteckna en viss typ av förutbestämda uppgifter, inte minst använde personalen journalanteckningarna som bevis för vad de gjort om en framtida granskning kom till stånd. Dokumentet i sig, blir på så sätt också en del av det som skapas av det, vad ett dokument ”är” visas genom

det sätt på vilket det kommer till användning. Dokument säger något om de aktörer som skapar dem och om maktrelationer (Garfinkel 1967; Prior 2003). Genom att synliggöra hur dokument används, och i vilka syften de skrivs har de också visat sig kunnat användas som motstånd mot någon bestämmande ordning (Espeland 1993:315f).

Jag har tagit fasta på denna inställning till vad ett dokument är. Information om hur dokument används och de klagandes och rapportörernas syften har jag främst hämtat från intervjuerna. Med den informationen kunde jag också försöka se hur dessa användningsområden framkom i svar till klagande och i lex Sarah-utredningar. Dokumentens funktioner tydliggörs också i analysen av klagandeprocesser.

Övergripande analys av klagandeprocesser

Brukarna kan inte rapportera missförhållanden enligt lex Sarah, men personal kan och ska, rapportera dem, oavsett om de varit ögonvittnen eller om de får händelser berättade för sig. Ett missförhållande kan uppdagas och utredas både genom att brukare klagar och personal rapporterar. Händelsebeskrivningarna som fanns i både klagomål och rapporter var många gånger likartade, men de processer som uppstod kunde se olika ut. Detta gick inte heller att knyta till hanteringen av vare sig klagomål och rapporter, som var mindre formaliserad i den förra och mer i den senare, eller till vem som klagade eller rapporterade missförhållanden. Jag behövde någon typ av analysverktyg där jag kunde få grepp om klagandeprocesser och här fanns ingen hjälp att hämta i IE. För att kunna identifiera styrningsrelationer var jag tvungen att förstå och förklara de processer som pågick. Jag sökte därför i tidigare forskning om klagandeprocesser. William Felstiner, Richard Abel och Austin Sarat (1980-81) beskriver hur människor hanterar upplevelsen av orättvisor och hur konflikter uppstår, utvecklas och förändras genom en tre-delad process (*naming, blaming, claiming*). Alla klagomål och anmälningar leder inte till oenighet eller tvister. Det händer att de inblandade aktörerna är överens om vad som hänt, varför och vad som bör göras, men det är vanligt att det förekommer åtminstone någon oenighet i tolkning och uppfattning av olika händelser. Författarna utgår från människors upplevelser, man kan råka ut för skador eller orättvisor, men dessa behöver inte nödvändigtvis uppfattas som skadliga. Den första delen av processen (*naming*) rör denna distinktion: den som upplever något obehagligt säger till sig själv att denna händelse var skadlig eller orättvis. Detta har

beskrivits som att ta sig över vidkännandets barriär (Kritzer 2011:3). Nästa steg (*blaming*) är att gå över ”tillskrivningens barriär”, den som uppfattar sig ha utsatts för något oförrätt förebrår eller lägger skuld och ansvar på någon annan person eller omständighet utanför sig själv. Då jag valt att undersöka de som har framfört klagomål och rapporterat om missförhållanden kan alla sägas ha tagit sig över dessa två barriärer. Alla har dock inte framfört *alla* klagomål de haft. Den olycksdrabbade har möjlighet att antingen framföra klagomål till den som anses bära skuld/ansvar för händelsen, eller att göra ingenting. Man har insett att något är fel, pekat ut någon ansvarig, men man bryr sig inte om att framföra klagomål, krav eller anspråk till vederbörande. Den senare frågan har intresserat några forskare (t ex Möller 1996; Lens 2007; Kritzer 2011), men jag vidrör den endast i fallbeskrivningarna, när informanterna säger att de inte klagat på händelser som de både vidkänt och tillskrivit någon annan. Svaret på frågan om varför människor inte klagat kopplas i många studier till Hirschmans (1970:12f) begrepp *exit, voice, loyalty*, det vill säga till den förmåga och möjlighet den klagande har att göra sorti, göra sin röst hörd och protestera eller att lojalitetsförhållanden som finns mellan olika aktörer leder till att den missnöjda inte gör någonting åt det.

Det tredje ledet i klagandeprocessen (*claiming*) är när den klagande reser anspråk på gottgörelse, det kan handla om ursäkter, upprättelse eller skadestånd. Den som klagat träder slutligen över konfrontationens barriär (Kritzer 2011:3). Felstiner, Abel och Sarat (1980-81:636) skiljer på när skuld och ansvar tillskrivs något allmänt fenomen som exempelvis vädret och när det kopplas till en särskild person eller institution. Det är det senare som är av intresse i den här studien. Om anspråken avfärdas uppstår dispyter. Anspråk kan avfärdas helt eller delvis, klart uttalat eller genom andra sätt som genom fördröjning av svar, kompromisser eller tystnad.

Dispytdomäner

Gale Miller och James Holstein (1995) har intresserat sig för hur tvister uppstår och formas inom det som de kallar olika dispytdomäner och i synnerhet när sådana tvister uppstår mellan gräsrotsbyråkrater (Lipsky 1980/2010) och klienter. En dispyt, eller tvist, definieras de som en offentlig konfrontation som gäller oenighet om något anspråk. Dispyten består i sin konkreta form av informationsutbyten där de olika aktörernas tolkningar skiljer sig åt. Vad som definieras vara själva dispyten, eller den underliggande konflikten, skiftar beroende på var, och för vem, dispyten presenteras. Författarna menar att

formen för en dispyt kan förändras radikalt när den byter tolkningskontext och att det kan bli problematiskt att behandla den som om den vore samma konflikt. Det finns ingen linjär progression i processer av den här typen utan de är snarare flytande. De har heller inget förutbestämt förlopp och de kan lösas i en domän men återuppstå i en annan form i ett annat sammanhang, eller domän (Miller & Holstein 1995:57).

En dispytdomän utgörs av ”de grundläggande föreställningar, vokabulär, inriktningar, bekymmer och restriktioner som omgärdar konfliktfylld interaktion i särskilda organisatoriska sammanhang” (ibid:37, min översättning). Den begränsas alltså inte till en särskild fysisk plats, utan avgränsas av de möjligheter, tolkningar och resurser som finns tillgängliga i en särskild omgivning för att lösa och hantera konflikter. Vårdbiträdet hemma hos omsorgstagar- en har en begränsad mängd möjligheter att lösa konflikter som uppstår där. Biståndsbedömare, verksamhetsutvecklaren eller tjänstemannen på tillsynsmyndigheten har andra möjligheter och resurser, men också andra rutiner, regler och inte minst förväntningar på vad, och hur, de ska hantera konflikter.

Dispyter uppstår ofta under ganska enkla omständigheter som när två människor inte kan komma överens om något. Detta stämmer väl med de händelsebeskrivningar som återfinns i både klagomål och rapporter. Oenigheten förändras radikalt om den flyttar över i en annan dispytdomän där en tredje part introduceras. Närvaron av ytterligare en part förändrar interaktionen genom att förskjuta balansen mellan två antagonister, den tredje parten kan ta parti för någon sida eller försöka medla. Det är inte ovanligt att dispyter löser sig genom att någon av antagonisterna görs till en avvikare (jfr Emerson & Messinger 1977). I de sammanhang jag undersöker beskrivs de äldre ofta som ”förvirrade”, ”dementa” eller ”besvärliga” eller så är de ”gulliga” och liknas med barn (jfr Astvik 2002, 2003; Ingvad 2003; Leppänen 2008). Här finns många olika föreställningar om människors egenskaper som gör dem mer eller mindre klandervärda eller trovärdiga. De som betecknas som besvärliga kan vara både omsorgstagare och anhöriga som anses ha för höga krav eller som aldrig blir nöjda (jfr Möller 1996:77). Genom att använda Miller och Holsteins tolkningsram för dispyter vill jag förklara och förstå vad det är som händer när klagomål och rapporter om missförhållande byter domäner.

Reflektioner över metod och material

Fallbeskrivningarna utgör startpunkten för studien, genom de klagandes och rapportörernas kunskap om vad som händer när de klagat och rapporterat har jag stegvis utvidgat materialet och det är i skenet av dem som jag granskar det övriga materialet. Valet av informanter till fallstudien kan diskuteras. För det första så består mina fall av redogörelser från andra än omsorgstagare – både anhöriga och undersköterskor. Men jag hävdar inte att de som en *grupp* är enhetliga på något vis. Det är inte heller så att omsorgstagare, anhöriga eller undersköterskor var för sig kan sägas ha ett och samma intresse av att klaga eller rapportera. Jag menar inte heller att anhöriga eller undersköterskor alltid har samma uppfattning som omsorgstagarna om vad som är kränkande bemötande eller vanvård. Syftet med fallbeskrivningarna är att ge exempel på hur människor organiserar sina handlingar. Det visade sig att i de klagomål som jag samlade in från stadsdelarna var det främst anhöriga som klagade, vilket talar för att det finns mycket erfarenheter av att framföra klagomål i den gruppen. I fallbeskrivningarna skulle jag försöka ”få syn på” styrningsrelationer, vilka Smith menar medieras genom texter. En textanalys av intervjuerna tog vid som inte på något vis var självklar. Slutligen använde jag de förklaringsrepertoarer som framstod som centrala i mitt material för att spåra styrningsrelationer.

Smith utvidgar betydelsen av flera begrepp – som arbete, diskurs och institution – vilket är ett sätt att fokusera det människor gör och hur de organiserar sina handlingar. Det finns dock problem med att låta begrepp bli alltför vida och inkluderande. De blir inte tillräckligt distinkta för att vara till hjälp i analysarbetet och jag har funnit det väldigt svårt att sortera materialet, inte minst lex Sarah-rapporterna. Även intervjuerna – och i synnerhet en fallstudie som innehöll ett mycket stort och rikt material – var besvärliga att både presentera och analysera. Att tillgripa någon typ av diskursanalys föresvävade mig, och det hade varit en väg att gå. Jag ville dock försöka få IE att stå på egna ben, men det ska erkännas att jag inte lyckades med det. Att jag slutligen försökte få grepp om sociala relationer genom legitimerande förklaringar kom sig av att dessa var så framträdande i materialet. Analytisk induktion var också något som jag påbörjade som ett led i att försöka nysta i de motsägelsefulla lex Sarah-rapporterna. Jag läste om och sorterade rapporterna på en mängd olika vis och skapade i detta arbete en rad hypoteser, som jag sedan fick förkasta. Mitt arbetssätt närmade sig den analytiska induktionen och jag återvände till metodlitteraturen (Katz 2001; 2004) och fann en systematisk metod som jag

behövde och som saknades i IE.

Jag använder inte heller alla intervjuer på samma sätt. Intervjuerna med tjänstemän, enhetschefer och verksamhetsutvecklare har visserligen också syftat till att förstå hanteringen av klagomål och rapporter, men deras utsagor utgör inte utgångspunkten för studien. De balanserar i någon mån fallbeskrivningarna, men har inte utgått från metodologisk relativism, så att både material och databearbetning behandlats symmetriskt, vilket är vanligt i t ex studier av vetenskapliga kontroverser (Bloor 1991:7; Hallberg 2001:48). Med en ståndpunktsepistemologisk utgångspunkt förhåller jag mig inte neutral till materialet. Jag ser de klagandes kunskap som privilegierad och som en utgångspunkt för att förstå det problem jag fokuserar. Däremot är jag *epistemologisk relativist*, vilket innebär att jag inte tar ställning till om den kunskap som produceras är sann, falsk eller rationell.

Etiska överväganden

Etikprövningsnämnden gav studien ett rådgivande yttrande då de inte ansåg att avhandlingsprojektet föll under etikprövningslagen. Jag har följt den ansökan jag gjorde, med informationsbrev och samtycke. Alla har fått skriftlig information och alla har medgivit samtycke. För att säkerställa forskningspersonernas integritet har alla insamlade intervjuuppgifter anonymiserats. Alla klagomål och rapporter har avidentifierats. Jag har diskuterat möjligheten att göra ytterligare ansträngningar om möjlighet till identifiering av någon händelse ändå funnits, men ingen informant tyckte detta var nödvändigt. Flera uttryckte också att det inte gjorde något om deras namn stod kvar, men jag har trots det bara använt fingerade namn. Tjänstemännen är inte heller namngivna, det kan ibland vara möjligt att identifiera någon på grund av dennes position. Jag har erbjudit alla att läsa sammanfattningar av intervjun samt deras citat i dess sammanhang i avhandlingen.

De klagomål, brev och rapporter som jag samlat in har varit allmänna handlingar, öppna för alla att läsa. I brev och händelsebeskrivningar från lex Sarah-rapporter har jag i några fall ändrat datum och andra detaljer för att ytterligare anonymisera materialet. Resultatredovisningen är på aggregerad nivå och från vilken stadsdel eller kommun de citerade dokumenten kommer redovisas inte heller.

Tydlighet genom ordentlig information är ett sätt att undvika missförstånd. Jag har varit tydlig med att informera om att jag inte hjälper till med att driva

enskilda ärenden. Däremot har jag vid enstaka tillfällen givit information om var och från vem man kan få råd och stöd, till exempel anhörigkonsulenter²⁷ i stadsdelar/kommuner, äldreombudsman eller tillsynsmyndighet. Vissa äldreboenden har också brukarråd som kan ta upp gemensamma problem vid något enskilt boende, vilket jag informerat om.

Det finns alltid en risk att socialt utsatta grupper framstår i ofördelaktigt dager när de studeras i anknytning till vad som uppfattas vara sociala problem. Detta gäller även för personal och myndighetspersoner, vilka kan framställas som mer eller mindre professionella eller pålitliga. Forskningsresultatet bygger på ett varierat empiriskt underlag, där många personer från olika kategorier kommer till tals, vilket är ett sätt att balansera och ge olika perspektiv på problembeskrivningar. Normativa värderingar av grupper eller kategorier har jag försökt undvika; detta är också något som granskats av kolleger och forskare från såväl min egen som utomstående institutioner under avhandlingsskrivandets gång.

Det har funnits mycket att uppröras över under studiens gång och det har varit svårt att helt rensa bort min egen upprördhet från texten. Jag har behövt, och fått, hjälp med det via dem som läst manus i olika omgångar. Vad gäller intervjuerna i fallbeskrivningarna, fick de ta lång tid och jag och informanterna pratade om mycket annat än bara det som varit känslomässigt besvärligt. För min del kändes det också bra att ha upprepad kontakt. När det gäller att för min egen del hantera ett känslomässigt berörande innehåll, som övergrepp och kränkningar, har det i analysarbetet närmast varit en hjälp att det inte fanns några tydliga analysredskap i IE. Jag fick skriva om fallbeskrivningarna och vända och vrida på rapporterna om missförhållanden så många gånger att jag slutligen distanserade mig från själva innehållet, det var analysen och hur jag skulle hantera den som slutligen tog över som mitt absolut största problem.

²⁷ Anhörigkonsulenter är kommunanställda personer som arbetar med såväl aktivt stöd till anhöriga som samordning av anhörigstödet till dem som ger vård och omsorg åt närstående äldre och personer med funktionsnedsättning. Anhörigstödjare är en liknande titel som används för en person som arbetar direkt med stödjande samtal, information och aktiviteter för anhörigvårdare. Skillnaden mellan anhörigkonsulent och anhörigstödjare är inte helt klar, uppgifterna går ofta i vartannat. Jag kallar alla kommunanställda som jag talat med och som på något vis arbetar med anhörigstöd på olika träffpunkter eller anhörigcenter för anhörigkonsulenter.

4

ANSVARSUTKRÄVANDE ANHÖRIGA

Kapitlet bygger på en fallbeskrivning; det är ”Gunilla” som framfört klagomål på bristande omsorg om hennes mamma, här kallad Lena, som vistades på ett äldreboende tiden innan hon avled. Underlaget är mycket omfattande: en längre, transkriberad intervju med dottern (och hennes väninna), e-brev till och från enhetschef och verksamhetschef, kopior på journaler och annan dokumentation från äldreboendet, brev från omsorgschefen i stadsdelen, brev till, och svar från, Socialstyrelsen. Jag går först igenom händelseförloppet så som det beskrivits av dottern och växlar mellan citat från intervjun, e-brev och andra dokument. Trots att Gunilla och hennes väninna i efterhand begärt och fått mycket av dokumentationen kring Lenas sista tid menade de att de haft svårt att följa alla händelser och det var mycket information som ges i detta ärende. Först ger jag en bild av de händelser som ligger bakom klagomålen, därefter till vilka olika personer klagomålen lämnats. Efter presentationen av redogörelsen följer en analys där jag använder förklaringsrepertoarer (Thelander 2006) för att urskilja hur ansvar talas om och hänskjuts till olika aktörer och för att förstå vilka sociala relationer som är dominerande.

Bakgrund

Lena flyttade till äldreboendet 2006. Tillsammans med anhöriga valde hon ett äldreboende som de tyckte verkade bra efter att ha gått igenom information från olika boenden. Dottern Gunilla sa att de fick ett gott intryck av boendet

via hemsidan före flytten dit, men att första intrycket på boendet inte var lika bra. Detta var något som återkom i anslutning till de händelser som föranledde klagomål från Gunillas sida. Framträdande både i intervjun och i den anmälan som hon senare gjorde till Socialstyrelsen var att hon tyckte att de blivit lovade något som inte äldreboendet levde upp till. Om det senare sa Gunilla att det saknades ledning och styrning, de anställda var känsliga för minsta fråga, och det var inget öppet klimat. Varken Lena eller hennes anhöriga framförde emellertid några egentliga klagomål under de första två åren. Hon klarade sig ganska bra själv. Gunilla ställde frågor om städningen: ”Jag klagade egentligen inte, men frågade när och om det var städat. Det var känsligt, dom hävdade att det var städat fast vi såg att det inte var gjort” (intervju). Hon la en kontaktbok hos Lena, där de som skötte om henne också kunde skriva vad de gjort. Under hösten 2008 blev Lena fysiskt sämre, hon fick svårt att andas, kunde inte längre gå själv, och sårerna på benen blev större. Gunilla upprepade vid flera tillfällen att hon ville ha kontakt med läkare och sjuksköterska, men det tog lång tid att få.

Under Lenas sista tid begicks enligt dottern en rad rena misstag vad gällde medicinering, men hon påtalade även omsorgsbrist, bristande information och kommunikation såväl till Lena och hennes anhöriga som mellan olika personalkategorier. Hon gav också exempel på respektlöst bemötande. Lena avled på akutsjukhus efter att anhöriga ringt efter ambulans.

Nedan beskrivs de händelser som Gunilla fört fram som klagomål i brev, på möten, i telefon till ansvarig personal på olika nivåer i omsorgskedjan efter Lenas bortgång. Gunilla sa att hon klagade av två skäl: ”Jag driver det här för Lenas skull, för att hon på något vis ska få upprättelse och för att liknande misstag inte ska hända igen. Ingen ska behöva ha det så” (intervju). Det ska också sägas att Gunilla vid flera tillfällen särskilt poängterade att flera av de personer som hon träffat varit väldigt förstående, hon har fått bekräftelse på att hon har haft rätt i sin kritik, men hon har också blivit ifrågasatt.

Händelser som klagades på

Utgångspunkter i denna redogörelse är Gunillas berättelse (intervjun), samt den tio-sidiga anmälan (med 13 bilagor) till Socialstyrelsen där hon själv tillsammans med sin väninna sammanfattat händelseförlopp och ställt frågor. I vissa fall finns också information om samma händelser i andra dokument. Där dessa avviker från Gunillas redogörelser, eller uttrycks så att omständigheterna

framstår som annorlunda än i dessa, har jag lagt till det, med hänvisning till aktuellt dokument. Med detta vill jag visa hur samma händelse kan beskrivas på olika sätt och att vad som är ”fakta” beror på vem som beskriver (Smith 1990b). Jag vill också påminna om mitt perspektiv och att min tolkning utgår från en strävan att förstå vad som skett utifrån Gunillas utgångspunkt. Jag har strukturerat händelserna som Gunilla både berättat om och beskrivit i sin anmälan till Socialstyrelsen under rubriker som rör händelsernas och klagomålets innehåll. De flesta händelser utspelade sig under Lenas sista levnadsår, några pekar tillbaka på beslut som fattats redan tidigare.

Många dokumentationssystem och brister i dokumentation

I bilagorna till Gunillas anmälan till Socialstyrelsen fanns kopior på dokument som hon begärt ut, vilka även jag fått tillgång till. Gunilla och hennes väninna hade gjort en lista på de dokumentationssystem som de funnit vara i omlopp. De skriver:

Vi har gått igenom följande sju dokumentationssystem för att få information om Lena:

Läkarna: dokumenterar oftast flera dagar efter besök/ordination i medidoc datasystem

Sjuksköterskor HSV (jourtid): Dokumenterar i medidoc datasystem, ej samma som läkaren.

Sårvårdsjournal: dokumenteras på särskilda papperskardex [av framför allt omsorgspersonal]

APO-dos: (datasystem via Apoteket) läkarna har tillgång till systemet

Laboratoriesvar: (dator) läkarna har tillgång till systemet

Omsorgspersonal: Dokumenterar på papperskardex, ej samma som sjuksköterskor

Sjuksköterskor (dagtid): Dokumenterar på papperskardex.

De ville visa att dokumentationen var svår att överblicka och de menade även att de olika dokumentationssystemen var en förklaring till många av de kommunikationsproblem och informationsbrister som de upplevt.

En brist i omsorgspersonalens anteckningar visas av följande händelse där Gunilla tyckte att det åtminstone borde skrivits en avvikelserapport. I samband med att Lenas tillstånd försämrades gjorde Gunilla ett kvällsbesök. När hon kom var Lena rejält smärtpåverkad, ångestfylld och ropade på hjälp. Glasögon och larm hade lagts på en byrå där de var omöjliga för henne att nå. Gunilla

påpekade detta för personalen, ändå finns ingen anteckning om det i något av dokumentationssystemen. Omsorgspersonalen skriver: ”Lenas dotter kom hit vid 22. Efter hon ringt på oss och vi gått dit sa hon att Lena legat och skakat i sängen och att hälen blött på lakanet. Vi tog tempen [. . .] Vid tillsyn 05 hade hälen trillat av kudden och hade blött på lakanet.” Omsorgspersonalen skriver ingenting om att larmet inte gick att nå, inte heller hur länge Lena saknat möjlighet att nå larmet. De bekräftar inte heller vad de såg, utan vad dottern sagt. Det var först kl. 05 som personalen konstaterade att hälen blödde. Enligt omsorgspersonalens anteckningar hade varken smärtan eller hälen åtgärdats. Dokumentation är ingen exakt kopia av det som verkligen inträffat och det finns alltid en möjlighet att flera saker sagts och gjorts utan att det antecknats. Detta gör dokumentation av det här slaget svår att använda som bevis för vad som blivit gjort. Anteckningar är ofta korta och platsen att skriva på begränsad. Men den som antecknar väljer trots allt att skriva det som hon/han anser viktigt (och möjligt)²⁸ att föra vidare. Misstag och moraliskt klandervärda handlingar är inte heller lätt att erkänna än mindre att skriva ned för andra att läsa. Någon avvikelserapport skrevs inte vid detta tillfälle.

Läkarkontakter, medicinering och provtagningar

Gunilla uppfattade det som att de blev övertalade att lämna tidigare läkarkontakter för det alternativ som äldreboendets personal ansåg vara bäst, därför att det var enklast för de anställda. Varken Lena eller Gunilla ville heller ha APO-dosystemet,²⁹ men sjukvårdspersonalen delade inte upp medicin i

²⁸I en intervju berättade en undersköterska om en kurs för omsorgspersonal där de fått lära sig hur de skulle dokumentera, vad och hur de skulle skriva. Vilka ord som fick, eller inte fick, användas. För några av personalen gjorde detta själva antecknandet krångligt, de kände krav på sig att skriva på ”rätt sätt”. Se avsnittet ”Dokumentera mera” på sidan 173.

²⁹APO-dos = Apoteket delar mediciner som levereras i färdiga påsar med klockslag för varje dos. Påsarna kan delas ut av icke-legitimerad personal, förutsatt att de har delegation att dela ut medicin. När medicinen ändras måste den nya läkarordinationen nå apoteket som ändrar doseringen i påsarna. Påsarna levereras sedan till omsorgstagaren varannan vecka eller en gång i månaden. Omedelbara medicinändringar som uppstår mellan dosleveranserna måste varje ansvarig sjuksköterska verkställa genom att lägga till (från eget medicinskåp) eller ta bort från de redan färdiga påsarna. Fördröjningen förklarades aldrig för Gunilla, det kan ha varit en missuppfattning mellan läkare och sjuksköterska, glömska eller så skrev sjuksköterskan det datum i kardex som hon visste att medicinerna skulle komma att ges, med tanke på den tid det tar för apoteket att ändra och leverera nya påsar. Eftersom medicinerna delas upp av Apoteket finns inga större förråd av mediciner på enheterna och det kan vara så att sjuksköterskan visste att enheten saknade de aktuella medicinerna.

dosetter. Gunilla hävdade att ”personalen krymper Lenas livsutrymme” (anmälan Socialstyrelsen) genom att ta ifrån henne möjligheten att bestämma vilken läkare hon ville ha och att hon inte fick sköta sin medicinering själv. I läkarjournalen står: ”Önskar APO-dos.” Enligt Gunilla var detta aldrig någon önskan från Lena, utan en påtvingad rutin. Det var alltså äldreboendets rutiner som styrde vilken läkare Lena skulle ha och hur hon skulle ta sina mediciner.

Ett annat av Gunillas klagomål var att mediciner inte gavs efter ordination. En given ordination noterades inte av sjuksköterskan och det dröjde drygt två veckor innan Lena fick medicinen. Under tiden blev hon kraftigt försämrad och fick extra medicin intravenöst. Gunilla påpekade att ingen, trots Lenas upprepade besvär, reagerade på att hon inte fick den ordinerade dosen. I läkarjournalen står ordination och datum tydligt. Där står också att blodprov ska kontrolleras följande månad. Sjuksköterskans anteckningar från samma datum är kryptisk. Där står att vätskedrivande medicin ska ökas från ett datum två veckor *efter* läkarordinationen; möjligen kan detta datum egentligen gälla blodproverna eller datumet då sjuksköterskan visste att apoteket levererade nästa dospåsar, men anteckningen är mycket otydlig.³⁰ Det är svårt att säga vad som skett, men Lena blev i alla fall inte bättre efter det att mer vätskedrivande ordinerades. Anteckningar visar att hon fortsatt larmade om andnöd och gavs vätskedrivande vid behov. Laboratoriesvar samt anteckning om att blodprover tagits saknas. Gunilla fick i efterhand veta att en annan medicin som Lena börjat ta på äldreboendet borde följts upp med blodprov. Provsvar eller anteckningar om att detta blivit gjort saknas också.

Gunilla sa att när Lena uttryckte någon form av obehag tolkades detta som depression eller ångest. Hon blev medicinerad för det istället för att man undersökte andra orsaker till varför hon inte mådde bra. Gunilla med väninna menade mycket bestämt att Lena alltid varit trygg och harmonisk, hon ”är en mycket lugn person och har inte varit i behov av lugnande innan. Lena mådde inte bra, hon hade svårt att andas och hon hade ont” (intervju). I läkarjournalen står: ”Vi misstänker egentlig depression”, ”Troligen depression.” Läkaren satte en diagnos, om än tveksamt, vilken inte tog hänsyn till bakgrundsinformation om Lena som Gunilla beskrev och den framträdde inte i läkarjournalen.

Lena fick också mängder av antibiotika utan att såroddlingar togs. Tio antibio-

³⁰ [datum] Ordination på vätskedrivande samt uppföljande blodprov [datum] (läkarjournal). ”Dr X ökar Furosemid [vätskedrivande] fr [datum, vilket är två veckor efter läkarordinationens datum] relaterat till andfåddhet. Mäta blodtryck regelbundet, ta elstatus.” (sjuksköterskans journaldagtid)

tikakurer av olika längd finns noterade under en två-årsperiod. Jag vill påpeka att det kan finnas skäl och förklaringar till allt detta, men det väsentliga är att Lena och Gunilla inte fick några förklaringar om varför saker utfördes eller inte och att det inte heller klargjordes i vare sig läkarjournaler eller i personalens dokument. Det var också olika läkare som träffade Lena.

Det var händelserna som utspelades dagarna innan Lena gick bort som föranledde de flesta klagomålen. Lena fick inte adekvat smärtlindring, hon hade mycket ont, men omsorgspersonalen visste inte vilken medicin de kunde ge. Hon frågade: ”Ska det göra så ont att dö?” (intervju och anmälan Socialstyrelsen). Det fanns oklarheter kring om hon var allergisk mot morfinpreparat eller ej. Delvis kom smärtan av urinstopp, något som det tog personalen lång tid att upptäcka, trots att Lena klagade på smärtor i nedre delen av buken som dessutom var uppsvälld. Gunilla påpekade att ingen noterade datum, tid, mängd urin i urinpåsen vilket ledde till att stopp i urinkatetern inte uppmärksammades. Som en följd av det fick Lena mer smärtor på grund av sprängfylld urinblåsa.

Anhöriga hade under en längre tid försökt få till stånd ett möte ”där vårdbehov och livssituation diskuteras utifrån ett helhetsperspektiv” (anmälan Socialstyrelsen), men ett sådant möte anordnades först flera månader efter att det antecknats första gången och efter upprepade påstötningar. Tre månader efter den första anteckningen fick Gunilla och Lena äntligen träffa läkaren. Då var Lena svårt sjuk. Det finns många anteckningar om att dottern önskade kontakt med läkare och sjuksköterska i all dokumentation utom läkarjournalen. Där finns två telefonsamtal och ett samtal vid hembesök noterade under en två-årsperiod och två läkarsamtal i samband med Lenas bortgång.

När anhöriga ställer krav

Vid ett tillfälle anmodades Lena och Gunilla av personal att gå till hörcentralen då hörapparaten inte fungerade. Väl där visade det sig inte vara fel på hörapparaten, utan Lena hade en vaxpropp. Gunilla trodde att detta kontrollerats innan hon ombads ordna med besök till hörcentralen. I sjuksköterskans daganteckning står: ”Dotter inte glad då Lena varit på hörcentralen där det upptäcktes en vaxpropp i örat.” I sjuksköterskans anteckning står dotterns missnöje i fokus och inte hur vaxproppen ska åtgärdas. Läkaren antecknar också: ”Varit på Hörcentralen för fjorton dagar sedan. Besväras nu av vax i ena örat [...] i vänster öra ser man rikligt med vax.” I läkarjournalen verkade vaxet ha uppkommit som en följd av besöket på hörcentralen och inte tvärtom.

Gunilla bad om att få en rullstol till Lena, enhetschefen svarade att det inte gick att få någon. Gunilla ringde arbetsterapeuten för att få råd om var hon skulle köpa en rullstol. Arbetsterapeuten meddelade att alla har rätt att få låna rullstol gratis, varpå Gunilla fick upprepa sina krav till omsorgspersonalen. Sjuksköterskan och omsorgspersonal skriver: "Lena ska få en rullstol utprovad av arbetsterapeut." I läkarjournalen står: "Man önskar också rullstol och arbetsterapeut kontaktas via sköterskan på boendet." Här ges intrycket att det var sköterskorna som tog kontakt med arbetsterapeuten efter ett önskemål från Lena (och möjligen Gunilla). Att "man önskar" tyder på att det inte enbart var Lena som framförde önskemålet.

Under Lenas sista dygn i livet kommenterade en sjuksköterska högt utanför rummet så att anhöriga hörde: "Det blir alltid så besvärligt när anhöriga är involverade." Samma sjuksköterska lämnade en smärtpåverkad och döende Lena med orden att han skulle komma tillbaka om två dagar för att lägga om sår. Han vägrade sedan att skicka med journalkopior när anhöriga ringt ambulans med hänvisning till att det var de anhöriga som beställt ambulansen, inte personalen.

Anhöriga hade inte fått någon information om att de själva kunde ringa efter ambulans. En undersköterska sa slutligen till dem det, men sa samtidigt: "säg inte att jag sagt det" (intervju). En liknande respons som Gunilla berättade om var när hon bad nattpersonalen om ett telefonnummer för att kunna informera sig om hur Lena mådde. De svarade då att de inget telefonnummer hade att lämna ut till anhöriga. Gunilla fick slutligen ett telefonnummer med tillägget att "Nattpersonalen sa att de egentligen inte fick lämna ut det" (intervju).

Hur klagomålen framfördes och till vem

Några dagar efter Lenas bortgång träffade Gunilla den hemsjukvårdsläkare som varit ansvarig för Lena under hennes sista dagar. Mötet var uppgjort sedan tidigare. Gunilla sa att mötet var bra, eftersom hon fick tillfälle att tala med läkaren, som hon uppfattat gjort det han skulle. Gunillas begäran att få ut läkarjournalen och den övriga personalens dokumentation startade ytterligare händelsekedjor. Ansvarig läkare kontaktade överläkare för att verifiera att han skött sitt uppdrag. Enhetschefen dröjde med att svara, men när Gunilla upprepade sina krav fick hon följande brev:

Sänder över den dokumentation som kontaktpersonen ska utföra för våra boende. X har varit kontaktperson för Lena och gjorde planen i [månad]

2006. Därefter saknas dokumentation här. Kontaktpersonen ansvarar för att personalen är väl känd med vad och hur hjälpen till den boende skall utformas. Det har funnits dokumentation i en gemensam pärm så att personalen vet vad som skall göras. Denna dokumentation har ändrats allt eftersom Lenas behov av hjälp ändrats. Denna dokumentation är förstörd. (brev från enhetschef)

Enhetschefen gav inga förklaringar till varför dokumenten var förstörda. Det går att förstå att det är kontaktpersonen som i första hand är ansvarig för genomförandeplanen. Gunilla fick en kopia från den som upprättades år 2006 när Lena kom till boendet.

Flera anteckningar finns om att anhöriga krävt ut kopior. Vem som ska godkänna att kopior lämnas ut och hur, var frågor som återkom och som fick större utrymme än att Lena skickats in med ambulans till akutsjukhus, vilket endast nämndes kort i omsorgspersonalens dokumentation.

Möte och förhandlingar med äldreboendets enhetschef och verksamhetschef

Gunilla och hennes väninna träffade enhetschefen och verksamhetschefen några månader efter Lenas bortgång. Att det dröjde förklarade Gunilla med att hon i lugn och ro ville sörja sin mor innan hon tänkte gå vidare med de frågor hon hade. Under mötet ville Gunilla att någon skulle ta anteckningar, så att hennes klagomål skulle dokumenteras och föras vidare. Verksamhetschefen lovade att anteckna men Gunilla noterade att hon inte gjorde några anteckningar under hela mötet, som varade i drygt två timmar. Efter mötet skrev Gunilla till verksamhetschefen och ville se vad som dokumenterats. Efter en påminnelse fick hon en sammanfattning av sina klagomål i ett e-brev:

Min sammanfattning av dina synpunkter var, klagomål på brister i dokumentation som leder till brister i omvårdnaden. När ska anhöriga informeras vid förändringar av hälsotillståndet hos våra boende. Kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och ssk. Vi ser för närvarande över våra rutiner och jag återkommer så snart de är klara. (e-brev 1, verksamhetschef)

Gunilla svarade att hon ville ha en kopia på sammanfattningen och ett diarienummer så att hon kunde följa ärendets gång. Hon fick då en kopia på en allmän blankett som används inom Göteborgs stad, "Säg vad du tycker" där verksamhetschefen fyllt i de tre punkter hon refererat i e-brevet.

Verksamhetschefen hade skrivit Gunillas namn, men ingen adress dit svar skulle skickas. Det stod att synpunkter formulerats muntligt och fyllts i av verksamhetschefen.

Från verksamhetschefen skickades synpunktsblanketten till diariet, där den registrerades som ett inkommet klagomål på det aktuella boendet. För boendet många klagomål kan det så småningom eventuellt bli föremål för kommentarer och/eller åtgärder från stadsdelens socialnämnd, men det finns ingen rutin för att i sådana fall informera anhöriga. Allmänheten har dock möjlighet att ta del av nämndens protokoll då det är en allmän handling.

Gunilla trodde att det fanns bilagor och ville gärna ha all dokumentation. Hon ringde därför till diariet för att höra om det fanns några andra papper medskickade. Det fanns det inte. Receptionisten på diariet ringde i sin tur till verksamhetschefen efter Gunillas samtal för att meddela att anhöriga hört av sig. Detta upprörde verksamhetschefen som undrade varför Gunilla ringt till diariet för att ”efterforska vad hon [verksamhetschefen] skickat in” (intervju). Gunilla ringde och frågade stadsjuristen om verksamhetschefen verkligen fick göra så. Stadsjuristen tyckte inte det, sa Gunilla, som dock valde att inte gå vidare med den frågan.

Därefter skickades klagomålet tillbaka till verksamhetschefen då hon var ansvarig för äldreboendet. Det återstod fortfarande för henne att svara på och åtgärda klagomålet. Det gjorde hon, dock inte självmant, utan Gunilla fick upprepade gånger be om mer dokument. Några veckor senare fick hon ett svar från verksamhetschefen där denna sammanfattade äldreboendets befintliga rutiner om hur dokumentation skulle föras, när anhöriga skulle informeras och hur kommunikation mellan omsorgspersonal och sjuksköterska skulle ske. Verksamhetschefen bifogade också äldreboendets riktlinjer för kontakt med sjuksköterska. Men det var inte riktlinjerna som var fokus för klagomålet, utan vad som inte blivit utfört och snarare att riktlinjerna inte följts. Möjligen kan riktlinjerna ha skrivits om på grund av Gunillas klagomål, men det framick inte. Hade de gjort det, om detta hade meddelats så skulle det kunnat ge Gunilla någon form av belägg för att hennes klagomål ändå gjort en viss nytta. Brevet från verksamhetschefen avslutas med:

Vi har tagit del av dina synpunkter och arbetar ständigt med förbättringar i vårt arbete med dokumentation och kommunikation. Det gemensamma IT-stödet som kommer skall underlätta kommunikationen mellan de olika professionerna. De brister du har upplevt i kommunikationskedjan, bör inte upprepas med det nya stödet. (e-brev 2, verksamhetschef)

Någon förklaring till vad som fallerat och varför gavs aldrig, bara en kort formulering om att den sista punkten skulle komma att underlättas med ett nytt IT-stöd, som skulle införas senare. Huruvida arbetet med förbättringar vad gällde dokumentation och kommunikation faktiskt påverkats av Gunillas klagomål föreföll osäkert, tvärtom verkade hennes synpunkter skilda från förbättringsarbetet. Klagomålen som hon framförde rörde dessutom fler områden än dokumentation och kommunikation. Gunilla gick vidare med sina frågor, eftersom hon inte tyckte att hon fått några egentliga svar på vad det var som inte fungerade och vad som skulle hindra samma problem att uppstå för någon annan.

Möte med sjukvårdspersonal och lex Maria anmälan

Gunilla och hennes väninna träffade chefen för hemsjukvården två gånger, varav en gång tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i stadsdelen. Båda var enligt Gunilla vänliga och tillmötesgående, men mycket tydliga med att markera vad som var deras ansvar och vad som var omsorgspersonalens och äldreboendechefers ansvar. I praktiken vävdades allting samman och en sådan uppdelning var svår att förstå, menade Gunilla och hennes väninna. MAS gjorde en lex Maria-anmälan vad gällde morfinpreparat som sattes ut av ansvarig läkare, men vilket inte hade dokumenterats eller följts upp. Gunilla tyckte egentligen att det fanns flera incidenter som var värre eller lika illa som denna, vilket MAS, enligt Gunilla höll med om, men hon valde en av händelserna. ”Vi blev mycket trevligt bemötta men det framgår tydligt att det är läkarna som är ansvariga för de medicinska frågorna och det kan de [MAS och HSV-chef] inte påverka” (anmälan Socialstyrelsen). På mötet med MAS och HSV-chef, undrade Gunilla om inte också en lex Sarah-anmälan borde gjorts, eller möjligen borde göras. Sjukvårdspersonalen svarade att det var omsorgspersonalen som gjorde lex Sarah-anmälan, vilket Gunilla uppfattade som att man inte betraktade det som sin arbetsuppgift.

MAS fyllde i en lex Maria-blankett med bifogad intern utredning och bedömning av händelsen. Där framgick att dokumentation saknats i sjuksköterskans journal samt att det utsatta läkemedlet funnits kvar i Lenas medicinskåp. De åtgärder som MAS redovisade var att:

Verksamheten beslutat att läkaren informerar sjuksköterskan vid ordinationsändring samt att sjuksköterskan ska kontrollera ordinationen mot läkarjournalen när den [medicinen] kommer till boendet. Påtala vikten

om att följa rutiner och lokala instruktioner. Utarbeta rutiner för uppföljning av givna läkemedel vid behovsordination. (lex Maria-anmälan)

Vem som skulle påtala för vem att det var viktigt att följa rutiner och lokala instruktioner är otydligt, här saknas ett tydlig subjekt och objekt i meningen. Det kan å ena sidan tolkas som en allmän uppmaning att personalen ska följa rutiner och instruktioner, å andra sidan som en markering att detta inte tidigare blivit gjort och att man nu ska börja säga till sjukvårdspersonalen att följa rutinerna. Anmälan skickades till Socialstyrelsen som bedömde de av verksamheten identifierade orsakerna och åtgärderna och fann att den innehöll en tillräcklig internutredning, att orsaker identifierats och att åtgärder vidtagits eller skulle komma att vidtas enligt den tillämpade föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens beslut skickades till MAS. För Gunilla fungerade lex Maria-anmälan som en bekräftelse på att fel begåtts och att hon därmed haft legitima skäl att framföra klagomål.

Möte med chefer för äldreboendets läkare

Då det framhållits av flera som Gunilla träffat att det yttersta ansvaret ändå vilade på läkarna bad Gunilla och väninnan om ett möte med överläkaren samt dennes chef vid HSV för ett samtal om vad som hänt. Båda var enligt Gunilla mycket tillmötesgående och de bekräftade att mycket hade fallerat i omsorgen om Lena. Gunilla skrev i anmälan till Socialstyrelsen: ”De uttrycker en frustration över de svårigheter som uppstår när personal från olika organisationer (som dessutom dokumenterar på olika sätt) skall samverka runt en och samma patient.” Emellertid kommenterade och ifrågasatte överläkaren Gunillas motiv för att driva ärendet och menade att det var en del av hennes sorgearbete:

Ja, han [överläkaren] höll med oss om att det här var inte korrekt, inte bra skött, så där fick vi rätt. Och han var trevlig och beklagade att det gått fel till. Men vad kunde han säga mer? Men samtidigt så måste han ändå sticka in att jag gjorde det här för mig själv, som ett sätt att bearbeta sorgen, men så är det inte. Den bearbetar jag för mig själv på andra ställen. Jag hanterar och tar hand om det. Men det här handlar om Lena – om upprättelse. Jag gör det för hennes skull och för att det ska bli bättre. Att det inte ska hända igen. (intervju)

Gunillas motiv – att få upprättelse för Lena och att sätta ljuset på brister och misstag för att förhindra att de upprepades – betvivlades.

Anmälan till Socialstyrelsen och brev från stadsdelens äldreomsorgschef

Gunilla kände att hon inte fick några ordentliga svar, förklaringar eller ursäkter. Hon ringde slutligen till Socialstyrelsen och bad om råd. Hon beslutade därefter att skicka in en skriftlig anmälan dit där de (Gunilla och väninnan) själva sammanfattade vad som hänt. I sin anmälan till Socialstyrelsen lyfte de fram de flesta av de händelser som redovisats ovan, men inte incidenten med hörapparaten, rullstolen, att nattpersonal inte hade ett telefonnummer att lämna ut och att de inte fick information om att de själva kunde ringa efter en ambulans.

Socialstyrelsen svarade genom att först klargöra sina egna begränsade skyldigheter vid den här typen av anmälningar, ”Det är således inte på det sättet att den som anför klagomål har en ovillkorlig rätt att få svar på alla frågor som tagits upp i en anmälan” (brev från soc.styr.); tillsynsmyndigheten har ”en betydande frihet att själv bestämma om och hur en granskning skall utföras med anledning av anförda klagomål” (ibid). Det påpekades sedan att det i anmälan tagits upp en rad adekvata och ur den enskildes synvinkel viktiga frågor, att ett stort antal brister identifierats och att informationen skulle användas som underlag i en tillsyn 2010 enligt regeringsbeslut, ”Socialstyrelsen ska sammanställa och redovisa genomförd tillsyn och gjorda iakttagelser i en årlig delrapport samt en slutrapport som ska överlämnas till Regeringen (Socialdepartementet) senast 1 oktober 2013” (ibid). Tillsynen skulle göras ur ett medborgarperspektiv, vara problemorienterad och ”koncentreras till verksamheter där det finns olika indikatorer om att det kan förekomma brister eller missförhållanden.” Dessutom skulle Socialstyrelsen göra en nationell tillsyns genomgång med särskilt fokus på samverkan mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård, och hur vårdkedjor fungerade. Avslutningsvis: ”Socialstyrelsen avslutar således ärendet och kommer att genomföra en verksamhetstillsyn inom det Nationella uppdraget om tillsyn av vård och omsorg av äldre”. Det var inte helt klart om det betydde att en tillsyn skulle göras på det äldreboende som Gunilla anmält. Hennes klagomål hade nu lämnat det lokala sammanhanget och äldreboendet i stadsdelen blev ett av flera i ett nationellt uppdrag om generell tillsyn av vård och omsorg.

Gunilla kände sig besviken efter detta brev. Hon fick även ett brev från äldreomsorgschefen i stadsdelen, vilken hon inte själv kontaktat, men som hon trodde fått kännedom om hennes klagomål via andra chefer. Kanske togs mer kontakter mellan chefer än vad Gunilla fick reda på. Äldreomsorgschefen

bad om ursäkt för att Gunillas mor inte fått fullgod vård och omsorg. Han skrev att han visste att Gunilla träffat chefer och MAS och att hon redogjort för olika brister, framför allt avseende dokumentation och kommunikation. Han avslutar:

Efter att en granskning genomförts har vi konstaterat att vi haft en del brister i vår organisation när det gäller just dessa områden. [Äldreboendet] har nu genomfört en rad åtgärder för att komma tillrätta med dessa brister. Ansvar har tydliggjorts, nya rutiner har införts och vi har tillfört chefsresurser för att följa upp vårdens kvalitet. Det är min förhoppning att dessa åtgärder ska förhindra att liknande situationer uppstår. (stadsdelens äldreomsorgschef).

Gunilla tyckte att brevet var opersonligt skrivet. Bristerna identifierades långt bort från Lena, dessa handlade om papper, vad som skrivits av vem och var anteckningar fanns. De chefer hon talat med hade inte haft någon personlig relation till Lena, i kommunikationen mellan henne och cheferna fanns inte Lena med som en person som verksamheten faktiskt haft ansvar för. Om de identifierade bristerna hade upptäckts utan Gunillas klagomål framgick inte, men om de bidragit till granskningen, de nya rutinerna och uppföljning av vårdens kvalitet skulle hennes motiv att klaga delvis ha uppfyllts. Men hon fick inte klarlagt om det var hennes klagomål som bidrog till förändringarna eller om de genomfördes som ett led i en övergripande omorganisering som skulle skett med eller utan hennes hjälp. Det förbättringsarbete som hon rimligtvis bidragit till med identifieringen av bristerna, förblev för henne relativt osynligt och den känsla som hon läste in i brevet var inte tacksamhet för att hon hjälpt till, utan snarare en känsla av att hon varit till besvär.

Förklaringsrepertoarer som sociala relationer

Hur kan den respons som Gunilla fick, den väg klagomålen tagit och vad de lett till förstås? En källa till förståelse är de legitimerande förklaringar som gavs av alla inblandade, även brukarna. Förklaringarna utgör i sig en diskursiv praktik, men i linje med den utvidgade förståelsen av diskurs som Smith (2002:41) förespråkar innefattar jag även de aktiviteter som de inblandade utför i förhållande till klagomålen; vart skickades klagomålen, vad gjorde man med dem, när och hur förändrades de till sin form? Både den diskursiva praktiken och det människor gör som hakar i andras tal och aktiviteter kallar Smith för sociala relationer. Med legitimerande förklaringar och handlingar

menar jag då en viss typ av sociala relationer som till största delen handlar om vem som är ansvarig och kan utkrävas ansvar för klandervärda handlingar. Det är genom att synliggöra hur ansvarigheten förhandlas, förnekas eller axlas som man kan spåra de särskilda förbindelserna som medierar makt och kontroll (Smith 1990b).

Många av de brister som Gunilla beskrev har varit av en moraliskt klandervärd karaktär och de kan ursäktas eller rättfärdigas på olika vis, både av dem som blivit utsatta för händelsen och av dem som ska svara för äldreboendet. Gunilla och hennes väninna försökte förstå varför misstag begåtts och de lyfte fram två grundläggande förklaringar: 1) Äldreboendet saknade ledning och styrning 2) det var för många dokumentationssystem i omlopp. De sa också att de hade svårt att förstå uppdelningen av ansvarsområden mellan olika personalkategorier. Chefer på olika nivåer gav egentligen bara ett svar på frågan varför omsorgen om Lena fallerade – och det överensstämde med den svårighet Gunilla pekade på – att det var svårt för personal med olika organisationstillhörighet att samverka, i synnerhet när de hade olika dokumentationssystem.

Bristen på svar – undvikanden och väntan

Det mest iögonfallande i de svar som jag fått ta del av är att cheferna gav väldigt få legitimerande förklaringar. Det konstaterades att dokument förstörts, men det stod ingenting om varför, inte heller förmedlades någon typ av ursäkt eller förmildrande omständighet. Det svarades inte heller på varför provtagningar inte utfördes, varför medicin inte gavs enligt ordination eller varför det tog så lång tid för anhöriga att få träffa läkare och sjuksköterskor. Det har framhållits att det finns olika sätt att avfärda anspråk på någon typ av gottgörelse eller, som i det här fallet, upprättelse: förhala, avvisa anspråk helt eller delvis, eller genom tystnad (Felstiner, Abel & Sarat 1980-1981). Cheferna valde att inte ge vare sig ursäkter eller rättfärdiganden till en viss del av kritiken; istället negligerade man den. Det var först efter Lenas bortgång och efter upprepade krav som anhöriga slutligen fick träffa sjukvårdspersonal; både MAS, chefer och överläkare fanns plötsligt tillgängliga, när det så att säga redan var för sent. Eftersom anspråken på upprättelse avvisades genom både förhaling och tystnad, fanns en avsevärd risk för konflikt (ibid).

Att avvisa anspråken genom tystnad kan förstås också ses som en tyst bekräftelse på att kritiken var berättigad. Det fanns dock inte mycket som talade för den senare tolkningen i det material jag sett. Det ligger istället

nära till hands att tolka frånvaron av svar som ett försök att just avvärja besvärande klagomål och den konflikt som var under uppsegling, vilken hotade att ge både chefer och verksamhet mer arbete och, om den spreds, undergräva dess legitimitet. Att Gunilla fick upprepa krav på svar och att få ut dokument gav intrycket att cheferna inte ansåg sig ha något skyldighet att gå i svaromål mot ansvarsutkrävande anhöriga. Det fanns också exempel på att hon avfärdades i ganska korta ordalag och anmodades vänta under tiden som ett förbättringsarbete pågick. Det ingav osäkerhet hos den klagande; budskapet var att det framförda inte ansågs vara viktigt och att det hon begärde var ingenting som hon självklart kunde kräva. Det senare skrev även Socialstyrelsen i sitt brev, som inleddes med att förklara att "Brukaren har ingen ovillkorlig rätt att få svar på alla frågor" och underströk myndighetens "betydande frihet" att själv bestämma vad som ska granskas och svaras på. Socialstyrelsen citerade sitt eget regelverk, kanske i upplysande syfte, men jag vill framhålla att den sammanlagda förklaringsrepertoar som Gunilla mötte från verksamhetsansvariga och chefer kännetecknades av undvikande, förhållningar och att hon skulle hållas utanför.

En av de verksamhetsutvecklare jag talat med menade att synpunktshandling var "ett krav i Socialstyrelsen föreskrifter" (intervju verksamhetsutvecklare D). Samtidigt lyfte hon emellertid fram ett motstånd inom verksamheten gentemot arbetet med brukarklagomål som berodde på: "Rädsla för att framstå som en dålig verksamhet, få luppen på sig, uppfattas som en grej till att göra." Hennes erfarenhet var också att varken uppföljning eller sammanställning av brukarklagomål efterfrågades av nämnden, vilket jag menar skulle kunna vara en anledning till varför chefer arbetade mindre genomtänkt och noggrant med dessa. De var inte triviala till sitt innehåll, men formen var det – att lämna en synpunkt eller ett klagomål är inte detsamma som missförhållanden och vanvård (Harnett 2010; SOU 2008:51). Få överordnade frågade efter brukarnas klagomål. Den delen av förbättringsarbetet kom i skymundan i ett annars omfattande kvalitetssäkringsarbete med mätningar av olika slag: vårdtyngd, läkemedelsförskrivning och uppföljningssystem som inkluderar ännu mer mätningar (t ex öppna jämförelser, se Lindgren, Ottosson & Salas 2012).

När personal inte ser omsorgstagaren – en tillfällighet?

När ingen respons gavs försökte Gunilla och hennes väninna istället förklara delar av det som hänt utifrån sina iakttagelser: de menade att personalen

inte ”såg” Lena, de kände henne inte och försökte inte heller lära känna henne. Anhöriga och läkare var dessutom oeniga om varför Lena inte mår bra. Depression var läkarens diagnos, medan anhöriga menade att inadekvat medicinering av andningsproblem orsakade Lenas nedstämdhet. Detta är ytterligare exempel på frågor som verksamhetens ansvariga aldrig diskuterade med anhöriga. Istället konstaterade äldreomsorgschefen, ”Vi har haft en del brister i vår organisation” och hänvisade till de tre klagomål som äldreboendets verksamhetschef själv sammanfattat, men som Gunilla inte tyckte omfattade alla de brister som hon fört fram. Äldreomsorgschefen framförde en ursäkt för att Lena inte fått den omsorg hon haft rätt att få med tillägget att nu hade förändringar genomförts. Det inträffade framställdes som en tillfällighet, det var då – nu är det bättre – och därför behövde heller ingen ta ansvar för det inträffade. Enligt Scott och Lyman (1968) befriar man sig från ansvar med en ursäkt, men i den här ursakten fanns, menar jag, ändå ett visst ansvarstagande. Enligt Goffman (1971/2010:113f) är en ursäkt en formell framställan (*ritualistic performance*), en gest genom vilken individen erkänner sig skyldig till (eller ansvarig för) den klandervärda handlingen samtidigt som distans till det inträffade upprätthålls – det har nu tagits hand om och man kan lägga det bakom sig. Äldreomsorgschefen gjorde med andra ord en gest, han gav en formell typ av ursäkt, en gest som visade att han tagit emot och förstått innebörden av klagomålet och hans svar var ganska allmänt hålllet. Det är, som Buttny (1993:19) påpekar, vanligt att den här typen av ursäkter och rättfärdiganden samexisterar i vardagligt tal.

Den del av förbättringsarbetet som rörde det konkreta omsorgsarbetet tilldrog sig, om det förekom, för att åter tala med Goffman (1974) ”backstage”, och här blev det tydligt att det gick en gräns för brukarnas inflytande och påverkan. Hur omsorgsarbetet utfördes var inte något som verksamhetsansvariga diskuterade med anhöriga.

Gunilla hade varit specifik vad gällde händelsernas karaktär, men de svar hon fick var övergripande. Dessutom knöts förbättringsarbetet till informationsteknologi och chefsskap och varken genom konkreta åtgärder eller i ord till omsorgsarbetets utförande. Cheferna framstod som ytterst distanserade till den vardagliga praktiken. I andra utredningar har framgått att verksamhetschefen, även i de fall där omsorgstagaren avlidit, bjudit in anhöriga till ett möte där de, tillsammans med berörd personal, gått igenom vad som skett, vad som förändrats och hur detta i framtiden kan åtgärdas. Det finns alternativa tillvägagångssätt och ett betydande handlingsutrymme för cheferna. I ett sådant möte hade Gunilla kunnat få svar på sina frågor och bekräftelse

på att klagomålen tagits på allvar så att den otillräckliga omsorgen om Lena under hennes sista dagar ändå på något sätt hade fått mening. Men varken enhetschef eller verksamhetschef gav några mer ingående förklaringar. De lämnade ut de rutinföreskrifter som ska finnas på alla äldreboenden, men frågan varför de inte efterlevdes besvarades inte. Detta kan förklaras dels med chefernas distans till såväl omsorgsarbetet som omsorgstagarna, dels av att det saknas tydliga krav på uppföljning av brukarnas klagomål.

Ansvarsbefrielse och ansvarsförskjutning

På en punkt talade anhöriga och personal om samma sak: svårigheten att förstå ansvarsuppdelning mellan olika professioner. Anhöriga förvirrades av ett slags rundgång där personal som tillhörde olika organisationer eller olika professioner lyfte över ansvaret på varandra. Chefer på äldreboendet sa sig inte kunna påverka och uttala sig om sjukvårdens insatser. Hemsjukvårdens chef och MAS förlade ansvaret dels till läkarna, dels tillbaka till äldreboendet; de skrev inte några rapporter som rörde omsorgsarbetet, utan det var enbart *hantering av medicin* som MAS tog upp i sin anmälan – vad som stod i skåpen och vad som stod att läsa i sjuksköterskornas journal. Läkarna och deras chef kunde inte uttala sig om omsorgsarbetet; det var äldreboendets ansvar. Ansvaret flyttades över från den ena till den andra i en rundgång, det inträffade ursäktades och beklagades vid ett tillfälle, men ingen tog på sig ansvaret för att omsorgen brustit. Det lyftes istället över till någon annans område.

När Gunilla menade att personalen (både sjukvård- och omsorgspersonal) inte uppmärksammade Lena – de kopplade inte samman hennes smärta med andra iakttagelser – omdefinierades det av enhetschefen som ”brister i kommunikation som leder till omsorgsbrister.” Exakt vad som brast i kommunikationen utreddes inte, men i chefernas svar var det bara en typ av kommunikation som nämndes: den mellan professioner och mellan personal av olika organisationstillhörighet. Det var förvisso en del av klagomålet som Gunilla förde fram, men kommunikationen mellan omsorgstagaren och personal av alla kategorier och med anhöriga togs inte upp i något svar.

Även andra händelser beskrevs annorlunda av olika inblandade och i läkarjournal och personaldokumentation stod händelseförlopp i annan ordning än den Gunilla beskrev. Det arbete som hon lade ned på att åka till hörcentralen och på att skaffa fram information om rullstol orsakades i Gunillas version av att personalen inte var tillräckligt noggrann eller gav fel information. Inget

av detta framställdes på det viset av personalen, där var det istället de som beställde rullstol och Gunilla som ”inte var glad”.

Den senare formuleringen närmar sig den neutraliseringsteknik som Sykes och Matza (1957) benämner *fördömmande av fördömda*. Fokus flyttades från misstaget att skicka Lena till hörcentralen utan att kontrollera öronen till Gunilla och hennes missnöje. Ytterligare en episod som ligger nära fördömandet av dem som i det här fallet klagar, var överläkarens kommentar till Gunilla att hennes kritik var en del av hennes sorgearbete. Han desarmerade klagomålets legitimitet och ersatte dem med, en för organisationen ansvarsbefriande logik. Klagomålet hängde inte längre samman med kvaliteten på den givna omsorgen, utan sågs som ett sätt för anhöriga att komma över sorg och kanske egna skuld känslor över att inte ha räckt till. Det fanns alltså inte längre något fel som begåtts utan en psykologisk reaktion. Det är i detta uttalande alltså möjligt att spåra en annan diskurs där klagomålet tillskrivs en annan funktion än att förbättra omsorgens kvalitet eller att någon ska axla ansvar. Uttalandet kom från läkaren på en palliativ enhet där han förväntades uppmärksamma och försöka underlätta både omsorgstagares och deras anhörigas känslor inför döden. Han knöt an till en psykologisk diskurs om sorgearbete, där klagomålsframförande tolkades som uttryck för anhörigas sorg eller skuld känslor. Oavsett om händelserna som det klagades på hade någon reell grund eller inte, så var hans fokus i första hand föreställningen om behovet hos anhöriga att hantera sorgen över en närståendes bortgång och att sorgearbete hade olika uttryck, bl a skuldförskjutning.

”Besvärliga” anhöriga – exempel på en folklig logik

Sammantaget finns det belägg för att Gunilla uppfattades som en ”besvärlig anhörig”. Hon ställde frågor, krävde svar och ville ha kopior på dokument. Dessutom hade hon synpunkter på både den medicinska och sociala omvårdnaden vilket ogillades därför att ”det blir så besvärligt när anhöriga lägger sig i”. Detta är en typ av legitimerande förklaring som lägger skuld på de anhöriga, men det är mer än så. Det är vad Buttny (1993:49) kallar för en folklig logik; när underförstådda regler och gemensamma föreställningar kommer till uttryck genom legitimerande förklaringar och dessa påverkar praktiken. Det är en vanligt förekommande föreställning inom äldreomsorgen att det blir problematiskt när anhöriga är för aktiva.³¹ Bengt Ingvad (2003:95f) vi-

³¹Sökordet ”besvärliga anhöriga” på Google gav 265 träffar (2012-08-02). Främst var det anhöriga som uppfattade sig vara besvärliga både inom vård och omsorg, men uttrycket

sar i en studie av känslomässigt samspel i hemtjänsten hur omsorgspersonal överskattade betydelsen av personliga egenskaper hos omsorgstagaren och anhöriga och underskattade situationella faktorer. Det förekom att arbetsgruppen skapade en gemensam konstruktion av en omsorgstagare eller anhörig som "besvärlig" (jfr Astvik 2002). I en annan studie som utgår från enhetschefers perspektiv konstateras att "det är inte så ovanligt att anhöriga har andra idéer än personalen om vad som är bäst för den boende. Anhöriga kan vara en stor påfrestning och ta energi och kraft från verksamheten [...] Det finns också de som är direkt destruktiva och problematiska" (Tullberg 2006:64). Enhetscheferna jag talat med säger också att anhöriga kan vara krävande och insiktslösa, ibland har de en annan uppfattning än personalen om den enskilde omsorgstagarens önskemål.

Gunilla och den manliga sjuksköterskan hade olika uppfattningar om hur Lena bäst skulle skötas. Anhörigas frågor och önskan att flytta Lena till ett sjukhus var ett indirekt ifrågasättande av hans kunskap. Han svarade genom att "straffa" anhöriga genom att vägra att skicka med kopior på journalanteckningar. Ansvar lade han på anhörigas axlar: de hade fattat ett beslut – nu fick de ta konsekvenserna. När undersköterskan talade om för anhöriga att de själva kunde ringa på ambulans gav hon dem stöd i deras uppfattning, men hon gick inte i konflikt med den som hade högre utbildning. I praktiken finns en tydlig hierarki och ordning om vem som bestämmer över vad, men anhöriga står vid sidan av personalkategoriernas rangordning. När ansvaret utkrävs av anhöriga hotas ordningen och uppfattas de som resursstarka kan de dras in i maktspelet som stöd för någon part. De sociala relationer som blir synliga i den här situationen, genom det som de inblandade gör och säger, visar hur kunskapsuppfattning och professionstillhörighet både producerar och reproducerar maktförhållanden. Det kan uppfattas både som besvärligt att de "lägger sig i" samtidigt som deras klagomål kan användas av personal i inomorganisatoriska konflikter som gäller status, legitimitet och arbetsmiljö.

Det tål dock att fundera över vilka anhöriga som anses ha resurser. En av de intervjuade enhetscheferna talade om hur olika kraven var från brukarna, inte så mycket i förhållande till deras egenskaper utan beroende på var de bodde:

användes även på hemsidor för äldreomsorg, av journalister och forskare (frågor ställdes i enkäter om brukarna uppfattat sig som "besvärliga") Det fanns också ett uttryckssätt som användes av personal och verksamheter för att spegla deras inställning: "Det finns inga besvärliga anhöriga, bara anhöriga som har det besvärligt" (information från ett demensboende, talesättet upprepades på många träffar). Även jag befäster uttrycket genom att kalla det för en folklig logik, men jag vill poängtera att jag, trots det, är kritisk till dess användning.

Jag kan se skillnaden, jag jobbade i en annan stadsdel innan, i dom nordöstra delarna och jag tycker . . . jag upplevde att man begärde inte så mycket. Man kände inte till rättigheter på samma sätt, man hade inte dom resurserna på nåt sätt. Det är trist, likväl är det nog ett faktum att det är så. Precis som ohälsotal och allting skiljer sig väldigt mycket så är vi ju en väldigt segregerad stad. (enhetschef C)

Enhetschefen kopplade anspråken till en samhällelig segregering, vilket – om han hade rätt – skulle innebära färre klagomål i socioekonomiskt utsatta områden och fler i välbärgade områden. Han menade också att det kan ligga en sådan förväntan hos brukare och personal; vissa omsorgstagare eller de som bor i särskilda områden klagar inte därför att man inte har så höga anspråk, medan det är tvärtom i andra områden.

Omsorgspersonalens bristande handlingsutrymme och påtvingade allianser

Vid två tillfällen berättade Gunilla om hur omsorgspersonalen sade och gjorde saker som de egentligen inte fick. Hon framställde dem som välvilligt inställda till både Lena och Gunilla, de ville *hjälpa till* att lösa en problematisk situation, men med detta gjorde de klart sitt eget begränsade handlingsutrymme och det befriade dem också från ansvar. De framställde sig själva som hjälplösa verktyg i en situation där de inte hade mycket att säga till om, de fick ”inte lov” att lämna ut telefonnummer och ge vissa råd. Trots risk för repressalier ställde de sig på Lenas och Gunillas sida. Ett sådant agerande kan bli besvärande för anhöriga därför att att en god relation till dem som närmast ansvarar för den närstående är ett slags garanti för gott omhändertagande. Det blev alltså svårt för anhöriga att motsätta sig denna ”allians” som omsorgspersonalen erbjöd, samtidigt som de avkrävdes en viss lojalitet med personalen. Gunilla fick så att säga hemlig information om saker som inte fungerade, men hon fick inte avslöja budbäraren.

Funktioner

Ansvarsutkrävande som kontroll

När den klagande utkräver ansvar i så hög grad som Gunilla gjorde blev gensvaret från chefer *inte* att de axlade detta. Istället blev det tydligt att chefer och personal uppfattade hennes krav som kontrollerande – det gällde hennes

frågor och envisa begäran om att få svar i största allmänhet, kontaktboken där personalen anmodades skriva vad, och när, de utfört omsorg och service och att hon ville ha kopior på vad som skickats till diariet samt kopior på journaler och annan dokumentation.

Gunilla blev ifrågasatt: fick *hon* efterforska de dokument som chefen skickat till diariet? Denna fråga från verksamhetschefen kan ses som en tillrättavisning, ett uttryck för irritation och ett sätt att återta kontroll i en situation där hon alltmer tycktes förlora den. Här överträdde Gunilla en gräns. De dokument som producerades i omvårdnadsarbetet och av personalen kunde hon inte lättvindigt få tillgång till, vilket visade sig när hon begärde att få ut kopior på personalens dokumentation.

Den kontroll som Gunilla utövade kunde verksamhetsansvariga motsätta sig och jag har givit exempel på hur detta gjordes genom avvisande av anspråk (Felstiner, Abel & Sarat 1980 -81), legitimerande förklaringar (Scott & Lyman 1968) med ansvarsbefrielse och ansvarsförkjutning som följd. När hon vände sig till MAS och Socialstyrelsen kunde dessa utkräva ansvar av verksamheten som var av en mer tvingande karaktär. Verksamhetsansvariga *måste* svara inom en viss tid med utredning och åtgärder. Men lex Maria-anmälan gällde bara en mycket liten del av allt det som Gunilla tagit upp. På vägen hade hennes första muntliga klagomål transformerats – de hade skalats av, omdefinierats, och det som var viktigt för Gunilla fanns inte med i lex Maria-anmälan (jfr Dean, Gale & Woods 1995). För henne fungerade ändå anmälan som en bekräftelse på att hon gjort rätt i att gå vidare med klagomålen. Däremot fungerade Socialstyrelsens svar på hennes egen anmälan snarare som en markering av att hon inte kunde kräva att få svar på sina frågor. Myndigheten legitimerade inte bara sin egen tillsynsutövning med att citera lagtext, den gjorde också en tydlig markering att ingen kunde tala om för dem vad och på vilka frågor de förmodades svara. De viktiga frågor som Gunilla ändå identifierade fördes över till en mycket större nationell översyn, som i likhet med IT-stödet, kopplades ihop med redan fattade beslut och klagomålet legitimerade således även dessa. De ursprungliga klagomålen anpassades gradvis till de förändringar som höll på att implementeras. De framstod slutligen inte längre som kritik av omsorgens tillstånd utan som *bekräftelse på de politiska beslutens validitet*.

Styrning och kontroll genom dokumentation

Det enda klagomål som togs emot utan motstånd rörde dokumentationssystemen och den förklaring som Gunilla och väninnan presenterade om att

allför många sådana var i omlopp accepterades. De verifierade påståendet med en uppräknings av de dokumentationssystem som de samlat in, de levererade bevis. Jag föreslår fyra tentativa förklaringar till varför detta argument fastnade.

För det första gav Gunilla och väninnan en trovärdig och väl underbyggd förklaring till problemen. De hade samlat in dokumentationen och visade vilka system som fanns och vilka som hade möjlighet att läsa dem, och den bristande logiken i dokumentationssystemen framgick tydligt. För det andra var bristerna de pekade på inte personförankrade, de hängde inte ut någon enskild anställd utan kritiken riktades mot ett icke-personbundet ”system”; det blev därmed lättare att hantera då en eventuell skuld för det inträffade inte placerades på någon enskild person, grupp eller chef. För det tredje fanns det redan en åtgärd som lämpade sig väl för att svara på den delen av kritiken – ett nytt IT-stöd som stadsdelen införskaffat och som snart skulle sättas i bruk. Här hade man en åtgärd att komma med som visade inte bara att de redan visste om vilka problem de hade, utan också att de faktiskt arbetade med att förbättra verksamheten. En fjärde förklaring till varför klagomålen på dokumentationssvårigheterna möttes av ett obefintligt motstånd är slutligen att vikten av, och kraven på dokumentation ökat inom välfärdssektorn, och så även inom omsorgsarbetet, som ett led i de nya styrnings- och kontrollmekanismer – New Public Management – som införts (Gustafsson & Szebehely 2005; Hjalmarsson 2006; Bejerot & Astvik 2009; Svensson & Edebalk 2010). Personalen ska dokumentera vad de gör för att det ska kunna granskas och därmed kontrolleras av andra: tillsynsmyndigheter, revisorer, kommunala och interna utredare och brukare.

Dokumentationsbrister påpekas i nästan samtliga rapporter och utvärderingar om klagomål och omvårdnadens kvalitet som jag tagit del av, och dokumentationskurser för omsorgspersonal ges i stor omfattning. De ska lära sig både tekniken – dataprogrammets manual, hur och vad man gör för att kunna skriva – och vad som är lämpligt att skriva. Fokus flyttas från omsorgspersonalens förmåga och kunskap i relation till omsorgsarbetet, till deras förmåga att uttrycka sig på rätt plats och på rätt sätt. Deras förmåga att dokumentera granskas och kan föranleda kritik – vad som sedan i praktiken utfördes eller ej kan inte granskas på detta vis. Denna granskningsiver har beskrivits som en ny form av samhällsstyrelse (Power 1999, 2007; Smith & Schryer 2008; Dahler-Larsen 2008).

En sådan fastlåsning vid vad och hur det utförda arbetet dokumenterats bygger på en föreställning om dokument som trovärdiga bevis, men jag vill

påstå att de har en svag beviskraft i den här undersökta kontexten. Jag lyfte fram flera episoder i personalens olika anteckningar som beskrevs annorlunda jämfört med dotterns redogörelse. Här finns inget facit som talar om vilket som var rätt eller fel, men det visar på dokumentens oförmåga att ge en bild av vad som inträffat som överensstämmer med brukarens och de anhörigas. Att dokumentera är ett sätt att visa vad man gjort när andra utkräver ansvar, men det finns en osäkerhet i detta, därför att det aldrig går att på förhand veta att det man gjort kommer att anses vara det riktiga. Omsorgspersonalen slits mellan en önskan att vara ärliga, att skriva precis vad som enligt deras uppfattning har hänt och vad de faktiskt gjort och en önskan att klara sig undan klander. Samtidigt begränsas deras anteckningar av dokumentationsprogrammets utformning (jfr Norén & Ranerup 2008).

Att dokumentationen anses ha brister kopplar jag också till de olika förväntningar som finns om vad den ska innehålla. Att ett klagomål skickades till diariet innebar inget annat än att det registrerades som ett klagomål. Gunilla hade uppfattningen att fel skulle åtgärdas och att klagomålen skulle komma till någon ansvarigs kännedom, utöver dem hon redan talat med. Istället fungerade denna hantering i det här ärendet som ett slags omvänd sekretess, när klagomålet nådde diariet fick Gunilla höra att hon inte fick göra några mera efterforskningar om vad som skickats in, trots att det var hon som skulle få ett svar. Vanligtvis är det omsorgstagarnas personuppgifter som ska skyddas, men här blev det istället vad personalen hade sagt och gjort som skulle skyddas från insyn av andra än anställda i verksamheten.

Den villkorade valfriheten

Trots den ökade valfriheten inom äldreomsorgen visar denna fallbeskrivning att det är mycket som inte går att välja och att vissa val ändå är villkorade: hur man ska ta sina mediciner, vilken läkare man ska ha och när ambulans ska skickas efter. Mediciner levereras till hemtjänst och äldreboenden i APO-dospåsar som iordningsställts på ett särskilt dosapotek direkt enligt ordinationer som överförts digitalt. Påsarna förses med datum och klockslag och även icke-legitimerad personal kan därför dela ut dem och enheterna slipper ha vårdpersonal som ägnar tid åt att dela upp och dela ut mediciner i burkar eller dosett. Vill man ta sina mediciner på annat sätt måste man kunna sköta det helt själv. Väljer man en läkare som inte är anställd via äldreboendet får brukaren ordna dessa kontakter själv och läkaren måste kunna kommunicera sina ordinationer till äldreboendet. Besluten om sjukvårdande behandling, om

huruvida ambulans är nödvändig eller ej, tas av den sjukvårdspersonal som arbetar när något allvarligt inträffar. Äldreboenden är inga akutsjukhus och detta ska de heller inte vara, men sjukvårdande insatser ska kunna ges dygnet runt. Gunilla efterfrågade samtal om hur omsorgen skulle skötas vid livet slut, men fick inte det i den utsträckning hon ville. Den beskrivning av hur omsorgen skulle fungera på äldreboendet, som hon värderat i jämförelse med andra alternativ via hemsidor innan Lena flyttade till boendet, visade sig inte stämma med vad de sedan erfor. Med den ökade valfriheten, att själv välja boende, så kunde Lena bara teoretiskt ha flyttat till ett annat äldreboende när problemen hopade sig och missnöjet med boendet växte under hennes sista månader i livet. Detta är vad Möller (1996) framhåller som exit-strategins begränsningar i äldreomsorgen (jfr Larsson & Szebehely 2006:425). Att sätta igång en flytt i det läget låter sig helt enkelt inte göras.

Sammanfattning av kapitlet

Jag har i inledningen av detta kapitel låtit det material som jag fått av anhöriga fått stå så fritt som möjligt från min inblandning. De tolkningar som görs där är de som informanten själv givit uttryck för. Redogörelsen speglar dotterns uppfattning av händelseförloppet i den mån jag kunnat göra den rättvisa, eftersom materialet består av många olika delar: intervju, brev, anmälan till Socialstyrelsen och kopior av dokumentation. En första kategorisering av materialet gjorde jag genom Smiths (2005) vida begrepp arbete – vad Gunilla hade gjort och vad de hon mötte gjorde- och hur detta arbete påverkade klagomålets rörelse framåt.

Klagandeprocessen som den här beskrivits från de anhörigas perspektiv har varit mödosam, men inte givit Lena den upprättelse de önskat. Från det att hon gick bort till dess att Gunilla fick svar från Socialstyrelsen hade ett år och en månad passerat. För dottern framstod det som osäkert hur liknande brister och fel skulle förebyggas i framtiden. Nya rutiner hade införts, men det var inte problemets kärna. Ett nytt IT-system *borde* kunna förbättra kommunikationen mellan olika professioner. Mer saker kan ha hänt och gjorts, men det fick hon inte veta. Det har för anhörigas del handlat om två tunga bördor: 1) Att skaffa fram fakta – att försöka få ut information som visar vad som hänt, vad som brustit och vilka misstag som gjorts – och detta har stött på motstånd. 2) Att framstå som trovärdig – att bevisa för andra inblandade att hon haft giltiga skäl att klaga, vilket har ifrågasatts.

Det finns en rad vedertagna förklaringar, en uppsättning av möjliga och inom det här området förväntade rättfärdiganden av brister. En av de vanligaste är resursbrist (Jönson 2011), alltså att äldreomsorgen ständigt har för lite resurser. En förväntad motivering som förmodligen skulle accepterats av de flesta, men som förvånande nog saknades i den här redogörelsen. Det mest framträdande var att verksamhetsansvariga gav mycket få legitimerande förklaringar till det inträffade. Det var främst tystnad, väntan, och undvikande svar och manövrer som mötte de klagande. I Gunillas redogörelse har jag identifierat tre neutraliseringstekniker (Sykes & Matza 1957) som användes för att minska den sociala kontroll som klagomålen är ett exempel på. Chefer på olika nivåer *förnekade ansvar*, det inträffade framställdes som en tillfällighet eller också bollade olika representanter för olika organisationer, eller de som hade olika ansvarsområden, över ansvaret på varandra. *Förnekande av offret* – Lenas skada förminskades genom att de brister som identifierades refererade till kommunikation och dokumentation, alltså inte till Lena och hur hon hade det eller den konkreta omsorg som hon fick eller inte fick. *Fördömande av fördömare* – fokus flyttades från bristerna till den klagandes motiv och egenskaper genom att den klagande beskrevs som en “besvärlig anhörig”, något som också lyste igenom i dokumentationen som personal på olika nivåer gjorde. Klagomålet avvisades i första hand helt och hållet genom tystnad (Felstiner, Abel & Sarat 1980-81), vilket både visade den formellt begränsade vikt som brukarnas klagomål tillmättes – det fanns ingen uppföljning av dem – och den begränsade betydelse som de fick i praktiken. För det andra förnekades och försköts ansvaret genom den uppdelning av olika ansvarsområden som fanns i äldreomsorgens praktik, vilket kan beskrivas som ursäkter i Scotts och Lymans mening.

Klagomålen fyllde två grundläggande funktioner: kontroll av verksamheten och legitimering av redan fattade politiska beslut. Klagomålen hade en tydlig *kontrollerande funktion*, i dubbel bemärkelse (Lipsky 1980), omsorgstagare och anhöriga utkrävde genom klagomålen ansvar av verksamheten. Ansvar som den på olika vis försökte befria sig från. Cheferna utkrävde till viss del ansvar av personalen (kontaktpersonen) och hade möjlighet att utkräva mer, men de anhöriga visste inte om de gjorde det. Tillsynsmyndigheten kan i sin tur utkräva ansvar av verksamheten, om klagomålen når dem, vilket de gjorde, men huruvida det i framtiden skulle göras tillsyn på det aktuella boendet framgick inte. I föreskriften om kvalitet och ledningssystem i äldreomsorgen poängteras vikten av dokumentation och uppföljning av verksamheten (SOSFS 2006:11). Verksamheten tvingas skriva ned vad och hur

de ska göra (rutinföreskrifter), vilket ska stämma överens med de generella riktlinjer som politiker beslutat om och sedan skriva ned vad och hur de gjort. Socialstyrelsen kan komma att kontrollera överensstämmelsen mellan riktlinjer, rutinföreskrifter och vad som står i personalens dokument. Denna dokumentation används som en form av bevis för vad som inträffat och vad som blivit utfört eller inte. Som visats av de olika anteckningarna från personal och anhörigas redogörelse av samma tillfällen är det skilda perspektiv och förlopp som presenteras, även klagomålen omdefinieras, förminskas eller "försvinner". Personalens anteckningar är ingen exakt spegling vare sig av vad som gjordes eller av vad som inträffat, lika lite som någon annans redogörelse är det, men den används som vore den "fakta". När dokumentation saknas kan det kritiserats, men när den finns blir den svår för anhöriga och brukare att motbevisa.

Persson och Wästerfors (2009) beskriver den bagatellisering av klagomål som de menar omsorgspersonal gör på äldreboende som en folklig logik (med hänvisning till Buttny 1993). Det som framkom i den här fallbeskrivningen var något annorlunda: cheferna visade genom sin tystnad att de inte behövde besvara brukarnas klagomål. Detta visar på en typ av legal auktoritet (Weber 1983:146) som även Socialstyrelsen poängterade. Brukarnas rätt att få svar på frågor var villkorad. Dessutom tydde chefernas agerande på att brukarklagomålen avvisades och inte kom till användning i deras förbättringsarbete, tvärtom tycktes de nästan som onödiga, eftersom verksamheten redan hade avhjälpt de av dem identifierade bristerna genom att satsa på mer informationsteknologi. Detta förfarande gav klagomålen en funktion att *legitimera redan fattade politiska beslut* om vilka satsningar som behövdes inom äldreomsorgen.

Endast på en punkt fungerade klagomålen för dottern som någon form av upprättelse. Hon fick bekräftelse på att hon haft rätt i sin kritik när MAS skrev en lex Maria-anmälan. Den valfrihet som indirekt finns, att byta boende om man som brukare inte är nöjd, framstod aldrig som ett alternativ i den här fallbeskrivningen. Gunilla föredrog att använda sig av *voice* (Hirschman 1970) vilket, trots hennes uppenbara förmåga att både formulera och gå vidare med kritiken, inte fungerade som ett tillräckligt kraftfullt verktyg för att förbättra hennes mammas situation. Utifrån analysen av detta fall fungerade *inte* klagomålet som en påverkansmöjlighet till en förbättrad omsorg och ett ökat brukarinflytande.

5

VARIATIONER AV KLAGOMÅL OCH KONTEXTER

Syftet med detta kapitel är att genom ytterligare fyra fallbeskrivningar komplettera det förra kapitlet med några vanliga klagomål från såväl hemtjänst som äldreboende och därmed utvidga problemfältet. Även här är syftet att utveckla en förståelse för informanternas erfarenheter och omständigheter och synliggöra mötet mellan människor och institutioner samt identifiera teman för vidare utforskning (McCoy 2006:117). Sammanlagt är detta tre fallbeskrivningar där omsorgstagarna själva för fram sina klagomål och de rör huvudsakligen vantrivsel, stölder och utebliven städning. I den fjärde och avslutande fallbeskrivningen är det en dotter som har klagomål på bristande omsorg om hennes pappa som bor i sitt hem och har hemtjänst. Alla klagande är kvinnor, och två ärenden rör äldreboenden och två hemtjänsten. Därefter följer en sammanfattande analys av alla fyra fallbeskrivningarna och jag följer strukturen från det förra kapitlet med förklaringsrepertoarer och funktioner och där jag tydliggör kopplingen till styrningsrelationer.

Vantrivsel och exit

Om exit inte framstod som ett alternativ för Lena i den förra fallbeskrivningen är det ett alternativ i den här redogörelsen, där talar ”Pia” om hur och varför hon flyttat från två äldreboenden. När jag intervjuade henne bodde hon i en

hyresrätt och hade hjälp av hemtjänsten med städ, tvätt och handling. Hon gick med rollator, men vågade inte gå ut ensam då hon var ostadig på benen. Pia kom till det första äldreboendet i januari 2008 efter en sjukhusvistelse. Hon hade varit allvarligt sjuk med proppar i båda lungorna, vilket krävde en lång rehabiliteringsprocess. Vistelsen på rehabiliteringsavdelningen var dock tidsbestämd till tre veckor. Därefter måste ett annat boende ordnas.

När Pias tid på rehabiliteringsavdelningen var till ända var det ingen, varken hon, hennes anhöriga eller vårdpersonal som trodde att hon skulle kunna klara av att bo hemma igen. Hon sa att hon vid detta tillfälle kände sig väldigt deprimerad, trött och färdig med livet. Hon kom inte riktigt ihåg hur allting ordnades omkring henne, men nämnde att en av hennes söner tyckte att äldreboende var en bra idé. Sönerna sålde bostadsrätten, några möbler flyttades till hennes rum på boendet. Till skillnad från Lena gjorde Pia inget aktivt val av äldreboende, utan tog den plats som tilldelades henne i den stadsdel där hon bodde.

Intervjun genomfördes när hon bott i en egen hyreslägenhet i ca ett halvår. Det blev en retrospektiv berättelse, där Pia också reflekterade över hur hon kom ihåg hur hon tänkte då och hur hon nu såg på det som hänt sedan hon flyttade till det första äldreboendet. Den första intervjun gjordes per telefon, därefter gjorde jag två längre besök hos Pia där hon utvecklade sin berättelse och där vi tillsammans redigerade den. I alla redovisningar av intervjuer har jag försökt att behålla det ordval som informanterna själva använt, även då intervjuerna inte spelats in så har jag antecknat deras ord.

Händelser som ledde till flytt från äldreboendet

Pia trivdes inte, varken på det första eller andra boendet. Anledningarna var, säger hon, både de andra människorna som bodde på "hemmet", som hon inte fick kontakt med, och personalen. På det första äldreboendet var det främst de andra omsorgstagarna som bidrog till hennes otrivsel. Många var dementa och aggressiva, dessutom hade personalen bråttom. Hon hade ingen att tala med. Vid de få utflykter som gjordes eller sammankomster som fanns, parades hon alltid ihop med en orolig kvinna med minnesstörningar. Samma kvinna satt också bredvid henne i matsalen. Personalen tyckte det var bra att de två hade sällskap av varandra, ett sällskap som Pia varken uppskattade eller hade valt. Hon uppfattade det som besvärligt och olustigt att behöva ta ansvar för den förvirrade kvinnan, att lugna och stödja henne.

Pia hörde talas om det andra, nybyggda äldreboendet via anhöriga, andra

besökare på boendet och personalen. Hon fick hjälp av anhöriga och flyttade in på det nya boendet under våren 2009. Hon bodde även här i ett eget rum, där hon hade sin tv och några möbler hemifrån. Det var stor omsättning på personal. Flera hade invandrarbakgrund varav två män som Pia menade utmärkte sig. De hade ett ”jäkla” humör, de skrek och blev arga, både på dem som bodde där och på andra anställda. Det var särskilt en man som skällde på de boende om de spillde eller inte uppförde sig, eller om något inträffade som han inte gillade. Om den utlandsfödda personalen som fanns på det första boendet sa Pia att de hade svårt med språket, både att förstå de gamla och göra sig förstådda, men att de månade väldigt mycket om dem.

Även på det andra boendet sa personalen att de inte hann med; det fanns enligt Pia ”ingen stadga” i verksamheten. Personalen var yngre och hon uppfattade dem som ”flamsiga”. De talade sällan med de boende, men desto mer med varandra. De talade om sina privata problem, om hur mycket vin de druckit kvällen innan, var de varit, med vem och vad som hänt. Detta intresserade inte Pia och hon ville inte höra om deras privatliv. Ibland blev de också ovänner, de grälade inför öppen ridå, de hade olika uppfattningar om hur saker skulle göras och vem som gjort vad. Pia var osäker på om hon haft någon kontaktperson när jag frågade första gången, men påminde sig sedan att det varit en yngre kvinna som hon inte fått någon vidare kontakt med.

Det var sammantaget en miljö och en stämning som Pia hade svårt att trivas med, och när sedan ett antal tv-apparater stals mitt i natten på samtliga våningar på äldreboendet övergick vantrivseln till otrygghet och olust. Pia sa om stölden att det var obehagligt, eftersom hon och de andra låg och sov i olåsta rum. Vem som helst kunde ha kommit in och det kändes olustigt. Det talades inte heller om stölden efteråt, Pia trodde att man ville tysta ned händelsen. Rykten gick om insiderbrott eftersom inga dörrar var uppbrutna. Efter stölden sa Pia till sina anhöriga att hon inte ville bo kvar på äldreboendet.

Varför 'exit'?

Jag frågade Pia flera gånger om hon inte talade om för personalen vad hon tyckte, både på det första och andra äldreboendet, men hon svarade att det inte var någon idé. Hon uppfattade det som att personalen aldrig riktigt hade tid att prata och poängterade också att hon var en person som inte klagade i första taget. På det andra boendet menade Pia att personalen alltid: ”visste bäst, vi skulle inte ha några åsikter”. När jag frågade vad det var som gav henne den känslan sa hon att det hade att göra med hur personalen pratade,

att de satte sig själva i centrum, deras åsikter eller deras prat om sig själva var det som hördes, lyssnades på och som fick stå oemotsagt. Hon exemplifierade med en av de boende, en kvinna som ofta var arg, hon skällde och klagade på det mesta. Pia var inte så förtjust i kvinnan, men ibland klagade hon på saker som Pia höll med om, som på maten eller på att personalen inte gjort vissa saker som de lovat. Pia såg att den kvinnan inte togs på allvar. Hon sa också att man "ledsnar på att tjata", vilket kan förstås som att hon trots allt sa något.³²

Det som hände var att Pia själv slutligen föreslog att hon skulle flytta. Hon hade under tiden på det första äldreboendet egentligen inte sagt vad hon tyckte, men ingen hade heller frågat hur hon trivdes. När hon hörde om det nya boendet och frågade om hon kunde flytta dit frågade ingen varför, snarare tyckte chefen det var konstigt att någon flyttade. Pia sa att enhetschefen blev förvånad vid hennes begäran och kommenterade: "här flyttar aldrig någon medan de lever".

Andra gången Pia sa till sina anhöriga att hon ville flytta var det svårare eftersom hon inte hade något alternativ att komma med. Pia menade att det i första hand var sonhustrun som var drivande i samtalen om flytt, men sonen ordnade, via ett barn-barn som precis skulle lämna en hyresrätt, ett hyreskontrakt åt Pia. Flytten gick därefter, med hjälp av anhöriga, ganska fort. Pia meddelade enhetschefen att hon skulle flytta till en lägenhet, och den reaktion som hon beskrev från enhetschefens sida var förståelse, eftersom Pia var "alldeles för bra för att vara där". En märklig kommentar, tyckte Pia, som aldrig uppfattat att chefen talat till henne överhuvudtaget, än mindre föreslagit eller diskuterat möjligheterna till ett annat boende med henne. Även om de anställda insåg att någon inte passade eller var "för bra" för äldreboendet, så fanns det inte personal som hade som uppgift att hjälpa de boende att finna något annat.³³

³²Pia sa själv att hon inte klagade, men att hon "ledsnade på att tjata". Jag uppmärksammade denna betydelseskilnad långt efter våra möten – det kan vara så att hon påmint personalen om saker de glömt, att hon framfört önskemål men inte blivit hörsammad, men inte kallade det för klagomål. Det kan också vara så att det ingick i hennes sätt att presentera sig själv – som en person som inte klagat – och att det inte nödvändigtvis säger något om vad hon faktiskt gjorde i mötet med personalen.

³³I mina fältanteckningar från ett äldreboende noterade jag att det hos en kvinna vi gick in till stod en mängd kartonger utmed väggarna. Hon hade flyttat från ett annat boende. Flytten hade varit mödosam, ca två månader efter flytten hade hon ännu inte lyckats få med sig allt, inte heller packat upp. Hon kunde inte själv redogöra för var hennes saker var, när de skulle komma eller vem som skulle hjälpa henne. Undersköterskan som jag talade med visste inte

Det kan i Pias fall vid första anblicken nästan betraktas som en slump, en rad gynnsamma tillfälligheter som gjorde att hon lyckades få en egen lägenhet. Hon redogjorde inte för att hon framfört några explicita klagomål, men när hon väl fick nog så lyckades hon, vid två tillfällen, flytta från ett äldreboende, vilket enligt den forskning som finns har visat sig mycket svårt (Möller 1996). Pia gav två förklaringar till varför hon kunde flytta, dels att "hon har minnet", alltså var hon inte dement, dels att hon haft god hjälp av anhöriga, även om de enligt Pia hade mycket att göra. De hade förmågan att skaffa en lägenhet, de hjälpte till med flytten och de tog hennes vantrivsel på allvar.³⁴ Pia pekade också på tur, att barnbarnet hade en hyresrätt och stod i begrepp att flytta. Hon misstänkte att det kanske inte gick helt enligt reglerna – hon stod inte i någon bostadskö och anhöriga hade nog kontakter – men hon var tacksam för den hjälp hon fick.

Stölder

Detta fall gäller en omsorgstagare med hemtjänst som befann sig i en mycket besvärlig situation då hon under en längre tid drabbats av stölder i hemmet. Stölder är en vanlig anledning till såväl klagomål som lex Sarah-rapporter. Redogörelsen baseras på tre intervjuer med omsorgstagaren, "Linda", där jag skrev ned och sammanfattade vad hon berättade. Efter första intervjun gjorde jag ytterligare två besök, en vecka respektive tre månader efter första intervjun, där vi tillsammans gick igenom och redigerade texten. Information hämtades också från kopior på tre polisanmälningar och en artikel från en dagstidning som Linda kontaktat och där hon intervjuats.

Linda hade vid intervjutillfället hemtjänst fem gånger per dygn. Hon var pensionär sedan två år, men efter en allvarlig sjukdom hade hon fysiskt svårt att klara sig och behövde hjälp med det mesta som involverade händerna. Hon hade också svårt att röra sig även om hon kunde gå kortare sträckor med rollator, i övrigt använde hon rullstol. Med ett visst besvär kunde hon ta sig upp från stol till stående.

Sammanfattningsvis beskrev Linda en mycket påfrestande och obehaglig situation som utlösts av ouppklarade stölder i hemmet. Kommunikationen var

heller riktigt vem som hjälpte kvinnan.

³⁴Pia hade mycket gemensamt med de kvinnor som Åström & Werner (2002) beskriver fick hjälp av anhöriga att överklaga biståndsbeslut. Hon hade sjuårig folkskola, arbetarbakgrund (fabriksarbetare, kokerska), men hennes anhöriga var välutbildade.

bra med några, dock inte med alla i hemtjänstpersonalen och på chefsnivå fick hon inte särskilt mycket gehör. Stadsdelschefen hade svarat på ett brev, men där varken givit råd eller lösningar. Alla hänvisade till polisanmälningen och en polisutredning som förmodligen inte skulle komma att levereras. Kuratorn hade givit henne stöd, men som situationen tedde sig verkade ingen egentligen kunna hjälpa Linda att lösa dilemmat – hon måste ha hemtjänstens hjälp för att klara det dagliga livet och då måste hon släppa in personalen i hemmet. Inte heller verkade de stulna föremålen kunna återfås eller några skyldiga kunna ställas till svars.

Hur klagomål framförts

Både värdefulla och mindre värdefulla föremål hade försvunnit från Lindas bostad, saker som hon plötsligt upptäckt var borta: guldsmycken, kläder, handbroderade dukar och en dyr kartbok. Hon visste inte exakt när saker försvunnit. Det var inte så att hon hade guldsmyckena innan någon från hemtjänsten kom och efter att de hade gått upptäckte att de var försvunna. När hon gjorde den första polisanmälan visste hon att hon sett smyckena en månad tidigare. Stölderna pågick under en period av uppskattningsvis fyra månader. Ingen utöver hemtjänstpersonalen hade enligt Linda varit obehövad i hennes hem. Hon sa att hon inte hyste några specifika misstankar mot någon enskild person. I ett tillägg till polisanmälan hade Linda lämnat uppgift om att hon via en granne hört att en anställd blivit påkommen med stöld, ”enligt rykten skulle denna person haft stöldgods i sin bostad och efter detta blivit avskedad” (polisanm. 2). Linda lämnade uppgifter till polisen att samma person arbetat hos henne under den aktuella tiden. Hon hade polisanmält stölderna via telefon då polisen inte åkte ut på den här typen av ärende. Hon försökte komma i kontakt med hemtjänstchefen, som hänvisade till enhetschefen. Enhetschefen i sin tur agerade inte mot stölderna, utan menade att Linda måste göra en polisanmälan. Stölderna var en sak för polisen och inget som cheferna ville tala om.

Utöver stölderna hade Linda också fört fram klagomål till såväl hemtjänstpersonalen som biståndsbedömaren om att hennes önskemål inte hörsammades: hon ville helst inte att män hjälpte henne på kvällen med den intima hygien och det var många och olika personer som kom. Hon fick inte veta när praktikanter och andra personer följde med ordinarie personal. Successivt hade också kommunikationen med biståndsbedömaren försämrats.

Andra kontakter

Dessutom hade Linda kontaktat en kurator i stadsdelen som också hjälpt henne med att skriva ett brev till stadsdelschefen. Han svarade att man avvaktade polisens utredning, men Linda visste att polisen lagt ned undersökningen. Hon kontaktade också den lokala tidningen, en journalist intervjuade henne och ett reportage om hennes situation publicerades. Hon kontaktade också mig för att berätta om sina erfarenheter.

I tidningsartikeln ställdes frågor till verksamhetschefen för hemtjänsten, en kommissarie vid polisen i den aktuella stadsdelen samt till en tjänsteman vid länsstyrelsen. Polisen sa att det inte fanns några tecken på inbrott och att det var omöjligt att förhöra alla dem som varit i lägenheten under den aktuella perioden. Även om det vore teoretiskt möjligt så var det praktiskt omöjligt att peka ut en gärningsman om det inte fanns mer konkreta uppgifter. Verksamhetschefen ville inte kommentera det enskilda fallet, men sa att det kunde vara så att ”personal tagit grejer eller att omsorgstagaren förlägger saker som kommer fram senare” (artikel). Journalisten tog upp lex Sarah-rapporteringen och att antalet stölder ökat från 24 till 80 om året i regionen från år 2000 till 2008 (stölder som rapporterats som lex Sarah). Tjänstemannen från länsstyrelsen trodde inte att förvirrade och dementa låg bakom den ökande rapporteringen av stölder. Journalisten kommenterade att det återstod att leta efter skyldiga bland personalen. Verksamhetschefen ville inte uttala sig om huruvida någon lex Sarah-rapport skrivits i det aktuella fallet. Hon sa ”Vi gör generellt egna utredningar och uppmanar den enskilde att göra polisanmälningar” (ibid).

Ytterligare åtgärder/effekter för omsorgstagaren

Svaret på den första polisanmälan kom tämligen omgående: ”Förundersökning inleds ej – FU förväntas ej leda till att skäligen brottsmisstanke meddelas någon” (polisanm.1). Samma beslut kom även efter de två senare polisanmälningarna.

Linda köpte ett kassaskåp och gömde nyckeln, men det var besvärligt för henne att öppna och stänga kassaskåpet. Sina smycken använde hon inte längre. Hon tecknade en extra försäkring. Försäkringsbolagen ersätter inte stölder när nycklar lämnats ut till andra, då krävs en särskild, dyrare försäkring. Hon kände sig allmänt misstänksam och grinig, det var obehagligt att vara beroende av människor samtidigt som hon inte visste vem hon kunde lita på. Hon påpekade att hennes dagliga liv och välbefinnande allvarligt

påverkats till det sämre av den situation som uppstått efter upptäckten av stölderna. Hon mådde väldigt dåligt av hela situationen.

Enhetschefen föreslog att Linda skulle byta hemtjänstgrupp, vilket också skedde ca ett halvår efter att Linda uppmärksammat den första stölden. Detta förslag kom en vecka efter det att enhetschefen skrivit en lex Sarah-rapport. Den skrevs samma dag som artikeln publicerades, men det fick Linda veta långt senare. I lex Sarah-rapporten står om bytet av hemtjänstgrupp och att hemtjänsten ”önskar bygga upp förtroendet hos Linda efter de incidenter och misstankar om stöld som förekommit [...] målet med bytet av personalgrupp är att skapa en trygg relation mellan hemtjänsten och Linda”.

Stölder och legitimerande förklaringar

Stölder är brottsliga handlingar och klagomålsförfarandet blir därför också annorlunda än vid andra typer av ärenden där brottsmisstankar saknas. Även om ingen specifik person pekades ut som misstänkt så menade ändå den klagande i detta ärende att det var någon bland hemtjänstpersonalen som stal. Stölder genererar misstankar, anklagelser och försvar. Här måste någon skyldig finnas, men då måste det också gå att bevisa att ett brott begåtts. Det fanns mycket irritation hos Linda gentemot framför allt biståndsbedömare och chefer. Det var en accelererande process som jag uppfattade fick en definitiv vändpunkt när omsorgstagaren kontaktade tidningens journalister. Plötsligt måste verksamhetsansvariga uttala sig offentligt och frågor om ansvar, hemtjänstens kvalitet och legitimitet ställdes på sin spets och gjordes offentliga. Journalisten pekade på ökade stölder och framkallade bilden av en eländig äldreomsorg. Flera olika föreställningar om äldreomsorg i största allmänhet och äldre människor i synnerhet användes på olika sätt i förklaringar, försvar och rättfärdiganden.

Det lades också en stor vikt vid polisanmälan och olika utredningar, både polisens och de ”egna” som på ett sätt fick funktionen att förhålla andra åtgärder. Hela processen försattes i vänteläge, trots att alla inblandade redan visste att polisanmälningar vid stölder, med så många personer som kom och gick, i princip var omöjliga att utreda. Att stölder var besvärliga att utreda och att polisanmälningar inte ledde någonstans bekräftades också av en av de enhetschefer jag intervjuade:

Det är ju också oerhört svårt (suck) mycket svårt alltså [...] ibland kan man ringa in det någorlunda, sen har vi en rutin att vi gör en polisanmälan, men faktum är att det är mycket ovanligt att det blir nåt

vidare av det. I stort sett läggs det ned med en gång, automatiskt för att man bedömer att det ändå inte kommer att bli nåt som kommer att leda till nåt åtal eller nåt sånt. (Enhetschef C)

Polisanmälan blir då inget annat än en potemkinkuliss. En åtgärd utan djup, ett slags skenmanöver där man å ena sidan visar allvaret – anmäler det inträffade till polisen – å andra sidan med detta upprättar en kuliss som döljer det alla vet: att polisen inte kan utreda brottet och att det heller aldrig kan bevisas att något brott begåtts.

I artikeln om stölderna hos Linda måste verksamhetschefen dessutom försvara verksamheten. Hon var ansatt från två håll, dels av Lindas förstahandsberättelse och dels av uttalanden från tjänstemannen på länsstyrelsen. Hon använde sig av två neutraliseringstekniker (Sykes & Matza 1957): *förnekande av skada*, i det här fallet kanske mer ett *förnekande av att ett brott begåtts*. I och med detta blev det också ett *förnekande av offret* – hade inget brott begåtts fanns heller inget brottsoffer. Äldre personer framställdes snarare som offer för sin egen förvirring. Skuld försköts från en potentiell tjuv bland hemtjänstpersonalen till omsorgstagarna själva genom att tillskriva dem specifika egenskaper (Jfr Ingvad 2003:96). Enhetschefen förstärkte också trovärdigheten och legitimiteten hos verksamheten med en allmän kommentar om att de ”generellt sett” alltid gjorde egna utredningar. Vad det var för en slags utredning de gjorde framgick inte i dagstidningen, men det tycktes som om artikeln framkallade en egen utredning, eftersom enhetschefen samma dag som artikeln publicerades skrev en lex Sarah-rapport. Inte heller fick Linda veta (förrän långt senare) att en rapport skrivits. Det är möjligt, men knappast troligt, att verksamheten gjorde andra utredningar, utöver lex Sarah. Om polisutredningar sällan genomfördes vid stölder inom äldreomsorgen, därför att bevisläget var komplicerat, vad kunde då verksamheten själv bidra med i utredningsväg? Det finns en myndighet som sköter brottsutredningar – oavsett om de lyckas med det eller inte – det är polisen som ska utreda brott.

Städning

Ett annat mycket vanligt klagomål är att städning utförs dåligt eller inte alls, vilket också visade sig i de klagomål jag samlade in från de olika stadsdelarna. I vissa områden utfördes städning av särskild personal, i andra områden av den ordinarie hemtjänstpersonalen. På vissa orter finns numera möjligheten för omsorgstagaren att själv välja vem som ska utföra tjänsten. Följande

exempel kommer från en intervju med en kvinna, här kallad Ylva, som hade städning var tredje vecka. Hon bodde med sin funktionshindrade make. Hon hade själv en funktionsnedsättning sedan barndomen, men klarade för det mesta att ta hand om både sig själv och maken, även om hon också fick en hel del hjälp av sina två barn, främst dottern.

Ylva sa att det ganska ofta hände att hemtjänsten ändrade tider och att hon inte meddelades. Det förekom att städningen uteblev helt. Detsamma sa de kvinnor jag intervjuade på telefon. Ylva hade ett gott förhållande till den ordinarie hemtjänstpersonalen, men det kom mycket vikarier. I synnerhet menade hon att det var ”Dom här pojkarna som kommer, jag tror inte dom har städlat ett rum eller vet hur det ska gå till”. Hon tyckte inte om att klaga och drog sig för att säga ifrån: ”Man vill ju inte stöta sig med folk [. . .] man vill inte vara en som klagat jämt”. Hon hade därför också försökt underlätta för personalen, möblerat om så att det skulle bli mer lättstädat och köpt en ny dammsugare. När hon klagade försökte hon säga till under tiden personalen var där: ”Men men man vill inte vara nån slags arbetsledare för dom. Jag är ingen arbetsledare här. Men om jag varit det hade jag sagt till.” Om hon inte var nöjd talade hon med den ordinarie personalen och ibland ringde hon biståndsbedömaren. Biståndsbedömaren var också den som de andra informanterna kontaktade i första hand.

Efter upprepade uteblivna städningar fick Ylva en dag nog då ingen kom för att städa på utsatt tid. Hon ringde till hemtjänsten, talade in ett meddelande på telefonsvararen, men inget hände. Hon påminde sig något hon nyligen läst i tidningen, där en politiker i kommunstyrelsen uttalat sig om att dialogen med medborgarna var viktig. Hon ringde därför upp kommunens ansvariga politiker för att tala om för henne att städningen ofta uteblev. Först talade hon med en sekreterare, men blev sedan uppringd av kommunpolitikern. Efter detta samtal fick Ylva så småningom samtal från hemtjänstens enhetschef som bad om ursäkt för den uteblivna städningen. Huruvida detta samtal hade med kontakten med kommunpolitikern att göra sa inte enhetschefen, men Ylva trodde att det nog spelade roll. Städningen fortsatte som tidigare, men hon tyckte att personalen blev bättre på att meddela tidsändringar.

Ylva, och två av de andra informanterna sa ifrån och framförde klagomål, trots att de egentligen inte tyckte om att ”vara besvärliga” eftersom de såg det som en plikt att säga ifrån, också för andra som inte kunde tala för sig: ”alla är inte så talföra som jag är, en del har ännu sämre hälsa. Så vi som är talföra måste säga ifrån” (telefonintervju, kvinna 84 år).

Brister i omsorgen

Nu lämnar jag omsorgstagarnas egna röster och i följande fall är det dottern ”Anna” som framfört klagomål som rörde hur hemtjänsten utförde omsorg hemma hos hennes pappa ”Thomas”. Han var dement och hade svårt att orientera sig i tid och rum, han hade också afasi. Anna redogjorde för många olika händelser som inträffat. Alla klagomål som hon fört fram hade varit muntliga. Här följer ett exempel på en händelse:

Dom [hemtjänstpersonalen] satte på honom dubbla blöjor på kvällen och sen kom jag klockan elva på förmiddagen och då var han alldeles dyngsur och hade dubbla blöjor på sig fortfarande. Och det var samma blöjor. Då blev jag förbannad och ringde och fick tag på den personalen som varit där på morgonen. Ja, han hade ju varit på toaletten själv. Ja, det spelar ingen roll, sa jag. Det är bara att titta i den där boken, där står att han inte ska gå ensam på toaletten. Och nu är det så att han har samma blöjor på sig som han fick igår kväll. Så det är två besök man har hoppat över blöjbytet. Och det är vanvård och det accepterar inte jag och det är du som har varit här, sa jag. Du måste förstå min känsla när jag kommer här och när det blir så tydligt, det här kan jag påvisa, det här vet jag. Ja, hon trodde ju att han gått på toaletten själv, men då måste man läsa i papperen. Han behöver stöd och hjälp i allting. Då får man åtminstone säga, det kan ju ha varit så att han vägrade. Det är en möjlighet, men han var ju blöt på skjortan ända upp till nacken. Jag sa att hade du tittat på min pappa så hade du sett det. (intervju Anna)

Anna ringde upp den person som varit hos Thomas och konfronterade henne med de faktiska omständigheter som rådde när Anna kom dit. Som hon framställde händelsen var det inte informationsbristen som framträdde som det allvarligaste misstaget, inte heller det fysiska obehaget att bära en blöt och illaluktande skjorta, utan att hemtjänstpersonalen inte visste vad han hade för besvär och att de inte såg honom. I förlängningen handlade det om vad för slags omsorg Thomas fick och för Annas del blev konsekvensen att hon kände sig osäker på vilken hjälp han fick. Hon ordnade därför så mycket hon kunde själv. Hon la dit en kontaktbok, köpte specialblöjor för egna pengar, tvättade det hemtjänsten lämnat, rensade ut kylskåp och lämnade sitt telefonnummer tillgängligt. Det ledde också till att hemtjänstpersonalen ringde henne mycket, även om saker som hon inte ville höra om eller kunde göra något åt.

Att framföra klagomål till biståndsbedömaren

Anna framförde klagomål direkt till undersköterskan som varit där och som inte utfört det hon skulle, men hon tillade att det inte var någon större idé att säga till omsorgspersonalen. Hon ringde oftast biståndsbedömaren direkt. Biståndsbedömaren hade nämnt en klagomålsblankett på stadsdelens hemsida, men Anna hade inte hittat den.³⁵ I informationsfoldern från anhörigkonsulenten fanns en blankett att fylla i, men Anna hade varken använt den eller letat efter den. I Annas och Thomas fall blev det en rundgång av klagomål och kommentarer mellan Anna, omsorgspersonal och biståndsbedömare, där kommunikationen mestadels var muntlig även om det förekom skrivna lappar. Ett sätt att försöka organisera och underlätta för de olika personer som kom var kontaktboken och schemat. Trots det hände det att omsorgspersonalen inte läste ordentligt eller att de insatser som beviljades, och som Anna fick besked om både muntligt och skriftligt (e-post från biståndsbedömaren), inte kommit fram till omsorgspersonalen. Kontaktboken och signaturer var viktiga för båda parter, personalen visade att de faktiskt varit där och Anna såg det oavsett vad Thomas sa, eftersom han inte kom ihåg när han haft besök eller vem som varit hos honom.

I samtalen med biståndsbedömaren tyckte Anna att hon fick gehör för sina önskemål: ”Det har aldrig varit några problem. Jag har fått igenom allt sånt [utökad tid för tvätt, måltider etc]. Det är klart, hon har diskuterat saker och ting, men jag har förmodligen lagt upp det bra.” Anna poängterade att det var viktigt att veta ”hur man lägger upp saker och ting” och att vara ”strategisk”. Vi talade också om rättigheter och skyldigheter, men trots sin erfarenhet inom vårdområdet och vänner som arbetade inom vård och omsorg, tyckte hon det var svårt att veta vad Thomas kunde få hjälp med. Via en vän fick hon höra att det gick att begära dagverksamhet och där träffade hon en anhörigkonsulent.

När man tackar nej till äldreboende

Vård för Thomas på ett demensboende hade biståndsbedömaren, Anna och hennes systrar diskuterat efter en kortare sjukhusvistelse. När vi talades vid stod han på kö till ett demensboende i närheten av sin bostad. Thomas fick ett erbjudande att flytta till ett boende i en annan stadsdel:

Då tittade jag på nätet och ser att det är det här X-hemmet som ligger med en anmälning på sig. Så då ringer jag upp och ifrågasätter det

³⁵Vid tiden för vårt samtal kunde inte heller jag hitta någon sådan blankett på hemsidan.

naturligtvis. Men då tycker både biståndsbedömaren och chefen där [X-hemmet] till mig, för jag hade kontakt med henne, att det var en 80-årig dam som överdrivit det här om sin make så det stämde inte det här som stod på nätet.

När vi under intervjun talade om X-hemmet visste vi båda att det nyligen stått mycket i tidningen om boendet. Länsstyrelsen hade på grund av flera anmälningar från anhöriga gjort tillsyn och givit boendet skarp kritik.³⁶ Anna sa att biståndsbedömaren blev ”väldigt sur” när hon och hennes systrar beslutade sig för att tacka nej till den erbjudna platsen på X-hemmet. Anna kunde inte tänka sig att ha sin pappa där: ”Man får ett val, nu får jag då en chans att välja, och då måste jag också ha rätt att välja bort det”. Det hade också förekommit påtryckningar från hemsjukvården att Thomas borde flytta till ett demensboende. När sjuksköterskan från hemsjukvården vid en vårdplanering började tala om hur Thomas gått vilse, att han inte kunde meddela sig och inte larma så försvarade biståndsbedömaren hans rätt att bo kvar i sitt hem. Även Anna påpekade att Thomas inte gått ut på tre månader och att den information som sjuksköterskan hade var inaktuell. I den situationen var det sjuksköterskan som blev så arg att hon lämnade rummet och inte kom tillbaka.

Anhöriga som ansvarsbärare

Anna hade, precis som flera andra brukare och anhöriga som jag talat med, fått höra av de anställda som de framfört klagomål till, att det inte var någon idé för personalen att klaga. Bättre då att anhöriga sa ifrån.

När två personer kom för att städa hos Thomas talade ingen av dem svenska. Anna kommenterade: ”Att två som inte talar svenska kommer hem till min pappa som har afasi, det funkar inte, en av dom måste kunna kommunicera med pappa”. När Anna vände sig till den person som svarade för städet svarade denna: ”Det är lika bra att du vänder dig till enhetschefen, för jag klagar hela tiden men får inte igenom någonting”. Anna tyckte att hon bar ett

³⁶ Av en slump råkade detta boende ligga i en av de stadsdelar där jag begärt in klagomål/anmälningar. Ett av brukarklagomålen var ett brev från en anhörig som haft sin man på X-hemmet. Hennes brev är mycket långt och talande och har skickats till Länsstyrelsen som gjort tillsyn. Jag fick bl a en kopia på tillsynsresultatet. Från ett datum närmare i tiden fanns också en lex Sarah-rapport, med vidhängande utredning, som rör samma boende. Att en anmälan skulle gjorts av en ”80-årig dam” var möjligen sant, men att hon överdrivit var inte en uppfattning som delades av varken Länsstyrelsen eller andra anhöriga, inte heller socialnämnden i stadsdelen tycktes hysa denna uppfattning, se avsnittet ”Klagomål till tillsynsmyndighet” på sidan 142.

stort ansvar, det krävdes mycket av henne – ”du ska veta så förbaskat mycket som anhörig” – som hur man tog kontakter, vad man kunde begära och av vem. Dessutom ringde personalen ofta när de ville meddela saker, men också när de ville lägga över ansvar på Anna.

Dom ringer mig så fort dom inte får igenom det dom vill med pappa [. . .] dom kan ringa mig halv åtta varje morgon och säga att pappa inte äter, vad ska jag göra åt det? Jag upplever det så att har dom sagt det till mig så kan dom släppa det. Jag tycker inte det stämmer att anhöriga ska veta allting, jag vill inte veta om det jag inte kan åtgärda, det är lika illa för mig. Jag vet inte vad jag ska göra åt detta.

Som Anna beskrev det fick jag intrycket att omsorgspersonalen framförde klagomål *till henne* när Thomas inte gjorde som de ville. Anna började intervjun med att tala om hur hon vårdade sin mamma under hennes sista tid i livet, ”där lämnade de över ansvaret till mig, sjukvården” och hon återkom till detta senare under intervjun ”vi systrar var överens, det ska inte bli som med mamma. Jag ska ha roligt med min pappa, han ska få vara min pappa, jag ska inte vara hans vårdare, men det blir jag ändå kan jag känna.” Anna talade om omsorgsbrist och bristande informationsöverföring mellan personalkategorier och det var många saker som inte fungerade tillfredsställande i en situation som också var komplicerad. Hon kände sig inte trygg med den omsorg som gavs och hon avkrävdes mycket ansvar från vård- och omsorgspersonal. Hon skulle ge information, redogöra för allt som varit i olika situationer (vilket hon menade var omöjligt), hon förväntades veta vilken hjälp som fanns att få och hur saker och ting fungerade. Inte bara om rena omsorgsinsatser och hur hennes pappa reagerade utan också om färdtjänstresor, olika blöjmodeller samt andra hjälpmedel. Samtidigt skulle hon rycka in och utföra det som inte blivit utfört. Hemtjänsten hjälpte inte heller till med allting; inkontinensskydd tvättades exempelvis inte. Anna poängterade att hon måste ta reda på fakta, vilket hon gjorde genom informationssökning, men också genom vänner som arbetade inom vård och omsorg. När saker och ting inte fungerade var bevisbördan stor: ”Det som är väldigt svårt tycker jag är att bevisa allting, jag kan tycka, jag kan känna, jag kan ana och misstänka men jag kan inte bevisa”. Hon menade också att hon själv inte skulle vilja bli anklagad för något utan påtagliga bevis. Svårigheten med hennes pappa var att han själv inte kunde redogöra för någonting. Anna var också medveten om risken att bli besvärlig: ”Man är som med barnen i skolan, man vill inte vara en besvärlig anhörig. Jag vill inte att pappa ska få lida av det.” Det var också större risk för övertramp

när man var upprörd, menade Anna, för då var hon inte så ”strategisk” som hon ansåg att hon behövde vara för att bli lyssnad på. Vännerna som arbetade inom vård och omsorg var ibland alltför radikala, sa hon. Hon valde hellre kompromisslösningar än rena konfrontationer – att framföra klagomål hade också en baksida: det var obehagligt att känna sig elak eller som ”att man förstört någons dag”.

Anna gjorde som så många andra jag samtalat med om klagomål. Hon balanserade sina negativa erfarenheter med positiva kommentarer: ”Han har två undersköterskor som är fantastiska, dom kan ringa och fråga om han gillar thaimat och då tar dom med honom på sin lunch [...] några eldsjälur som är fantastiska, dom är helt otroliga och är dom borta så funkar ingenting”. Hon sa också att hon för det mesta hade en bra dialog med biståndsbedömaren och framhöll att det var mycket bra att träffa anhörigkonsulenten, vilket gett henne möjlighet att tala om sin situation med pappan på ett annat sätt.

Förbättrad omsorg genom klagomål – ett arbete för anhöriga

Sammanfattningsvis framförde Anna klagomål i syfte att förbättra omsorgen för sin pappa, hon vände sig till dem som var direkt involverade och använde sig av vänner och tidigare erfarenheter av att vårda anhöriga. Hon fick också igenom mycket av det hon krävde, men hon fick själv bevaka att de beviljade insatserna faktiskt genomfördes. Anna sökte inte efter några klagomålsblanketter eller formulär, eftersom hon hade fullt upp med att organisera vardagen med en dement pappa som bodde i sitt eget hem där olika människor passerade revy fem gånger varje dag. Hemtjänsten omorganiserades, nya grupper och nya rutiner infördes. Därtill skulle pappan besöka läkare, dagverksamhet och ibland krävde sjukdomar att han togs in på sjukhus. Han kunde inte organisera något av detta själv utan behövde hjälp med allt. Hjälp fanns att få, men den måste ansökas om och det gällde för Anna att vara påläst och informerad. Att klaga innebar i Annas vardag att kräva sin och pappans rätt och att se till att omsorgen fungerade kring honom. Hon menade att det inte gick att framföra klagomål på småsaker, ibland orkade hon inte, en del brister fick passera och gränser för vad som var allvarligt eller inte riskerade att bli otydliga.

Annas klagomål flyttades runt mellan henne, biståndsbedömaren och omsorgspersonalen. På ett sätt var detta en ”stängd” process, här fanns inga utomstående. De tre aktörer som gav Anna sitt stöd; vänner, syskon och vid ett tillfälle en anhörigkonsulent, var inte involverade i själva processen. De fanns

bakom Anna som diskussionspartners eller inspiratörer till hur hon skulle hantera olika situationer, men det var hon som avgjorde vad som var möjligt att genomföra, givet de aktuella omständigheterna i varje situation.

Det här är den modell som i första hand förespråkas i SOU 2008:51. Anna var i högsta grad delaktig, hon drev och upprätthöll processen. Hon beskrev detta som ett mödosamt arbete, där hon sorterade bort vissa klagomål och där beviskraven var höga. Allt kunde inte framföras. Omsorgspersonalen bad henne också att framföra klagomål till enhetschefen därför att de menade att hennes röst hördes bättre än deras. Hon ombads med andra ord också att vara talesperson för de anställdas uppfattning om brister i organisationen. På ett sätt skulle det gå att beskriva Annas arbete, som ett ständigt förbättringsarbete, men vad lärde sig omsorgspersonal och verksamhet av detta? Som Anna uppfattade det avhände de sig ansvaret för omsorgen om hennes pappa.

Sammanfattande diskussion av fyra variationer av klagomål

Jag har ovan presenterat fyra olika fall som gällde fyra olika typer av klagomål, som klagande har framfört i olika sammanhang. De har även haft varierande stöd av, eller haft ansvar för andra personer. I den första fallbeskrivningen framstod anhöriga som en avgörande resurs för den klagande. I den andra var omsorgstagaren ensam, hon fick så småningom stöd av en kurator, men hon förde i huvudsak fram sina klagomål ensam. I den tredje fallbeskrivningen hade omsorgstagaren, förutom sin egen funktionsnedsättning, också ansvar för omsorg och vård av sin sjuka make. Hon klagade för dem båda. I den sista var det dottern, som med visst stöd av vänner framförde klagomål som gällde hennes pappa. Var och en av fallbeskrivningarna rörde generellt fyra olika typer av klagomål: vantrivsel, stölder, utebliven städning och bristande omsorg, se tabell 4 på motstående sida.

I det första fallet utkrävdes uttryckligen inget ansvar, omsorgstagaren kunde med hjälp av anhöriga göra sorti och verksamhetsansvariga konstaterade att hon varit felplacerad, eller att hon i alla fall inte passade på boendet. I det andra fallet med stölderna utkrävdes ansvar, den klagande fick ingen respons och vände sig därför till flera aktörer med sina klagomål. Verksamhetsansvariga bollade över ansvaret på polisen, som inte hade möjlighet att utreda brott med så många inblandade, och de befriade sig också från ansvar genom att aldrig erkänna att brottet (eller skadan) inträffat. I det tredje exemplet ville

Tabell 4 Översikt av olika typer av klagomål, ansvarighet och förbättringar

	Vantrivsel	Stölder	Utebliven städning	Brister i omsorgen
Klagoarbetet utförs av:	Brukaren och anhöriga	Brukaren	Brukaren	Anhöriga
Klagomålet lämnas till:	Anhöriga	Omsorgspersonal, Chefer, Polis, Äldre-omsorgschef, Dagstidning	Enhetschef, Biståndsbedömare Kommunpolitiker	Omsorgspersonal Biståndsbedömare
Ansvarighet	Utkrävs inte och axlas inte heller av verksamheten.	Utkrävs av brukaren men avvisas av verksamhet och bollas mellan olika parter.	Utkrävs på politisk nivå, men sänds tillbaka till enhetschef.	Utkrävs av anhöriga, axlas i viss mån av biståndsbedömare, men glapp mellan henne och omsorgspersonal.
Förbättringar	Förbättring för den enskilde men ingen förändring på äldreboendet.	Inga – ökade problem för omsorgstagare. Sämre legitimitet för hemtjänsten genom dålig publicitet.	Delvis – bättre information men fortsatt problem med städning.	Förbättring för den enskilde genom anhörigas arbete – ej genom klagomål

omsorgstagaren att kommunpolitikern skulle ta någon form av ansvar, vilket hon gjorde genom att sända ärendet tillbaka till enhetschefen. I det sista ärendet var det dottern som vände sig till omsorgspersonal och biståndsbedömare och fick igenom det hon begärde, men hon måste bevaka hur omsorgen genomfördes. Förbättringar för omsorgstagaren som ett resultat av klagomålen fanns delvis beskrivet i det tredje fallet där kommunpolitikern kontaktades.

Flexibla förklaringsrepertoarer

Den första förklaringsrepertoar som informanterna beskrev att de mötte från personalen på olika nivåer – i fallet med stölderna använder jag också citat från en dagstidning och kopior av polisanmälningar – handlade om äldre som grupp. De framställdes som förvirrade, de förlade saker och de överdrev brister i omsorgen. De behövde aktiveras och mådde bra av varandras sällskap. Äldre på äldreboende var en särskild kategori – de som i princip väntade på ”sista vilan”. Det går här att tala om en uppsättning av stereotypa föreställningar om äldre (Tornstam 2007), som i det här sammanhanget fungerade som neutralisering av klagomål genom förnekande av ansvar. Ansvaret för de handlingar som det klagades på försköts, främst mellan olika inblandade aktörer och därefter till omsorgstagarens egenskaper så att det fick drag av att ”fördöma fördömarna”. Även omsorgstagarna definierade sig i kontrast till vissa stereotypa påståenden och förstärkte därmed intrycket av att dessa var allmänt vedertagna och något som både de som gav och tog emot klagomål måste förhålla sig till. Flera av de klagande kontrasterade genom självpresentationer sig själva gentemot de stereotyper som uttrycktes av personal: ”jag har minnet”, ”vi som är talföra måste säga ifrån”, ”man vill inte vara en besvärlig anhörig”. Dessa föreställningar om äldre – som dementa och som en grupp som inte kan tala för sig – och om klagande anhöriga var alltså etablerade hos både omsorgstagare och personal. Det finns något besvärande och lätt obehagligt med detta klagande som riskerar att smitta av sig på den klagande. Flera av mina informanter har varit medvetna om det och därför försökt balansera klagomålen med positiva omdömen – det gällde att ”klaga lagom”. På så vis blev också klagomålet begränsat, som en informant sa så gällde det att ”välja sina klagomål” och bara föra fram det som hon verkligen tyckte hon kunde bevisa. Bevis bestod ofta i att andra än den klagande kunde stödja den första utsagan eller att man med hjälp av föremål konkret kunde binda någon person eller omständighet till det inträffade. Svårigheten att säkra bevis gav sig också tillkänna när stölder skulle utredas. Det gick inte att

bevisa vem, om någon, tagit föremålen.

För det andra gavs förklaringar som framhävde specifika egenskaper hos de enskilda omsorgstagarna: en var ”för bra” för äldreboendet – i kontrast till andra som då förmodades vara ”sämre”. En omsorgstagare framstod som mycket komplex – å ena sidan klarade han sig själv och kunde gå på toaletten. Han bestämde själv om han skulle äta eller inte och gjorde inte alltid som personalen ville. Å andra sidan beskrevs han som en person som gick vilse och som inte klarade sig själv och därför inte kunde bo kvar hemma. I dessa framställningar tycktes omsorgstagarens egenskaper användas flexibelt av den som talade, de knöts egentligen inte till personen som beskrevs utan till en uppsättning av normerande föreställningar om äldre som i den specifika situationen, och för den specifika talaren fanns tillgängliga som legitimerande förklaringar och vilka kunde sägas ha en neutraliserande effekt på eventuella anspråk som fördes fram. Det fanns bestämda men ibland konkurrerande uppfattningar om vad som var bäst för omsorgstagaren – utifrån de olika aktörernas positioner. De tillgängliga och accepterade förklaringar som finns tillgrips när man vill slippa undan skuld och ansvar både för redan inträffade och för eventuella framtida moraliskt besvärande omständigheter.

För det tredje fanns förklaringar i informanternas redogörelser som riktade in sig på personalens arbetsmiljö, men dessa gavs inte som legitimerande förklaringar av personal utan det var iakttagelser som informanterna beskrev. Det var stor omsättning av personal med många vikarier, språksvårigheter, okunskap och de ”såg” inte omsorgstagaren. Det var den här situationen i sin helhet som framställdes som upphovet till klagomålet – det var således en förklaring av informanterna om sakernas tillstånd. Men den framfördes inte som ursäkt eller rättfärdigande av de brister eller försummelser som klagomålen gällde.

Klagomål – en svag påverkansmöjlighet

När omsorgstagaren klagade till anhöriga som hade möjligheter att både hjälpa och skaffa en lägenhet åt henne fungerade tillgripandet av *exit* som ett verktyg till förändring av en ogynnsam situation för omsorgstagaren. I Annas upprepade klagomål och krav fungerade även *voice* i så måtto att hennes pappa fick mer beviljat bistånd, men hon fick själv övervaka att det genomfördes. Med anhörigas hjälp kan således både *exit* och *voice* leda till en förbättrad omsorg, men som det föregående kapitlet visade så begränsades båda dessa påverkansmöjligheter av såväl omsorgstagarens hälsotillstånd som

den etablerade och normativa begreppsram (Smith 1990b) som följde med själva definitionen av ett brukarklagomål. Den framträdde i hanteringen av klagomålen – hur dessa talades om, vilken respons som gavs och hur de kom till användning. I informanternas redogörelser kom inte brukarklagomålen till användning som en resurs att förbättra omsorgstagarens situation, de gavs ingen särskild status som ”verktyg” till förbättring i praktiken. Tvärtom var det avvisande och neutralisering av anspråk och ansvar som var framträdande i den respons som brukarna fick när de klagade. Klagomålet fungerade som *en mycket svag påverkansmöjlighet för brukarna och deras företrädare och inte som ett verktyg i något förbättringsarbete.*

Klagomål som offentlig kritik

Det fanns en rädsla för att för mycket klagomål resulterar i sämre omsorg eller rent av repressalier mot omsorgstagaren. Anna sa det rent ut, hon ville inte att hennes klagande skulle gå ut över den omsorg som pappan fick. Pia antydde rädsla eller åtminstone försiktighet gentemot två anställda som hade ett ”jäkla humör”. Hon valde att vara tyst och blev överröstad av personalen som ”visste bättre”. I fallet med stölderna utmynnade klagomålen i försämrade relationer mellan omsorgstagaren och personal. Den konflikt som uppstod fick omsorgstagaren att sprida sin version av händelserna till andra aktörer. Med artikeln fick plötsligt konflikten en större publik som verksamhetschefen måste försvara sig inför och om hon inte lyckades kunde artikeln äventyra hemtjänstens legitimitet. Klagomålet fick en funktion som liknade offentliggörandet av oegentligheter som uppstår vid så kallad whistleblowing. Omsorgstagaren framträdde som en offentlig kritiker av verksamhetens ”inre” arbete. Verksamhetschefen försökte upprätta en gräns mot offentligheten som både skulle hindra utomstående att granska deras arbete och förstärka verksamhetens legitimitet genom att hänvisa till de egna utredningarna som de gjorde, men som hon varken presenterade eller klargjorde innebörden av. I dagstidningar finns det redan en väl etablerad bild av äldreomsorgen som till stor del präglas av vanvårdsskandaler och artikeln om Linda hakade i den redan färdiga bilden. Det som däremot inte framkom i artikeln var att en lex Sarah-rapport skrevs av enhetschefen samma dag som artikeln publicerades och att Linda fick byta hemtjänstgrupp efter detta. Inte på egen begäran utan som ett led i att ”bygga upp förtroendet hos Linda”. Precis som med whistleblowers är det kritikern som oftast får gå eller ”sorteras ut” (Hedin, Månsson & Tikkanen 2008:228). Klagomålet kan därför, om brukaren gör kritiken offentlig, också fungera på

liknande vis som vid en *kritikerprocess*.

Klagomål som incitament till allianser

Informanterna beskrev hur klagomålet fungerade som ett incitament till olika typer av mer eller mindre påtvingade allianser. Ett försök till allians gjordes av en undersköterska när hon höll med dottern om klagomålets giltighet (och att hon var bättre lämpad att framföra klagomål). Om dottern ingick i den alliansen fick klagomålet ytterligare en funktion: *som en kanal för personalens missnöje*. Men det fanns också exempel på en allians mellan biståndsbedömaren och dottern gentemot en sjuksköterska, där de förra försvarade hemmaboendet, vilket också utmynnade i att pappan bodde kvar hemma. Biståndsbedömaren och enhetschefen på det kritiserade äldreboendet gjorde också gemensam sak när det gällde att förringa den kritik som hade förts fram mot boendet. Dottern framhärdade med sina anspråk på att valfriheten inte var villkorad, till priset av att biståndsbedömaren visade ett dåligt humör. Olika former av *kritik skapar tillfälliga allianser* – vilka rimligtvis kan permanentas om en viss typ av allians visar sig framgångsrik, eller om en viss typ av kritik återkommer.

6

VILLKORAT BRUKARINFLYTANDE: BRUKARRÅD OCH SYNPUNKTSHANTERING

I detta kapitel visar jag möjligheter och hinder för brukarinflytande när klagomål hanteras i brukarråd och inkommer via den så kallade synpunktshanteringen. Kapitlet inleds med några utdrag från fältanteckningar och kommentarer från två olika brukarråd som jag observerat på äldreboenden. Brukarråden är lokala och tar upp klagomål av gemensam karaktär för alla som bor på det aktuella äldreboendet. Därefter ger jag en översikt av innehållet i de brukarklagomål som jag samlat in från fyra stadsdelar i Göteborg, här framkommer vilken typ av klagomål som inkommer till verksamheten genom synpunktblanketter och brev och vem som klagar. Jag följer ett ärende mer detaljerat där Länsstyrelsen svarat, som då var tillsynsmyndighet. Slutligen har jag valt ut två brev från anhöriga med svar från enhetschefer på äldreboenden och jag gör en alternativ tolkning (Smith 1990b) av brev och svar. Fokus för analysen har varit hur fakta framställs, samt i vilken grad ansvarighet utkrävs och *kan* utkrävas genom sådana brev.

Brukarråd på äldreboendet Stadsbo

Fältanteckningar³⁷ från brukarråd på Stadsbo.

Vid bordet sitter tre kvinnor som bor på äldreboendet, en undersköterska, en samordnare, en kvinna som har sin make på boendet, enhetschefen och jag. Tre rollatorer står vid sidan av det långsmala bordet, utanför fönstret syns en grönskade plantering. Kaffe dukas fram, enhetschefen hälsar alla välkomna och inleder med information. Sedan tar Eva, en av kvinnorna som bor på boendet, till orda. Hon har en liten lapp framför sig och läser vad hon själv skrivit ned för sitt minnes skull. Det är för lite sallad till maten, mest rivna morötter men det är dom trötta på. Hon undrar om det inte skulle kunna gå att få lite sallad, bönor, gurka och lite av varje. Undersköterskan svarar att det visst finns sallad. Eva säger att det finns sallad, men den tar slut innan den kommer till hennes bord. Eva fortsätter att läsa från sin lapp, det är för mycket kräm och mjölk. Hon förstår inte varför dom exempelvis inte fått någon äpplepaj, något på säsongens äpplen nu när det är så mycket äpplen? Undersköterskan konstaterar att hon har rätt i den kritiken. Enhetschefen skriver i sin tur på sin lapp. Det ska framföras till köket. Eva fortsätter med klagomål om enformig mat. Alltid samma söndagsstek – sönderkokt. Skulle de inte någon gång kunna få nåt annat? Oxfilé eller vad som helst. Sedan säger hon, ”Det är klart, man får tänka på andra också, dom som har svårt för att tugga.” Undersköterskan säger att de ska skriva ned vilken mat de uppskattar av den mat som skickas med. Eva blir irriterad, hon vänder sig direkt till undersköterskan och frågar ”Vad tycker du själv, vill du äta samma sak till lunch och kvällsmål?” Undersköterskan har svårt att svara, hon verkar missuppfatta frågan, för hon slår ifrån sig och säger att hon inte vet. Ungefär som att hon menar att något inte är hennes fel. Eva fortsätter med klagomål på maten. Undersköterskan blir också lite irriterad och söker bekräftelse av oss andra med blicken, men hon får inget gensvar från någon runt bordet. Enhetschefen byter spår, vad händer framöver? Eva blir lite förstämnd, hon säger att det inte är roligt, det går inte längre att sitta ute på grund av vädret, hon ser framför sig en långsam vinter. Det är inte som det var förr, när hon levde ett ” eget liv”, hon tystnar. Enhetschefen talar om fester och den kommande Märten Gås, hon beskriver danska smörgåsbord och pikanta delikatesser. Det skulle väl vara gott, säger hon entusiastiskt, men får inget svar. Kvinnorna runt bordet verkar inte riktigt veta vad hon

talat om. Det är inget de önskar, men ingen säger heller emot. ”Jo, jo, kanske det” säger en av kvinnorna. Eva tittar ned i bordet.

På Brukarrådet ska frågor av gemensam karaktär diskuteras. På det ovan beskrivna brukarrådet talade Eva mest, hon framförde synpunkter som flera var överens om, hon fick instämmande nickar och kommentarer från de övriga, och vid några tillfällen bekräftade undersköterskan att hon hade rätt. De klagomål hon framförde ansågs som legitima. När hon önskade mer sallad och varierad mat, måste hon argumentera. Först antydde att hon inte hade någon grund för klagomålet, eftersom det fanns sallad. Evas uppgifter tillbakavisades med hänvisning till att de var osanna. Hon argumenterade för sin sak och fick slutligen ett medgivande av att det i alla fall var *för lite* sallad, men vad som skulle göras åt saken diskuterades inte. Undersköterskan bemötte sedan kraven på varierad mat med att kraven var orimliga och antydde att Eva hade för höga anspråk. Responsen som undersköterskan sökte av de övriga uteblev, men i den tystnad som följde försvann också kraven på varierad mat och inte heller här fick Eva något egentligt svar. Jag fick intrycket av att undersköterskan kände sig alltmer pressad och hamnade i en försvarsposition. Hon försökte via gester och tal signalera att det inte var hennes fel att maten inte var bra, vilket jag tolkade som att hon försökte avhända sig personligt ansvar för hur och vad som serverades. Vid ett tillfälle tonade också Eva ned önskemål med hänvisning till att man måste tänka på alla, även dem som hade svårt för att tugga.

Problemet, som låg till grund för klagomålen, var vad som kunde göras åt mathållningen. Även den anhöriga ställde frågor om maten, hon hade fått information om att maten skulle lagas på boendet, vilket inte stämde. Enhetschefens förklaringar rörde lokalernas utformning och omorganisering (äldreboenden renoverades och förändrades i stadsdelen). Mathållningen tycktes omöjlig att åtgärda. Ingen kunde vid sittande bord säga att imorgon får ni så mycket sallad som ni vill ha till maten. Den beslutande makten placerades långt bort, hos stadsdelschefen som i sin tur styrdes av kommunpolitikernas beslut och budgeten. Små, eller krympande ekonomiska resurser är en ständigt återkommande förklaring till allehanda brister i många kommunala

³⁷ Jag antecknade under hela mötet, anteckningarna har redigerats för att bli mer läsvänliga och kortats ned. Det uppstod några längre utläggningar och diskussioner i samband med maten. Jag har försökt behålla samtalen och fånga hela situationen och stämningen på mötet i detta nedbantade utdrag.

verksamheter. Det är svårt för alla inblandade i verksamhetens vardagliga göromål att bemöta resursbristargumentet. Beslut om ekonomisk fördelning sker i den politiska domänen och den finns inte representerad i den dagliga verksamheten.

Mot bristerna som framfördes formulerades, vad jag uppfattade, inga åtgärdsförslag men klagomålen hanterades av enhetschefen som lyssnade, tog emot, bekräftade, förklarade och skickade ett av dem vidare.³⁸ I praktiken blev konsensus resultatet: alla var eniga om att det serverades för lite sallad, men det som skrevs ned till köksavdelningen var en begäran om äpplepaj på säsongens äpplen.

Brukarrådet var på ett sätt betraktat som lyckat, de boende, de anställda och anhöriga fick komma till tals, synpunkter framfördes som av dem som befann sig vid bordet togs på allvar, men endast en åtgärd antecknades. Det står i brukarrådets målformulering att de boende: "[. . .] genom inflytande och delaktighet ska medverka till att boendet präglas av trygghet, gemenskap och respekt för de boendes integritet" (Stadsbos mål för brukarråd). I brukarrådet innebar inflytande för Evas del att sammanfatta sina och andras önskemål och klagomål inför personer som inte direkt kunde bestämma hur problemet skulle lösas, någon förändring kunde hon inte få till stånd. Åtminstone inte omedelbart.

Delaktighet bygger på att de boende faktiskt besöker brukarråden, i Stadsbos fall menade enhetschefen att de var välbesökta, de som kom var intresserade och ställde frågor. Delaktighet var något som också aktualiserades i min observation av ett brukarråd i en annan stadsdel. Brukarrådet leddes där av en brukarsamordnare som arbetade ideellt men ändå på uppdrag av stadsdelschefen. Vid mitt besök närvarade tre omsorgstagare, en man och två kvinnor. Kvinnan hade afasi och mycket svårt för att uttrycka sig muntligt. Mannen sa att han var där mot sin vilja, han skulle senare under dagen lämna boendet och åka hem till sin lägenhet. Mötet gick trögt och avslutades utan att det egentligen framkommit något av vikt. Vid ett tillfälle avbröt samordnaren en längre tystnad med frågan: "Hur är det nu med maten?" Ett ämne som han senare sa alltid diskuterades. Brukarrådet på äldreboendet fungerade denna dag,³⁹ för de två kvinnorna, mer som en form av social träning, en aktivitet

³⁸Det är möjligt att enhetschefen framförde kritik mot organiseringen av mathållningen i andra sammanhang som t ex i möten med stadsdelens politiker. Jag har inte undersökt det.

³⁹Både enhetschefen och samordnaren sa att brukarråden var olika, mycket berodde på dem som besökte dem. Tidigare hade det exempelvis varit två kvinnor som varit mycket framträdande, och som haft mycket åsikter och det gav också resultat enligt samordnaren

som erbjöds. Från mannen efterfrågades något slags omdöme. Han förstod emellertid inte det, eller också var han inte intresserad av att ge några omdömen. Han ville bara åka hem och tyckte att mötet kommit mycket olämpligt för honom.

Begränsningar av brukarinflytande i brukarråden

Möjligheten att framföra önskemål och klagomål på brukarråd begränsades för det första av deras förutbestämda form – bara en viss typ av frågor kunde diskuteras. För det andra av att brukarrepresentanterna svårligen kunde sägas representera kollektivet. De utsågs inte genom val (Jarl 2001:30) utan talade för sig själva och möjligen övriga närvarande. Vem Eva representerade var inte helt klart, uppenbarligen talade hon för sig själv och de två andra omsorgstagarna vid bordet och hon tog hänsyn till andra, men huruvida hon talade för flera på boendet framgick inte. Enhetschefen betonade också vilken typ av frågor som brukarråden skulle diskutera:

Brukarråd är för de gemensamma frågorna i boendet, att jämställa med bostadsrättsföreningar eller andra samfälligheter. Det är dom gemensamma frågorna vi talar om där, inte enskilda ärenden. Det är viktigt att hålla isär det, det andra med delaktighet och inflytande i de enskilda samtalen, omsorgsplaner och att ha vård- och omsorgsplaneringar det är nånting annat, då gäller det den enskilde själv. (Enhetschef, Stadsbo)

Enhetschefen jämförde med bostadsrättsföreningar⁴⁰ och sa att det var samma typ av idé som legat till grund för brukarråden. Det som kunde framföras på brukarråden var i princip gemensamma ståndpunkter, vilket krävde kontakt, gemenskap och överenskommelser *mellan* dem som bodde på boendet, på samma sätt som i andra rådsverksamheter, och att man som grupp hade gemensamma intressen (t ex skolan, jfr Rönnlund 2011).⁴¹ Till

och enhetschefen. De initierade flera olika aktiviteter. Båda kvinnorna hade avlidit under sommaren .

⁴⁰Mellan äldreboende och bostadsrätter finns också stora olikheter, på boendet äger man inte sin lägenhet och den är också en arbetsplats. Visserligen får man ta dit sina egna möbler, men förhandlingar om var möblerna ska stå måste ske med hänsyn till de anställdas arbetsmiljö.

⁴¹Jämförelsen med skolråd är delvis överensstämmande – representanter för både föräldrar och elever framför gemensamma synpunkter på skolan. Ofta är det en kritik av olika delar av verksamheten eller krav på förändringar. Anställda (skolchef, rektor och lärare) svarar och försvarar besluten och sina egna positioner. Den strama budgeten är en vanlig förklaring till varför vissa förändringar är tvingande. Skillnaden är dock att barnen har skolplikt och måste gå till skolan.

brukarråden efterfrågades omsorgstagarnas synpunkter, men de boendes representanter kunde inte framföra vilka synpunkter som helst och inte egna önskemål utan att ta hänsyn till andra. Jämförelsen med andra typer av brukarråd haltade också på ett annat sätt, för vem representerade egentligen personalen och anhöriga? Det är inte självklart att de var där som företrädare för dem som inte själva kunde föra sin talan.

Anhöriga kunde alltså vara med på brukarråden, på vissa boenden fanns särskilda anhörigträffar där bara anhöriga träffades, på andra hade man slagit samman brukarråd och anhörigträffar till ett och samma möte. Även Gunilla i den första fallbeskrivningen (kap. 4) beskrev en typ av brukarråd som hon medverkat i. De boende och anhöriga fick sitta i grupper och svara på frågor om:

Hur vi ville ha det, vad vi önskade. Någon sa 'två grader varmare på rummet' och ja, sen gick dom igenom det där i hela gruppen och det var flera som kände sig påhoppade, utpekade för att dom ville ha omöjliga saker, ungefär att 'det där förstår väl alla att det inte går att begära'. Men frågan var vad vi önskade oss, inte vad vi trodde var möjligt att få. Då skulle dom inte ha ställt frågan på det sättet. (intervju Gunilla)

Skillnaden är att det möjliga formuleras i anspråk (Möller 1996). Gunilla sa med andra ord att de inte hade några anspråk, de önskade fritt, men deras önskningar uppfattades som anspråk eller till och med krav. Det som framkommit av mina besök och samtal med människor som varit och är involverade i den här typen av möten är att brukarna, både de äldre och deras anhöriga, inte alltid har samma uppfattning som personalen om vad mötena är till för.

Bruckarråden var visserligen begränsade till sin form, men det fanns också ett visst handlingsutrymme för varje lokalt äldreboende att utforma sin egen modell. I de ovan beskrivna brukarrådet där Eva talade vill jag illustrera hur Smiths (1990b: 94f) sociala relationer kan förstås. När Eva kom till mötet var hon förberedd, hon visste vad hon ville säga, men på mötet underordnades hennes intentioner de sociala relationer hon mötte. De omfattade för det första den idé som fanns i reglerande texter om vad brukarråd skulle vara och som byggde på tanken om brukarinflytande och rätten som brukarna har att utöva inflytande och delta i beslutsprocesser (Möller 1996:28; Socialstyrelsen 2008b:17). Brukarinflytandets vikt påtalades även i Stadsbos mål. För det andra har idén inspirerats av andra typer av rådsverksamheter där medlemmarna antas ha gemensamma intressen som de kan föra fram på

gruppnivå. Enhetschefen hade också hämtat inspiration till brukarrådet från andra äldreboenden som hon besökt (intervju enhetschef). För det tredje stötte de krav Eva framförde mot en uppsättning av legitimerande förklaringar och handlingar – genom rättfärdiganden, försvar och ansvarförskjutning aktiverades olika diskurser som fick alla på mötet att agera. Något hände med de klagomål hon förde fram.

Men genom att tillsammans komma överens om var problemet låg – man uppnådde konsensus om att det handlade om en snäv budget och omorganiseringar – så befastes också idén bakom brukarråden; det gemensamma projektet fullbordades genom ett problem som berörde alla (maten) och en förklaring som alla kände igen och kunde enas om. Brukarråden visar tydligt de svårigheter som finns med brukarinflytandets operationalisering i praktiken. Det uppstår stora svårigheter med att lägga samman olika brukares subjektiva önskningsar till en helhet (Dahler-Larsen 2008).

Vanliga frågor på brukarråd

Jag har gått igenom 45 mötesprotokoll (från år 2003 – 2010) från ett av de två ovan nämnda äldreboendena, där var inte anhöriga med vid brukarråden. De visar att genomsnittet av antalet omsorgstagare på varje rådsmöte var knappt fyra personer (enheten hade cirka 45 platser), 59 procent var kvinnor och 41 procent var män.⁴²

Fyra punkter återkom på nästan varje möte och det var personalen, maten, underhållning och fysiska hinder. Det senare gällde hissar, anslagstavlor, sängar, kabel-tv, klockor och annan utrustning som det fanns synpunkter på och mycket av detta åtgärdades också. Personalen och framför allt resursbrist diskuterades också ofta; att personalen hade för mycket att göra och att det var för få anställda. Frågor som: ”hur långt är ett ögonblick?” och vad innebär ”vänta, kommer snart” fanns i protokollen. I ett protokoll stod: ”Personal fattas morgon och kväll. Återkommande fråga med samma svar: resursbrist.” Språkförbistring var också något som togs upp vid flera tillfällen och att personalen pratade i mobiltelefon. Det påpekades också att: ”När personal matar eller sköter de boende bör de inte prata om sina privata göranden med varandra”. Genom att uppmärksamma ledningen på de höga hyrorna lyckades brukarrådet vid ett tillfälle få till en hyressänkning efter det att lokalförsörjningsavdelningen kommit på besök och mätt boendeytan och konstaterat att

⁴²Fler kvinnor än män bor på äldreboenden. I åldersgruppen över 95 år utgör kvinnorna 83 procent (Sveriges officiella statistik 2011:19).

de boende betalat för mycket. Det talades också om minskningar av antalet platser på äldreboendet som en följd av kommunens politik, att fler skulle bo hemma. De som kom till äldreboendet hade stora omvårdnadsbehov. I ett protokoll stod att många kände sig ”för gamla” för att gå på brukarråden. Verksamhetschefen hade räknat ut att det under ett år dog 87 personer på äldreboendet, vilket var en var fjärde dag. Personalstyrkan hade dock inte anpassats efter de ökande behoven.

Översikt över insamlade brukarklagomål från stadsdelar och Socialstyrelsen

Klagomålen samlades in hos fyra utvalda stadsdelar i Göteborg (se metodbilaga 1) samt Socialstyrelsen region sydväst och jag bad att få de fem senast inkomna klagomålen. Efter att ha sorterat bort klagomål som inte riktat sig till hemtjänst eller äldreboende fick jag sammanlagt 33 klagomål. Av dessa rörde 21 klagomål äldreboenden och 12 hemtjänst. Från en stadsdel kom bara klagomål som gällde äldreboenden, vilket berodde på att verksamhetsutvecklaren uppfattade att det bara var äldreboenden jag var intresserad av. De flesta klagomål hade lämnats in under 2010. 19 klagomål gällde kvinnliga och 9 manliga omsorgstagare; i 5 fall gick det inte att avgöra om det gällde en kvinna eller man.

Klagomålen bestod av brev, eller synpunktsblanketter, i första hand skrivna av anhöriga. I tio ärenden fanns bara brevet (eller blanketten) och inga upplysningar om vem som svarat. I de senare fallen fick jag information av verksamhetsutvecklarna. De visste ofta vem som svarat och ibland vad som åtgärdats. Endast i sex ärenden fanns skriftliga svar från enhetschefer. I ett ärende fanns mer information och kopior från länsstyrelsen då klagomålet resulterat i tillsyn. Från en stadsdel fanns utdrag från diariet med datum och signaturer och där ärendet gick att följa; att någon avslutat ärendet gick att se, men åtgärder fanns sällan dokumenterade.

Det klagades mest på det jag med ett övergripande ord kallar för *otillräcklig omsorg* (se tabell nedan).⁴³ Det innebar att omsorgstagaren inte fått tillräcklig eller adekvat hjälp med hygien, klädsel, mathållning eller inte blivit lyssnad på eller lämnats utan den hjälp som varit överenskommen. Efter detta klagades

⁴³Jag har eftersträvat att precisera vad som klagats på. I tabellen står det t ex ”kunskapsbrist hos personal”. Detta var den exakta formuleringen i några klagomål.

Tabell 5 Typ av händelser på äldreboenden (Äbo) och hemtjänst (Ht) som det klagades på (N=33)

Klagomålet gäller:	Äbo	Ht	antal
Otillräcklig omsorg	6	2	8
Städning	2	5	7
Otrevligt bemötande	3	3	6
Brister i kommunikation	4	1	5
Kunskapsbrist hos personal	3	1	4
Medicinska fel/brister	3	1	4
Ej fått insats (t ex promenad)	2	1	3
Personalbrist	2		2
Stölder	2		2
Håller ej tider		2	2
Saknas redskap/material	1		1
Antal	28	16	44

det mest på dåligt utförd städning eller att den inte blivit utförd överhuvudtaget. Flera personer har bestridit fakturor då de ansett att tjänsterna inte levererats. En verksamhetsutvecklare sa att faktureringsystemet var krångligt att förstå och att det fanns en viss eftersläpning i det.

Ytterligare ett vanligt klagomål gällde otrevligt bemötande samt brister i kommunikationen. Det senare handlade dels om att omsorgstagaren inte fått information om olika förändringar eller annat som angick dem, dels om att kommunikationen inte fungerade mellan olika personalkategorier i vårdkedjan, vilket bidrog till att omsorgstagaren blev utan hjälp. Det klagades också på att personal saknade kunskaper om olika sjukdomstillstånd och att de inte förstod hur tekniska hjälpmedel skulle användas. I övrigt rörde klagomålen personal som glömde att ge medicin och att beviljade insatser inte utfördes. De klagande framförde vidare synpunkter på att det var för lite personal, att de anställda sa att de inte hann med, och att de fick vänta länge för att få hjälp. Slutligen fanns några klagomål som gällde misstänkta stölder.

Flest klagomål, 20 stycken, framfördes av någon släkting, i första hand döttrar. I åtta fall framfördes klagomålen av omsorgstagaren själv, varav fem var män. Nästan alla omsorgstagare som klagade själva hade hemtjänst. Tre klagomål hade skrivits ned av någon annan: en anhängigkonsulent, en enhetschef och en verksamhetschef. I två fall var klagomålet så oidentifierat att jag inte hade möjlighet att se vem som framfört det. Det var någon annan

Tabell 6 Vilka som klagar och vilka klagomålet gäller

	Vem framför klagomålet?	Klagomålet gäller
Kvinnlig omsorgstagare	3	19
Manlig omsorgstagare	5	9
Annan (information om kön saknas)	5	5
Anhörig	20	
Antal	33	33

än omsorgstagaren, men om det var en kvinna/man, släkting/vän gick inte att utläsa.

De allra flesta klagomål besvarades genom att enhetschefen kontaktade den klagande. I tio ärenden fanns inga svar redovisade. Tre av dessa var ställda direkt till Socialstyrelsen. Att svaren inte fanns med berodde på att jag begärde de senast inkomna klagomålen och bara ett ärende av fyra till Socialstyrelsen hade besvarats när jag begärde ut dokumenten. Några klagomål hade vidarebefordrats till annan personal då de gällde sjukvårdsinsatser. Två omsorgstagare skickade kopior till stadsdelsnämnden och en brukare skickade klagomålet direkt till en kommunpolitiker. Kommunrådet agerade genom att sända klagomålet till den stadsdel där det hörde hemma och där hamnade det slutligen hos enhetschefen.

Vanligtvis uppfattas inte ett klagomål som lika allvarligt som en lex Sarah-rapport; klagomål dokumenteras inte på samma sätt och i samma utsträckning som lex Sarah-rapporter, ändå kan händelserna det klagas på eller som anmäls vara av samma karaktär. Klagomål är ett vardagsbegrepp som för tanken till missnöje och kan viftas bort som bagateller (Persson & Wästerfors 2009). De förknippas inte heller med polisanmälan, rättslig prövning eller utredning av tillsynsmyndighet, utan associeras snarare med missnöjsamhet och irritation. Irritation är, som sociologen Göran Ahrne (1985:72) beskriver ingen stark känsla: ”varken glädje eller sorg, varken tillfredsställelse eller lidande. Men det är något obehagligt, något som man knappast kan lyfta fram som något att komma med. Det vilar något halvdant över att vara irriterad. Det väcker inget medlidande”. Ett klagomål är inte heller mycket att komma med. Lex Sarah är däremot en lagstadgad skyldighet för personalen, och behandlar per definition en redan bestämd kategori händelser, *allvarliga* missförhållanden. På så vis är dokumenttypen för händelsebeskrivningen i sig en del i auktoriseringsprocessen.

Rutiner kring klagomålshandlingen

Förutom att jag samlat in brukarnas klagomål från fyra stadsdelar i Göteborg samt från Socialstyrelsen har jag i några stadsdelar tagit del av rutiner för klagomålshandling, både genom dokument och i intervjuer och samtal. I några stadsdelar var det en registrator på förvaltningen som tog emot och diarieförde de klagomål som brukare skickat in, eller som personal mottagit muntligt och sedan antecknat. Det var vanligt att dessa registratorer tog emot alla typer av klagomål till kommunen, inte enbart äldreomsorg. De sorterade och skickade vidare klagomålet till berörd enhet. Verksamhetschefen i Gunillas fall gjorde således rätt enligt en sådan rutin, klagomålet ska registreras i diariet, men det är trots allt verksamhetschefen själv som ska åtgärda och svara den klagande. Att registrera räcker inte. I andra stadsdelar var det särskilda tjänstemän på förvaltningen som tog emot, sorterade och skickade klagomålen vidare till den enhets- eller verksamhetschef som klagomålet berörde. I vissa fall hade dessa tjänstemän också uppföljningsansvar, de kontrollerade att klagomålen avslutades, det vill säga att någon markerade i datasystemet att klagomålet tagits om hand (exempelvis socialt ansvarig samordnare⁴⁴ och äldreombudsman). Det hade i olika grad införts datasystem för registrering och uppföljning av klagomål i stadsdelarna. I någon kommun stod det på hemsidan att svar skulle ges inom en viss tidsperiod, exempelvis 14 dagar. Så var dock inte fallet i alla stadsdelar, vilket visade sig när jag efterfrågade inkomna klagomål. Det gick inte att se vilken respons den klagande fått eller vart ärendet skickats vidare. På ett av de insamlade klagomålen hade någon skrivit med handskrift i kanten ”Har för mig att detta valsat runt länge. Ska till ÄO”.

Inkomna klagomål från brukare var inte alltid systematiserade på stadsdelarnas förvaltningar och i de fall de var det var uppgifterna knapphändiga. Datum när klagomålet inkommit, vilken arbetsgrupp det rörde och eventuellt när ärendet avslutats fanns angivet i vissa fall. Dessa förhållanden gjorde det särskilt svårt att överhuvudtaget kunna dra några generella slutsatser om hur och om klagomålen kom till nytta i de olika verksamheterna eller vilket slags respons den klagande fått. Det fanns inget sätt att kontrollera att systemen inte var godtyckliga, det vill säga att den klagande i några fall fick svar, åtgärder vidtogs och ursäkter formulerades, medan det inte gällde andra. Eller några fick något svar som inte gick att finna. I flera fall fick jag information från verksamhetsutvecklare om att biståndsbedömaren eller enhetschefen

⁴⁴För en beskrivning av funktionen socialt ansvarig samordnare, se bilaga 1, på sidan 267.

hade ringt upp och talat med brukaren eller dennes företrädare. Vad som avhandlats i dessa samtal kanske stod i någon del av den dokumentation som omgärdade den enskilde, men det var långt ifrån säkert. Till slut blev det en fråga om hur enhetschefen bedömde ärendet, om det kategoriserades som en bagatell eller inte och om informationen var värd att notera.

Där svar fanns registrerade, i databasen eller där svar på brev fanns kopierade i akten eller där jag fått uppgifter av verksamhetsutvecklarna, visade det sig att tidsperioden från att klagomålet kommit in till dess att något svar gavs kunde vara flera månader.

Klagomål till tillsynsmyndighet

Här beskrivs ärendegången när ett klagomål skickades från en brukare till tillsynsmyndigheten. En anhörig skickade brev till länsstyrelsen i Västra Götalands län (som vid denna tidpunkt var tillsynsmyndighet). Klagomålen rörde det äldreboende som Anna hade hört rykten om, men där enhetschefen och biståndsbedömaren slog bort hennes farhågor med att det var en ”80-årig dam som överdrivit”. Länsstyrelsens socialkonsulent såg dock allvarligt på det tresidiga, maskinskrivna brevet från maken till en man på boendet. Hon beskrev bristande omvårdnad, medicinering som inte fungerade och brist på engagemang från de anställda. Hon begärde ut dokumentation från äldreboendet och påpekade bland annat att det saknades anteckningar om lugnande medicin som hennes make fått, och att varken hon eller den läkare de haft i flera år visste något om vad som givits eller varför. Dessutom hade hon blivit otrevligt bemött:

Ett biträde på X-hemmet kom fram till mig [när maken varit där i ca 6 månader], pekade på sin panna och menade att min man är knäpp. Kändes som ett stick i hjärtat. Jag svarade henne att det var därför han var på X-hemmet. Nästa gång tyckte hon att jag skulle flytta dit, för då slapp de min man. Antagligen menade hon att jag då skulle ta hand om honom. När jag pratade med enhetschefen var hennes enda kommentar, att jag måste ha hört fel.

När kvinnan skrev brevet till länsstyrelsen hade hon tagit hem sin man och skötte honom där. Det framgick också av hennes brev att en mängd olika saker inte fungerat och att alla dessa sinsemellan olika händelser interagerade. Mannen fick inte sin medicin, han blev orolig, personalen hade svårigheter med att sköta honom, han fick mindre tillsyn, åt mindre och blev allmänt

försämrad. Det var en ond cirkel där den ena omständigheten ledde till den andra. Kvinnan skrev att det hon tagit upp varit ett ”axplock” av allt det hon sett under det år mannen varit på äldreboendet. Hon påpekade att han måste få sina mediciner morgon och kväll och hon hade försökt föra samtal med omsorgspersonalen om detta. Ett av de svar hon fått var att ”de hade 15 boende till att ta hand om”. Kvinnan hade också skrivit till kommunpolitikerna. Till länsstyrelsen skickade hon kopior på den dokumentation hon begärt ut från äldreboendet.

Länsstyrelsen krävde att stadsdelsnämnden yttrade sig för att beskriva hur de arbetade för att upprätthålla de enskildas förmågor, deras rätt till självbestämmande, deras behov av stimulans och aktiviteter. De ville också ha kopior på mannens genomförandeplan och arbetsanteckningar. Länsstyrelsen skickade i sin tur en kopia på de handlingar de krävde in från stadsdelsnämnden till Socialstyrelsen med hänvisning till att delar av klagomålet kunde hänföras till hälso- och sjukvårdens verksamhet och dess personal. Personal från länsstyrelsen och Socialstyrelsen gjorde sedan ett gemensamt tillsynsbesök på äldreboendet och konstaterade en rad brister vad gällde både det sociala och medicinska omhändertagandet. Socialstyrelsen gjorde ytterligare ett uppföljande tillsynsbesök. Stadsdelsnämnden måste därefter redovisa åtgärder till tillsynsmyndigheterna som hade funnit att bristerna rörde fyra områden: bristfällig social dokumentation, enhetschefer saknade social högskoleutbildning, baspersonal saknade lämplig utbildning och kompetens, och baspersonal kände inte till rutiner för klagomålshantering. Jag har inte tillgång till Socialstyrelsens svar där de eventuella medicinska bristerna adresserades. Länsstyrelsen fann i stort sett att orsakerna till kvinnans klagomål var kompetensbrist hos såväl omsorgspersonal som chefer. Åtgärderna som stadsdelsnämnden redovisade var i det här fallet som i de flesta andra: dokumentationsutbildning för personal och chefer, man hade utsett dokumentationsombud på enheten, och dokumentationsfrågor skulle fortlöpande diskuteras. Men de svarade också mer specifikt på kompetenskraven med att påbörja en demensutbildning och en utbildning om vård i livets slutskede för omsorgspersonal samt tillsatte högskoleutbildade enhetschefer. Utöver detta lyfte de fram de kommungemensamma utbildningar som gavs inom äldreområdet. Rutinerna för klagomålshantering hade ”gått igenom med all personal och blanketten 'hjälp oss att bli bättre' finns tillgänglig väl synligt vid entrén på varje våningsplan”. Avsaknad av blanketter var, som jag ser det, inget egentligt problem, då många av dem som klagat gör som kvinnan i det här fallet, skriver brev på papper, eller via e-post till olika personer, såsom omsorgs-

personal, anhörigkonsulenter, enhetschefer, verksamhetschefer, fritidspolitiker i stadsdelsnämnder och till kommunpolitiker samt till tillsynsmyndigheter.

Två år efter det att kvinnan skickade brevet till länsstyrelsen hade de anställda fått demensutbildning och stadsdelsnämnden skrev att utbildning om vård i livets slutskede skulle startas. Genom sitt brev lyckades kvinnan uppmärksamma tillsynsmyndigheterna på en verksamhet som inte fungerade väl och förändringar genomfördes. Om mannen flyttat tillbaka till äldreboendet eller om makan fortfarande tog hand om honom hemma efter dessa förändringar framgick inte av dessa dokument.

Svar som försvar

Många gånger stannade dock klagomålen mellan brukare och enhetschefer. Det ovan relaterade fallet var snarare undantag; det var inte många som i likhet med makan, och Gunilla, drev frågorna vidare till tillsynsmyndigheten. Hur förhandlingar mellan brukare och enhetschefer kan gå till ska ytterligare belysas i en analys av brev från anhöriga och svar från enhetschefer. Av de brukarklagomål jag gick igenom hade sex besvarats skriftligt av chefer på olika nivåer, flera sådana svar fanns också i lex Sarah-rapporterna då många av dessa initierats av klagomål. Av de sex svaren på brukarklagomålen var två mycket korta. Jag har valt ut två andra där såväl brev som svar är utförliga, för att granska dessa närmare. Händelserna som låg till grund för klagomålet var inte ovanliga och förekom till stor del också i lex Sarah-rapporterna. Båda de aktuella klagomålen var skrivna av döttrar till kvinnor på äldreboenden. I båda fallen var det enhetschefer som svarade; det ena svaret hade en form och en ton som var relativt vanlig, medan det andra innehöll formuleringar som var sällsynta i mitt material.

I det första brevet skriver en dotter:

[...] Jag har många gånger framfört synpunkter på omhändertagandet till personal, framför allt har det handlat om dålig skötsel, mamma har t ex haft på sig två lager yllekläder i juli då det varit 30 grader varmt, då hon satt på den allmänna balkongen utan huvudbonad och sedan drabbades av värmeslag. Vid ett par tillfällen mitt i vintern har hon varit utan strumpor, haft på sig en kortärmad tunn sommarblus. Flera gånger har hennes badrum och sängkläder varit nedsmetade med avföring och varje gång jag upptäckt detta har jag påpekat det för tillgänglig personal. Varje gång har jag fått höra att det måste vara förmiddagspersonal som brustit och eftermiddagspersonal verkar helt okunniga om varför det

ser ut som det gör. Någon ansvarig tycks inte finnas. Jag har framfört klagomål minst tre gånger det senaste året till enhetschefen X som varje gång menar att det handlar om min mors demens som gjort att det blivit så 'tokigt', dvs det är mer eller mindre hennes eget fel. Att hennes tre mest dyrbara guldsmycken försvann i våras berodde troligen på att min mor slängt dem, hon som aldrig slänger de mest onödiga föremål! Idag när jag hälsade på min mor hade hon precis ätit middag med avföring under naglarna, bajs utanpå sina långbyxor och fullt med bajs i blöjan. Hon hade på sig en ylletröja utan någonting under! Hon som har så känslig hy! Att hon hade olika skor på var fot är av underordnad betydelse. Som vanligt var det förmiddagspersonal som hade klätt på henne och dessa hade slutat för dagen.

Avslutningsvis ville dottern att hennes klagomål nu skulle följas upp. Det var således inte alldeles klart uttalat vad dottern egentligen ville med klagomålet, även om det går att förstå att hon ville ha svar och möjligen att chefen skulle utreda hur dessa saker kunde ha inträffat samt att hon ville att omsorgen om hennes mor skulle förbättras.

Kortfattat pekade dottern på tre problem: mammans inadekvata klädsel, dålig hygien och försvunna smycken. Hon var också utförlig när det gällde att beskriva detaljer, dock hade hon inga datum för händelserna och inga namn på personal. Dottern sa att personalen skyllde på varandra – på dem som för tillfället inte var där, eller så sa de att det var mamman själv, eller hennes demens, som orsakade problemen. Den klagande menade att det inte fanns någon som ville ta ansvar för varför hennes mor hade det som hon hade det. Det hon beskrev av personalens agerande var två av de strategier som Astvik (2002) identifierat att omsorgspersonal använder sig av vid svåra möten och så kallade besvärliga omsorgstagare: undvikande och förståelse genom medikalisering av ett problem.

Smith (1990b) granskar hur fakta byggs upp i texter med hjälp av det hon kallar auktoriseringsprinciper, som bidrar till att vissa uttalanden hålls för sanna eller "blir fakta", under det att andra definieras som något vagare, som känslor eller upplevelser vilka är subjektivt erfarna till skillnad från fakta som är objektiva. Uttryck som signalerar förståelse för hur någon upplever något (eller känner sig) kan också fungera som ett sätt för mottagaren att styra eventuell skuld och ilska bort från sig själv (Hochschild 1983/2003:111). Genom att lyfta fram kontrastering och modalitetsmarkörer samt extremformuleringar (Pomerantz 1986) gör jag en tolkning på enhetschefens svar i det första brevet.

Brevet kan tolkas på flera olika sätt, här är två ytterligheter: antingen så har dottern rätt – detta är en vanvårdssituation där verksamheten och personalen är oengagerad och inte omsorgsfull – eller också överdriver dottern, en ”besvärlig” anhörig som klagar mycket, men det hon säger är inte sant. Det senare är också mitt första intryck efter att ha läst enhetschefens svar. Det är samma reaktion som Smith (1990b:25) beskriver när hon första gången tar del av en intervju: ”Jag avsåg att parentessätta min egen bedömningsprocess till förmån för berättarens. Läsaren står alltid öppen för utmaningen 'Hur vet du det? Du var inte där' (min översättning). Syftet med min tolkning är att försöka förstå vilken underförstådd tolkningsram (ibid:27) som följer med den typ av text det här rör sig om – i det här fallet klagomål som framförs i ett brev från anhöriga – och som finns inbäddad i det svar som ges och vilken jag först läste in i svaret. Jag vill alltså visa hur jag först kom att se enhetschefens brev som ett svar till ”besvärliga anhöriga” genom att göra en annan tolkning. Mitt alternativ blir därför också kanske något övertydligt, eller extremt. Det ska inte ses som ett försök att tala om hur det egentligen förhöll sig, utan att det finns andra möjliga tolkningar, varav min är en. Det undgår säkert inte heller läsaren att även jag använder mig av auktoriseringsprinciper.

Enhetschefen skriver:

Ditt klagomål rör hur personalen sköter din mors klädsel och hygien. Du uppger också att din mors guldsmycken försvunnit. Jag vill först beklaga din upplevelse av dåligt omhändertagande av din mor. Jag har efter ditt klagomål fört samtal med gruppchefen. Personalen har inte alltid lyckats eller funnit lösningar på att se till att din mor har god klädsel och god personlig hygien. Självklart är god omvårdnad personalens uppgift och även att informera varandra oavsett om man är vikarie eller vilket 'pass' man arbetat. Vi behöver regelbundet arbeta med att förbättra våra rutiner.

Enhetschefen återger vad dottern sagt, som ett bevis på att hon förstått och hört kritiken, en sådan typ av inledning finns i flera svar. Enhetschefen bekräftar att hon förstått klagomålen, men inte att de beskrivna händelserna är faktiska omständigheter. Något förblir outtalat – detta är klagomål, men är det fakta? Guldsmyckena är i själva verket kanske inte borta då det är dottern som ”uppger” att de är borta. Inte heller erkänns omhändertagandet som dåligt, utan det är dotterns ”upplevelse” att det är ett dåligt omhändertagande, vilket i sig inte betyder att enhetschefen håller med om det. Enhetschefen beklagar dotterns upplevelse, hon ursäktar sig inte, men hon visar en viss empati, vilket är ett sätt att undvika skuldbeläggning. Dottern får med detta ingen

bekräftelse på att det hon säger stämmer. Enhetschefen redogör därefter för vad hon gjort, hur hon agerat för att avhjälpa problemen som dottern pekar på. Hennes insats är samtal med gruppchefen. Uppenbart stämmer dotterns uppgifter vad gäller mammans klädsel och hygien då enhetschefen bekräftar att personalen *inte alltid* lyckats eller funnit lösningar. Detta ger intrycket av att de lyckas nästan jämt och att det dottern beskriver måste vara undantag. Det är inte sällan eller nästan aldrig som de lyckas. Omsorgspersonalen har ansträngt sig och försökt hitta lösningar, de är inte oengagerade eller blinda inför mammans klädval och dåliga hygien. Någonstans finns ett problem som de anställda försökt lösa. Svaret på det outtalade problemet, som finns och som ingen funnit lösningar på, är att hela verksamheten regelbundet behöver förbättra rutiner. God omsorg och information är "självklart" personalens uppgift. En bokstavlig läsning framstår här som något ologisk, antingen så har verksamheten missat att regelbundet arbeta med förbättring av rutiner eftersom de behöver göra detta (mer?) eller också är inte detta regelbundet arbete nog för att få personalen att göra det självklara – att ge god omvårdnad. Att skriva om behovet av att regelbundet arbeta med att förbättra rutiner kan också vara ett sätt för enhetschefen att visa ett visst mått av ödmjukhet inför att alla kan göra fel, men att man försöker vända det till något positivt, ett ständigt förbättringsarbete pågår. Det som är viktigt är trots allt att enhetschefen inte förnekar att dottern har rätt i sak. Mamman får inte den omsorg hon har rätt att kräva. Vem eller vad orsakar denna brist?

Enhetschefen vänder uppmärksamheten mot den äldre kvinnans eget beteende, det är kanske inte bara förbättring av rutiner som behövs. Mamman är svår att ta hand om och det är detta problem som personalen inte funnit lösningar på:

Din mor byter ständigt kläder och väljer inte kläder efter väderlek eller funktion. Detta kan vara svårt att i alla lägen bevaka och se till att byta tillbaka till en mer lämplig klädsel. En tänkbar lösning har varit att sätta en hake på garderoben, vilket personalen föreslagit dig. Din mors oro har också tagit sig uttryck i att hon besökt toaletten mycket ofta. Personalen har så snart de uppmärksammat detta tagit hand om din mors hygien och toalettstädning.

Detta är förklaringar till varför personalen inte lyckats lösa problemen med kläderna. Det spelar egentligen ingen roll med förbättrade rutiner om det är mammans beteende som är problemet. Det går inte att hålla ordning när hon själv går in i garderoben och byter kläder. Hon gör det dessutom

”ständigt”. Det är således *inte* personalen som klär henne konstigt. Om de anställda framstår som oskyldiga måste någon annan vara skyldig – mamman – det är hon som byter om själv. Dessutom har de anställda givit förslag på förbättringar. De vill ha en hake på garderoben, men det har inte dottern satt dit. Alltså är det inte bara mamman som bär ansvaret i detta drama, det gör även dottern. Hon förhindrar förbättringsarbetet. Hade hon bara gjort som de sagt så hade mamman haft på sig de kläder som personalen satt på henne. Det är varken rutiner eller personal det är fel på, utan mamman och dottern som inte gör det man ber henne.

Det andra problemet är hygien. Mamman är *orolig*/personalen *uppmärksam*. Åter placeras problemet hos modern: hon är orolig och behöver därför gå på toaletten ofta. Personalen gör det de ska, så fort de ser att hon behövt hjälp med hygien och toalettstädning har hon fått det. Det finns ingen tvekan eller osäkerhet i detta uttalande. Enhetschefen behöver inga ögonvittnen som bekräftar att personalen agerar snabbt. Enhetschefen bygger fakta genom kontrastering och genom att tala om hur saker och ting *är* i motsats till hur dottern *upplever* situationen. Hon undviker emellertid det problem som dottern pekar på, nämligen att när hon kommer så finns det intorkad avföring på mammans kropp. Om personalen tagit hand om hygien så fort de sett det, har det dröjt eftersom avföringen hunnit torka, men enhetschefen har inte sagt att de omedelbart ombesörjer hygien utan *när personalen ser det*. Det är dock bara dottern som sett det intorkade. Dessutom tar enhetschefen upp ytterligare ett problem med mamman, hennes oro. Möjliga lösningar på oron lämnas därefter av enhetschefen. Oron ingår i, och betraktas som, en oundviklig följd av demenssjukdom och där finns en åtgärd som också förs fram:

Enligt gruppchefen har hon [gruppchefen] och personalen varit medvetna om svårigheterna i att ge din mor den omvårdnad hon behöver med tanke på hennes demenssjukdom. Vid flera tillfällen har ni blivit informerade om att din mor skulle få ett bättre omhändertagande på ett gruppboende, men enligt uppgift har ni tackat nej.

X är en avdelning med somatisk inriktning, det vill säga de 16 personer som bor där behöver stöd och omvårdnad utifrån nedsatt kroppslig funktionsförmåga. Ett gruppboende för personer med demenshandikapp har inte mer än 8 boende. Där har personalen mycket bättre möjlighet att ge den tillsyn en orolig demenssjuk person behöver. Din mor ska nu flytta till ett gruppboende där jag är övertygad om att hon får ett bättre omhändertagande.

Avdelningen klarar helt enkelt inte av att ta hand om oroliga demenssjuka, det finns särskilda boenden för denna grupp. Men dottern har sagt nej, vid flera tillfällen. Det framstår som hennes fel att mamman nu blir vanvårdad. Hon skulle gjort det som personalen föreslagit henne, men hon har varken satt på hake till garderoben eller ansökt om demensboende för mamman. Där blir omhändertagandet så mycket bättre, eftersom det bor hälften så många personer där. Men det står inget om personalens antal.

De försvunna guldsmyckena omnämns slutligen också av enhetschefen, dottern har uppmanats att söka igenom lägenheten, därefter skulle enhetschefen gjort polisanmälan. Detta tycks inte ha skett:

Avseende polisanmälan gör jag alltid polisanmälan efter att lägenheten har sökts igenom. Enligt gruppchefen bad hon er söka igenom lägenheten och därefter återkomma till henne. Ibland gör anhöriga polisanmälan och informerar mig sedan. Jag har nu åter informerat personalen om vikten av att anmäla till mig. Återigen beklagar jag din upplevelse av dåligt omhändertagande av din mor och önskar nu att din mor får en trygg tillvaro i sitt nya boende.

Enhetschefen skriver att det är anhörigas sak att söka igenom lägenheten och att därefter tala med personalen igen. Av dotterns brev framgår endast att smyckena är försvunna och att kontakten med gruppchefen utmynnats i en förklaring att smyckena försvunnit till följd av att modern kastat dem. Att dottern skulle blivit tillsagd att söka igenom lägenheten är inget som hon nämner, men gruppchefen har sagt det. Enhetschefen tycks mena att dottern inte meddelat att hon sökt igenom rummet. Enhetschefen gör ”alltid” anmälan, anhöriga gör det ”ibland”, men dottern har inte ens talat om vad hon gjort. Här används både kontrast och extremformulering som legitimerar enhetschefen som en person att lita på. Tyngden av hennes auktoritet ligger också i ”vikten” av att anmäla till henne. Vad de anställda ska anmäla är däremot inte helt klart; att smycken försvunnit, att rummet genomsökts eller att dottern gjort en polisanmälan? Enligt dottern avfärdade personalen misstankarna om stöld, det var något som dottern i så fall skulle bevisa först. Rutiner på enheten vad gällde misstänkta stölder framstår som förvirrade och här finns en öppning för förbättring, men i det här sammanhanget påtalar inte enhetschefen förändring av rutiner. Istället vänder hon blad och ser framåt, med en förhoppning om en trygg tillvaro för mamman på ett nytt boende. Det hon slutligen beklagar, ännu en gång (upprepning) är dotterns upplevelse av dåligt omhändertagande. En upplevelse som i enhetschefens brev dock aldrig

legitimeras som grundad i fakta.

Min tolkning visar en enhetschef som presenterar ett försvarstal, hon vet att det finns brister på enheten och i synnerhet har de svårt att ge alla äldre all den omsorg som de behöver. En kedja av förklaringar framträder. Dottern utkräver ansvar, men det axlas inte av enhetschefen. Händelser förklaras till stor del genom att ansvaret fördelas på flera personer, inte minst mamman och dottern. Jag vill också kort nämna något som *inte* sägs av enhetschefen. Hon är tyst om den intorkade avföringen, hon svarar inte på det argumentet utan det försvinner, vilket kan ses som ett tillbakavisande av anspråket på förändring (Felstiner, Abel & Sarat 1980-81). Vidare nämner hon det lägre antalet boende på demensboende, men inte antalet anställda. God omsorg kan inte mätas i antalet platser, utan relationen mellan antal omsorgstagare och anställda måste anges för att ge en någorlunda klar bild av möjligheten till god omsorg. Andra faktorer som personalens kompetens, lokalernas utformning och omsorgstagarnas vårdbehov påverkar också omsorgsarbetets karaktär.⁴⁵ Ytterligare en strategi som de anställda använder sig av för att hantera svåra situationer och omsorgstagare är att försöka få omsorgstagaren omplacerad (Astvik 2002; Leppänen 2008). Detta kan göras både av välvilja, att omsorgstagaren får en bättre anpassad omsorg, och av egoistiska skäl, man slipper att hantera svåra situationer och besvärliga människor. Oavsett vilka skälen är sätter det fingret på en öm punkt. Vem bestämmer när, om och vart någon ska flytta? I min tolkning blir det enhetschefen som bestämmer att mamman ska flytta, och hon får sin vilja igenom, trots motståndet från dottern.

Jag lämnar den alternativa tolkningen för att kort anknyta till den aktuella debatten om valfrihet och kvalitet i äldreomsorgen. Idag får alla välja boende själva, valfrihet förs också fram som ett sätt att öka kvaliteten (se t e x Konkurrensverket 2009). Valfriheten framstår i enhetschefens svar som villkorad. Dottern har anmodats att flytta mamman till ett demensboende, men hon har inte gjort det. Verksamheten kan då inte längre ta ansvar för vad som händer, ansvaret vilar nu på dottern. Hon kunde förändrat situationen om hon velat. Det som styr valet är inte alltid vad boendet erbjuder, utan var det finns en plats överhuvudtaget, vilken stadsdel den sökande är skriven i samt närheten till anhöriga. Här finns en överordnad fråga som

⁴⁵”Anna” nämner i ett sista uppföljande samtal långt efter vår första intervju att Thomas nu är på ett demensboende. Det har blivit bättre, men hon kommenterar att det är för lite personal. Där är det fyra personal på 16 dementa äldre på dagtid, färre på kvällar/nätter/helger.

varken dottern eller enhetschefen kan göra något åt för stunden. Var får äldre dementa bäst omvårdnad? Om demensboende är att rekommendera, hur gör man då för att få omsorgstagarna att flytta dit, och vad krävs för att få en plats? En demensdiagnos av läkare är obligatorisk, att det finns lediga platser är en annan nödvändighet, men också att omsorgstagaren själv vill (eller anhöriga om omsorgstagare inte klart kan uttrycka sin vilja). Ingen blir dömd till demensboende. Möjligheten att fritt kunna välja boende har starkt drivits av flera politiska partier de senare åren och bland annat resulterat i lagen om valfrihetssystem (2008:962). Det framgår av dotterns brev att mamman försämrats sedan hon flyttat till boendet. Personalen kan inte tvinga mamma/dotter att byta boende, men de kan föreslå det, vilket de gjort. Dottern ville inte att mamman skulle byta boende, men hon har slutligen gått med på det, av enhetschefens svar att döma. Jag har i intervjuer med omsorgspersonal hört flera förklaringar till varför anhöriga inte vill flytta sina äldre till demensboende. En är att anhöriga tror de äldre har det sämre där. Det är många förvirrade människor på samma plats, ingen stimulans och några tror att omsorgstagarna snabbt försämras när de kommer till demensboende. En annan förklaring från personal är att anhöriga inte tror (eller vill erkänna) att deras närstående är dementa, att de inte vill se hur illa det i själva verket är och att de håller fast vid en bild av sina nära som de varit tidigare. Anhöriga har å sin sida givit uttryck för att personalen ofta säger att omsorgstagarna är dementa fast de inte är det. Så fort någon glömmer något så blir de kallade dementa. Demens är en sjukdom som kräver en diagnos. Många äldre har inte denna diagnos men kallas dementa i alla fall. Om demensboendet dessutom ligger geografiskt långt bort från de anhöriga kan en flytt också innebära att de anhöriga får svårare att genomföra besök.

När ansvaret axlas

Det andra exemplet är mycket annorlunda jämfört med det förra, det får i stort sett tala för sig självt. Dottern till en kvinna som vistats på ett äldreboende skickar ett brev till enhetschefen med kopia till stadsdelsnämnden:

För oss gör det ingen skillnad nu, men för andra kanske det kan betyda något. Klockan 03.15 natten till söndag fick vi ett samtal där vi fick veta att min mamma somnat in, fick också veta att man suttit hos henne ca en timma innan hon avled. Varför kontaktade de inte mig?? Jag fick svaret att man inte visste att jag ville veta annat än när hon avlidit. För mig är det obegripligt. Både för egen del där jag upplever att jag haft ett starkt

engagemang för min mamma och att det inte borde råda några tvivel om min vilja, men också allmänt tror jag många anhöriga vill vara med i slutskedet. För mig hade det tagit 15 minuter att vara på plats från det att jag kunde fått samtalet – nu känns det som en sorg i sorgen att inte fått vara där hos min mamma i slutet.

Dottern avslutar brevet med att personalen ändå varit omtänksam under den tid mamman varit där. Enhetschefen svarar:

Att kunna vara med under den sista tiden när en anhörig går bort är för många en viktig del i sorgearbetet och som du skriver i ditt brev har vi därför rutiner runt detta på X-bo, liksom på våra övriga boenden i stadsdelen. Jag kan därför inte annat än djupt beklaga det som hänt dig och din mamma och konstatera att rutinerna i detta fall inte har följts. Som chef för X-bo ligger det på mitt ansvar att se till att all personal känner till och följer rutinerna. Det som skett i samband med din mors bortgång kan inte ändras, men jag kan som du själv skriver i ditt brev förebygga liknande händelser. Jag kommer därför att genomföra en händelseanalys i syfte att utreda var och hur bristerna i kommunikationen runt denna fråga uppkommit och hur vi skall kunna förbättra rutinerna för att liknande händelser inte ska ske igen.

I detta svar axlar enhetschefen ett visst ansvar, hon skriver rätt ut att ansvaret är hennes. Hon är chef, rutiner har inte följts och det är chefens ansvar att se till att de följs. Det är ett ovanligt svar, ordet ansvar förekom inte i de svar som chefer eller annan verksamhetspersonal skrev (inkluderat de svar och utredningar som också fanns i de 70 lex Sarah-anmälningarna samt svaret från verksamhetschefen i Gunillas fall). "Beklagat" gjorde några (tre) och "ursäktat" fanns i två svar. Detta svar skilde sig från de övriga och är därför värt att lyfta fram. Det visar att det finns fler alternativ att bemöta klagomål än de jag jämfört med.

Genom att presentera dessa svar tillsammans skapar jag en kontraststruktur som är avsedd att tydliggöra ansvarsförnekelsen i det första svaret. Samma typ av undvikande och att *inte* bemöta klagomål om det konkreta omsorgsarbetets utförande fanns också i fallbeskrivningarna (kapitel 4 och 5) och de fanns också i lex Sarah-utredningar (kapitel 8). Med den alternativa tolkningen försökte jag förstå hur jag kom att läsa svaret från enhetschefen som att klagomålen härrörde ur en anhörigs subjektiva upplevelse och inte beskrev vad som verkligen inträffat. Jag vill med denna analys ge ytterligare exempel på det som den första fallbeskrivningen visade (kap. 4) – att det är skilda

situationer och händelseförlopp som presenteras, beroende på vem som skriver och vem som tolkar.

Sammanfattning av kapitlet

Det fanns olika uppfattningar om vad brukarrådsmöten var till för, likväl som det fanns brukarråd som var organiserade på olika sätt. Jag såg exempel på hur brukarråden fungerade som en *social aktivitet*, som *informationsforum* och som en plats där *gemensamma klagomål och krav kunde framföras*. Brukarinflytandet begränsades i brukarråden genom den förutbestämda formen och förväntningarna på vad som kunde framföras i den kollektiva gemenskapen, och hur.

De legitimerande förklaringar jag lyckats urskilja på de observerade brukarråden och i protokollen från personalens sida kan sammanfattas i *förnekande av klagomålets grund* (fel fakta), *tillbakavisande av krav* med hänvisning till att de är orimliga, *förnekande av personligt ansvar*, samt *ansvarsförskjutning* genom resursbristargumentet. Alla kunde enas om att resurserna var för snåla. Klagomålen och önskemålen i brukarråden möttes av argument mot rådande resursfördelning. Både omsorgstagare och personal begränsades av den institutionella ordningen och framstod som maktlösa i en sådan diskussion, men på samma sida.

Det som i brukarrådsprotokollen ändå tycktes förhållandevis lätt att åtgärda var fysiska hinder. Däremot var mathållningen och personalbrist frågor som inte löste sig och som ständigt återkom i brukarråden.

Klagomålen från fyra stadsdelars synpunktshandtering och Socialstyrelsen visade att det var svårt att följa och förstå hur klagomålen tagits om hand och besvarats av förvaltningarna; klagomålshandteringen var i vissa fall inte systematiserad. Få skrivna svar fanns och där uppgift fanns om när ärendet avslutats hade det gått lång tid, från några månader upp till ett halvår, från registrering till dess att ärendet avslutats.

Det klagades mest på olika former av otillräcklig omsorg: personlig hygien som inte sköttes, mat som inte levererades eller inte lagades på plats. Det klagades också relativt mycket på städning och otrevligt bemötande. Klagomålen rörde främst kvinnliga omsorgstagare och framfördes till övervägande delen av anhöriga. I några fall hade de skickats till andra än till stadsdelens synpunktshandtering: länsstyrelsen, kommunpolitiker och polis (stöld) kontaktades av brukarna. Brev och svar till tillsynsmyndigheten visade hur denna

svarade och åtgärdade klagomål på ett äldreboende.

Avslutningsvis visades genom en analys av några brev från anhöriga med klagomål och svar från enhetschefer olika perspektiv som olika aktörer intar när klagomål framförs. Det förekom i fler än i de här analyserade breven att klagomål från anhöriga tenderade att svaras på utifrån en föreställning om dem som ”besvärliga” eller om klagomålen som subjektiva upplevelser som inte var förankrade i det som organisationens företrädare angav som fakta. Att ansvar axlades av enhetschefer i svar på klagomål var ovanligt, men sådana svar förekom också. En fråga för vidare forskning, som inte kunnat besvarats här, är vad som påverkar och främjar ett ansvarstagande agerande från verksamheternas talespersoner.

7

OMSORGSPERSONAL SOM FÖRETRÄDARE

I detta kapitel presenterar jag några korta episoder från fältanteckningar,⁴⁶ samt något citat från en intervju med en undersköterska som arbetar i hemtjänsten. Syftet med första delen av kapitlet är att kontextualisera, det vill säga, ge en bild av vad hemtjänstarbetet är och ge exempel på situationer där klagomål på något sätt finns, men där de inte anmäls. Det blir en viss koncentration kring de omsorgstagare som anses vara svåra att hjälpa och på situationer som visar på svårigheterna med arbetet. Jag vill poängtera att dessa personer är i minoritet, däremot är omsorgsarbetet som helhet en mycket komplex verksamhet där svåra situationer hanteras dagligdags. Emellertid upptar diskussionerna kring ”besvärliga” omsorgstagare och svåra situationer en mycket stor del av den gemensamma tid personalen har för att planera sitt arbete. Detta är på både gott och ont. Det kan bidra till att personalen är förberedd och hanterar situationen bättre om de vet lite mer om den situation de möter, men det kan också bli tvärtom, att de förväntar sig problem och agerar utifrån det (Astvik 2002, 2003; Leppänen 2008). Även Renita Sörensdotter (2008:162) noterar under sina observationer i hemtjänsten talet om ”besvärliga omsorgstagare”.

Några reflektioner från observationer på ett äldreboende och samtal med personalen om rapportering av missförhållande enligt lex Sarah inleder den

⁴⁶I tre dagar följde jag två hemtjänstpersonal, här kallade Emelie (en dag) och Maja (två dagar), i deras arbete i ett distrikt i Göteborg. I början av studien genomförde jag också en längre intervju med Emelie.

andra delen av kapitlet som avslutas med att två undersköterskor redogör för sina erfarenheter av att rapportera allvarliga missförhållanden. Båda arbetar på kommunala äldreboenden.

En dag i Hemtjänsten

Hemtjänstlokalen ligger i bottenvåningen på ett trevåningshus. Personalstyrkan består av ca 20 personer; alla utom två är kvinnor. Efter en kort rapport från natten går enhetschefen igenom vad som är aktuellt under dagen. Någon har ramlat under kväll/natt, utan allvarligare skador. Enhetschefen talar om att fallrapporter ska anmälas av såväl ”bemanningen”⁴⁷ som varit där som den egna personalen – det är viktigt för att åtgärder ska följas upp. En omsorgstagare är döende och palliativa teamet är på plats. Det klargörs vem som ska åka dit på morgonen tillsammans med biståndsbedömaren. Ytterligare information läses upp, en omsorgstagare ska till frisören, en anhörig ska resa bort, en undersköterska från bemanningen säger att en omsorgstagare vill ha mat kl 17. Flera i rummet protesterar, så gör vi inte. Antingen tar hon maten när vi delar ut den eller så får det vara. Man gör inga extra besök vid den tiden för att dela ut mat. Någon får i uppgift att ringa omsorgstagaren och förklara. Mötet tar ca 10 minuter.

Därefter tar alla de mediciner som de ska ha med sig ut, några ställer frågor till varandra om omsorgstagare, om tider och vad som skall göras. Telefoner och nycklar plockas ur skåpet och alla försvinner iväg på sitt håll.

Undersköterskan Emelie och jag ska göra ett besök hos Susanne och vi promenerar till ett liknande trevåningshus som det hemtjänstlokalen ligger i. En lång ritual följer innan vi släpps in. Emelie knackar på utsidan av dörren, Susanne på insidan, detta upprepas några gånger. Sedan öppnar hon dörren en liten springa, efter mycket skämt och skratt från Emelie släpps vi in i lägenheten. Susanne är okammad och har på sig en rock. Hon bor ensam och vi sätter oss i ett spartanskt kök. Emelie lägger fram morgonmedicinen och ställer ett glas vatten framför Susanne. Det finns inga tecken på att hon ätit frukost. Emelie har sagt att det inte är någon idé att försöka få henne att äta nu. Det viktiga är att hon tar sina mediciner. Vi småpratar, Susanne berättar att hon är upp vuxen i Finland. Hon berättar om svåra tider, kalla vintrar,

⁴⁷”Bemanningen” är Göteborgs kommuns personalpool: personalen vikarierar vid akuta sjukdomsfall och extra belastningar. Många arbetar inom flera olika verksamheter, även förskola/skola.

kriget, släktingar och vänner som dött. Efter ca 10 minuter pekar Emelie på tableterna och frågar om hon ska dela på dem. Susanne blir arg och slår mot Emelies hand och säger till henne att inte peta på hennes tabletter. Emelie säger att hon inte rört tableterna. Susanne är upprörd, men tar den stora tableten och sväljer den och sedan resten av medicinerna. Vi reser oss och går därifrån. Emelie säger att det brukar fungera om hon gör på det sättet.

När vi återvänder senare under dagen klagar Susanne på att plånboken är borta. Emelie hjälper henne att leta, hon tittar igenom alla lådor i lägenheten. Hon finner ingen plånbok, men försäkrar Susanne om att hon har tagit med sig pengar så att fotvårdsterapeuten som kommer lite senare kan betalas. Emelie förklarar att Susanne aldrig har några pengar i plånboken, dessa har hemtjänsten hand om och hon brukar ta tillfället i akt och städa upp i lådorna, det kan ligga mat, choklad och annat som blir gammalt där.

Det står klart att Susanne inte är psykiskt stabil, under våra besök växlar hon mellan att klaga, anklaga och gråtmilt berätta om sin barndom. Emelie känner henne väl och tar inte det hon säger för klagomål, det är en del av Susannes sätt att vara, vilket hon lärt sig att hantera.

Över lunchen i hemtjänstlokalen pratas en hel del arbete. Emelie berättar hur en av de två männen som arbetar där, och som tidigare arbetat på ett äldreboende för dementa, i början haft svårt för att lita på vad vårdtagarna säger. Hemma hos en kvinna som varit helt klar hade han vid något tillfälle ringt till en kollega och sagt att omsorgstagaren säger si och så, stämmer det? Mannen själv skrattar åt minnet och säger att det inte är lätt att veta.

En ung kvinna med somalisk bakgrund,⁴⁸ som talar bra men inte perfekt svenska, frågar Emelie vad hon ska göra hemma hos en av vårdtagarna som är känd för att var otrevlig. Hon har varit hos den kvinnan en gång tidigare och är uppenbart nervös för att gå dit, hon vill gärna veta vad och hur hon ska göra för att det ska bli rätt. Emelie förklarar noggrant och ger goda råd om hur situationen bäst ska hanteras. Den undersköterska som varit där tidigare samma morgon säger att det gått ganska bra, åtminstone är det hennes uppfattning. Hon skrattar och tillägger att det kan låta helt annorlunda när den äldre kvinnan själv säger hur det varit. Senare får vi veta att det inte gick något vidare, omsorgstagaren hade "slängt ut" undersköterskan [skrikit åt henne att försvinna].

⁴⁸Kvinnan arbetade extra på kommunens egen personalpool. Jag pratade med flera som arbetade där, några var fast anställda, andra timanställda. De timanställda berättade om en osäker arbetssituation där de ständigt måste kontrollera sms för att se om de fått jobberbjudande, då ett snabbt svar krävdes för att få jobbet.

Maja och jag besöker en annan av de ”besvärliga omsorgstagarna” dagen efter. I det lilla sovrummet finns många tavlor, teckningar och fotografier från barnbarn. Några uppstoppade fåglar står på en dammig hylla. Tina ligger i en låg säng med en massa kuddar uppstoppade runt om sig. Hon öppnar inte ögonen förrän hon fått hjälp att sätta sig på sängkanten. Hon klagar hela tiden på att hon har mycket ont i ryggen. Maja pratar med henne, det har varit en incident tidigare på dagen då Tina varit otrevlig mot en anställd och kallat henne ”svarting” på grund av hennes hudfärg. Sonen kontaktades och den anställda gick därifrån. Tina vill inte förstå att hon sagt något dumt. Efter lång övertalning går hon mödosamt till toaletten med rollatorn och Maja som stöd. Toaletten är trång. Maja hjälper henne att tvätta sig och ta på nattlinnet. Plötsligt skriker Tina och anklagar Maja för att slå henne när hon fått nattlinnet i ansiktet. Efter mycket om och men går hon tillbaka till sängen. Maja värmer mat och matar Tina som jämrar sig. När hon ätit färdigt går vi. Besöket tog ca 40 minuter.

Senare besöker vi ytterligare en kvinna. Carina bor i en äldre villa med en övervuxen trädgård. Hon har flera barn, men det är bara en av sönerna som är där och hjälper till ibland. Carina lämnar aldrig övervåningen där hon har sovrum och toalett. På undervåningen finns ett litet kök och två rum där det står saker staplade på varandra. I köket ligger en lapp i en plastmapp, en annan lapp sitter över spisen. Det är fullt av instruktioner om vad som ska göras och hur. Maja går upp och pratar och försöker få Carina att ta mediciner, jag väntar i köket. Efter en god stund kommer Maja ner för att göra iordning maten. Under tiden vi ordnar med maten i köket ringer telefonen. Det är Carina som trycker på larmet.⁴⁹ Maja skrattar och säger: ”Nu larmar hon, så då ringer de snart på mig, det är jag som har larmtelefonen”. Mycket riktigt, Majas telefon ringer och hon svarar. Jo, hon är där men nere i köket. Carina är arg för att hon har blivit lämnad. Maja går upp till henne och jag hör Carinas upprörda röst. Efter en stund kommer Maja ned för att hämta något och Carina larmar igen, Maja går upp igen. Efter en lång stund kommer ytterligare ett vårdbiträde från hemtjänsten. Han pressar morotsjuice, och lägger upp maten, sedan går han upp för att hjälpa Maja med att få Carina ut på toaletten. Efter det besöket talar jag och Maja om var gränserna går för

⁴⁹När omsorgstagaren trycker på larmknappen, som sitter som en klocka på handleden eller hänger runt halsen, går en signal till Trygghetsjouren, som via en högtalare som är kopplad till telefonen kan tala rätt ut i rummet med omsorgstagaren. Trygghetsjouren ringer sedan till hemtjänstlagets larmtelefon som någon varje dag bär med sig för att ta hand om akuta ärenden.

vad en omsorgstagare kan begära. Den här kvinnan har detaljstyrts sin omsorg och många i hemtjänstlaget orkar inte med att gå dit. Hon blir både arg och otrevlig när hon inte får som hon vill. Det ska vara särskilda muggar, tallrikar och allt ska läggas i en viss ordning. Blir det fel kan hon bli aggressiv. Maja har blivit riven vid ett tillfälle. Hon skrev då en tillbudsansmälan och säger att det finns flera sådana. Kvinnan har fått byta hemtjänstområde tre gånger därför att personalen inte orkar med henne. Enligt Maja är hemtjänsten där ca 8 timmar per dygn, vilket hon anser är för mycket.

Att inte agera vid klagomål och missnöje

Syftet med de ovanstående beskrivningarna är att ge en ökad förståelse för hur svårt omsorgsarbetet är och i vilken kontext olika typer av klagomål kan uppstå. Jag vill med detta visa omsorgsarbetet ur hemtjänstpersonalens perspektiv, där omsorgstagarnas klagande kan framstå som orimligt, orättvist och otacksamt. Det handlar om komplexa situationer, med människor som har svårt att uttrycka sina behov och där arbetsmiljön inte alltid är den bästa. De anställda får inte alltid all den information de behöver för att kunna hantera olika situationer, eller så saknas kunskap eller hjälpmedel. Det är stor omsättning på personal och ständigt nya ansikten för omsorgstagaren, vilket det också framförs mycket klagomål på. Det är inte heller alltid lätt för omsorgspersonalen att veta när någon framför ett tydligt klagomål eller inte. Carina klagat, hon blir lämnad, hon är nästan aldrig nöjd. Susanne kan anklaga de anställda för att ha tagit pengar, där har man löst det genom att faktiskt ta hand om hennes pengar en gång för alla, men det kommer inte Susanne ihåg från en gång till en annan. Emelie berättar om en kvinna som hon ofta är hos, och som ständigt klagat på att hon inte får tillräckligt med "vård". Den kvinnan kan dessutom vara både högljudd och otrevlig:

'Jävel, jag ska mörda dig' ligger den skrynkliga 98-åringen med fågelvingsarmar och skriker. Ja, hon är psykiskt sjuk, hon säger det är 'vård' att tömma hennes toa-hink, det är 'vård' att lämna hennes mat. Ibland blir jag full i skratt när jag går därifrån. Hon säger att jag inte passar, jag passar att jobba på Bolibompa, som har en så hög röst och hon tycker synd om A [Emelies son] som har en så stressad mamma och gapig. 'Bolibompa, jag ska nog prata med han Josefsson' säger hon. Ja, gör det du – och är det så han kommer och ska ha nåt teveprogram där dom ska klaga på vården så låt mig sitta längst fram, säger jag till henne. Nej, vi

kan inte 'vården', säger hon. Men sen säger hon ibland när jag ska gå 'att du är bra ändå'. (intervju Emelie)

Om någon annan omsorgstagare uttryckt sig som den här kvinnan så finns möjligheten att Emelie kunde känt sig hotad av ett sådant uttalande. Så var inte fallet i den här situationen eftersom Emelie bedömde henne som tämligen harmlös. Omsorgstagaren klagade på att uppgifter inte utfördes ordentligt, men undersköterskan agerade inte på detta som klagomål att föra vidare, hon diskuterade och förhandlade med kvinnan som också uttryckte att hon, trots allt, uppskattade Emelie.

Emelie är emellertid kritisk till flera av sina kollegor, eftersom hon tycker att det slarvas mycket. Mediciner ligger kvar i påsar från tidigare datum utan att det rapporterats, besök glöms bort. Hon säger att hon inte vill prata illa om sina arbetskamrater, men hon tycker att många inte tar ansvar, inte heller chefen gör alltid det hon ska. En kvinna som ramlat fick ligga på golvet i ett dygn innan hemtjänsten agerade, efter det att sonen funnit mamman. Någon lex Sarah-rapport skrevs inte trots att flera anställda i hemtjänstlaget tyckte att det skulle göras. Detta är ett exempel på en situation där rutinerna för vad som ska rapporteras och vem som ska göra det var otydliga. Den som tog emot samtalet från sonen berättade om det för övrig personal. Flera tyckte att detta var ett missförhållande som borde utredas, men det tyckte inte enhetschefen. Hon skrev inte ned något, och det gjorde inte heller någon av de övriga. Det stannade vid en diskussion, där personalen var oenig, men enhetschefen bestämde. Sonen insisterade inte heller på någon utredning.

Det händer att även andra rutiner är otydliga. När jag följde med Maja under en kväll hade hon flera "ringtillsyner" uppskrivna på sitt kvällschema. Hon tyckte de var meningslösa för det var inte bestämt vad hon skulle göra om de inte svarade. Ibland hörde de inte, var inte hemma eller så sov de. Personalen hade inte nycklar till alla och framför allt fanns inte tid att göra extrabesök. I en sådan situation blir det också i efterhand omöjligt att säga att någon gjort något fel, eftersom det inte är klargjort vad ringtillsyn egentligen innebär. I en lex Sarah-utredning blev just detta faktum en av anledningarna till att en händelse inte bedömdes som ett allvarligt missförhållande.

Här följer några korta utdrag från fältanteckningar av observationer och samtal med personal från ett äldreboende om lex Sarah-rapporter.

Fältanteckningar från ett äldreboende

Jag följer med Emma, en undersköterska som arbetar på ett äldreboende med plats för drygt 100 pensionärer. Det är inte kommunalägt och ett alternativ bland andra dit alla med biståndsbeslut om särskilt boende har möjlighet att söka i mån av plats. Omsorgstagarna som får en plats här skiljer sig inte på något vis från dem som bor på ett kommunalt boende. Det finns sammanlagt tre enhetschefer, flera sjuksköterskor och man strävar efter att all omsorgspersonal ska vara utbildade undersköterskor, vilket också är ett övergripande mål i Göteborgs stad. Det målet är emellertid inte uppfyllt, varken här eller på andra äldreboenden i staden. Emma är fast anställd och arbetar på en enhet med 15 omsorgstagare; på kvällar och helger arbetar personalen gemensamt på två enheter. Jag följer med henne två vardagar mitt i veckan.

Efter ett snabbt morgonmöte med enhetschefen och all personal går jag och Emma till hennes avdelning. Vi samlas i det lilla köket som har en matsal med tre bord, en liten soffgrupp och en stor balkong. Emma går igenom och fördelar dagens arbete mellan sig och två andra anställda: en manlig fastanställd undersköterska och en kvinnlig vikarie. En kvinnlig vårdelev finns idag också på plats. Vi dukar två bord åt sju personer, eftersom alla inte äter frukost i matsalen. Därefter går vi in till två olika omsorgstagare och väcker dem och Emma ger dem morgonmedicinen. Alla rum ser i stort sett lika ut: ett litet pentry, en handikappanpassad toalett och ett rum på knappt 20 kvm.

Många av dem som bor här för tillfället klarar mycket av sin dagliga livsföring själva, dock inte allt. Äldreboendet är inte indelat i lättare och tyngre enheter, så vårdtyngden varierar mellan omsorgstagarna. Deras hälsotillstånd förändras också över tid. Många behöver hjälp med att duscha, men alla kan inte få hjälp med detta på morgonen. När jag följer med Emma på eftermiddag/kvällsarbete nästa dag går hon runt och frågar vilka som vill duscha. Det är inte alla som vill. En kvinna har inte duschat på en vecka. När Emma frågar säger hon att hon inte vill. Emma försöker övertala henne och kvinnan säger då att hon vill duscha kl. 21.30. Det går inte, svarar Emma, för då är det bara nattpersonal kvar och de är inte så många. Slutligen lovar kvinnan att duscha nästa dag.

Middag äter alla gemensamt i matsalen. Det har inte alltid varit så, säger Emma och alla var inte överens om det, men nu gör de det. Hon menar att det är bra med lite social samvaro för annars sitter de bara på sina rum, men

hon säger också att de sällan pratar med varandra under måltiden. Detta påminner om den situation som ”Pia” beskrev (kapitel fem), personalen ser gärna att omsorgstagarna tar sällskap av varandra, att denna samvaro leder till någon form av aktivitet, men samtidigt påpekar undersköterskan att det faktiskt inte riktigt fungerade som personalen hade tänkt. Omsorgstagarna verkade inte vilja tala med varandra.

Efter maten sätter sig personalen en stund gemensamt i matsalen. Det är Emma och två kvinnliga vikarier som arbetar denna kväll. Jag frågar om någon av dem någon gång har rapporterat ett allvarligt missförhållande. En av vikarierna berättar att hon varit inblandad i en rapport. Hon jobbade kväll, den övriga kvällspersonalen gick lite tidigare och det var bara hon kvar. Ingen nattpersonal kom. När klockan var tio över nio skrev hon en lapp och gick. Hon hade ett tåg att passa och hon hade redan jobbat över tio minuter. Nästa dag fick hon veta att ingen nattpersonal dykt upp. En omsorgstagare hade larmat hela natten. Enhetschefen gjorde en utredning enligt lex Sarah. Efter det infördes nya rutiner för överlämning mellan kvälls- och nattpersonal. Vikarien uttrycker inte alls att hon på något vis tyckt denna händelse varit besvärlig eller skamfylld.

Vi fortsätter därefter kvällens arbete, Emma ägnar mycket tid åt att försöka ringa in en vikarie till nästa dag. Under kvällen kommer sjuksköterskan och berättar att det varit stölder i det andra huset. Någon har tagit sig in och stulit från omsorgstagarna och polisen har anlänt.

Dagen efter har jag ett längre samtal med sjuksköterskan som berättar om äldreboendet och hur de arbetar. Hon säger att hon numera sällan får några diagnoser eller journaler från läkare. Däremot får hon en sammanfattning av biståndsbedömarens och visar hur den kan se ut: ”psykisk och fysiskt sämre. Trött och nedstämd”. Jaha, säger sjuksköterskan, och varför då? Hon har haft svårt att vänja sig vid så knapphändig information, men säger att hon gör så gott hon kan. Det finns också goda sidor med att inte stirra sig blind på alla sjukdomar och problem som omsorgstagarna har, menar hon. De lever så ”vanligt” de kan. Hon tycker sig också se att tiden när någon ligger för döden har kortats ned. Sjuksköterskan har arbetat i drygt två decennier inom äldreomsorgen. En annan förändring som sjuksköterskan nämner är att hon idag har mycket e-postkontakt med anhöriga, vilket underlättar kontakt, men också ger en annan arbetsrutin. Det blir mycket skrivbordsarbete med dokumentation och kommunikation.

Att rapportera allvarliga missförhållanden

Här följer två redogörelser från två undersköterskor som rapporterat vad de uppfattat vara allvarliga missförhållanden, båda inträffade på kommunala äldreboenden. Det första rör aktiva och avsiktliga handlingar i form av kränkande bemötande, det andra gäller i första hand försummelse, men också illa utförda handlingar. De händelser som undersköterskorna berättar om inträffade 2007 respektive 2010. Då gav Socialstyrelsen följande anvisningar vad gäller lex Sarah:

[det är] anmälaren som avgör om det är en lex Sarah eller inte. Det innebär att det inte finns någon annan som kan bestämma att det inte är en lex Sarah-anmälan. Om utredningen visar att det anmälda missförhållandet inte var allvarligt kan det ändå vara ett fel eller en brist som ska tas om hand inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. (Socialstyrelsen 2010a:20)

Detta innebar att arbetsgivaren inte kunde vägra att dokumentera och utreda det som personalen rapporterat som lex Sarah.

Att rapportera om dåligt bemötande

Jenny är undersköterska och har arbetat inom äldreomsorgen i många år. När vi träffades i december 2009 arbetade hon delvis på en korttidsavdelning på ett större äldreboende⁵⁰ i Göteborg, delvis hade hon i sin tjänst också ansvar för anhörigräffar. Hon hade tidigare arbetat på flera olika enheter på äldreboendet. Efter att hon rapporterat om en kollega som bemött omsorgstagarna otrevligt fick hon frågan om hon ville byta avdelning. Det ville hon egentligen inte, men efter hennes rapportering hade situationen med medarbetaren blivit så laddad att hon valde att ta det erbjudande hon fick. Två år hade passerat sedan Jenny rapporterat om händelsen och hon påpekade att det var omöjligt att berätta allt.

Överlag menade Jenny att den kvinnliga undersköterskan ”var ganska plump i sitt sätt att prata till våra boende”. Det hade varit flera incidenter där undersköterskan uppträtt olämpligt mot de boende och Jenny var inte ensam om att tycka att hon hade ett otrevligt sätt: ”Hela tiden hade jag personalen bakom mig. Dom tyckte det här var jättebra för dom själva hade sagt till, men dom vågade liksom inte [anmäla]. Dom hade sagt nåt ibland men det

⁵⁰Med större menar jag att på hela äldreboendet hade mer än 100 platser.

hände liksom ingenting.” Jenny arbetade vanligtvis inte tillsammans med undersköterskan, men det förekom vid sjukdomar och på helger.

Den händelse som ledde till rapporten inträffade en morgon. En äldre kvinna som satt i rullstol, men var psykiskt klar, skulle åka med en förbeställd taxi till en aktivitet som hon uppskattade och som betydde mycket för henne. Då hon visste att det var bråttom på morgonen och var orolig över att inte komma iväg, hade hon dagen innan uppmärksammat kvällspersonalen på att hennes rullstol inte hade någon luft i däcken. Undersköterskan var en av dem som arbetade då. På morgonen hjälpte Jenny kvinnan och upptäckte att det inte fanns någon luft i däcken. Hon försökte lösa situationen vilket tog extra tid i anspråk. Kvinnan var ”ganska förtvivlad när bilen skulle komma och hämta henne. Hon rullar själv, men det går ju inte när det inte finns luft i däcken. Så jag sa att jag skulle försöka hjälpa henne med det.” Jenny hittade ingen luftpump och rehabavdelningen, där ersättningsrullstol fanns, hade inte öppnat.

Så jag ägnade några minuter åt det och försökte lugna henne och hjälpa henne, men då sprang den här andra personalen in och sa att jag kunde inte hålla på så där för jag hade sju stycken andra. Men hon skulle iväg och hade en tid att passa, så jag måste ju. Det här skulle ju fixats igår kväll, tyckte jag då. Men så blev klockan 8, hon skulle åka halv nio eller nånting så jag fick tag på nån från rehabgruppen som kom upp och hjälpte till. Och snabbt fick hon ordnat en ersättningsstol så hon kunde komma iväg. Och när den här kvinnan sitter och gör sig i ordning så går hon [kollegan] in och säger till henne att 'så här kan du inte hålla på och kräva att du ska ha fullständig hjälp och service hela tiden för vi har sju stycken andra också att hjälpa och du kan inte alltid vara i centrum'. Det handlade överhuvudtaget inte om det. Kvinnan blev jätteledsen. Och sen fick jag mig en rejäl åthutning: 'Vi kan inte hålla på så mycket att ägna oss åt henne, alla ska ha lika mycket'. Och det tog då totalt kanske en kvart, men under tiden hjälpte jag ju andra som var tvungna att ha medicin vid ett visst klockslag. Så det påverkade inte dom. Sen så jobbade hon i mycket ilska för hon var ganska arg på mig. Sen när den här kvinnan kom tillbaka, då fick hon sig en åthutning igen och då fick jag nog. Jag sa till henne att 'du kan inte hålla på så här. Jag kommer att gå vidare, jag kommer att prata med våran chef om det här. Vi kan inte ha det så här. Du sårade henne och du har gjort mig jätteledsen och sen gick det ut över dom andra'. För när vi gick ut och hjälpte dom vi måste vara två på så skällde hon både på mig och på den vi hjälpte för hon var så himla arg. Och jag sa att du får lägga det bakom dig för det är över och dagen blev inte påverkad för alla fick frukost vid vanlig tid. Så jag

pratade med min chef och hon hade fått lite annat till sig tidigare också, mer än det som hände inne hos oss. (intervju Jenny)

Undersköterskan tyckte omsorgstagaren krävde för mycket uppmärksamhet och hon blev arg både på henne och på Jenny. Alla skulle ha lika mycket av den tid som fanns att fördela, ansåg hon.

Maktobalans

Efter detta bestämde enhetschefen att de skulle ha ett möte som Jenny egentligen inte ville ha. Hon hade skrivit en avvikelserapport på ett vanligt papper som hon lämnat ”lex Sarah skulle cheferna skriva [. . .] och sen går den till någon på stadskontoret, tror jag. Den ska ju gå vidare härifrån men det vet vi aldrig om den gör”. Jenny hade alltså skrivit en avvikelserapport och uppfattade det som att det var enhetschefen som skulle skriva lex Sarah-rapporten. Vad Jenny ville var att få igång en diskussion om hur de arbetade gentemot de äldre:

Den här kvinnan var ju jättearg på mig, självklart. Men jag var inte inne på att egentligen anmäla henne utan att vi skulle få igång en diskussion. För vi är ju faktiskt där för dom boendes skull och inte för varandra. Sen hade det här inte behövt ha hänt om dom tagit hand om det dagen innan. Men hon var jättearg på mig och jag fick sitta och försvara hela situationen och det slutade med att allt var mitt fel. Hon hade inte gjort något fel, utan felet var mitt för jag hade handlat fel i detta. Jag vet för jag skrev en avvikelse på själva bemötandet, gjorde jag. Vad som har hänt är ingenting, hon får jobba kvar och är på precis samma sätt och det får fortgå och jag har fått byta avdelning.

Även om Jenny hade svårt att under vår intervju komma ihåg alla detaljerna, så var hon under deras möte säker på vad som inträffat, därför att hon skrivit ned det. Mötet utvecklades till en ren konfrontation där Jenny stod utan stöd:

Jag fick inte titta på henne, vi satt då alla fyra och jag fick berätta om mina upplevelser och vad jag tyckte att hon hade gjort och betett sig och hade sagt. Och när jag tittade på henne så sa hon, 'Du får inte titta på mig, titta inte på mig – du får titta på dom, jag har inte gjort nåt fel' så då fick jag hela tiden försöka prata till cheferna. Det var jättesvårt, jag står ju för vad jag gjort. Jag sa det till henne, jag är inte ute efter. . . men den här situationen får inte upprepas. Den här kvinnan var jätteledsen, hon berättade mycket för mig. Hon är kanske lite speciell, men det ger inte oss rätt att kränka och utöva nån form av makt över henne

överhuvudtaget [...] Naturligtvis började jag gråta, för det var jätte-jätte-jättejobbigt och jag försökte återberätta, men hon sa hela tiden 'att så var det inte' utan det var jag som la ned för mycket tid och kraft på henne [kvinnan i rullstolen]. Ändå hade jag rehab som bevis på att det inte fanns luft i däck. Hon stöttade mig [arbetsterapeuten] i detta för det handlade om att hjälpa den här kvinnan för att hon skulle må bra, men det spelade ingen roll. Det slutade på nåt sätt med att jag hade nog gjort fel.

Inger: Dom var inte tydliga, cheferna, med att låta dig tala och sen hon?

Jenny: Jo, men dom lät henne ta över. När jag sagt nånting, jag fick prata i lugn och ro, men jag fick inte titta på henne. Sen fick hon ge sin version. Och hennes version var väl trovärdigare.

Inger: Pratade dom inte med nån annan, kvinnan i rullstolen?

Jenny: Nej.

Inger: Hon kunde ju tala för sig?

Jenny: Ja, men nej.

När Jenny återberättade händelsen för mig, förde hon in ett ögonvittne till händelsen – arbetsterapeuten – och det var någon hon vid intervjutillfället också önskade att hon tagit med på mötet, ”instinktivt så visste jag att det var fel att sitta där, jag skulle haft med mig någon mer, jag visste det”. Denna känsla fick hon när hon satt på mötet, och kanske i efterhand när hon satt med facit i hand. Jag frågade om hon inte hade tänkt på att begära hjälp från facket och hon uttryckte då en viss ambivalens, ”Jag trodde aldrig jag skulle hamna i det. Att det skulle vändas. Jag trodde inte det. Vi skulle ha en diskussion om detta. Jag visste att hon skulle vara arg. Men inte så att jag kände att det var jag som hade gjort nåt – jag vet att jag inte gjort nåt”. Mötet fick henne att känna sig skyldig och hon hade svårt för att förstå vad hon gjort för fel. Den tystnad som följde efter mötet förstärkte känslan av skuld och oförstående, ”jag frågade efter sommaren vad som hade hänt. Jag fick aldrig något svar [...] vi har aldrig pratat om detta mer. Aldrig någonsin.”

Varken Jenny eller jag hade tillgång till den utredning som eventuellt utförts av cheferna. Hon sa att det blev svårt att arbeta ihop med den andra undersköterskan. Hon hälsade inte, pratade inte med Jenny. Ibland, på kvällarna, måste de ta hjälp av varandra och ”situationen blev ohållbar. Jag fick flytta på mig”. Undersköterskan hade också talat illa om Jenny och den övriga personalen, som från början varit på Jennys sida, gav henne sedan inget stöd. När hon sa ifrån blev hon obekväm och hon bekräftade denna uppfattning

genom att addera en annan händelse där en vikarie rapporterat om ett fysiskt övergrepp:

Det är jobbigt, jag märker det på den vikarien som gjorde anmälan på den som handgripligen gjorde ett övergrepp, så blev hon också obekvämt. Att det pratas i chefsgruppen det förstår jag också och även om cheferna tycker det är positivt att man reagerar så är det också obekvämt, på nåt sätt vill man ha lite arbetsro, man vill gärna blunda och sopa undan det som händer. För skriver man heller inga avvikelser eller nånting, då har ju heller aldrig nånting hänt.

Jenny sa att vikarien fick höra av chefen att hon överreagerat, att det fanns en "tillåtande attityd från cheferna, det var ok med lite hårda tag ibland". Till detta kom rädsla, menade Jenny, hos anhöriga som inte vågade säga något för de var rädda för att maken eller maken skulle bli lidande, eller: "Dom vill inte klaga på personalen för att några i personalen är bra", men också från omsorgstagarnas sida, "det här var ändå en kvinna som var helt och hållet med. En dement person kan ju faktiskt aldrig säga, att du gör mig illa när du gör så här, men den här kvinnan kunde faktiskt det, men hon vågade inte."

Rapporteringen utlöstes av upprepade incidenter under en längre tid som uppmärksammats av fler än Jenny och som berodde på en undersköterskas dåliga omdöme och bemötande gentemot de boende. Avvikelse rapporten ledde till en konflikt där Jenny framställde det som att den andra undersköterskan behöll makten över såväl ordet som arbetsplatsen. Inget förändrades förutom att Jenny fick erbjudande om att byta arbetsenhet. Hon gav själv två förklaringar till varför det kunde bli så, även om hon också tillstod att hon fortfarande inte fullt ut förstod varför. Den ena var att den andra undersköterskan var mer trovärdig än hon själv var, varför det uppstod en maktobalans. Jenny sa om undersköterskan att: "Hon är en väldigt stark person, jag blev ju jättesvag. Nackdelen för mig var att jag brast till slut, men det gick inte." Jenny fick inte heller händelsen att framstå som tillräckligt allvarlig, "När man sitter och pratar om det, när man berättar om det så låter det så banalt". Det andra som kunde förklara varför inget hände var att omsorgstagaren, enligt Jenny, uppfattades som "lite speciell" och att det fanns en tillåtande attityd mot personalen hos cheferna. Att omsorgstagaren inte sade ifrån tolkade Jenny som att hon inte vågade.

Institutionellt förankrade förklaringar och handlingar

I Jennys redogörelse är det uppenbart att hon fann anledning att försvara och rättfärdiga både varför hon rapporterade om kollegan och varför hon hjälpte omsorgstagaren, eftersom det tydligt framgick att hon kände sig ifrågasatt. Hon växlade mellan att försvara sitt agerande, med hänvisning till att det inte var rätt att kränka de boende och att man var där för ”deras skull”, och att lägga skuld på den andra undersköterskan, som lät sin ilska gå ut över andra och inte gjorde det hon skulle. Jenny adderade dessutom två vittnen för att understryka både att hon handlat rätt och att hon haft rätt att framföra kritik: arbetsterapeuten som ett ögonvittne och vikarien som upplevt en liknande situation.

Undersköterskan lade i sin tur skuld på Jenny – hon ägnade för mycket tid åt en enskild omsorgstagare när de hade många andra att ta hand om. Rapporteringen gällde kränkande behandling av en omsorgstagare, men den beskrev också en konflikt som speglade olika uppfattningar om hur omsorgen skulle utföras. Jenny tog rollen som företrädare för omsorgstagaren som hon menade inte vågade tala för sig, även om hon kunde. Konflikten var dock inte endast knuten till denna omsorgstagare, utan till undersköterskans attityd och ett sätt att bemöta omsorgstagarna som flera i personalen hade uppmärksammat och ogillat.

Omsorgstagaren utkrävde inte ansvar av någon. Jenny gjorde det i hennes ställe och hon vände sig då till de närmaste cheferna. De förklaringar som de enligt Jenny gav har också framkommit i tidigare kapitel. Cheferna avvisade rapporten genom tystnad, efter mötet talades inte mer om händelsen. Vad cheferna gjorde eller inte visste inte Jenny och hon frågade bara en gång vad som hänt – och fick inget svar. Omsorgstagaren beskrevs dessutom som ”speciell” och hade orimliga krav och cheferna tycktes hålla med om att lite ”hårda tag” inte skadade. Kritiken neutraliserades här både genom förnekande av skada, förnekande av offer och som jag beskrev ovan, fördömande av fördömaren – det var Jenny som agerat ”fel”, enligt den anmälda.

Det senare var något som Jenny kände ett påfallande tryck av under mötet med cheferna. Det blev också tydligt under intervjun att detta varit en mycket känslig situation för henne. Det var inte bara sättet att tala; att hon tvingades försvara varför hon ägnat så mycket tid åt en ”speciell” omsorgstagare. Hon förlorade kontrollen – hon fick inte fästa blicken där hon ville och hon började gråta, mot sin vilja. När hon började vackla i uppfattningen om det verkligen varit så illa som hon från början trott tog hon upp avvikelserapporten som hon

skrivit som bevis för att hon visste vad som hade hänt. I andra sammanhang fungerade personalens dokumentation som bevis, vilket Jenny också påpekade i sin redogörelse, men inte i det här fallet. Hon visste inte vart rapporten tagit vägen. Jenny kunde inte i den pressade situationen använda sig av rapporten, eftersom den inte fanns där.

Omsorgstagaren hördes inte alls i den här redogörelsen. Jenny beskrev och talade om och för henne, men det uppstod en konflikt mellan Jenny och undersköterskan, om vem som gjorde vad och vem som bar skuld eller inte.

Domänbyte och arbetskonflikt

Att döma av det Jenny sa och hennes förklaringar så medförde mötet ett byte av domän (Miller & Holstein 1995). Jenny trädde därmed in i sociala relationer som helt och hållet styrdes av ett arbetsmiljöperspektiv. I detta rum och med nya parter fanns inte någon omsorgstagare – även avvikelserapporten tycktes försvunnen. Kvar fanns en mycket arg och ”stark” undersköterska som kände sig orättvist anklagad samt en alltmer ledsen och slutligen gråtande undersköterska. Cheferna hanterade situationen som en konflikt mellan kollegorna och inte som ett missförhållande där någon eventuellt hade lidit skada. De lyckades inte medla i ”konflikten” utan beslöt sig efter en viss betänketid för att flytta på någon av parterna. Den svaghet som Jenny upplevde kan också mycket väl ha resulterat i att hon ansågs som den lättaste att flytta. Hon fick ett ”erbjudande” som hon accepterade utan att bråka. Genom att betrakta händelsen som en arbetskonflikt behövdes ingen utredning enligt lex Sarah, ett beslut som fattades av det två cheferna.

När jag gick igenom lex Sarah-rapporter med en av verksamhetsutvecklarna påpekade hon apropå en rapport att ”det här var egentligen ingen riktig lex Sarah”. Hon menade att det var två undersköterskor som inte kunde komma överens. Det fanns ingen egentlig utredning i den rapporten, bara en åtgärd som bestod av samtal med de inblandade undersköterskorna. Men en rapport blev i det fallet skriven, även om den i övrigt inte verkade ha någon mer funktion än att den ökade antalet lex Sarah-rapporter i stadsdelens statistik.

Om det i Jennys fall var en konflikt mellan två kollegor över hur arbetstiden skulle fördelas så framstår Jenny som en intern kritiker, som till en början hade stöd av gruppen (Hedin, Månsson & Tikkanen 2008:72f). Hon är då inte i första hand en företrädare för omsorgstagaren utan företräder medarbetarna i en arbetsmiljökonflikt – de har en otrevlig kollega som ingen vill arbeta med. Konflikten trappas upp när cheferna dras in och genom att inte agera mot

undersköterskan väljer de sida (jfr Miller & Holstein 1995). Jenny förlorade successivt stödet av medarbetarna och föreslogs att byta avdelning. Omplacering eller att kritikern säger upp sig själv har påpekats vara ett vanligt scenario för den som inte går ut externt med kritik (ibid). Jennys redogörelse passar således väl in i de mönster som utkristalliserats vid studier av whistleblowers och där processen stannat vid intern kritik. Ett av de mest framträdande syftena med lex Sarah är att få de anställda att rapportera mer och att göra det utan rädsla för repressalier (Prop. 1997/98:113, s. 88f). Jenny var inte rädd för repressalier även om hon tyckte det var obehagligt att rapportera en händelse som så nära berörde en kollega, men i och med att den andra undersköterskan arbetade kvar och Jenny fick flytta på sig, uppfattade hon det ändå som att det var hon som ansågs ha agerat fel.

Ansvarsutkrävande rapportörer – ett arbetsmiljöperspektiv

Sofie är också undersköterska och arbetade även hon på ett större äldreboende i Göteborg. Hon är den yngsta som jag intervjuat, men hon hade ändå hunnit arbeta i flera år inom äldreomsorgen och hade en fast anställning. På äldreboendet fanns olika enheter (eller avdelningar). De händelser Sofie redogjorde för utspelade sig på en korttidsenhet, där det var meningen att de äldre inte skulle stanna mer än tre veckor. Platserna användes både för rehabilitering och för växelvård. På grund av olika omorganisationer⁵¹ av stadens äldreomsorg hade såväl rehabiliteringsenheter som korttidsboende minskat i antal och Sofies arbetsplats hade under de senaste månaderna förändrats avsevärt till följd av detta. Man hade fått fler omsorgstagare med svårare diagnoser och som behövde mycket hjälp och det hade blivit mer ren sjukvård i form av stora såromläggningar. Sofie kommenterade det: ”Inom loppet av kanske två veckor hade vi fyra dödsfall [...] när dom gått bort ska vi gå dit och städa rummet så fort dom kommit bort som om ingenting har hänt. Det är faktiskt jobbigt.” Det var en mycket stor variation av omsorgstagare, en del var dementa och väntade på utredning eller demensboende, medan andra skulle rehabiliteras för att återvända hem. Några var hemma två veckor och på boendet två veckor. Treveckorsgränsen existerade inte i praktiken menade Sofie, nästan ingen stannade så kort tid och någon hade varit där ett år.

⁵¹ Omorganisationen av äldreomsorgen ingår som ett led i en större organisatorisk förändring av arbetsordningen i hela Göteborg enligt de politiska beslut som fattats av kommunstyrelsen. 21 stadsdelar har blivit 10 och alla stadsdelar har fått en likadan styrningskedja med stadsdelschef och chefer för samma områden.

Sofie pratade i första hand utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Det saknades resurser, både vad gällde personal, hjälpmedel och kunskap/utbildning. Lokalerna var inte anpassade efter de mångfacetterade behov omsorgstagarna hade. Sofie berättade om liftar som inte fick plats, det saknades handskar, handsprit och matsalen var för liten: ”Vi har inte tillräckligt med resurser, vi har inga bra lokaler, vi är inte tillräckligt kvalificerade för det arbete de ger oss. Vi har ett sår som borde skötas av hud [kliniken], det blir värre och värre. Det är vanvård från vår sida, men sjuksköterskorna lyssnar inte.” Sofie beskrev en tydlig konflikt mellan omsorgspersonal och sjukvårdspersonal (sjuksköterskorna). Hon tog även upp informationsbrister från biståndsbedömarnas sida om vad som stod och inte stod i de utredningar de fick:

En kvinna som kom till oss på rehab-plats dog efter fyra dagar [...] vi visste inte att hon var sjuk i cancer [...] då hade vi gett henne en helt annan... [paus]. Vår chef [sade] 'ni ska inte göra skillnad' men självklart gör vi skillnad. Det gör vi hela tiden. Jag pushar inte på en människa som är dödssjuk i cancer att gå och träna och tvingar henne upp för att gå ut och äta. Jag behandlar henne annorlunda utifrån hennes behov till skillnad från någon som är deprimerad som vi måste få ut från rummet.

På en punkt skilde sig Sofies redogörelse avsevärt från Jennys. Här höll omsorgspersonalen samman:

Vi är en ganska bra personalgrupp, vi pratade oss samman, 'det här kommer inte att gå om vi inte håller ihop' [...] det som varit bra är att vi är överens. Så fort det är nåt så skriver vi, oavsett vad det är så skriver vi en avvikelserapport och det funkar faktiskt. Det hade varit tråkigt om hälften av arbetsgruppen inte gjort det. Så var det i början, en två-tre stycken som inte skrev. De tyckte inte det var nåt, men då märkte vi att det inte gick i längden. Vi satte oss och pratade, vi måste alla vara överens. Vi satte det i system. Vi ringde chefen, förklarade för MAS hur det låg till och vi sa till henne: 'det är ditt ansvar, du är medicinskt ansvarig.' Ofta är det så att då vaknar dom till, när vi säger att vi tar inte det ansvaret [...] en massa folk vill inte ta sitt ansvar. Man är gärna lite i bakgrunden och gör inte så mycket.

Sofie berättade om flera brister, avvikelser och missförhållanden hon sett de senaste månaderna. Det var inte ovanligt att omsorgstagarna inte fick någon medicin eller att medicin förväxlades. Hon förde fram en hel del kritik som rörde sjuksköterskorna – att de inte ”bryr sig” – varken de som fanns stationerade på enheten eller de som kom från hemsjukvården. Varje gång

ringde de chefen, dokumenterade, ringde MAS och de hade också fört samtal med facket.

Avvikelse rapporterna blev fler och fler, men när det kom till lex Sarah blev Sofie mer tveksam, trots att några tillbud varit allvarliga. Sofie menade att det var chefen som skulle skriva en lex Sarah. Personalen sa till, skrev ned händelser och lämnade vidare,⁵² men vad som sedan hände, och att avgöra allvarlighetsgraden var chefens eller MAS ansvar.

Ett fall som Sofie lyfte fram som särskilt allvarligt rörde en man som blev mycket försämrad en sen eftermiddag. Han fick då redan vätska intravenöst sedan något dygn tillbaka. Sofie ringde efter sköterskan.

Har vi tur så är dom i huset. Vi ringde, en sköterska svarade så hon var på plats. Hon sa att hon hade slutat. Vi sa att hon skulle komma för han var jättedålig. Hon tyckte vi skulle ringa kvällssköterskan [hemsjukvården] Sen kom hon ändå med en tidning. Då var hon på plats även om hon hade slutat. Vi sa till henne att du kan väl gå in och titta till honom ändå, det är nåt som inte stämmer och hon var ändå den mest kompetenta. Men hon sa att det inte var så farligt 'jag har bråttom' och så gick hon.

Senare anlände kvällssköterskan och kopplade bort vätskan då mannen hade lungödem, och han avled senare samma kväll. Omsorgspersonalen skrev en avvikelse rapport och kontaktade MAS som ordnade ett möte med all personal där det konstaterades att det fanns stora brister i kommunikationen mellan de olika personalgrupperna. Sofie höll med om att det brast i kommunikationen, men huruvida det här var en lex Sarah-utredning eller om det ledde till en lex Maria vet inte Sofie: ”Det har inte blivit nån anmälan, dom försöker så att det inte ska bli nån lex Sarah, för då är det ju riktig vanvård.” Sofie menade att cheferna eller MAS konstaterade att det varit ett allvarligt missförhållande och att detta sedan skulle anmälas till Socialstyrelsen, men att de helst undvek att skriva rapporter, eftersom det indikerade att verksamheten vanvårdade de äldre. Hon sa även att det var känsligt med rapporter och att många av de anställda såg en rapport som att de på något vis fick ”en prick på sig [...] dom tror att det står i deras papper att dom fått en anmälan på sig

⁵²Det finns blanketter för avvikelse rapporter, både sociala och medicinska, och det ska finnas särskilda blanketter för lex Sarah-anmälan. Det är nämndens ansvar att delegera till arbetsledningen att utarbeta rutiner för hur anmälningar ska göras och tas om hand. Sofie hade inte fyllt i någon särskild lex Sarah-blankett. Hon hade fyllt i avvikelse rapporter men också dokumenterat i flera olika dokumentationssystem, samt framfört muntliga rapporter om missförhållanden, vilka hon vid några tillfällen blivit ombedd att skriva ned och lämna till enhetschefen eller MAS.

[...] så en massa anmälningar som borde blivit gjorda tror jag sopas under mattan”. Även Jenny hade inställningen att det underrapporterades. Detta var en uppfattning som fanns hos flertalet av mina informanter.

Sofie visste inte vad som hände med alla de avvikelserrapporter och annat som de rapporterade till MAS, enhetschef och verksamhetschef: ”Vi vill få veta vad som händer med anmälningarna, med uppföljningen, men det får vi sällan veta.”

Dokumentera mera

Sofie tyckte det lades mycket tid på olika projekt som hade med data och dokumentation att göra, men de skrev fortfarande all dokumentation för hand och på tre olika ställen. Det rörde inte bara var något skulle skrivas utan också om *hur* personalen skulle skriva. Sofie och hennes kollegor hade varit på dokumentationskurs. Det var mycket information om vad de inte fick skriva, att de inte fick använda några kränkande ord och de fick några förslag på vad de skulle skriva, ”Vissa ord så skrev dom förslag, istället för 'gapa' skrev dom 'höjde rösten' men så som det är nu har vi inte tid att dokumentera. Vi skulle anteckna vad vi inte fick anteckna men folk slutade dokumentera. Det blev för jobbigt. Att vi ska stå och tänka på vad vi ska skriva.” Sofie sa att det var svårt att hinna med att dokumentera under arbetspassen och att de i bästa fall skrev innan de gick hem för dagen.

Vad Sofie beskrev var en omorganisering som genomförts över huvudet på omsorgspersonalen, arbetet hade blivit fysiskt och psykiskt tyngre och det krävdes samtidigt av personalen att de skulle dokumentera mera. Till sammans hade arbetsgruppen kommit överens om att de skulle göra det och rapporterade allt som inträffade som kunde sägas vara avvikelser eller missförhållanden. Syftet med deras rapporter var att peka på missförhållanden, men också att få till stånd en förändring av arbetsmiljön. Det skapade konflikter på arbetsplatsen och eldade på de konflikter som funnits sedan tidigare. I dessa involverades även anhöriga. Sofie sa att det fanns ”bra anhöriga som har förstått” och att verksamhetsansvariga lyssnade mer på anhöriga än på omsorgspersonalen. Därför såg personalen gärna att även anhöriga klagade och försökte ”pusha på dom anhöriga att ta det steget”. Sofie sa att en anledning till att anhöriga inte klagade var att de ”tycker att vi gjort ett så bra jobb så dom vill inte ställa till det. Dom tror att dom anmäler oss personligen, men det är verksamheten dom anmäler”. Sofie framhöll alltså att anhöriga och omsorgspersonal hade ett gemensamt intresse i att försöka förändra arbetsmiljön

och att anhöriga hördes bättre än omsorgspersonalen.

Sofie sa att hon sökte annat arbete trots att hon hade en fast anställning, ”men jag gillar arbetet fast mitt upp i alltihop så är det ingen som ser vårdtagarna och det är dom som lider allra mest.”

Intern kritik i grupp

Sofie var till skillnad från Jenny inte ensam med rapporteringen, här fanns en grupp arbetskamrater som kommit överens om att det var mycket som inte fungerade på avdelningen och man gjorde gemensam sak av att rapportera ”allt”. I detta arbete byggde man också allianser med anhöriga. Till grund för rapporterna låg incidenter som förklarades av bristande resurser, oengagerad personal och en ökning av antalet omsorgstagare som hade en mer komplex problematik, vilket personalen tyckte att de varken fått tillräckligt information om eller hade tillräckliga kunskaper för att sköta. Ansvarsfrågan var central i denna redogörelse. Personalgruppen kände att den varken kunde eller ville ta ansvar för vad som hände och rapporteringen var dess sätt att utkräva ansvar av verksamhetsledningen och av andra personalgrupper. Sjuksköterskorna svarade med samma mynt – och här fanns en tydlig skuldbeläggning – de olika grupperna anklagade varandra för att inte sköta sitt jobb. Det blev en härva av olika rapporter och en infekterad stämning. Rapporteringen bidrog till att konflikterna förvärrades mellan yrkesgrupperna.

Även här bytte konflikten domän, när MAS utredde och hade möten så förändrades de konkreta händelserna som Sofie och hennes kollegor beskrev till kommunikationsproblem mellan olika personalkategorier. Det var inte längre omsorgstagare som inte fick tillräcklig uppmärksamhet av sjukvårdspersonal, det var inte material som saknades, eller för många och vårdtunga omsorgstagare i lokaler som inte var anpassade efter deras behov, utan det var de anställda som inte kunde kommunicera med varandra. Detta var uppenbart en del av problemen, men inte allt. Omsorgstagarna lämnades utanför denna konflikt, oavsett hur eller om de påverkades av den.

De problem som personalgruppen förde fram var inga hemligheter för verksamhetsledningen eller för övriga anställda (jfr Hedin, Månsson & Tikkanen 2008:70). De diskuterade i gruppen, med chefer och med anhöriga. Sofie talade mycket med cheferna och även med MAS. På det sättet var det inte kommunikationsbrist – här rådde ingen tystnad, annat än från omsorgstagarnas sida.

Rapporteringen fyllde olika funktioner, å ena sidan förvärrades konflik-

ten mellan personalgrupperna, eftersom sjuksköterskorna svarade med att också skriva rapporter som gällde omsorgspersonal. Å andra sidan ledde rapporteringen till att de fick extra förstärkning av en sjuksköterska.

De måste också lära sig att dokumentera ordentligt. Det var samma typ av glidning som i den första fallbeskrivningen med Lena och Gunilla, från rapporterade problem om svårigheter med att utföra den praktiska omsorgen – omsorgstagarna fick ligga länge med blöta blöjor, vänta på maten, omsorgspersonalen visste inte hur vissa sår bäst borde läggas om – till brister i kommunikation och dokumentation, enligt den utredande sjuksköterskan.

Som Sofie beskrev dokumentationskursen så handlade den om hur de skulle skriva och vilka ord de fick lov att använda. Detta var styrning av både dokumentation – de fick inte skriva vad och hur de ville – och av arbetet med den. Instruktioner om vad som var viktigt att dokumentera och hur, pekade också ut vad som var viktigt för personalen att faktiskt utföra. I hur hög grad riktlinjer för vad som ska dokumenteras i själva verket påverkar vad personalen sedan gör i omsorgsarbetet har jag inte kunnat undersöka, men det förefaller vara ett sätt att i förväg bestämma hur vissa kategorier av händelser ska beskrivas innan de hänt. Någon annan än omsorgspersonalen har kategoriserat och strukturerat ett dokumentationsspråk som ska vara gångbart för alla och för en bestämd uppsättning händelser. Vardagens händelser ska pressas in i förutbestämda kategorier och ett förutbestämt språkbruk (jfr Rankin 2003).

Sammanfattning av rapportörernas erfarenheter

Enligt redogörelserna har undersköterskor rapporterat händelser som involverat annan personal, i det första fallet kränkande bemötande och det andra omsorgsbrist eller möjligen försummelse. Båda två vände sig i första hand till sin närmaste chef. De fyllde inte i någon specifik blankett för lex Sarah-rapporter. Båda hade uppfattningen att de bevittnat allvarliga missförhållanden i omsorgen om äldre. Däremot visste ingen av dem om det de rapporterat utreddes eller bedömdes som allvarligt missförhållande.

I båda fallen inträdde nya parter och rapporteringen resulterade i konflikter. Två olika typer av transformationer inträffade, i det första flyttades fokus från omsorgstagaren och den skada hon eventuellt kunde ha lidit i den uppkomna situationen till en konflikt mellan två undersköterskor om hur omsorgsarbetet skulle fördelas och utföras. En sådan omvandling kom till stånd, genom legitimerande förklaringar och handlingar, som med rapportörens ord indike-

rade en inställning till äldre människor som inte alls så sköra som det ibland påstods, utan att de tålde ”hårda tag”. De behövde helt enkelt uppfostras. Andra väl kända och etablerade uppfattningar om ”besvärliga omsorgstagare” spelade också in och samverkade med ytterligare en i svenska omsorgssammanhang spridd institutionell diskurs om ett slags kollektivt tidskapital som ska fördelas av personal till omsorgstagarna och där alla ska få lika mycket oavsett behov. Att den tid som finns ska fördelas lika mellan alla kan ses som uttryck för en viss normativ standard (Dahler-Larsen 2008) i omsorgsarbetet, ingen ska få mer och ingen mindre, alla ska behandlas lika (Andersson 2007). Det var en standard som cheferna understödde, samtidigt som omsorgstagaren sades kräva för mycket uppmärksamhet. Tillskrivningen av denna egenskap användes som en neutraliseringsteknik (Sykes & Matza 1957; jfr Astvik 2002; Ingvad 2003:96). I det andra fallet förändrades problembeskrivningen från omsorgsarbetets utförande till dokumentation och kommunikation mellan personalgrupper.

I båda fallen utvecklades konflikter och här fanns likheter med kritikerprocesser; i det förra en intern kritiker som slutligen stod ensam och kände sig tvungen att byta arbetsplats, vilket var anmälans enda resultat, och i det senare en grupp anställda som gemensamt förde fram välkända bekymmer om arbetsmiljön. Här drogs även anhöriga in som part i konflikten. Som ett resultat av de många rapporterna följde några förändringar: en extra sjuksköterska tillsattes och personalen fick dokumentationsutbildning.

Var då dessa händelser som undersköterskorna återgav att betrakta som allvarliga missförhållanden? Det var den fråga som verksamhetens ansvariga hade att utreda och som det rådde stor tveksamhet kring om de gjorde i de ovan beskrivna ärendena. Från Jennys och Sofies perspektiv framstod det som oklart, de visste inte hur eller om deras rapporter utretts till fullo. De var när händelserna utspelades osäkra på allvarlighetsgraden i det inträffade.

Varken Jenny eller Sofie såg egentligen något resultat av sin rapportering, i alla fall inte det resultat de var ute efter. Syftet med lex Sarah var när lagen skrevs uttryckligen att den skulle vara ett stöd för personalen att kunna rapportera om missförhållanden utan risk för repressalier (Prop. 1997/98:113). Undersköterskorna talade inte om några direkta repressalier, men i Jennys fall saknades allt stöd. Sofie hade stöd av sina arbetskamrater, men de rutiner som skulle finnas enligt Socialstyrelsens föreskrifter var inget stöd för henne. Snarare var olika rapporteringssystem och gränsen mellan sjukvård och omsorg, medicinska och sociala avvikelser förvirrande och ett hinder för Sofie och hennes kollegor, när de försökte rapportera om missförhållanden eller

brister oavsett allvarlighetsgrad.

Då ingen av oss haft tillgång till de utredningar som verksamhetsansvariga eventuellt genomfört i de här beskrivna ärendena kommer jag i de följande två kapitlen att ta hjälp av andra lex Sarah-rapporter (totalt 70 stycken) för att, för det första, försöka utröna vad som i praktiken bedömts som ett allvarligt missförhållande och på så vis sätta Jennys och Sofies erfarenheter i en större kontext. För det andra kommer jag att granska de lex Sarah-utredningar jag fått tillgång till och där specifikt söka svar på de frågor som väckts av de ovanstående erfarenheter som hur rapportörernas, kontra de rapporterade, utsagor görs trovärdiga, vem man talar med och hur åtgärderna kopplas samman med problembeskrivningarna.

8

LEX SARAH

Detta kapitel har i huvudsak ett beskrivande syfte, både vad gäller lagstiftning och de insamlade rapporternas innehåll. Lagen har i praktiken visat sig svår att förstå (Länsstyrelserna 2009; Socialstyrelsen 2010a), vilket motiverar en beskrivning av lagtexten och den förändring som skett. Det finns inte heller någon tidigare forskning om lex Sarah och det har därför känts angeläget att mer ingående beskriva hur rapporterna såg ut och vad de innehöll. Innan jag går in på innehållet i rapporterna och vilka användningsområden dessa har, gör jag en kort genomgång av regelsystemet för lex Sarah. Bestämmelsen har ändrats vid några tillfällen sedan den infördes 1999 och den senaste förändringen inföll under studiens genomförande. Därför kommer först en kort genomgång av vad som gällde för det material som jag samlade in, därpå följer en sammanfattning av regelsystemet som det ser ut från och med 1 juli 2011 med betoning på de förändringar som införts. Därefter sammanfattar jag hur den praktiska tillämpningen av lex Sarah uppfattas av några intervjuade enhetschefer och tjänstemän. Avslutningsvis beskriver jag hur de dokument som jag samlat in såg ut och deras innehåll.

Lex Sarah – före den 1 juli 2011

Före den 1 juli 2011 innebar Lex Sarah att alla som var verksamma inom omsorg om äldre och funktionshindrade hade en skyldighet att *anmäla allvarliga missförhållanden*.

Var och en som är verksam inom omsorger om äldre personer eller personer med funktionshinder skall vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild skall genast anmäla detta till socialnämnden. Om inte missförhållandet avhjälps utan dröjsmål, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Anmälningsskyldigheten gäller också den som handlägger ärenden enligt denna lag.

Första stycket gäller även inom motsvarande yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet. Anmälan skall göras till den som bedriver verksamheten. Den ansvarige är skyldig att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet eller anmäla detta till tillsynsmyndigheten. (14 kap. 2§ SoL, trädde i kraft 1999-01-01, upphörde 2011-07-01)

Varje nämnd med ansvar för omsorger om äldre personer hade (och har fortfarande) skyldighet att fastställa rutiner för handläggning av anmälningar om allvarliga missförhållanden. Rutinerna skulle ha en likartad utformning i samma kommun och det skulle tydligt framgå (Socialstyrelsen 2010:58f):

- vem som kan göra en anmälan
- hur den ska gå till
- vem som ansvarar för att omedelbara åtgärder vidtas och att en utredning genomförs och dokumenteras
- hur nämnden ska få information om anmälan, utredning, beslut, vidtagna och planerade åtgärder .

Samma rutiner gällde för yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet (ibid: 79ff).

Det var således enbart personal som var verksam inom omsorgen som kunde göra en lex Sarah-anmälan, men anmälaren behövde inte vara ögonvittne till missförhållandet. Uppgifterna om missförhållanden kunde komma från den enskilde, anhöriga eller andra personer som inte var anställda inom omsorgen. Om omsorgspersonal fick kännedom om ett missförhållande hade de skyldighet att anmäla detta till nämnden. Anmälningrutinerna var oftast utformade så att den verksamhetsansvarige (både i kommunal och enskilt yrkesmässigt bedriven verksamhet) ansvarade för att anmälan dokumenterades, utreddes, åtgärdades, beslut fattades och nämnden informerades. Omsorgspersonal,

enhetschef eller verksamhetschef skrev ned anmälan – ibland användes färdigtryckta blanketter – den skulle innehålla en händelsebeskrivning samt datum och namn på inblandade personer. Därefter gjorde en av verksamheten utsedd person en utredning där information inhämtades från berörda personer och detta dokumenterades. Det kunde vara olika personer som gjorde utredningarna, vanligt var att enhetschefen eller verksamhetschefen utredde, men även medicinskt ansvarig sjuksköterska, eller andra tjänstemän på förvaltningarna kunde tilldelas uppgiften. En bedömning och ett beslut av huruvida det inträffade var eller riskerade att bli ett allvarligt missförhållande skulle skrivas ned av utredaren. Vidtagna och planerade åtgärder skulle också dokumenteras. Utredaren kunde intervjua olika personer och inhämta anteckningar, brev och journaluppgifter som var aktuella. Anmälan, utredning, beslut och åtgärder sammanfattades i ett tjänsteutlåtande som redovisades i nämnden. Beslutet kunde ogillas av nämnden, som t ex kunde ha synpunkter på allvarligheten i det inträffade och på åtgärdernas relevans. Ledamöterna kunde också reservera sig mot nämndens beslut. Nämnden hade ingen skyldighet att underrätta tillsynsmyndigheten om lex Sarah-rapporterna. Det var endast om det allvarliga missförhållandet inte avhjälpes utan dröjsmål som nämnden skulle anmäla missförhållandet till tillsynsmyndigheten (Socialstyrelsen 2010a:77). Det senare har varit mycket ovanligt (Socialstyrelsen 2008a). Samlade redovisningar av lex Sarah från stadsdelarnas äldreomsorg till nämnderna gjordes i Göteborg var tredje eller var sjätte månad.

Missförhållanden uppstår till följd av aktiva handlingar eller försummelser inom omsorgen och dessa kan vara både avsiktliga och oavsiktliga. Det finns ingenting som talar för att avsiktlighet har någon betydelse, tvärtom poängteras att det är konsekvensen av det inträffade som ska åtgärdas och nya brister förebyggas utan att någon syndabock utpekas (Socialstyrelsen 2010a:71). Socialstyrelsen ger några exempel på handlingar eller försummelser som kan ge upphov till, eller riskera att ge upphov till, allvarliga konsekvenser: fysiskt och sexuellt våld, psykiska övergrepp som kränkande bemötande, inlåsning och frihetsberövande, insatser som är viktiga för den enskildes liv och hälsa som inte blir av, diabetiker som blir utan hjälp och inte kan ta vare sig mat eller medicin, när någon inte kan tillkalla hjälp (larm utom räckhåll), när larm inte åtgärdas så snart som möjligt, risker i miljön som branta trappor samt ekonomiska brott⁵³ av olika slag. Huruvida stölder ska anmälas som lex

⁵³Socialstyrelsen (2010a:51) ger exempel som ”stöld av pengar eller ägodelar, utpressning och förskingring”, men de kallar detta för ekonomiska övergrepp, inte för brott.

Sarah har diskuterats, de ska dock alltid polisanmälas och utredas internt. Om stölden utgör eller har utgjort ett allvarligt hot mot den enskildes psykiska eller fysiska hälsa ska den anmälas enligt lex Sarah (ibid:53).

Syftet med lex Sarah i regeringens förarbeten

Syftet med lex Sarah var ”att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och till att skydda den enskilde från missförhållanden” (Socialstyrelsen 2010a:18). I propositionen (1997/98:113) fastslogs att bestämmelsen för det första syftade till att komma till rätta med missförhållanden, för det andra skulle den vara ett stöd för personal och andra verksamma att kunna anmäla utan rädsla för repressalier. Några sanktioner mot personal som inte fullgjorde sin anmälningsskyldighet var därför inte aktuella (ibid:88f).⁵⁴

Den lagstadgade skyldigheten att anmäla missförhållanden skulle även ”bidra till att den enskildes intressen bättre kan tillvaratas” (ibid:86), då många äldre ansågs ha särskilt svårt att framföra och få gehör för sina klagomål och synpunkter. Brister som uppdagats inom äldreomsorgen (s k vanvårdsskandaler) och framför allt ”skyddslösheten hos de äldre som är helt beroende av socialtjänsten” (ibid:86), motiverade bestämmelsen. Därtill pekades i propositionen på ytterligare önskvärda effekter av lagen: bättre uppföljning och upptäckt av såväl risker som brister, att verksamhetstillsynen fick en bättre utgångspunkt och att enskildas intressen skulle tillvaratas på ett bättre sätt än tidigare. Vidare poängterades portalparagrafen i socialtjänstlagen, alltså att socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet, och det framhölls att:

En ny reglering får inte utformas så att den i något läge kan komma i konflikt med en äldre människas rätt till självbestämmande. Om den enskilde har förmåga att själv ta ställning och uttryckligen motsätter sig att en viss anmälan görs bör detta respekteras (ibid:87).

Personalens anmälningsskyldighet knöts i propositionen således starkt till en företrädarfunktion för äldre som hade synnerligen svårt att framföra sina egna synpunkter och kvalitetssäkringsaspekten på verksamhetsnivå framträdde mindre tydligt. Samtidigt poängterades äldre människors rätt till självbestämmande.

⁵⁴Ett fall fick jag kännedom om via Socialstyrelsen, där två tjänstemän polisanmäldes för tjänstefel därför att de inte gjort någon lex Sarah-utredning. Tjänstemännen åtalades dock aldrig pga att åklagaren dröjde för länge med förundersökning. Åklagaren kritiserades senare av JO (2009, dnr 355-2008).

Sammanfattningsvis går i propositionen att spåra flera mångtydiga syften med lex Sarah där såväl personalens skyldigheter som brukarens rättigheter framhålls. Bestämmelsen syftade till att:

- i första hand att komma till rätta med missförhållanden
- förbättra insyn och kontrollera omsorgen om de mest skyddlösa, utan att inkräkta på brukarens rätt till självbestämmande.
- förmå och stödja personal att rapportera om missförhållanden
- bidra till att brukarnas intressen tillvaratogs

Lex Sarah – efter den 1 juli 2011

Förändringen som skedde 1 juli 2011 innebär att personalens anmälnings-skyldighet numera benämns *rapporteringskyldighet* och har utvidgats till att gälla för var och en som utför uppgifter inom socialtjänsten. Å ena sidan är detta en utvidgning av bestämmelsen, den gäller nu hela socialtjänsten, å andra sidan har bestämmelsen begränsats till att gälla den egna verksamheten (tidigare gällde det var och en som arbetade inom omsorg). Det betyder att anställda inte kan rapportera brister enligt lex Sarah i någon annan verksamhet än den egna. Missförhållanden kan alltid påtalas direkt till tillsynsmyndighet, men detta är en möjlighet, ingen lagstadgad skyldighet (Fransson 2012).

För att ytterligare förtydliga och säkerställa att fel och brister verkligen rapporteras har personalen numera skyldighet att rapportera om *alla* missförhållanden, inte enbart de som personalen anser vara allvarliga. Detta för att klargöra att ansvaret för bedömningen av allvarlighetsgraden inte ligger hos den rapporterande personalen, utan görs av utredaren. Den som rapporterar kan inte, och har heller aldrig kunnat, vara anonym. Förslag om att anonyma rapportörer bör tillåtas, har inte fått gehör i lagstiftningen. Verksamheten ska tillse att någon (ofta enhetschefer) utreder rapporten. Alla missförhållanden ska rapporteras och de som bedöms som allvarliga anmäls till Socialstyrelsen. *Anmälningskyldigheten* gäller numera arbetsgivaren som ska skicka rapport, utredning och åtgärder till Socialstyrelsen som är tillsynsmyndighet från 1 januari 2010, i de fall utredningens beslut visar att det inträffade varit, eller riskerar att bli, ett allvarligt missförhållande. Socialstyrelsen har också givit ut en färdigtryckt blankett för anmälan till Socialstyrelsen (SOSFS 2011:5). Det som är nytt är alltså att *alla* missförhållanden *rapporteras* av personal och

att de som utredaren bedömt som allvarliga *anmäls till Socialstyrelsen*. Det är nämnden som är ytterst ansvarig för äldreomsorgen och anmälningskyldig till tillsynsmyndighet.

Förändringen föregicks av en proposition (Prop 2009/10:131). Fortfarande är det primära syftet att komma tillrätta med missförhållanden, men verksamhetsutveckling och det systematiska kvalitetsarbetet är mycket mer uttalat nu än tidigare. Följande syften med bestämmelsen går att finna i propositionen:

- att komma till rätta med missförhållanden och utveckla verksamheten
- att vara ett stöd för personal att rapportera missförhållanden
- att bidra till att höja kvaliteten i verksamheten och bidra till en enhetlig kunskapsbild över landet vad gäller förekomst av missförhållanden
- att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och skydda den enskilde från missförhållanden

I den senare proposition har de syften som framgick i den första propositionen (1997/98:113) om tillvaratagande av brukarnas intresse och självbestämmande fått stå tillbaka för en mycket starkare betoning på god kvalitet och rapportering som ett led i ett systematiskt kvalitetsarbete. Visserligen tar skyldigheten *principiellt* sikte på händelser där människor inte förmår, vågar eller kan ta ställning till om en rapport ska göras och det påpekas att detta inte får komma i konflikt med den äldres rätt till självbestämmande, men den enskildes uppfattning har fått en svagare ställning. Som vägledning för hur den enskildes uppfattning om anmälan ska hanteras tar propositionen avstamp i förarbeten till Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Skyldigheten att anmäla ska *inte* vara ”beroende av den enskildes uppfattning men att fullgörandet av anmälningsplikten måste ske på ett sådant sätt att respekten för den enskildes integritet *i största möjlighet* upprätthålls” (prop. 2009/10:131, s. 37, min kursiv.). Det är med hänvisning till kvalitetssäkringsarbetet som rapporterinsskyldigheten inte bör vara beroende av den enskildes uppfattning, eftersom ”skyldigheten att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden betraktas som ett led i kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling i verksamheten” (ibid).

I det meddelandeblad som Socialstyrelsen (2011b) gav ut i samband med förändringen talas i första hand om hur ”kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande [ska] utvecklas och stärkas”, därefter betonas återigen

att ”lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet” (ibid) och slutligen ett sätt att komma till rätta med brister i verksamheten, förhindra att liknande missförhållanden uppkommer, bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och att skydda den enskilde från missförhållanden.

Varför bestämmelsen ändrades

Ett av motiven till förändringen av lex Sarah är en övergripande idé om samordning och att det är önskvärt med likvärdiga rapporteringssystem inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, då många brukare och patienter är beroende av såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens insatser. Förändringarna i lex Sarah hänger därför samman med en förändring av patientsäkerhetslagen och en ökad samordning av myndigheternas tillsynsansvar. Tanken är att tillsynsmyndigheten ska kunna bidra till en kunskapsutveckling då den nu kan analysera och systematiskt förbättra kunskapen om kvalitetsarbete över hela landet. Mycket få anmälningar hade tidigare sänts vidare till tillsynsmyndigheten (Prop. 2009/10:131, s. 17f). Dessutom pekar flera rapporter på problem med tillämpningen av lagen i praktiken under de tio år som den funnits: kunskap saknas om lagens innehåll och rutiner och erfarenheterna från rapporterna används inte (ibid). Det har rått förvirring kring vad själva anmälningen inneburit, vilket givit en del olyckliga konsekvenser då det ibland uppfattats som att den personal som lämnat uppgifterna då också anmälde någon, kanske en kollega, vilket förknippats med disciplinpåföljd. Gränser för vad som är ett allvarligt missförhållande framhålls också som svåra att dra. Det har även skett sammanblandningar av lex Sarah och lex Maria (Länsstyrelserna 2009; Socialstyrelsen 2010a).

Det påpekas även från verksamma på fältet att det är en stor underrapportering av lex Sarah i äldreomsorgen⁵⁵ (Polmé 2009; intervju tjänsteman Länsstyrelsen; intervju enhetschef äldreboende). Det är inte heller ovanligt att personalen uppmanar anhöriga att göra lex Sarah-rapporter, vilket de inte kan göra då lex Sarah är en lagstadgad skyldighet som enbart gäller *personalen*.

⁵⁵I motsats till detta menar dock en privat vårdgivare, Attendo, att de genom ett systematiskt kvalitetsarbete lyckats minska antalet lex Sarah-anmälningar. Attendo redovisar numera sina lex Sarah-anmälningar på sin hemsida. År 2010 redovisar de sju lex Sarah-anmälningar i hela Sverige (sex var allvarliga). Attendo är den största privata vårdgivaren i Sverige och har ca 163 olika verksamheter inom äldreomsorgen, mestadels äldreboenden, i Sverige. (Attendo care 2010)

Enhetschefer och tjänstemän om den praktiska tillämpningen av lex Sarah

I det här stycket redogör enhetschefer och tjänstemän för den praktiska tillämpningen av lex Sarah. Syftet är att ge ett underlag till de rapporter som jag presenterar i nästföljande avsnitt. Lex Sarah-rapporter hanteras för det mesta av enhetschefer och ibland av verksamhetsutvecklare (eller andra tjänstemän på förvaltningarna). Jag har intervjuat tre enhetschefer (A, B, C), som arbetar i olika stadsdelar i Göteborg, två på kommunala äldreboenden och en på ett icke-kommunalt boende. Jag har också gjort intervjuer med två verksamhetsutvecklare inom äldreomsorg (D, E), varav en arbetar i en stadsdel i Göteborg och en i en annan kommun. En tjänsteman från länsstyrelsen (F) som arbetat med tillsyn och lex Sarah i äldreomsorgen har också intervjuats.

Att utreda enligt lex Sarah

Hur utredningarna gick till varierade naturligtvis med vad som inträffat, men de två enhetschefer som hade gjort lex Sarah-utredningar menade att det var förknippat med mycket arbete. En av dem påpekade att detta var en faktor som bidrog till att utredningar inte blev gjorda i den utsträckning de borde. Han trodde att det fortfarande var en stor underrapportering av missförhållanden, även om rapporteringen ökat. Det var ”inte bara rädsla för att bli utmålade som en dålig verksamhet, utan också att det är mycket runt omkring. Man blir lite osäker.” (C) Han sa att det ibland inte blivit av att skriva rapport och utreda. Skälen var osäkerhet om vad som hänt i kombination med mycket annat som krävde uppmärksamhet.

En annan enhetschef tyckte det var olämpligt att hon utredde missförhållanden själv. Hon tog hjälp av verksamhetsutvecklaren i stadsdelen och verksamhetschefen. Hon lyfte fram en tudelad uppfattning om lex Sarah; å ena sidan menade hon att det var bra med regler och lagar som stöd, å andra sidan uttryckte hon den känsla av skuld som fanns med lex Sarah: ”Det är ingenting jag ser fram emot att ha såna här lex Sarah-anmälningar, det är hemskt. Traumatiskt. Det är klart att jag känner ju också att jag borde ju veta” (B). Hon menade att hon borde ha sett och förstått att något varit fel, och det var lätt att ta det som ett personligt misslyckande.

Skuldbeläggande kom upp i flera intervjuer fast på olika sätt. De flesta menade att det var skuldbelagt med lex Sarah. En av enhetscheferna upprepade budskapet i förarbetena, ”Det är viktigt att inte leta efter syndabockar utan

att man verkligen visar att man försöker förbättra” (C). Den enhetschef som inte gjort några egna utredningar poängterade just skulden över att pekats ut som att man medvetet misskött sitt arbete, att syndabockar alltid utses och att medier, i synnerhet, spelade en roll i det skuldbeläggandet ”Då känner man att man verkligen gjort nåt dåligt” (A).

Om svårigheter med lagtexten

En enhetschef framhöll den otydliga lagstiftningen som bidragande orsak till varför det uppfattades som svårt med lex Sarah, ”Det är fortfarande så mycket runt omkring. Mycket oklarheter, ständigt föremål för omarbetningar och uppklarande, så ser jag det” (C). Det ingår också i enhetschefens arbete att hålla sig informerad om förändringar, och att uppdatera rutiner. Han betonade att man måste komma förbi uppfattningen om att lex Sarah-rapporterna tyder på en dålig verksamhet och skadar den. Det kan i princip vara precis tvärtom: ”Verkligheten kan vara sån att det är det bästa stället av alla [med många anmälningar]” (C). Detta uttryckte även en av verksamhetsutvecklarna (D).

Tjänstemannen på länsstyrelsen framhöll också att lagen var svårtolkad:

Den är så svårtolkad denna lilla enkla lag [...] Dom förstår inte skillnaden, om nån har gjort en anmälan så är det en lex Sarah. Men fortfarande så är frågan, hur allvarligt är det? Just den här skillnaden, att när är det ett allvarligt missförhållande och när är det en lex Sarah-anmälan? Det har varit fascinerande svårförståeligt för folk faktiskt. (F)

Vad tjänstemannen menade var att om omsorgspersonal sa att de ville anmäla (dvs rapportera till verksamhetsansvarig) ett allvarligt missförhållande (misstanke om eller risk för) så var detta ett uttalande som gjorde att det rapporterade måste utredas enligt de rutiner som varje äldreomsorgsverksamhet var skyldig att upprätta enligt socialtjänstlagen. En utredning *måste* göras av verksamhetens ansvariga och den visar i sin tur om händelsen varit allvarlig eller inte. Så var det både före och efter ändringen 2011. Skillnaden är nu att ordet ”allvarligt” tagits bort, det är numera bara missförhållanden som ska rapporteras. Detta för att tydliggöra att allvarlighetsgraden bedöms i utredningen, inte av rapportören. En anledning till att detta ord avlägsnats är just det som tjänstemannen menade var så svårförståeligt, vilket också visade sig i de dokument jag granskade och i samtal som jag haft med personal. I många fall var utredningarna vaga och det blev rapporten som blev beviset för att det som inträffat var allvarligt. I de fallen blev det rapportören som avgjorde vad som var allvarligt eller inte.

... och svårigheter med de gamla och nya reglerna

En av verksamhetsutvecklarna beskrev arbetet med avvikelser och lex Sarah på sin arbetsplats, där man delvis redan börjat införa och arbeta efter de nya reglerna (intervjun gjordes i mars 2011). Hon visade blanketterna för medicinsk och social avvikelse, samt flödesscheman och kategoriseringsmall. Hon hade ”tagit fram en blankett för social avvikelse som är väldigt lik dom andra [medicinsk och fallrapporter] så att det ska kännas naturligt” (E). Med det menade hon att omsorgspersonalen varit vana vid att fylla i fallrapporter och medicinska avvikelser.

Avvikelserna kategoriserades 1 – 4, där den lägsta siffran indikerade mindre allvarliga avvikelser och den högsta ”katastrof”. Dessa gick sedan igenom i team-möten där alla personalkategorier fanns representerade. Enhetschefen tog hand om lindrigare avvikelser och verksamhetsutvecklaren tog de allvarligare (3 – 4) och medicinska avvikelser gick till MAS, rehabfrågor till medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Sen gör jag en utredning och ibland kanske jag intervjuar eller hör personal. Jag ber ofta enhetschefen om hjälp, så jag får ett bra underlag. Och jag vill veta vad man har gjort för att detta inte ska hända igen. Vad har konsekvenserna blivit? Och utifrån den utredningen så gör jag en bedömning. Är detta så allvarligt att det behöver anmälas till Socialstyrelsen som en lex Sarah? Och i dom flesta fall så är det inte det, för i dom flesta fall har man åtgärdat det direkt. (E)

Här hänvisar det hon säger till de gamla rutinerna, som i och för sig fortfarande gällde när intervjun gjordes. Om det allvarliga missförhållandet inte åtgärdades ”utan dröjsmål” (Socialstyrelsen 2010a:77) skulle en anmälan skickas till tillsynsmyndigheten. Hon tillade att ”Socialstyrelsen är inte intresserade av att få in alla anmälningar som finns, utan det är ju bara om det är något som inte är åtgärdat eller som har stora allvarliga konsekvenser för brukaren” (E). Med de nya reglerna ska *en rapport om något som bedömts som allvarligt* alltid anmälas till Socialstyrelsen, även när den åtgärdats.

Verksamhetsutvecklaren tog också upp problemet med personal som inte vågade eller var osäkra på vad de skulle rapportera:

[...] här har vi bakat in det [lex Sarah] i vårt avvikelssystem bara för att det inte ska vara så dramatiskt. Det märkte vi att det är många som tänker att nej, lex Sarah, så allvarligt är det nog inte. Och då tänkte vi att den bedömningen ska nog inte ligga hos personalen. Så dom ska lämna in alla misstag, oavsett om det blir en lex Sarah eller inte, så

anmäl, anmäl, anmäl! Ah, det är nog ingen lex Sarah [tänker dom] och då anmäler man ingenting alls och då tappar man väldigt mycket [...] Jag vet ju kommuner som kallar alla anmälningar om missförhållanden för lex Sarah, men det gör inte vi. Vi kallar det för en lex Sarah när det går vidare. När det verkligen är en lex Sarah. (E)

Här använder hon termen lex Sarah synonymt med allvarligt missförhållande. En lex Sarah är det som går vidare till Socialstyrelsen och det som personalen rapporterar kallas för avvikelser. Genom att kalla personalen rapporter för avvikelserrapport så gäller termen lex Sarah de rapporter där en utredning *visat* att det inträffade varit eller riskerat att bli ett allvarligt missförhållande. Man hade på ledningsnivå upptäckt att lex Sarah inte fungerade därför att personalen trodde att bedömningen av allvarlighetsgraden låg i deras händer. Man hade, precis som tjänstemannen först påpekade, inte förstått att det var i utredningen av rapporten som detta bestämdes. När omsorgspersonalen sa att de ville anmäla enligt lex Sarah så uppfattade de att de i och med denna rapportering redan *avgjort* att händelsen var ett allvarligt missförhållande. Det var detta som verksamhetsutvecklaren och hennes kollegor ville ändra på och det var också det som förtydligades i de nya föreskrifterna. Det var det ledet i rapporteringsprocessen som framstod som svårt att utföra.

Min nästa fråga blev om de skrivit några lex Sarah-rapporter nyligen, eftersom allt betraktades som avvikelser, vilka kategoriserades i team-möten:

Det här året har det inte blivit det. Det har inte varit så allvarliga förhållanden så man kan kalla det missförhållanden. Det har varit enstaka incidenter som har inträffat och så har man satt in resurser. Man har ändrat organisering kring en brukarinsats, så att det inte ska hända igen. (E)

Det som rapporterats hade inte längre varit missförhållanden utan "förhållanden", vilket indikerar att det i termen missförhållanden, trots allt, finns en viss allvarlighetsgrad. Hon poängterade att det var viktigt att stoppa saker innan det blev allvarligt, vilket de gjort eftersom de satt in resurser. Hon tillade: "Om det är så att en brukare drabbas regelbundet då är det ju ett systemfel någonstans." Här gav hon uttryck för ett tema som återkommer i genomgången av de insamlade lex Sarah-rapporterna. Missförhållandet måste upprepas och vara regelbundet, då indikerar det ett "systemfel" och det är allvarligt. Enstaka händelser som upptäcks och som åtgärdas framstår varken som allvarliga eller som missförhållanden.

I den här beskrivningen blir det tydligt att gamla, nya och egna regler av lex Sarah blandas i praktiken, det blir svårt att förstå vad som egentligen gäller och den otydlighet som några av enhetscheferna menade fanns med lex Sarah och att föreskrifter ständigt var under omarbetning, öppnade för egenproducerade lösningar. På varje lokal enhet försökte enskilda medarbetare arbeta så gott de kunde efter rutinerna. Här fanns mycket som pekar tillbaka på de problem som identifierades redan med de medicinska avvikelserapporterna i Västernorrland 2001 (Socialstyrelsen 2004b). Avvikelsehanteringssystemet som finns inom hälso- och sjukvård, samt lex Maria, framstår också som en förebild, ett system som ”det sociala” nu ska överta. Risken finns att de problem som ändå identifierats med avvikelsehanteringssystemet inte är lösta och att det senare nu reproduceras i större skala. Av chefernas och tjänstemännens intervjuer att döma fanns inget motstånd mot att införa ett liknande system som sjukvårdens i den sociala omsorgen. Fördelarna med ett likartat system övervägde och eftersom det så uppenbart varit svårigheter att hålla isär begreppen är det kanske att föredra att en och samma rapporteringsprocess föreligger.

Olika funktioner med lex Sarah

Tjänstemannen på länsstyrelsen nämnde också de olika uppfattningar som finns och har funnits om lex Sarah: ”En del har ju mer eller mindre avfärdat den för att vara en angiverilag, andra säger att den inte fungerar, att den används för lite [. . .] Jag ser ju att den har ökat kunskapen mycket om hur förhållandena är, offentliggjort den. Kunskapen har breddats” (F). En positiv funktion med lex Sarah som tjänstemannen betonade var att kunskapen, om hur mycket övergrepp som faktiskt förekom och vad de bestod i, ökat.

En annan funktion som lex Sarah inte är ämnad att ha, men ändå har är som lösning av personalkonflikter och ett verktyg för att framföra arbetsmiljöproblem (jfr Jönson 2011) – vilket också visades i föregående kapitel. Tjänstemannen vid länsstyrelsen beskrev ärenden där personal inte litade på att den egna organisationen tagit hand om rapporten eller problemen och därför vänt sig direkt till tillsynsmyndigheten: ”De personerna ses ofta som obekväma och ibland kan det vara obekväma personer. Det kan vara en annan konflikt i botten som gör att man inom citationstecken 'utnyttjar' lex Sarah. Det ligger i många lagar att dom kan missbrukas” (F).⁵⁶ Han nämnde

⁵⁶Susanne Fransson(2012) beskriver ett ärende (AD 2010 nr 10) i vilket fyra anställda skriver en lex Sarah-anmälan där de anklagar en arbetskamrat för att missköta sina uppgifter och

en situation som liknade Sofies redogörelse från ett äldreboende där man dragit ned på resurserna och personalen ansåg att de inte kunde göra ett bra jobb. De började rapportera olika händelser. Det ledde i detta fall till offentlig debatt och verksamheten gick tillbaka till kommunen (den hade lagts ut på entreprenad):

Där använde man lex Sarah på ett sätt som man inte skulle gjort annars för att visa på att den här verksamheten inte fungerar. I ett speciellt syfte och det är kanske inte egentligen mening [...] men det är bättre med några tveksamma lex Sarah i mängden än att det inte fanns [...] lex Sarah kan inte försvinna, som klagomål och sånt och inte minst muntliga klagomål. Och det är en sak jag tycker är bra med lex Sarah. Det finns en ungefärlig handläggning som alltid ska åtgärdas på nåt vis. (F)

Han menade också att lex Sarah, till skillnad från lex Maria, oftast blev så mycket mer personlig. Det handlade ofta om bemötande och det var enskilda människor som både rapporterade och blev rapporterade. Dessutom är gruppen anställda till största delen kvinnor och en grupp som uppfattar sig vara lågstatus, vilket enligt tjänstemannen gav ytterligare komplikationer.

Att lex Sarah nu kommer att bli mer lik lex Maria framhölls av en verksamhetsutvecklare som mycket bra, då kunde alla arbeta på samma sätt och det blir enklare för personalen att lära sig. ”Vi jobbar likadant med läkemedelsavvikelser som sociala avvikelser [...] vi kallar det för avvikelse [lex Sarah-rapport] för vi vill ha samma system. Det ska sitta i ryggmärgen [...] Det är precis samma sak med lex Maria och lex Sarah” (E). Med likheten mellan lex Sarah och lex Maria, samt att nu både medicinska och sociala avvikelser ska rapporteras så sa hon också att det blev ett sätt att uppmärksamma: ”Det sociala [...] det är minst lika viktigt med en social avvikelse. Det är det sociala som är den stora delen av verksamheten.” Det går på så vis också att identifiera ytterligare en funktion med lex Sarah och det är att öka legitimiteten för socialt omsorgsarbete jämfört med för medicinsk omvårdnad och att höja statusen för omsorgsarbetet så att skillnaden mellan omsorgspersonal och sjukvårdspersonal, mellan omsorgsuppgifter och sjukvårdande arbetsuppgifter krymper.

Vikten av att personalen ska dokumentera framkom tydligt i den första fallbeskrivningen (kap.4) och det gör det även i dessa intervjuer i mycket

kränka brukarna. Den anställde sades upp och frågan om huruvida uppsägningen skett på saklig grund prövades i Arbetsdomstolen. Lex Sarah-anmälan användes som bevismedel i domstolen. Se samma källa för skillnader mellan lex Sarah och lex Maria.

hög grad. Samma verksamhetsutvecklare som ovan framhöll för personalen ett skäl att dokumentera mera ”Ni kan ju bevisa vad ni verkligen gör” (E). Personalen anmodades skriva för en framtid där de eventuellt kunde komma att ställas till svars, eller där de måste bevisa vad de gjort eller varför (jfr Garfinkel 1967). Det fanns en mycket stark tro på vikten av dokumentationen bland de intervjuade. Allt skulle dokumenteras och rapporteras, först då kunde problem lösas. Dokumenten framställdes som garantier för vad personalen faktiskt gjort. Om omsorgstagarna också dokumenterar, som det finns ett exempel på i nästa kapitel kan snart en situation uppstå där inte bara ord står mot ord (muntligt) utan dokument mot dokument.

Kvalitet och kvalitetssäkringsarbete nämndes i samtliga intervjuer. I synnerhet ansågs lex Sarah vara ett verktyg för kvalitetssäkring, men på vilket sätt framkom inte. Samtidigt som lex Sarah sades bidra till en ökad kunskap om vad, och vilka, missförhållanden som förekom så fanns det i de intervjuades svar frågetecken kring hur och på vilket sätt kunskapen togs till vara. Trots att lex Sarah har funnits sedan 1999, finns inga studier och inga samlade rapporter om hur verksamheterna lär av misstagen. Länsstyrelsen i Västra Götaland har givit ut årliga rapporter om vad som anmälts, men konstaterar bara år efter år att rapporteringen varierar mellan kommuner, till synes utan förklaringar. Inte heller finns några samlade studier över vad som gjorts för att avhjälpa missförhållanden.

Vad rapporterna bestod av

Sammanlagt har 70 lex Sarah-ärenden analyserats och jag börjar med att kort förklara vad de bestod av. Kriteriet som jag använt för att inkludera rapporterna i undersökningen har varit att det någonstans i dokumentet stått att det är en rapport enligt socialtjänstlagens 14 kapitel. Allt annat sorterades bort. Jag fann åtta olika varianter på rubriker: allvarliga missförhållande eller bara missförhållanden; anmälan, rapport eller utredning av missförhållande/anmälan. Även personalblankett för anmälan av avvikelser användes, med en ruta att kryssa i för ”jag vill anmäla enligt lex Sarah”. Redan här visades en begreppslig förvirring för vad det var som skulle rapporteras eller anmälas och om det rapporterade skulle betraktas som avvikelse, missförhållande eller allvarligt missförhållande.

I de flesta fanns ett tjänsteutlåtande till socialnämnden med en sammanfattning av händelseförlopp och/eller bakgrund, orsaker och åtgärder som

vidtagits omedelbart och på längre sikt. Ansvarig utredares bedömning och beslut ska enligt rutinerna ingå, men saknades eller var otydligt formulerade i de flesta fall i mitt material. Sammanfattningarna i tjänsteutlåtandena var ibland detaljerade, ibland mycket kortfattade. I en mindre del av dem fanns kopior på det material, som utredaren begärt in, som bilagor. I många av tjänsteutlåtandena, men inte i alla, stod också att socialnämnden tagit del av ärendet och sedan lagt det till handlingarna. I två fall hade ledamöterna i nämnden reserverat sig mot beslutet (att lägga till handlingarna eller att sända anmälan vidare till tillsynsmyndighet). I de lex Sarah-ärenden där tjänsteutlåtandet till nämnden saknades bestod de av en händelsebeskrivning från omsorgspersonal och en utredning. I ett tiotal rapporter fanns bara en händelsebeskrivning och inget mer.

De fem ärenden som jag fick av Socialstyrelsen bestod av tjänsteutlåtanden från nämnden med kortfattade sammanfattningar av händelse, utredning, beslut och åtgärder och i tre ärenden har jag även svaren som Socialstyrelsen sänt tillbaka till nämnderna. När det gällde typen av händelse fanns ingenting som skiljde ärendena jag fått från Socialstyrelsen respektive stadsdelarna. Det är oklart varför de förra skickades till Socialstyrelsen, att missförhållandet kvarstått eller att utredningen fördröjts framgår inte. I en av rapporterna har socialnämnden skrivit ”för bedömning”, möjligen var nämnden i detta fall inte säker på om åtgärderna var tillräckliga. Socialstyrelsens svar var i princip likadana. Några avsnitt från regelverk citerades och myndigheten ”riktar kritik för de brister som uppstått inom stadsdelsnämndens äldreomsorg” (Socst. svar). I ett svar konstaterade Socialstyrelsen att omsorgstagaren inte fått den omvårdnad som hon behövt för att kunna leva under trygga förhållanden. Nämnden fick kritik men också erkänsla för att den hade ”identifierat orsaker till händelsen och vidtagit åtgärder för att förhindra att liknande händelser upprepas.” Om utredning och bedömning på lokal nivå sades vara unika i varje enskilt fall så var svaren från Socialstyrelsen mer standardiserade.

I Socialstyrelsens nya föreskrifter (SOSFS 2011:5) förtydligas rutiner för såväl utredningsförfarande som dokumentation. I de rapporter som analyserats här fanns olika slags blanketter och en rad olika sätt att skriva rapporter, som skilde sig åt mellan verksamheter. Ibland användes olika blanketter i samma stadsdel. Många hade en tredelad blankett med tre övergripande kategorier av missförhållanden, se figur 1 på följande sida.

På några blanketter skulle ”återkommande brister” noteras, vilket indikerar att det skulle antecknas om bristerna inte enbart bedömts som tillfälliga. Med detta menas att en rad händelser sammantaget kan bedömas som allvarliga

Vilken typ av risk för skada eller skada gäller anmälan?

Samma anmälan kan avse både brister i bemötande och brister i omsorg samt övergrepp!

Brister i bemötande

(Avser bemötande som klart avviker från grundläggande krav på respekt självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet)

Övergrepp Ange vilken/vilka typer av övergrepp (fler än ett svarsalternativ är möjliga)

- Fysiska (t ex slag, nypningar, hårda tag)
- Psykiska (t ex hot, bestraffningar, trakasserier, skrämning, kränkningar)
- Sexuella
- Ekonomiska (t ex stöld, utpressning, förskingring)
- Övergrepp eller kränkning av annat slag – ange vad:

Brister i omsorgen Ange vilken/vilka typer av brister (fler än ett svarsalternativ är möjliga)

- Personlig hygien
- Tand- och munhygien
- Mathållning
- Brister i tillsynen
- Brister av annat slag – ange vad:

Figur 1 Blankett för lex Sarah-rapport från en stadsdel.

även om ingen enskild incident är allvarlig (Socialstyrelsen 2010a:54). Jennys berättelse (kap. 7) om undersköterskan som upprepade gånger kränkte omsorgstagare gällde exempelvis ett återkommande beteende från undersköterskan, även om inte en och samma omsorgstagare nödvändigtvis blev utsatt vid varje tillfälle. Det ska dock poängteras i det här sammanhanget att det är händelser som rapporteras och utreds, inte enstaka personer. Jenny rapporterade en händelse, och hon påpekade att det fanns fler händelser där samma undersköterska varit inblandad. Visar utredningen att någon gjort fel eller begått allvarliga misstag kan arbetsrättsliga åtgärder som varning, omplacering eller uppsägning bli aktuella. Vilka sådana åtgärder som vidtas är bland annat avhängigt de kollektivavtal som verksamheten har slutit. Viss-tidsanställningar kan ”avslutas”, vilket betyder att de inte får fler uppdrag. Denna åtgärd kan tillämpas utan fackliga förhandlingar.

Även om kategoriseringar på blanketterna kan vara till hjälp så var de också förvirrande. Att ordet ”brister” användes om missförhållande fick effekten att även kommunikationsbrist eller bristande dokumentation ibland angavs som missförhållande, vilket snarare borde kategoriserats som orsaker till missförhållandet (på många blanketter fanns en särskild ruta eller rad där det stod: ange orsaker till missförhållandet). Det är konsekvenserna av bristerna, i form av risk eller skada mot en enskilds liv och hälsa, som är missförhållandet. I de nya föreskrifterna (SOSFS 2011:5) har Socialstyrelsen ytterligare förtydligat vad som ska stå i utredningarna och hur de ska gå till. Numera finns det bara en ruta för händelsebeskrivning och inga färdiga kategoriseringar av olika övergrepp.

Skillnader mellan de olika regionerna

Skillnaden mellan rapporterna från Västra Götalandsregionen (VG) och Stockholms kommun var att de senare ofta rörde företag eller entreprenader. Det gav ytterligare ett led och en aktör i hanteringen av anmälningarna. Upphandlingsavdelningen på stadsdelsförvaltningarna kunde där kräva att verksamheterna utredde missförhållanden enligt lex Sarah. Inga privata utförare fanns med i rapporterna från VG-regionen. I Stockholm gällde 23 av 47 rapporter entreprenader och 15 kommunala verksamheter (i 10 rapporter saknades uppgiften). Det var också bara hos en privat utförare (Carema Care) som ordet ”kund” användes i blanketter och utredningar.

I hela materialet var könsfördelningen hos dem som drabbats av missförhållandet 60 procent kvinnor och 20 procent män; för resterande 20 procent

saknades uppgift om kön. Det var i hela materialet framför allt enhetschefer som utredde rapporterna med en något större variation i Stockholmsanmälningarna. Verksamhetschefer, MAS och annan förvaltningspersonal gjorde fler utredningar i Stockholm än i VG-regionen, där det bara var två stadsdelar som engagerat någon som inte arbetade på enheten.

I cirka hälften av samtliga lex Sarah-ärenden hade rapporterna initierats av information från omsorgstagaren eller anhöriga. Detta gällde i stor omfattning stölder, men också misstankar om fysiska övergrepp.

Av ett sådant här litet material går det inte att utläsa om det rapporteras om mer missförhållanden på äldreboenden än i hemtjänst. I VG-regionen kom något färre rapporter från hemtjänsten, medan det var tvärtom i Stockholmsmaterialet; skillnaden var dock obetydlig. Däremot hade kränkande bemötande i hela materialet rapporterats i högre grad från äldreboenden. Det var kollegor som hört eller bevittnat olika kränkningar. Detta mönster stämmer väl överens med tidigare studier (SOU 2008:51; Länsstyrelsen Västra Götaland 2008, 2009). I hemtjänsten arbetar oftast personal enskilt med omsorgstagaren, där måste den senare eller anhöriga rapportera om det förekommer kränkningar till någon anställd om en lex Sarah-rapport ska kunna göras.

Rapporterade missförhållanden

Ett allvarligt missförhållande definieras av Socialstyrelsen (SOSFS 2008:10) som: ”[...]såväl aktiva handlingar som försummelse som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot enskildas liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa”. I tabellen på sidan 198 har jag samlat alla aktiva handlingar och försummelse som finns beskrivna i de 70 rapporterna. En rapport kan innehålla flera olika typer av handlingar. Jag sammanfattar i den mån det går vad som beskrivits. I några fall, men långt ifrån alla, anges konsekvenserna av de aktiva handlingarna, de sammanfattas i sådana fall i kolumnen till höger. Jag har också noterat när konsekvensen av icke-utförda handlingar varit att någon annan än personalen fått utföra personalens arbetsuppgifter. Exempelvis står i ett ärende att inget allvarligt missförhållande förelegat eftersom en kusin till omsorgstagaren utfört arbetsuppgifterna (som hemtjänsten skulle gjort). *Risk* innebär att det som hänt formulerats som att något allvarligt visserligen inte har inträffat, men hade kunnat göra det.

Flest rapporter gällde stölder, både kontanta medel och värdefulla föremål, vilket också inkluderade misstanke om stöld då de sällan blev uppklarade.

I fyra av 17 stöldärenden hade en tjuv identifierats. Det förekom också att personal lurat omsorgstagare att skriva in deras namn i testamente, lämna ut kort och koder, vilket definierades som bedrägeri. Här har jag kategoriserat alla ekonomiska oegentligheter som ”stöld” då det var det vanligaste scenariot. Endast i ett fall stod något om vad förlusten av kontanter/föremål haft för konsekvenser för den drabbade. Det stod också endast i ett ärende att det var ”ett missförhållande”, allvarligt eller ej bedömdes inte. I ett ärende hade ett vårdbiträde i hemtjänsten lurat till sig koder och kort från omsorgstagaren och tagit ut pengar till sig själv (140.000 kr). Vårdbiträdet var identifierat och polisutredning pågick, ”Förvaltningen bedömer att händelsen berör en enstaka personal och brukare och påverkar för övrigt inte kvaliteten i enhetens insatser”. Kvalitet hänvisade i denna utredning till någonting annat än enskilda händelser och subjektiva upplevelser. Kvalitet framstod därmed som relevant endast på grupp eller möjligen systemnivå. Huruvida tjuven begått fler stölder hos omsorgstagare framgick inte.

Det var inte ovanligt att *larm* inte fungerade av olika anledningar, såväl avsiktliga som oavsiktliga. I några fall fanns misstankar om, och i några bevis för, att personalen kopplat ur larm, eller inte brytt sig om att svara. En omsorgstagare larmade 13 gånger under en natt och fick först svaret ”Sov nu, det är natt” och sedan blev det tyst. I denna kategori har jag också räknat in larm där insatsen fördröjts, där man fått vänta mer än två timmar vid fall eller där personalen gått utan att ha hjälpt vårdtagaren på ett adekvat sätt.

Uteblivna besök gällde uteslutande hemtjänsten. I några fall talades då om risker för att något allvarligt hade kunnat inträffa. Två personer hade funnits avlidna där besök missats och en hittades svårt sjuk (stroke) och avled inom ett dygn på sjukhus. Alla tre fallen hade en tydligt formulerad bedömning, två var allvarliga missförhållanden, ett var det inte. Jag kommer att analysera dessa fall i nästa kapitel.

Kränkande bemötande var den tredje vanligast förekommande typen av händelse. Den inkluderar allt från hänskratt, grova verbala kränkningar till höjda röster, hårda ord, nonchalanta svar och/eller respektlöst beteende. Jag har skilt ut kategorin *hot om bestraffning*, vilket också kan uppfattas som kränkande, men framför allt är skrämmande, som en särskild kategori. Hot gränsar till våld även om det inte utförts fysiskt. Det var också uppenbart att konsekvenser av ”brister i bemötande” saknades i rapporterna. En orsak till detta kan vara att man sällan talade med den som råkat ut för kränkningen.

Att inte beviljade insatser genomfördes definierar jag som *otillräcklig omsorg*, ibland innebar det att *personlig hygien* inte sköttes, men det handlade också

Tabell 7 Typ av rapporterade händelser i lex Sarah-rapporterna 2009 - 2010 N=70

Handling/icke-handling	Äbo	Ht	Σ	Beskrivna konsekvenser för brukarna
Stöld	7	10	17	Ökad vaksamhet
Larm ej inkopplat, onåbart eller utan svar	4	12	16	Uttryckt otrygghet, anhörig gör personalens arbete, Sjukhusvistelse, ambulans fördröjs.
Uteblivet besök	0	14	14	Risk, ”hade inte behövt vara ensam” i dödsögonblicket, anhörig gör hts arbete
Kränkande bemötande, verbalt	9	2	11	Sett ledsna ut, oro, ilska
Otillräcklig omsorg, personlig hygien, oaksamhet	9	2	11	Urinvägsinfektion, risk för fraktur
Hot om bestraffning	6	0	6	Uttryckt rädsla och/eller oro
Fysiskt våld, slag, knuff	3	2	5	Synbara märken (röd hud), uttryckt rädsla
Städning ej utförd	4	1	5	Misär
Mat lagas inte, varor köps ej	3	1	4	Risk, undernär
Viktiga hjälpmedel saknas	3	1	4	Risk, trycksår
Misstanke om fysiskt våld,	3	1	4	Blåmärken, bula
Använder inte lyfthjälpmedel	3	0	3	Risk, fraktur
Har ej fått ordinerad medicin	2	1	3	Risk
Fastspänd utan ordination, inlåsnings	2	0	2	(föll ej ur stolen) (blev ej störda)*
Farliga kemikalier ej inlåsta	1	0	1	Omsorgstagaren avlider
Σ	76	31	107	

* De som blev inlåsta sov och skyddades från att bli störda eller antastade av en orolig medboende. I detta fall bad nämnden undersköterskan om ursäkt för att hon omplacerats.

om oaktsamhet vid omvårdnad. Konsekvenser fanns beskrivet i ett fall.

Fem fall av bevittnat *fysiskt våld* fanns i materialet; i ett av dessa fall var det en medboende, en man som knuffade en kvinna så att hon föll. I övrigt var det personal som hade slagit, skakat, kastat vatten i ansiktet, duschat någon hårt med kallt vatten eller på annat sätt varit hänsynslöst hårdhänt. Ett annat av dessa ärenden, som polisanmälades, gällde en dement man som inte ville duscha och ett vårdbiträde bad en kollega om hjälp:

Kollegan kommer in och drar upp den boende ur sängen och in i duschen. När de är inne i badrummet så ställer han sig på den boendes fötter och duschar honom i kallt vatten med kläderna på, enligt vårdbiträdet så slog han också den boende med duschslangen. Den boende skrek på hjälp och sa att han skulle polisanmäla honom. Vårdbiträdet blev chockad men berättar inte för någon vad som hänt, hennes chef var på semester och hon kände sig osäker på vem hon skulle vända sig till.

Enhetschefen polisanmälde händelsen och polisen inledde en förundersökning, vilket är ovanligt och tyder på allvaret i händelsen, men det stod inte klart och tydligt att detta bedömdes vara ett allvarligt missförhållande. Utöver polisanmälan vidtogs en rad andra åtgärder, nya bedömningar av mannen ledde till förändrat förhållningssätt gentemot honom. Konsekvenserna blev i det här fallet bättre omsorg för den som råkat ut för missförhållandet, då han efter en ny bedömning fick en mer individuellt anpassad omsorg. Förbättrad omsorg för den drabbade fanns annars bara sparsamt beskriven i rapporterna. Endast i ytterligare ett ärende nämndes genomförda förbättringar för den drabbade.

Det fanns också några fall av *misstänkt fysiskt våld*, men vittnen saknades eller olika utsagor gick isär. Det var främst anhörigas misstankar som ledde till rapportering av misstänkt fysisk våld.

Övrig kategorisering i tabellen talar för sig själv. Längst ned stod en handling som inte utfördes, kemikalier låstes inte in varpå en dement omsorgstagare drack diskmedlet. Som en följd av detta avled mannen, vilket bedömdes som ett allvarligt missförhållande.

En typ av övergrepp saknades helt i hela materialet (och fanns inte heller med i brukarklagomålen), det var sexuella övergrepp. Inga misstankar om sexuella övergrepp förekom i lex Sarah-rapporterna eller i brukarklagomålen som lämnades ut.⁵⁷ Det har förekommit några enstaka rapporter i medier om

⁵⁷Det är alltid möjligt att det finns anmälningar men att dessa sekretessbelagts och därför inte lämnats ut.

sexuella övergrepp på äldreboenden; både medboende och personal har varit inblandade, och de utsatta, i alla fall dem som jag läst om, har varit kvinnor. Men det talas sällan om den här typen av övergrepp mot äldre.

Avslutningsvis vill jag kort nämna en iakttagelse som gäller personalens osäkerhet inför vad de ska rapportera, vilket tydligt framgick i några ärenden. Citatet ovan om vårdbiträdet som kände sig chockad och inte visste vem hon skulle vända sig till är ett exempel på detta. Det fanns flera liknande redogörelser – där personalen inte ingrep direkt när de blev ögonvittnen till kränkande bemötande eller våldshandlingar – men där de senare rapporterade därför att de inte kunnat ”släppa händelsen”. Detta indikerar inte bara en osäkerhet med rutiner och vem man ska tala med, utan visar ett moraliskt dilemma där personal (oftast nyanställda eller vikarier) å ena sidan chockeras av vad de ser, å andra sidan inte ingriper. Det finns en rad olika teorier om varför människor inte ingriper i sådana situationer (t ex Festinger 1957; Goffman 1963). Vad gäller lex Sarah-rapportering så står det i rutinerna att det primära är att ”undandröja hotet mot den enskilde som har drabbats eller att förhindra att konsekvenserna för den enskilde förvärras” (Socialstyrelsen 2010a:48), men rapporteringsskyldigheten hjälper inte personalen att i stunden hantera svåra situationer, den ska vara ett stöd för dem att våga rapportera. Däremot kan rapporterna användas till att identifiera, inte bara olämplig personal (se nästa kapitel), utan situationer där mer kunskap behövs generellt.

Utredningarna

Händelserna som låg till grund för rapporteringen skilde sig inte åt mellan stadsdelar (eller kommuner), inte heller från dem som skickats till Socialstyrelsen. Däremot skilde sig utredningsförfarandet åt mellan stadsdelarna.⁵⁸ Vanligast var att enhetschefen på den enhet där missförhållandet inträffat utredde händelsen, men MAS och tjänstemän på förvaltningarna utredde också. Utredningarna varierade, några var mycket omfattande och detaljerade med bilagor, andra kortfattade och innehöll en eller två rader om vad som gjorts. Materialet var med andra ord mycket mångskiftande och visade att det som stod i föreskrifterna om vad som skulle ingå i en rapport inte efterlevdes i praktiken.

⁵⁸Socialstyrelsens anmälningar kommer delvis från fyra andra kommuner än Göteborg.

Två olika typer av utredningstexter

Generellt fann jag två olika typer av utredningstexter: ”ambitiösa” respektive ”bagatelliserande”. I de förra fanns, förutom insamlade dokument och redogörelser för intervjuer med inblandade, ett resonemang kring orsaker och bedömning av händelsen. I de senare saknades framför allt detta, t ex stod det i en rapport om larm som inte besvarades nattetid ”slarv?” under rubriken ”orsak till missförhållandet”. Detta är vad jag kallar en bagatelliserande utredning. Det var egentligen ingen utredning, men ibland stod det lite mer på dessa rader. Jag har dragit en gräns mellan dem där det inte står något alls och där någon ändå försökt besvara frågan varför det inträffade hände, även om det senare inte alltid gick att betrakta som en utredning. I en studie av biståndsutredningar fann Olaison (2009) också två olika typer av utredningstexter: den faktarelaterade ”objektiva” och professionellt skrivna utredningen med fokus på fysiska och medicinska behov och en mer personligt skriven utredning där den äldres livsomständigheter dominerade. De ”ambitiösa” utredningar som jag fann liknade i viss mån Olaisons faktarelaterade utredning, några av dem var mer resonerande och tog in mer av omsorgstagarnas livsomständigheter och närmade sig den mer personligt skrivna utredningen, men framför allt var det personalens arbetssituation som dominerade i dessa utredningar. Den bagatelliserande utredningen som jag menar fanns i rapporterna tyder snarare på att utredarnas kompetens eller engagemang var bristfälligt.

Stölder – en egen typ av utredning

Stöldrapporterna hade också en typ av utredning av gemensam karaktär – de kunde vara både ambitiösa och bagatelliserande – de innehöll i princip samma information; en kort redogörelse för vad som saknades eller misstänktes saknas samt att en polisanmälan skulle göras eller hade gjorts. En bedömning om huruvida stölden gett några allvarliga konsekvenser för omsorgstagarens hälsa fanns inte i någon av 17 rapporter. Konsekvenser för psykiskt välbefinnande nämndes i en – en man skrev att han blivit oroligare och mer vaksam mot personal och här hade en koppling kunnat göras mellan stölden och en ökad otrygghet (men den gjordes inte). Det går således att ifrågasätta om stölder överhuvudtaget ska utredas inom ramen för lex Sarah-bestämmelsen. Om stölden gett allvarliga men för omsorgstagarens psykiska och fysiska hälsa eller om stölden försatt denne i en ekonomisk situation som avsevärt för-

ändrat livssituationen utreddes inte. Som lex Sarah-rapporterna om stölder såg ut rörde de inte allvarliga missförhållanden – utan misstankar om brott. Verksamhetens uppgift är att utreda om den drabbade har tagit skada av händelsen och hur allvarlig den skadan är. Om detta inte görs finns enligt min mening ingen anledning att rapportera misstänkta stölder enligt lex Sarah.

Omsorgstagarna lämnas utanför

Det som förvånar i utredningarna är att så få omsorgstagare intervjuades om sina upplevelser av missförhållandet eller blev informerade om att en lex Sarah-rapport skrevs. I regelverket som gällde före den 1 juli 2011 står att ”Samtal med den enskilde, den som har gjort anmälan, den eller dem som enligt anmälan har utsatt någon för ett allvarligt missförhållande och den närmaste arbetsledaren ingår i princip i samtliga utredningar” (Socialstyrelsen 2010a:70). Denna rekommendation om samtal med den enskilde följdes inte särskilt ofta i praktiken. Rimligtvis måste en utredning ta den drabbades uppfattning och upplevelse av händelsen i beaktande – om så är möjligt – om inte annat så med hänvisning till det självbestämmande som också poängteras i utredningar och propositioner (prop 1997/98:113; SOU 2008:51).

I ungefär hälften av materialet, sedan de ärende där omsorgstagaren avlidit räknats bort, fanns inga uppgifter om, och inget som visade, att den som drabbats av missförhållandet (eller anhöriga) vidtalats. Det innebar att omsorgstagarens upplevelse av missförhållandet förbigicks i varannan anmälan. Orsaker och brister identifierades, rutiner uppdaterades eller påmindes om, personal sades upp eller fick utbildning, men omsorgstagaren lämnades alltså utanför såväl utredning som åtgärder i en mycket stor del av de här granskade ärendena. I några fall framgick det att den drabbade var dement, vilket skulle kunna förklara varför omsorgstagaren inte hörts om det inträffade, men det stod inte heller något om att anhöriga kontaktats. Men det fanns utredningar där omsorgstagaren sades vara dement, men där utredaren ändå talat med denna. Personal intervjuades alltid och information om det inträffade gavs ofta på arbetsplatsträffar eller i särskilda informationsmöten där mer personal än dem som varit inblandade medverkade. Däremot informerades inte andra omsorgstagare om det inträffade, i de fall som missförhållandet inträffat på äldreboende. Det finns naturligtvis alltid en möjlighet att så skett, trots att det inte framgår av utredningen, men i regel var information och åtgärder klart formulerade. När Pia (kap. 5) berättade om stölderna på ett av de äldreboenden där hon bott var hennes uppfattning snarare att personalen

försökte tysta ned det som inträffat; det talades inte öppet om vad som skett. Det fanns emellertid i några utredningar information om att anhöriga kontaktats, eller bjudits in till möte och i ett fall hade enhetschefen också framfört en ursäkt till omsorgstagaren.

I ett ärende motsatte sig omsorgstagaren att en rapport skulle skrivas, men den skrevs ändå. I ytterligare en rapport stod att anhöriga inte ville att händelsen skulle anmälas. De var informerade men ”vill inte göra någon anmälan”. Vad det var för anmälan de inte ville göra – om anhöriga ansåg lex Sarah-rapporten onödig eller om det var tal om någon annan typ av anmälan – framgick inte.

En slutsats av det ovan redovisade är att kvalitetssäkring till övervägande del går före omsorgstagarens rätt till självbestämmande. Kvalitetssäkring refererar i det här sammanhanget till att fler personer kan vara, eller bli, drabbade och rapporter måste då skrivas oavsett vad den enskilde omsorgstagaren säger.

Åtgärder

Den vanligaste åtgärden som formulerades i dokumenten var genomgång av befintliga rutiner. Det fanns alltså rutiner, men de följdes inte och man behövde därför påminna om dem. Därefter var tillrättavisande samtal med den inblandade personalen den mest förekommande åtgärden. I utredningen ingick att man talade med de anställda som var inblandade i händelsen, men som åtgärd vill jag lyfta fram en annan typ av samtal: att tala tillrätta. Det kunde vara en tillsägning om att ändra sitt arbetssätt när det gällde att hjälpa de äldre att duscha eller om att lägga band på sin irritation. När det gällde stölder stod polisanmälan eller ”avvaktar polisutredning” som åtgärd. Detta ledde sällan vidare till någonting, varken för personal eller omsorgstagare. Polisutredningarna lades vanligtvis ned tämligen omgående. I ett ärende hade anhöriga ombesörjt byte av omsorgsföretag efter upprepade stölder, vilket i förvaltningens sammanfattning framstod som åtgärder.

Utöver tillrättavisande samtal med den inblandade personalen fanns ibland allmän information till personalen om händelsen i avsikt att personalgruppen skulle lära av misstaget. Skriftliga varningar utfärdades i några fall, främst gällde det då kränkande bemötande, men även när larmet kopplats ur hade denna åtgärd vidtagits. Omplaceringar, uppsägning och timanställd personal vars kontrakt avslutades förekom också; i dessa fall fanns alltid flera vittnen (eller samstämmiga utsagor av fler än ett vittne). Sjukvårdspersonal framställ-

des också som mer trovärdig än anhöriga. Det förekom att det under åtgärder stod att utredning startats eller att en lex Sarah-rapport var gjord, som vore den en åtgärd i sig. Åtgärder fick ibland formen av uppmaningar: ”förbättra rutiner genom att uppmana att inte förvara pengar i garderoben” – de bestod då i att omsorgstagaren skulle förändra sina rutiner eller sitt beteende – eller också uppmanades personalen att tala öppet om svårigheterna att ge omsorg till dementa.

Sammanfattande diskussion

Det begreppsliga ramverket (Smith 1990b) som följer med en lex Sarah-rapport överförs genom lagtexter, föreskrifter och rutiner. Det har skett en gradvis förstärkning av det systematiska kvalitetsarbetet i regler och föreskrifter från 1999 och framåt. Det får också den effekten att det talas i mindre grad och i vagare termer om den enskildes rättigheter. Verksamhetens funktion blir överordnad omsorgen om brukarna vilket också avspeglades i rapporterna. Trots att många rapporter initierades av klagomål från brukare och anhöriga så hade man enligt flertalet inte talat med någon av dem och inte heller framgick någon återkoppling till dem som klagat. Lex Sarah-rapporter framstod helt och hållet som en angelägenhet för verksamhetsansvariga och personalen. Omsorgstagarna tycktes inte ingå som en del av verksamheten och deras roll i rapporteringen förminskades i hög grad av att de inte fick komma till tals själva. Något tillspetsat går det att tala om en dissonans mellan kvalitetsarbete och omsorgsarbete. Det förra utförs av kvalitetsutvecklare, verksamhetsutvecklare, chefer och andra tjänstemän. Det andra utförs i huvudsak av omsorgspersonal och ligger närmast omsorgstagaren. Omsorgspersonalens del i kvalitetsarbetet är dels som rapportörer – som förmedlare av potentiella förbättringsområden – dels som producenter av dokumentation. Utan omsorgspersonalens medverkan kan inte kvalitetsarbetarna utföra sina uppgifter, därför är det viktigt att omsorgspersonalen lär sig att dokumentera och att de rapporterar allt. Den politiska styrningen och betoningen av det systematiska kvalitetsarbetet i propositioner och lagstiftning påverkar slutligen den omsorg som brukarna får. Det blir mer kvalitetsarbete och mindre omsorgsarbete utfört, för allt ska rymmas inom ramen för den budget som finns för äldreomsorgen. Det systematiska kvalitetsarbetet innefattar mer än lex Sarah-rapporter, men dessa är en del av det. Om kvalitetsarbetet ska utmynna i en bättre omsorg för omsorgstagarna så måste omsorgstagarna och

omsorgsarbetet också inkluderas i kvalitetsarbetet, inte hållas utanför.

Det var uppenbart att det fanns en rad olika uppfattningar om hur rapporter skulle skrivas och vad som skulle ingå i dem. De utgjorde på så vis ett tydligt exempel på ”'Good' organizational reasons for 'bad' clinic records” (Garfinkel 1967:186). För vem och med vilka syften skrevs rapporterna? Det fanns ambitiösa utredningar, men de flesta rapporter saknade sådana. Trots avsaknad av utredningar och tydliga bedömningar av om det inträffade var ett missförhållande eller ej, så godtogs de i de allra flesta fall av socialnämnderna. Det ger signaler om att utredningarna inte behöver vara så ambitiösa, att det räcker att enbart rapportera. I ljuset av det kan stödrapporterna förstås. I mitt material, precis som i andra rapporter om lex Sarah (Västra Götalandsregionen 2009; Socialstyrelsen 2006, 2008) var stölder det som rapporterades mest. Stölder kan ge allvarliga konsekvenser för omsorgstagarens hälsa och välbefinnande, men behöver inte göra det. När allvarliga konsekvenser för omsorgstagaren finns, så är det riktigt att de ska rapporteras enligt lex Sarah. Men konsekvenserna för omsorgstagarna utreddes inte i stödrapporterna och de framstod till största delen som slentrianmässiga. Om stölder av enhetschefer uppfattades som mycket besvärliga att hantera, så tycktes lex Sarah-rapporterna vara desto enklare. Utredaren kunde skjuta över utredningsansvaret på polismyndigheten. Rapporten bestod i all enkelhet av vad som stulits och när, vem som anmält och att en polisanmälan upprättats. Den höga rapporteringen av stölder kan då förklaras av att de på ett sätt var ”enkla” att rapportera; det fanns någon skyldig gärningsman som i övrigt inte påverkade kvaliteten i verksamheten och det gick att hänvisa till polisen för både utredning och åtgärder. Dessutom visade de att verksamheten använde kvalitetsverktyget lex Sarah.

Förutom att det är en lagstadgad skyldighet att rapportera missförhållanden följer ett helt paket av ytterligare associationer med lex Sarah. Det finns många och utspridda föreställningar om lex Sarah som en ”angiverilag”, att man letar efter syndabocker, och att lex Sarah-rapporter tyder på en dålig verksamhet. Medier medverkar också till spridningen av föreställningar om en eländig äldreomsorg, inte minst genom en ganska omfattande rapportering som bygger på just lex Sarah-rapporter. Detta påverkade också rapporteringen, rapportörerna tvekade att rapportera kollegor som kränkte omsorgstagarna. När de rapporterade om kollegors uppträdande kunde det också, som föregående kapitel visade, omdefinieras av den som mottog rapporten som något annat än kränkningar.

9

VAD ÄR ETT MISSFÖRHÅLLANDE?

I det här kapitlet analyserar jag hur bedömningen gjorts eller hur utredarna resonerat när de försökt fastställa vad som varit ett allvarligt missförhållande. Syftet är att försöka få syn på omsorgstagaren i rapporterna: försvinner den som missförhållandet berör från rapporterna och vad – i så fall – fokuseras istället? Jag går i kapitlet igenom vad som i rapporterna beskrevs vara skada eller risk, hur bedömningen av allvarlighetsgrad såg ut och vad som utgjorde bevis, och jag avslutar med en analys av några utvalda rapporter med liknande händelser, men där bedömningarna skilde sig åt.

Det var inte lätt att förstå, utifrån de dokument jag fått, hur bedömningen om ett missförhållande var allvarligt eller inte hade gjorts. För att tala med Smith (1990b) fanns det inte bara *ett* begreppsligt ramverk som följde med lex Sarah-rapporterna och styrde hur de skrevs, utan flera. Dessutom framgick sällan explicit vilka kriterier som legat till grund för bedömningen eller hur man resonerat. Inte heller kunde detta genomlysas i särskilt hög grad i intervjuerna med enhetschefer och tjänstemän. Gränsdragningar diskuterades men ingen ville eller kunde uttala sig om hur själva bedömningen gått till i enskilda fall. Varje händelse uppfattades som unik, några färdiga mallar tycktes inte finnas. De rapporter jag samlat in utgjorde en brokig samling texter. Jag hade emellertid några tydliga rapporter. I sammanlagt 13 av 70 rapporter stod det explicit att missförhållandet bedömdes som allvarligt; i fem ärenden stod det tydligt att händelsen tvärtom *inte* bedömts vara ett allvarligt missförhållande. I resten av ärendena (52 stycken) framgick inte om händelsen bedömts som

allvarlig eller ej. Utredningar saknades eller var mycket kortfattade i många av dem och ca tio rapporter bestod bara av en händelsebeskrivning och inget mer. De senare kunde jag inte använda i analysen. Jag började gå igenom rapporterna igen, och startade med de 13 rapporterna som bedömts vara allvarliga missförhållande, därefter de fem som inte bedömts som allvarliga, för att slutligen gå igenom de mest informativa rapporterna i den resterande kategorin och jag testade alla hypoteser jag kunde komma på utifrån innehållet i rapporterna och genom den information jag samlat på fältet samt tidigare forskning. Jag försökte sedan formulera om hypoteserna alleftersom jag fann negativa fall (Katz 2001). Detta var inget linjärt arbete, även om jag arbetade mig igenom rapporterna systematiskt.

Samma typ av händelser får olika bedömningar

Den första hypotesen grundade sig på en ganska självklar uppfattning som jag mött hos många, nämligen att det är typen av händelse som avgör vad som är allvarligt, alltså att det finns vissa händelser som är allvarliga nästan utan att det behöver utredas, som t ex övergrepp av olika slag. Denna hypotes motsades omgående genom att det fanns liknande händelser som t ex våldshandlingar eller konsekvenser som att omsorgstagare avlidit som bedömdes helt olika. Jag formulerade nästa hypotes i linje med Socialstyrelsens definition av allvarligt missförhållande: aktiva handlingar och försummelser är ett hot (eller riskerar att bli) mot omsorgstagarens fysiska och/eller psykiska hälsa (4 kap. 1 § SOSFS 2008:10). För att något ska rapporteras enligt lex Sarah måste det finnas (eller riskera att bli) en skada eller ett lidande hos omsorgstagare. Ett missförhållande föreligger om aktiva handlingar eller försummelser ger *allvarliga konsekvenser* för omsorgstagarens liv och hälsa. Allvarliga missförhållanden är något som drabbar omsorgstagare och det är inte det eventuellt omoraliska hos den som utfört handlingar som ska beläggas, inte heller är det av någon betydelse om gärningarna utförts avsiktligt (Socialstyrelsen 2010a:51ff). Med Socialstyrelsens definition av allvarligt missförhållande, så var det omsorgstagarens skada och hur det påverkade omsorgstagarens liv och hälsa som avgjorde om det inträffade var ett missförhållande och hur allvarligt det var. Följande hypoteser prövades i de 13 ärendena som bedömts som allvarliga missförhållanden, se tabell 8 på motstående sida.

Från dessa hypoteser fortsatte jag sedan i två olika spår. Det första gällde frågan om vad det var som framstod som allvarligt när varken skadan eller

Tabell 8 Vad utgör ett allvarligt missförhållande?, OT = Omsorgstagaren

Hypotes	Bekräftas hypotesen? (= inga negativa fall?)	Utfall
1. Samma typ av händelse bedömdes alltid på samma sätt.	Nej – samma typ av händelse och liknande fall bedömdes olika.	<i>Samma typ av händelse kan bedömas både som allvarligt och icke- allvarligt missförhållande.</i>
2. En skada eller risk för skada fanns beskriven hos OT i alla fall som bedömts som allvarliga missförhållanden.	Nej – i ett av 13 fall saknades beskrivning av skada eller risk.	<i>Händelser kan bedömas vara allvarliga missförhållanden utan att det finns en skada eller risk för skada för OT.</i>
2a. Allvarlighetsgraden bedömdes i förhållande till de konsekvenser skadan fått för OT?	Nej – detta gjordes i hälften av de 12 fall som beskrev en skada (6 st).	<i>Händelser kan bedömas vara allvarliga missförhållanden utan att några allvarliga konsekvenser för OTs liv och hälsa beskrivs.</i>

dess konsekvenser för omsorgstagarens liv och hälsa diskuterades i någon större utsträckning i utredningar och rapporter. Det andra rörde frågan om de till synes godtyckliga bedömningarna och om det gick att knyta olika typer av utredare till olika slags bedömningar.

Vad var det allvarliga?

I 6 fall av 12 beskrevs konsekvensen för omsorgstagaren som att de utsatts för fara och att tryggheten hade satts ur spel. I ett ärende överskuggades dock otryggheten för omsorgstagaren av ett kraftfullt fördömande av de två personer som utsatt henne för hot. Fokus gled från kvinnan och hur hon skulle få hjälp och stöd till två *skyldiga* och omoraliska medarbetare, inte bara den som hotat, utan ”även den som inte stoppade kränkningarna är skyldig”. I ett annat av dessa ärenden pekades på att personalen med avsikt handlat fel – det var, ”en brist när tryggheten att kunna påkalla hjälp vid behov *medvetet* tas bort” (min kursivering). För omsorgstagarna spelade detta egentligen ingen roll – utan larm var de hjälplösa oavsett om det berodde på ett tekniskt fel eller avsiktligt bortkopplade larm. Men handlingen framstod som mer moraliskt klandervärd.

I de resterande sex fallen utreddes varken skadan eller risken. Det går därför inte att säga om skadan varit allvarlig, inte heller beskrevs några allvarliga konsekvenser för omsorgstagaren, men bedömningen var ändå tydlig – detta var allvarliga missförhållanden. Det allvarliga som bedömdes var hur olämpligt enskilda medarbetare hade betett sig, t ex använde ett vårdbiträde inte liften när hon tog upp en omsorgstagare, trots att det stod i instruktionerna. Omsorgstagaren ramlade på golvet och det konstaterades att ”den boende inte fått några skador”. Risk för skador vid fall är stor, men risken förblev i detta ärende implicit, istället lades fokus på misstankar om att vårdbiträdet varit påverkad av alkohol. Förutom att händelsen sades vara ett allvarligt missförhållande poängterades att ”Förvaltningen ser mycket allvarligt på händelsen”. Enskilda medarbetares omoraliska uppträdande, eller att de inte följde rutiner framstod som det allvarliga. Omsorgstagaren försvann ut ur bilden och när åtgärderna formulerades riktades dessa mot personal och för några blev det kännbart – de fick byta arbetsplats – men i de flesta fall var det förtydligande och genomgång av redan befintliga rutiner som beskrevs som åtgärder. Det gick inte i något fall att utläsa om omsorgstagarnas situation blev bättre efter detta.

Det var bara i ett fall som ingen skada eller risk för omsorgstagaren diskuterades. Det gällde ett dödsfall, där missförhållandet beskrevs som brister i hemtjänstlaget. Jag går igenom denna utredning i detalj längre fram.

Sammanfattningsvis så var det personalens regelbrott eller bristande följsamhet av rutiner som i hög utsträckning framstod som det allvarliga missförhållandet och detta diskuterades i relation inte till omsorgstagarens skada eller konsekvenserna av skadan, utan till personalens uppsåt och omoral. Rutiner framträdde i rapporterna i flera olika skepnader – när de fanns, men personal inte följde dem, skulle de informeras om eller förtydligas. När de *inte* fanns hände det att detta framställdes som missförhållandet; det var bristen på rutiner som var allvarlig. Detta kom man tillrätta med genom att skriva nya rutiner. Rutinerna tycktes otillförlitliga – de varken efterlevdes, var tillräckligt kända eller tydliga – ändå var det i dessa som tilltron till en förbättrad omsorg placerades.

Utredarens roll viktig

Min nästa hypotes rörde vem som gjorde utredningen – olika utredare gjorde uppenbart helt olika bedömningar och jag försökte då finna ett mönster i relation till vad som skilde utredarna åt. Jag arbetade vidare med några

Tabell 9 Utredarens roll

Hypotes	Bekräftas hypotesen? (= inga negativa fall?)	Utfall
1. Utomstående utredare gör mer ambitiösa utredningar än enhetschefer	Nej – några enhetschefer gjorde också ambitiösa utredningar. En var helt ny på posten	Hypotesen omformulerades
1a. Nyanställda utredare (oavsett om de är enhetschefer eller ej) har ett annat sätt att utreda än dem som ”har vana”.	? – information om utredarnas bakgrund saknas i rapporterna	Hypotesen omformulerades.
1b. När utomstående utredare utredde var det mer sannolikt att missförhållanden bedömdes som allvarliga	Nej – hypotesen motsades i flera fall, även enhetschefer bedömde missförhållanden som allvarliga.	Kan inte precisera hypotesen mer pga för lite information om utredarens utbildning, närhet till personal, mm.

hypoteser om utredaren som jag först prövade i alla de 18 ärenden (både allvarliga och icke-allvarliga) som hade tydliga bedömningar. I vissa fall, som i hypotes 1 ovan, kontrollerade jag även den övriga kategorin där inga tydliga bedömningar fanns, men där en del utredningar ändå var ambitiösa.

Med den information som jag hade i rapporterna kunde jag inte precisera hypoteserna mer än att det spelade roll vem som gjorde utredningen, för varför bedömde olika utredare samma typ av händelser på helt olika vis? Deras resonemang skilde sig åt och tydde på olika tolkningsramar. Det fanns ingen klar skiljelinje mellan enhetschefer och utomstående utredare, inte heller kunde jag säga om det berodde på utredarens utbildning eller position (närhet till omsorgspersonal eller närhet till kommunledning), eftersom jag saknade information om det, men utredarens roll framstod som viktig, inte minst därför att så få utredningar ifrågasattes av nämnden.

Brukarnas och anhörigas klagomål

Nästa hypotes byggde på att fyra av fem missförhållanden som bedömts som icke-allvarliga hade initierats av klagomål från brukare och anhöriga, även

forskning om klagomål visar att brukarnas klagomål bagatelliseras (Persson & Wästerfors 2009) och sådana tendenser fanns även i mina fallstudier.

Det tycktes som om brukarnas och anhörigas klagomål krävde mer bevis än bara dem själva som ögonvittnen. Jag prövade därför en rad hypoteser som rörde den typ av bevis, eller det som i rapporterna utgjorde ”fakta”, t ex. ögonvitnesskildringar, läkarutlåtanden och andra dokument.

Tabell 10 Rapportens initiering

Hypotes	Bekräftas hypotesen? (= inga negativa fall?)	Utfall
När rapporteringen bottnade i ett brukarklagomål bedömdes det inte som allvarligt	Nej – en omsorgstagares klagomål bedömdes som ett allvarligt missförhållande	Hypotesen omformulerades
När rapporteringen bottnade i anhörigas klagomål bedömdes det inte som allvarligt	Nej – men fyra av fem icke-allvarliga missförhållanden kom från anhöriga	<i>Det är inte vem som initierar rapporten som avgör bedömningen, utan vis-a-vis bevis tycks ha mer värde än andra.</i>

Vad utgör hållbara bevis?

I vart och ett av de 18 fallen undersökte jag vad det var som användes för att bevisa skada eller risk och att den uppstått som en följd av aktiva handlingar eller försummelser. I sammanlagt sju av de 13 rapporterna som bedömdes som allvarliga missförhållanden stod sjukvårdspersonal för redogörelser av fakta. Deras utsagor tycktes ha ett starkt bevisvärde då de inte ifrågasattes. Omsorgspersonal emotsades i regel inte heller som ögonvittnen. Men om de anställda inte erkände att de gjort fel, uteblev från uppgjorda möten eller vägrade att uttala sig, gjorde det dem mindre trovärdiga. Ett sådant beteende talade för att de faktiskt brutit mot regler och att de var ”skyldiga”. Teknisk bevisning var också ovedersäglig. Detta inkluderade larmlistor, röntgenbilder och läkarutlåtanden. Anhörigas klagomål hörsammades sällan enskilt utan kombinerades med antingen teknisk bevisning eller omsorgspersonalens utsagor.

Det förekom konflikter i uppfattningar mellan personal och anhöriga i

några av ärendena som inte var allvarliga missförhållanden. Att utredarna hade ”full förtroende för personalen”, i kombination med en demenssjuk omsorgstagare som hade ”lätt till gråt”, avgjorde en bedömning som ett icke allvarligt missförhållande.

I de intervjuer jag gjort med brukarna säger flera att de upplever bevisbördan som tung. Bevisen måste vara konkreta, helst ska det vara ögonvittnesskildringar av andra än brukaren eller anhöriga. Alternativt måste skadan vara stor och konstaterad av sjukvårdspersonal. Ett anmärkningsvärt undantag fanns med en omsorgstagare som lämnat sin dagbok som bevis för hot och kränkningar hon fått utstå nattetid. Det tyder på att skriftlig dokumentation väger tungt, även från omsorgstagare. Anhörigas klagomål tycktes under vissa omständigheter få mera tyngd om de skrevs ned, men detta var inte alltid fallet. Hot från deras sida om att gå till medier eller att polisanmäla kan vara ytterligare en faktor som gör att klagomål utreds, men inte att de bedöms som allvarliga. I två av ärendena var detta aktuellt.

Allvarliga missförhållanden måste alltså ledas i bevis. Den besvärliga frågan är vad det i själva verket är som ska bevisas. I riktlinjerna är det klart, nämligen att en bedömning ska göras om huruvida händelsen utgör ”ett allvarligt hot mot enskildas liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa” (SOSFS 2008:10). Orsaker ska identifieras och åtgärder formuleras. Det är alltså inte orsaken som ska bedömas, inte heller om någon gjort sig skyldig till oegentligheter eller om skada tillfogats någon med uppsåt.⁵⁹ Det kan förklara händelsen vilket i sin tur gör att åtgärder kan formuleras. Missförhållandet är inte en kvalitetsbrist, även om det kan vara tecken på att god kvalitet inte uppnås. Men det är skadan och dess konsekvenser för omsorgstagaren, eller risken för allvarliga konsekvenser som ska bedömas, däri ligger allvarlighetsgraden. Min genomgång av rapporterna visar dock att det i en stor del av ärendena inte var skadans eller riskens storlek, eller de konsekvenser skadan fick för omsorgstagaren som avgjorde om ett missförhållande bedömdes som allvarligt, utan det moraliskt klandervärda hos de anställda.

⁵⁹I Göteborgs Posten (2012-03-02) står om en kvinna på ett äldreboende som saknat larm, ramlat ur sängen och som avlidit till följd av detta och där döttrarna anmält händelsen till Socialstyrelsen. Stadsdelens utredare kom fram till att händelsen inte kunde betraktas som ett allvarligt missförhållande. Hon sa ”jag har inte kunnat bevisa att någon aktivt dragit ur sladden. Hade det varit så hade det inte varit någon tvekan. Men det var en svår bedömning”. Här kopplades allvarlighetsgraden till uppsåt och bevis, trots att det står tydligt i både tidigare och senare riktlinjer att avsiktlighet inte ska spela någon roll (Socialstyrelsen 2010a: 51; prop. 2009/10:131)

När missförhållandet är ”en lex Sarah”

I den kategori jag kallade osäkra rapporter fanns flera där det stod att ”händelsen är att betrakta som en lex Sarah” eller något vagare ”Enligt bedömning som gjorts av ansvarig utredare är händelsen anmäld enligt lex Sarah”. I dessa fall likställdes namnet på bestämmelsen om skyldigheten att rapportera missförhållande med ett allvarligt missförhållande. Ett allvarligt missförhållande ”är en lex Sarah”.⁶⁰ I en rapport om en omsorgstagare som blivit fastspänd i sin stol skriver utredaren: ”Min bedömning är att detta är en lex Sarah då OT mot sin vilja, blivit fastspänd och att X kände till att man inte får spänna fast någon.” Här saknades en ordentlig beskrivning av skada eller risk, ingen relation fanns heller mellan risk och bedömning av missförhållandet. Det som framstod som allvarligt var att en undersköterska brutit mot regler, att det var medvetet och att hon dessutom hade gjort det tidigare (mot en annan boende). Det som bevisades var att kvinnan varit fastspänd och vem som gjort det. Utredaren förklarade att kvinnan blev fastspänd mot sin egen vilja, men vad omsorgstagaren ville kunde hon inte veta, för hon pratade inte med henne (det framgår i utredningen vilka som hörts). Om omsorgstagaren stod att hon var dement och att hon tidigare hade ramlat ur stolen. Utredaren menade att hon ”borde känt oro”, men huruvida omsorgstagaren visade oro, ovilja eller gjorde motstånd mot att bli fastbunden framgick inte heller av rapporten, utan det var utredarens upplevelse av vad kvinnan borde ha känt.

För att vända tillbaka till definitionen av allvarliga missförhållanden - vilken risk eller skada utsattes omsorgstagaren för? Å ena sidan fick hon sin integritet kränkt och sin handlingsfrihet inskränkt därför att hon blev bunden till stolen. Eftersom hon inte kunde uttrycka sig hade hon inte bett om någon säkerhetsanordning, kanske hennes självbestämmande åsidosattes, men om hon hade någon förmåga att själv bestämma hur hon ville ha det är oklart. Å andra sidan fanns möjlighet att få en ordination på att få lov att binda fast henne. Då

⁶⁰ Detta är en förvillelse som jag tror kan ha att göra med lex Maria-bestämmelsen. Där benämns det rapporterade som avvikelser. De utreds och när bedömningen är klar och den visar att allvarliga skador finns som kan kopplas till misstag i vården, skrivs en lex Maria-anmälan som skickas till Socialstyrelsen. Verksamheten anmäler sina egna misstag, som den själv utrett, till tillsynsmyndighet. Så kommer även lex Sarah att fungera efter 1 juli 2011. Jag menar emellertid att det fortfarande inte är korrekt att kalla ett allvarligt missförhållande för ”en lex Sarah”. Lex Sarah är namnet på en paragraf i socialtjänstlagen som säger att missförhållanden ska rapporteras. Ett allvarligt missförhållande är fortfarande aktiva handlingar eller försommelser som orsakat risk för, eller skada, med allvarliga konsekvenser för omsorgstagare.

hade handlingen varit sanktionerad och betraktats som skadeförebyggande. Läkaren kontaktades, efter det att kvinnan upptäckts fastbunden, men han bedömde att kvinnan inte tillhörde den begränsade patientkategori som kunde ordineras bälte. Att undersköterskan handlade fel är klart, men ledde denna aktiva handling till allvarliga konsekvenser för omsorgstagarens psykiska och fysiska hälsa? Det allvarliga missförhållandet knöts till ett fel som en enskild medarbetare medvetet utförde. Risken eller skadan för omsorgstagarens del var enligt min mening tveksam.

Ovanstående ärende var däremot en av de två rapporter där det faktiskt gick att utläsa att åtgärderna riktades mot omsorgstagaren: hennes medicinerings förändrades radikalt, ny säng och rollator beställdes och hon fick mer och kontinuerlig tillsyn och uppföljning av arbetsterapeut och sjukgymnast. Skrivandet av rapporten och den utredning som vidtog ledde till att omsorgstagarens situation uppmärksammades och förändrades. Ser man till åtgärderna som ”ombesörjs omedelbart” framstår däremot det allvarliga som att kvinnan varit felmedicinerad, inte haft väl anpassad utrustning, fått för lite tillsyn och inte tillräcklig hjälp av arbetsterapeut och sjukgymnast. De frågor som denna händelse väcker är: Måste lex Sarah-rapporter skrivas för att vård- och omsorgsbehov ska anpassas till enskilda omsorgstagare? Är det genom rapportering av fel som omsorgspersonal begår som omsorgstagarens behov ska uppmärksammas och vem var egentligen ytterst ansvarig för att kvinnan skulle få den vård hon behövde? Jag menar att det inte var undersköterskans ansvar att omsorgstagaren var felmedicinerad, men att hon blev syndabock för långt mer än sitt eget felsteg – många olika yrkesverksamma tycktes ha brustit i ansvar, men bara en bröt mot uppenbara regler som uppmärksammades. Ser man till de åtgärder som vidtogs så verkade inte kvinnan ha fått den omsorg hon behövde och det handlade om mycket mer än att hon blev fastspänd i en stol. Men det ansvar som utkrävdes gällde enbart undersköterskan, hon fick en skriftlig erinran för att ha brustit i yrkesansvar.

Som många av rapporterna visade så knöts bristerna till enskilda anställdas regelbrott och ansvaret förlades enbart på den enskilde medarbetaren. Ansvaret för att de äldre får en god omsorg vilar på långt fler än omsorgspersonalen, men i lex Sarah-rapporterna doldes detta genom ett tämligen ensidigt fokus på moraliskt klandervärt beteende hos vissa individer. Lex Sarah framstår i en sådan belysning som ett begränsat verktyg för en förbättrad kvalitet i verksamheten och snarare som en strategi för att identifiera olämplig omsorgspersonal.

Paradoxer i bedömningarna

För att närmare förklara och försöka förstå vad som avgjorde vad som var allvarligt eller inte tar jag här upp fyra liknande händelser och konsekvenser för omsorgstagarna, men med olika bedömningar. I samtliga fall har omsorgstagaren avlidit. Utredningarna och bedömningarna har i de fyra fallen inte tillkommit till följd av klagomål, här finns inga enskilda brukare eller anhöriga som kräver upprättelse eller reser andra anspråk. Det var enhetscheferna som själva initierade utredningarna och det var verksamheten själv som utkrävdes ansvar genom ett internt kontrollsystem, där verksamhetsansvariga skulle svara inför nämnden.

Ett fall rörde äldreboende och avsaknad av larm, medan de tre övriga gällde uteblivna besök i hemtjänsten. I två av de senare fann hemtjänstpersonalen omsorgstagaren avliden efter att avtalade hembesök glömts bort. I ytterligare ett ärende i hemtjänsten hade omsorgstagaren drabbats av stroke och avled inom ett dygn på sjukhus efter det att han blivit funnen. I det första ärendet kom en kvinna in på ett äldreboende i ett dåligt hälsotillstånd. Larmklocka saknades i rummet. Personalen gav därför extra tillsyn flera gånger under natten. När de kom in vid ett av besöken hade hon avlidit. I utredningen påpekades att personalen inte hade kunnat förhindra dödsfallet även om de varit närvarande. Det fanns inget samband mellan att det inte fanns en larmklocka (missad insats) och att kvinnan dog (skada). Dödsfallet framstod som skadan – rapportören har också satt ett kryss på blanketten för kategorin ”personskada”. Däremot diskuterades inte om hon utsatts för onödigt lidande då hon inte kunnat larma, men det påpekades att hade hon haft larm, så ”hade hon i alla fall haft möjlighet att påkalla uppmärksamhet.” Det stod inte om detta ärende bedömdes som ett allvarligt missförhållande eller inte.

Det andra ärendet gällde en kvinna som flyttades från sjukhus till sitt hem, hon skulle ha fyra besök per dygn av hemtjänsten. Informationen nådde hemtjänsten, men hamnade inte rätt för ingen fick uppgiften att gå till omsorgstagaren. Det var först dagen efter hemkomsten som personal upptäckte att kvinnan kommit hem. De åkte dit och fann henne avliden. Frågan var om dödsfallet var en ”skada”, alltså om omsorgstagaren hade avlidit även om de planerade besöken utförts. Frågan besvarades med hjälp av ett läkarutlåtandet där det konstaterades att det inte fanns något samband mellan insats och dödorsak, ändå bedömdes det som ett allvarligt missförhållande. Här lyftes de ”sjuka äldre” fram som en grupp som särskilt gynnades av ”tydliga och säkra

rutiner för information och dokumentation”. Dödsfallet var ingen skada, men uteblivna besök riskerade sjuka äldres säkerhet. Allvarlighetsbedömningen knöts till personalens misstag att inte framföra information korrekt och den risk det medförde för omsorgstagarnas hälsa generellt. Åtgärderna riktades också mot förtydligande av rutiner för mottagande av information.

I de två resterande fallen fanns utförliga utredningar, den ena händelsen bedömdes vara ett allvarligt missförhållande, den andra inte. Båda dessa utredningar var mycket noggranna och väl genomförda. De var några av de bästa utredningarna i hela materialet. Det är en anledning till att de går att granska ingående.⁶¹ Jag går igenom dessa mer detaljerat, och min analys lutar sig delvis mot Smiths (1990b) teori om hur fakta konstrueras genom olika auktoriseringsprinciper. Delvis använder jag också olika slag av förklaringsprinciper (Scott & Lyman 1968).

Allvarligt missförhållande som organisatoriskt systemfel

Hemtjänstens enhetschef skriver i en rapport att en kvinna hittats avliden i sin bostad. Hon beskriver händelsen och en tjänsteman på förvaltningen utreder. En kvinna hade fått utökad hemtjänst med fem minuter per dag för hårvård och bäddning av säng. E-brevet med information om utökad bistånd från biståndsbedömaren sattes in i en pärm och någon upptäckte det först fem dagar efteråt. Kvinnan avsåg sig muntligt den extra omsorgen vid nästa besök och fortsatte att få besök en gång i veckan som tidigare. Vid nästa veckas besök fann hemtjänstpersonalen kvinnan avliden; en hög tidningar innanför dörren vittnade om att hon varit död i fyra dagar. Enhetschefen kommenterar att det saknades social dokumentation från de senaste två åren. Utredaren, en tjänsteman på stadsdelens förvaltning, refererar händelsen som den beskrivits av enhetschefen och koncentrerar sin utredning kring tre frågor: Varför sattes beslutet in i en pärm utan att personalen informerades? Varför underrättades inte biståndsbedömaren om att det utökade biståndet avböjts? Varför saknades dokumentation för ett och ett halvt år? Utredaren talar med de anställda och sammanfattar deras förklaringar.⁶² Han börjar med att förtydliga ansvarsfördelningen på hemtjänstenheten.

⁶¹ Jag vill bestämt påpeka att jag inte tycker att utredarnas resonemang är klandervärd på något sätt. Tvärtom visar båda prov på att ta sin uppgift på mycket stort allvar. Det jag lyfter fram i analysen kan uppfattas som kritik av enskilda utredares förmåga att utreda, eller deras synsätt. Det är inte avsikten. Jag försöker bara förstå utredningarna från ett annat perspektiv.

⁶² Jag har valt ut de delar där personalens förklaringar framgår.

Vare sig enhetschefen eller samordnaren har möjlighet att medverka på samtliga lags morgonmöten, då dagens arbete går igenom och uppdragen fördelas. De har ansvar för flera hemtjänstlag. Alla anställda måste kunna ta detta ansvar och leda morgonmötena.

Detta är fakta, utredaren talar om hur det är och måste vara. Det går inte att begära mer av enhetschef och samordnare, alla måste kunna ta ansvar. Detta uttalande står oemotsagt genom hela utredningen. Därefter vänder utredaren uppmärksamheten till frågan om varför brevet sattes in i en pärm:

Ingen kan svara på varför beslutet om dagligt bistånd för X bara sattes in i en pärm. Hemtjänstlaget har dock haft en mycket pressad arbetssituation den senaste tiden, med mycket stress. Laget har fått flera nya och tunga vårdtagare [...] Enhetschefen anser att ytterligare personal behöver rekryteras.

Personalen framför att det var mycket bättre när laget hade en "egen" samordnare. Hon höll då alltid i morgonmötena, vilket ledde till mer av ordning och reda.

Enhetschefen framför att organisationen med samordnare ska ses över inom förvaltningen. Fokusgrupper kommer att inrättas för att se över hur den övergripande planeringen ska organiseras.

I den första meningen finns en aning av kritik, någon har varit slarvig eftersom brevet "bara" sattes i en pärm, och ingen vill ta på sig ansvaret för denna handling. Av okänd anledning verkar personalen inte kunna utföra de mest enkla uppgifter. Här finns förklaringar som ursäktar slarvet, men inte ansvarslösheten. Enhetschefen "anser" att mer personal behövs. Det är inte uppenbart att mer personal behövs trots vårdtyngden. Personalen håller med om att det är rörigt, men det är inte deras fel eftersom det tidigare varit bättre. Jag får intrycket att de försöker skaka av sig ansvaret: de kan arbeta ansvarsfullt och effektivt, men det som förändrats är samordnarens närvaro. Omorganisering förs fram som en förklaring till oredan. Därefter kommer enhetschefen in och talar om hur det ska bli bättre, hon levererar ett löfte om att en översyn ska komma att ske.

Nästa fråga rör varför inte biståndsbedömaren kontaktades. Det konstateras att kommunikationen mellan kontaktpersonen och den som besökt kvinnan brustit: "De tycks bägge ha trott att den andre skulle kontakta biståndsbedömaren. De borde tydligt klargjort vem av dem som skulle kontakta biståndsbedömaren." Direkt efter detta konstaterande talar utredaren om vad som borde gjorts. Här finns två skyldiga som pekas ut: de har inte kommunicerat

med varandra. Slutligen tar utredaren upp frågan om social dokumentation. Åter framhåller personalen stress som en förklarande faktor och förnekar bristande utbildning:

Personalen uppger att de fått mycket bra utbildning i dokumentation [...] Det är i första hand den höga arbetsbelastningen och stressen i arbetet som orsakar att social dokumentation inte förs i önskad utsträckning.

Enhetschefen framför att det troligen är så att akuta insatser gör att personalen skjuter upp dokumentationen och sedan glöms det bort. Att man måste dokumentera sitter inte i ryggmärgen på personalen. Betydelsen av såväl social dokumentation som en fungerande kommunikation mellan de anställda tas upp på varje APT [arbetsplatsträff], på de månatliga team-mötena samt vid de morgonmöten då enhetschefen medverkar, minst 2 per vecka.

Det personalen och enhetschefen framför lämnas utan bekräftelse. Utredningen avslutas med att den ”ger vid handen att bristerna i hemtjänstlaget i mycket bottnar i brister i kommunikationen och den sociala dokumentationen.” Detta är ett cirkelresonemang. Bristerna i hemtjänstlaget *var* brister i kommunikation och social dokumentation – det är samma sak – och det som skulle förklaras var varför man inte kommunicerade eller dokumenterade. Vad var det mer som brast i hemtjänstlaget? Här hade personalens påpekanden kunnat användas, som att bristerna i hemtjänstlaget orsakades av att de inte längre hade en samordnare på plats, att de arbetade under stor stress och att akuta insatser fördröjde och förhindrade deras dokumenterande. Att det fanns brister i dokumentationen stod klart redan i enhetschefens brev där hon begär en utredning om huruvida det inträffade varit ett allvarligt missförhållande. Det som skulle utredas var vad som hände, och i vilken grad det uteblivna besöket var ett hot mot kvinnans liv, personliga säkerhet och psykiska och fysiska hälsa. Orsakerna till hennes eventuella skada eller lidande skulle också utredas, men här fokuserar utredningen på vad som orsakade det missade besöket, något som man redan visste. Utredaren närmade sig denna fråga med svaret i sin hand – det fanns brister i hemtjänstlaget som bestod av brister i dokumentation och kommunikation. Han fick inte heller fram vem som satt in ett brev i en pärm utan att säga till. Ingen klev fram för att ta på sig ansvaret. Utredaren tog inte hänsyn till personalens förklaringar, deras påpekanden om stress och omorganisering neutraliserades genom enhetschefens löfte om en översyn i framtiden. Trots att personalen sade att de fått

utbildning, trots enhetschefens försäkringar om att frågor om kommunikation och dokumentation diskuterades ofta, formulerades åtgärder i två punkter:

[utbildningsinsatser] måste intensifieras. Personalen har fått mycket stöd i form av utbildning i dokumentation och andra insatser. Fortsatta utbildningsinsatser, inklusive uppföljning och granskning, förordas.

Rutinerna i hemtjänstlaget vad gäller mottagande av beslut från biståndsbedömare och genomgångar på morgonmötena ses över.

Utredaren, som arbetade på förvaltningen och nära stadsdelens politiska ledning, diskuterar inte stress, vårdtyngd och omorganisering. Åtgärden blir mer utbildning, inte mer personal. Varför mer utbildning till en motspänstig personalgrupp? De ville inte ha mer utbildning, de ville ha mer resurser. En tolkning av detta är att utredaren måste komma med åtgärder som kan genomföras inom ramen för den budget som finns. Han vet att han inte kan föreslå ökade resurser. Vad mera är, omsorgstagaren får inget utrymme i utredningen, varken dödsorsak eller sjukdomstillstånd nämns. De faktiska omständigheterna kring dödsfallet lämnas därhän, inget läkarutlåtande, ingen koppling mellan insats och dödsorsak görs.

Jag menar dock att det hade kunnat ställas andra frågor än dem utredaren valt, med hänvisning till det syfte lex Sarah hade när denna utredning gjordes: att skydda den enskilde och att bidra till att denne får omsorg av god kvalitet, om inte annat så ska en sådan kvalitetsförbättring kunna komma andra till godo (Socialstyrelsen 2010a:18). I den förändrade lex Sarah (från den 1 juli 2011) finns samma syften, men en ökad fokusering på verksamhetens kvalitetssäkring där omsorgstagarnas alltmer kommer i skymundan. Möjligen kan utredarens tonvikt på detta vara ett tecken på att kvalitetsdiskursen vuxit sig stark i verksamheten och i tjänstemännens applicering av rutiner redan innan den nya bestämmelsen skrevs och att den diskursen påverkar utredaren. Oavsett vilket så har frågan om skada eller risker för omsorgstagarnas hälsa helt åsidosatts. Frågor hade kunnat ställas kring omsorgen om kvinnan och graden av allvarighet hade kunnat kopplats till hennes situation.

Allvarligt missförhållande som "pseudo-rättegång"

I den sista av dessa utredningar finns mycket mer information om omsorgstagaren. En man med diabetes hade ett besök varje förmiddag; dessutom ringde hemtjänsten morgon och kväll för att påminna om medicin. En semestervikarie ringde honom på kvällen, men fick inget svar. Därefter glömde hon bort mannen och hon glömde även att rapportera att han inte hade svarat till nattpersonalen. När ordinarie undersköterska ringde mannen nästa morgon svarade han inte och hon åkte dit tillsammans med en kollega. Mannen hade fått en stroke men var vid liv. Undersköterskorna skickade honom till sjukhus där han avled av en hjärtinfarkt inom ett dygn. Utredaren, en tjänsteman anställd på stadsdelens förvaltning, bedömer inte detta som ett allvarligt missförhållande, men konstaterar att det fanns "vissa brister i dokumentation och rutiner."

Här finns en grundlig utredning, med mycket information om omsorgstagaren, men också om personalen. Förklaringarna till varför vikarien glömde telefonsamtalet är både många och långa, kvällens alla händelser och arbetsbörda beskrivs. Annan personal vittnar om att semestervikarien blev "helt förstörd" när hon hörde att mannen avlidit. Hon erkände också att han inte svarat på kvällen, att hon borde följt upp det "och att det var hennes ansvar." Utredarens bedömning vilar på följande resonemang:

Vi vet inte vad som hänt X under tiden från förmiddagshjälpen till morgonen därefter. Man kan tänka sig två scenarier. Den ena är att X inte svarade i telefonen på söndagen för att det hade hänt något som gjorde att han inte kunde. Om hemtjänsten hade följt upp detta med ett besök hade han kommit till sjukhus tidigare. Om detta hade påverkat utgången kan vi inte veta. Däremot kan fördröjningen ha förorsakat honom lidande.

Det andra scenariet är att X inte hört telefonen och att något inträffat senare på kvällen eller natten. I detta fall har Xs situation inte påverkats alls av den bortglömda kontakten.

Syftet med telefonsamtalet till X var att påminna honom om att ta insulin och att äta. Det finns ingen koppling mellan den insatsen och att han fick en hjärtinfarkt och avled. Utredaren bedömer att det ovan redovisade inte ger vid handen att det förekommit ett sådant allvarligt missförhållande som avses i 14 kap 2 § socialtjänstlagen.

Det finns ingen koppling mellan dödsorsak och hemtjänsten insatser. Slutatsen är dock inte helt invändningsfri för hade omsorgstagaren blivit sittande

i stolen länge, med stroke, utan att kunna kontakta någon kan stressen det inneburit orsakat hjärtinfarkten som han fick senare under dygnet, det vill säga om han drabbades av stroke innan personalen skulle ringt. Information saknas om vad som egentligen inträffat, men utredaren gör bedömningen att detta inte var ett allvarligt missförhållande. Hon tar upp det eventuella lidande som omsorgstagaren kan ha upplevt, men det går inte att slå fast om han led eller inte. Vad är det då som leder fram till bedömningen? Utredaren har noga förklarat och försvarat vikariens handlande. Vikarien har erkänt skuld och visat ånger. Händelsen framstår som orsakad av olyckliga omständigheter. Utredaren axlar rollen av vikariens försvarsadvokat (bevis saknas för att mannen verkligen led) och vikarien är ångerfull och ansvarsfull. Utredaren väljer att hellre fria än fälla vikarien. ”Brott” går inte att styrka.

Alla dessa fyra fall där omsorgstagaren avlidit redovisar oavsiktliga handlingar, ett telefonsamtal faller i glömska hos ett ovant vårdbiträde, information når inte fram förrän en dag efter en person kommit hem från sjukhus, en gammal människa dör plötsligt i sitt hem. En annan sjuk människa dör plötsligt på ett rum på ett äldreboende och kan inte kontakta personalen just i stunden. Detta är händelser som varken omsorgstagare eller personal vill uppleva. Men är det allvarliga missförhållanden? Risk för allvarliga missförhållanden finns hela tiden i en sådan komplex verksamhet, ett bortglömt telefonsamtal eller otillräcklig information till någon i vårdkedjan riskerar alltid att få allvarliga konsekvenser för människor i behov av andras hjälp.

Det hade därför kunnat gå att slå fast – utan både rapport och utredning – att planerade men uteblivna besök i hemtjänsten alltid *riskerar* att få allvarliga konsekvenser för människors psykiska och fysiska hälsa. Det är dock långt ifrån alla uteblivna hembesök som rapporteras enligt lex Sarah. Att det gjordes i dessa fyra fall tror jag hänger samman med att omsorgstagarna avled, därför blir det också viktigt att utreda om det fanns något samband mellan den insats som skulle givits och dödsfallet. Sambandet utreddes i tre av fyra fall, inget samband ansågs föreligga mellan missad insats och dödsfallet i någon av dessa tre. I det första gjordes ingen bedömning av om det var ett allvarligt missförhållande, det andra bedömdes som ett allvarligt missförhållande och det tredje bedömdes *inte* som ett allvarligt missförhållande.

På det sättet är dessa fall tydliga exempel på hur olika bedömningarna görs trots likartade händelser och omständigheter och trots samma krav på ansvarsutkrävande av den ansvariga nämnden.

Sammanfattande diskussion

Bara i 13 lex Sarah-rapporter (18 procent) av 70 fanns en tydlig bedömning av att händelsen varit ett allvarligt missförhållande, fem stycken (7 procent) bedömdes *inte* vara allvarliga missförhållande och i 52 av 70 rapporter (74 procent) framgick inte någon bedömning av händelsens allvarlighetsgrad. Jag har inte kunnat finna något mönster för hur bedömningen av vad som var allvarligt genomfördes. Liknande händelser kunde bedömas på olika sätt. I vissa fall blev själva lex Sarah-rapporten ett bevis för att det som inträffat var allvarligt. I dessa fall går det att säga att bedömningen faktiskt låg hos rapportören. I och med att något blivit rapporterat formellt enligt 14 kap i socialtjänstlagen, så betraktades det som ett allvarligt missförhållande. I många ärenden gick det att se en glidning av definitionen av allvarligt missförhållande – från skada eller risk för skada som ger allvarliga konsekvenser för omsorgstagare – till en definition av brister i sig som missförhållanden. Definitionen av ett allvarligt missförhållande kan i dessa fall sägas ha förändrats. Ibland saknades både omsorgstagarens, personalens och läkarens uppfattningar om omsorgstagarens skada. Ett allvarligt missförhållande definierades istället som ett systemfel i organisationen, frikopplat från den eventuella skada som någon fått. Med den senare ”definitionen”, som varken har stöd i tidigare eller senare propositioner, tillkom andra kriterier för missförhållandet. Det skulle exempelvis vara just systematiskt, det måste vara upprepade misstag, det räckte inte att en enskild blev drabbad. Det måste dessutom vara olika personer som gjorde samma misstag, *en* tjuv eller *en* olämplig anställd som kränkte omsorgstagarna var inget systemfel, som kunde härledas till verksamhetens organisering. Detta visade en definition av ett allvarligt missförhållande som fanns ute i verksamheterna, men som inte hade något stöd i förarbetena. Detta är i linje med vad Dahler- Larsen (2008) menar när han påpekar att kvalitet i allt högre utsträckning fått en organisatorisk aspekt. Visserligen finns det en hel del i den senare propositionen om kvalitetssäkring på organisationsnivå, inklusive att lex Sarah är ett sätt att identifiera eller komma tillrätta med systemfel, men Socialstyrelsen definierar inte ett allvarligt missförhållande som ett systemfel. Det kan vara *ett sätt* att identifiera systemfel, men inte bara det.

Många lex Sarah-rapporter saknade grundliga utredningar och tydliga bedömningar, men några visade tydligt hur moraliska värderingar av skuld, ansvar och karaktären hos både händelsen och de människor som var involverade blev vägledande för bedömningen. Om det gick att bevisa att något gjorts medvetet eller om den utpekade personalen inte erkände eller vägrade uttala

sig så förvärrades missförhållandet. Om det kunde bevisas att någon handlat oavsiktligt eller erkände sitt misstag och tog på sig ansvar var det tvärtom förmildrande omständigheter och därmed också mildare bedömningar. Såväl avsiktlighet som erkännande av ansvar för gärningen användes av utredarna som bedömningsgrunder för huruvida det inträffade var ett allvarligt missförhållande eller ej. Det fanns därför, trots en uttycklig önskan i handböcker och förarbeten om att inte utpeka syndabockar, ändå en tendens att göra det i praktiken. En sådan fokusering på enskilda medarbetares missgärningar skymmer också ansvaret för en god omsorg. Enskilda medarbetare är naturligtvis ansvariga för sina handlingar, men som några exempel visat så kan det i praktiken vara svårt att dra några enkla slutsatser om vad som var rätt eller fel, moraliskt eller omoraliskt. Ansvaret för omsorgens kvalitet har dock verksamhetsansvariga och ytterst politiker som sätter ramar för verksamheten. Det ansvaret kan *aldrig* förhandlas bort eller läggas över på enskilda medarbetare.

Utredarens roll framstod som viktig, även om det utifrån mitt material inte gick att se vad hos utredaren som var avgörande. Såväl ambitiösa som bagatelliserande utredningar gjordes av både enhetschefer och utomstående utredare. Enhetscheferna arbetade vanligtvis närmare brukarna än verksamhetsutvecklarna, men de var allra närmast personalen. Det har konstaterats att graden av närhet är av betydelse för behovsbedömning (Andersson 2007). Den kan också ha betydelse vid utredningar av missförhållande, även om jag inte har tillräckligt många fall för att kunna uttala mig om detta säkert. När utredarna är nära den politiska ledningen i stadsdelen kan denna närhet ge sig tillkänna i utredningarna. Ett exempel var när krav på mer resurser och omorganisering från personalens sida förbigicks med tystnad. Andersson (2007) menar att biståndsbedömarna styrdes av kommunens knappa resursfördelning och att de tilldelade brukarna mindre hjälp än vad deras faktiska behov motiverade. Det är tänkbart att en ständigt dålig ekonomi gör att utredare och enhetschefer föreslår åtgärder utifrån kostnadsramar, istället för vad som skulle kunnat vara mer motiverade och relevanta, men också mer kostnadskrävande åtgärder. Det har betonats i andra studier att den dåliga ekonomin påverkar även brukarna och deras krav, så att de blir försiktiga med att begära det de behöver (ibid; Boklund 1995). Vad som pekar i den här riktningen i mitt material var de ärenden, där enligt nämnden åtgärderna var adekvata, men där omsorgstagarens anhöriga styrt upp omsorgsarbetet och även utfört det när hjälpen uteblivit. Detta betydde att nämnden faktiskt inte tog sitt ansvar, utan överlät arbetet, och ansvaret för omsorgen, till anhöriga som inte var anställda.

10

MAKTBALANSENS SKIFTNINGAR

I detta kapitel samlar jag avhandlingens resultat med hjälp av en övergripande analys av klagandeprocesser och idealtyper av modeller för klagomålshandling. De processer som jag urskiljer i materialet bygger i första hand på fallbeskrivningarna, men samma typ av processer återkommer i hela det insamlade materialet. Det handlar om processer som startat när brukare, anhöriga och personal tagit sig över både vidkännandets och tillskrivningens barriärer (Felstiner, Abel & Sarat 1980-81; Kritzer 2011:3). De har känt av eller identifierat ett missnöje eller ett missförhållande och tillskriver någon skuld eller ansvar för det inträffade.

I fallbeskrivningarna framträder två olika huvudtyper av processer när någon framför klagomål eller rapporterar om missförhållanden: en stängd och en utvidgad process. Den första kan sägas vara en för utomstående sluten process där klagomålen flyttas runt och hanteras mellan de närmast berörda, eller med ett mycket begränsat domänbyte. Den andra, utvidgade processen kännetecknas av att många olika aktörer dras in i klagomålet eller det rapporterade missförhållande och det sker flera byten av domäner där den ursprungliga händelsen omdefinieras, omförhandlas och förändras.

När klagomål tas om hand direkt av de närmast berörda har det beskrivits som ett sätt att undvika missförhållanden och långtgående konflikter (SOU 2008:51, s. 50). En sådan inställning överför, å ena sidan, en implicit föreställning om klagomål som ett förstadium till större konflikter. Det blir därmed också definierat som ett mindre problem som, om det inte tas om hand direkt,

kan växa sig större. Å andra sidan blir klagomålen legitima först när de lämnat den domän där de uppstod; det är först då som de är ”något att komma med” (Ahrne 1985). Vissa brukarklagomål förs över och hanteras inom ramen för personalens lagstadgade skyldighet att anmäla missförhållanden. Som jag visat är det inte alla brukarklagomål som hanteras på detta vis och det finns ingenting som talar för att det är en viss typ av händelse som per automatik utreds enligt lex Sarah. De övergripande processer som jag här beskriver är ämnade att förstå vilka styrningsrelationer som gör att vissa klagomål stannar vid en förhandling mellan omsorgspersonal, brukare och/eller anhörig och varför andra färdas vidare till andra domäner.

Den stängda processen

Den stängda processen uppvisar två olika varianter, ett där klagomålet inte byter domän och ett där det gör det, men i mycket begränsad utsträckning.

Klagomålet byter inte domän – omsorgstagaren gör sorti

I den första stannar klagomålen hos omsorgstagare och anhörig (se avsnitt *Vantrivsel och exit* på sidan 109, delvis i avsnitt *Bristar i omsorgen* på sidan 119). Istället för att framföra klagomål för att förändra eller förbättra den omedelbara situationen tillgrips sorti (*exit*). Exit är ovanligt, men två exempel finns i mitt material. Brukarna har i båda fallen löst de problem som gav upphov till klagomålen genom att byta boende eller utförare. I det senare fallet skrevs en lex Sarah-rapport men inga åtgärder vidtogs och ingen bedömning gjordes, eftersom omsorgstagaren, med hjälp av anhöriga, bytte hemtjänstutförare (se avsnitt *Åtgärder*, på sidan 203). Inga klagomål antecknades i det första fallet, och ingenting utreddes i det andra.

Det väsentliga i den här typen av process är att ingenting lämnas åt verksamheten att förbättra (jfr Hirschman 1970). Effekterna för brukaren varierade, vissa saker blev bättre och annat besvärligare. Det finns inom vissa ekonomiska teorier uppfattningar om att konkurrensutsättning genom kundernas möjlighet att välja produkt är ett effektivt medel för att påverka service och kvalitet. Andra forskare (t ex Möller 1996) har hävdats att det inte finns något som tyder på någon sådan positiv effekt inom en överskådlig framtid inom äldreomsorgen, där så få äldre människor har möjlighet till sorti. Drygt tio år efter Möllers studie visar andra studier fortfarande exit-strategins begränsningar inom äldreomsorgen; i kommuner med kundval hade endast fyra procent

av brukare med hemtjänst bytt utförare och var femte bytte därför att verksamheten upphört (Svensson & Edebalk 2010:32). Samtidigt svämmar inte marknaden över av konkurrerande omsorgsgivare att välja mellan. Tvärtom är det ett fåtal starka aktörer som kännetecknar omsorgsmarknaden (Möller 1996; Svensson & Edebalk 2006; Szebehely 2011). De få personer i mitt material som valde bort ett boende eller en hemtjänstutförare bidrog knappast till att den verksamhet de lämnade förbättrades eller fick stänga. För äldre människor är att byta boende eller hemtjänst en arbetsbörda av stora mått och har de en gång flyttat in på ett äldreboende har de redan fattat ett svårt beslut att lämna sitt hem. Några av informanterna vittnade om att den flytten hade varit förknippad med stora omvälvningar. Om valfrihet ska fungera i den här typen av verksamhet, krävs en helt annan marknad än den som finns idag, och helt andra omsorgstagare. Mina resultat ligger här i linje med tidigare forskning som ifrågasatt huruvida kommuninnevånarna i allmänhet, och de äldre i behov av omsorgstjänster i synnerhet, kan betraktas som kunder på en marknad, och hur aktiva deras val är (Norén 2001; Gustafsson & Szebehely 2005; Hjalmarsson 2006; Bejerot & Astvik 2009; Svensson & Edebalk 2010).

Begränsat domänbyte – en tredje part involveras

I den andra varianten av den stängda klagandeprocessen bytte klagomålet domän i mycket begränsad utsträckning. Det innebar för det mesta att en tredje part involverades, men där stannade sedan klagomålet. En förhandling om vad som var möjligt och vad som var rimligt att genomföra vidtog. Ansvaret för att förändringar och åtgärder implementeras vilar i en verksamhet med stor personalomsättning på den stabila parten i relationen, och det var de som fanns kvar när personal kom och gick. Omsorgstagare och anhöriga fick agera arbetsledare och ibland även utförare av tjänster som personalen försummat. Resultatet blev en förbättrad omsorgssituation för omsorgstagaren, till priset av en stor arbetsinsats för anhöriga. Vad jag menar med en stängd process i sådana fall är att förändring inte kom till stånd som en följd av klagomålet och att anhöriga så att säga stängde av en vidare process genom att utföra det som inte blivit gjort.

En andra situation uppstod när förhandlingen kom att röra sig om klagomålets legitimitet; det oskadliggjordes genom legitimerande förklaringar och handlingar, t ex tystnad, förhållningar och undvikande svar. Det visade sig att det tog lång tid att få svar på klagomål. Den klagande gav upp eller så förändrades omsorgstagarens situation, både som en följd av ett skört hälsotillstånd

och att klagomålen inte hörsammats. Omsorgstagaren avled, flyttades till sjukhus eller till en annan boendeform och här framstår organisationen som den stabila parten som består, under det att omsorgstagarna försvinner.

Som påpekats är ett icke-svar eller en fördröjning av svar en form av avvissande av anspråk (Felstiner, Abel & Sarat 1980-81). Detta kan tolkas som en oenighet om klagomålets legitimitet, att den som skulle svara inte tyckte att det var något att bry sig om, eller också var det oklart vem som skulle svara på klagomålet som kunde "valsa runt" i verksamheten. Detta visar också att brukarklagomålen *kunde* ignoreras, utan att det fick några större konsekvenser. Uppföljningen av klagomål och intresset från de sociala nämnderna framstod i studien som mycket litet.

Minst en tredje part ingår också alltid i lex Sarah-rapporteringen, eftersom omsorgspersonal rapporterar till sin närmaste chef om missförhållanden. Men det finns fall när personal rapporterar vad de uppfattar vara allvarliga missförhållanden, utan att någon rapport skrivs. Även här går det att tala om en stängd process. Det går alltså att jämföra dessa situationer med dem där brukarna klagat och där inget mer händer med klagomålen. I studien framkommer flera skäl till varför rapporter inte skrevs, trots att personal rapporterade: 1) Cheferna undvek att skriva för att slippa mer arbete eller besvärliga och obehagliga situationer eller så var de rädda för att verksamheten skulle framstå som "dålig". 2) Det rapporterade missförhållandet uppfattades av cheferna som något annat än ett missförhållande, t ex som en konflikt mellan kollegor och som därför inte behövde utredas inom ramen för lex Sarah. 3) Otydliga gränser mellan vad som skulle hanteras som avvikelser – som inte behövde utredas och skickas till nämnden – och vad som var ett missförhållande. Inget tyder på att omsorgstagarnas situation förändrades, däremot blev effekterna för rapportörerna ibland kännbar.

Det finns som jag ser det, två alternativa förklaringar till varför rapporter inte utreddes vidare när en tredje part ändå involverades. Å ena sidan kan det tolkas som att rapporteringsskyldigheten och hur rapporter ska tas om hand och utredas, efter mer än tio år i kvalitetssäkringens tjänst, ännu inte sipprat ned till alla verksamhetsgolv. Denna slutsats understöds också av resultatet av genomgången av lex Sarah-rapporterna, nämligen att utredningar många gånger saknas eller är vaga. Det finns inte tillräcklig kunskap om rutiner, det dokumenteras och rapporteras inte i tillräckligt hög grad. Denna förklaring framhålls även av enhetschefer och verksamhetsutvecklare. Problemet definieras som avsaknad av kunskap om regler, och åtgärder som förordas är mer information och förtydligande av rutiner. Behovet av mer dokumenta-

tion och mer utbildning i hur man dokumenterar tycks omätligt av dessa utredningar att döma. Å andra sidan har lex Sarah trots allt funnits i drygt tio år och det finns en hel del kunskap om lex Sarah-rutiner; några goda effekter av lagen har även framhållits i mitt material. Motståndet i praktiken kan i så fall inte förklaras av okunskap om rutiner, en ökad arbetsbörda för dem som ska utreda eller ovilja att skuldbelägga omsorgspersonal, vilket är några andra förklaringar som givits till varför rutinerna inte följs. Detta är försvårande omständigheter, men det är inte allt. Den andra förklaringen är istället att klagomål inte tas på allvar, dels för att de människor som ställer krav och klagar betraktas som "besvärliga", dels för att äldreomsorgen – både äldreboenden och när någon får hjälp av hemtjänsten – också fungerar som en "rättsfri zon" (Kubis 2001), vilket även uppmärksammats inom funktionshinderområdet. Lagstiftning är en sak, men den sätts ur spel när saker inte kallas vid deras rätta namn eller när de personer som drabbas betraktas som något annat är juridiska subjekt. Praktiken, det vill säga omsorgen som ges inom hemtjänst och på äldreboende, kan förstås som en sådan rättsfri zon där omsorgstagare, framställs som en särskild kategori människor på en särskild plats, inte som "äldre i allmänhet" utan som "hjälpbehövande äldre" (Brodin 2005; Tornstam 2007), vilkas hem är personalens arbetsplats. Omsorgstagarernas självbestämmande konkurrerar med andra bestämmande ordningar, både formella och informella. Här finns en folklig logik som ofta kommer till uttryck – någon är "besvärlig" - det kan gälla både anhöriga, omsorgstagare och personal. Med en sådan logik kan det mesta förringas, omdefinieras och avfärdas. Det inträffade eller klagomålets innehåll är inte det besvärliga, utan det är en egenskap hos någon individ. Makten att definiera vem eller vad som är besvärligt ligger inte självklart hos chefer som formellt är de som bestämmer, utan hos den som lyckas tillgripa och utnyttja den logik som redan finns inbäddad hos alla "members" i denna kontext. Att vara "besvärlig" är dock ingen stabil egenskap, den kan när som helst förändras, men för att så ska ske krävs att klagomålet omdefinieras eller byter domän. Andra aktörer, eller en ny typ av situation kan på så vis plötsligt orsaka förändringar i maktbalansen.

I den stängda klagandeprocessen löstes eventuella konflikter på plats, och varken klagomål, missförhållanderapport eller konflikt bytte i någon större utsträckning domän. Klagomål och rapporter om missförhållanden fick i den stängda processen ingen spridning i verksamheten, och de förändrade eller bidrog inte heller med någon förbättring i densamma. Klagomålen påverkade inte någon, förutom dem som var på plats och som i olika grad tog skada av det inträffade. De som drabbades var omsorgstagarerna som inte fick den hjälp

de behövde eller fråntogs sina möjligheter till självbestämmande, samt anhöriga som ålades både arbete och ansvar för att upprätthålla en god omsorg. Drabbades gjorde också omsorgspersonal som fick ta emot anhörigas ilska och oavsett om skulden var deras så är det en situation som av många upplevs som obehaglig, både för den som ger och tar emot ovet. Omsorgspersonal fick inte heller stöd i sin rapportering och när de företrädde omsorgstagarna hände det att de förlorade all makt och inflytande.

Allianser i den stängda processen

I studien har det framkommit att olika aktörer ibland bildar allianser med varandra för att på så sätt förstärka klagomålet eller få mer inflytande. Bildandet av allianser är både ett sätt att ingå i, och att skapa, sociala relationer. Allianserna var mer eller mindre tillfälliga, stabila, påtvingade eller frivilliga. I den stängda processen framträdde en allians mellan omsorgstagaren och anhöriga. Deras förmåga att styra och påverka låg i de resurser som anhöriga hade och som kunde påverka den specifika situationen. Alliansen hjälpte omsorgstagaren till en förbättrad omsorg. Här fanns också försök från omsorgspersonal att bilda en allians med engagerade anhöriga som förmedlare av personalens klagomål. Flera anhöriga ombads att framföra omsorgspersonalens kritik därför att de ansågs ha mera makt och på det sättet ge personalens anspråk mer kraft och kanske också legitimitet. Det har påpekats att det finns en retorisk kraft i brukarperspektivet samtidigt som brukarnas egna röster sällan hörs (Dahler-Larsen 2008), men hur väl representerar anhöriga brukarperspektivet? Det finns något osäkert och i högsta grad föränderligt över anhörigas roll i framförande av omsorgstagarens anspråk. De kan både inkluderas och stängas ute med en och samma typ av argument – att de inte är involverade i själva omsorgsarbetet. Från omsorgspersonalens sida kan detta te sig som en styrka: de är inte underordnade arbetsgivaren och talar från en position utanför organisationen. Det kan också vändas emot dem – de står utanför och riskerar att anklagas för att ha en egen agenda, som inte representerar omsorgstagarens önsknings.

När rapporter om missförhållanden stängdes, trots en tredje part, blev också allianser mellan olika anställda tydliga. I ett fall fanns en allians mellan flera undersköterskor mot en enskild undersköterska som ansågs otrevlig. Men cheferna tog parti, inte bara för den klandrade undersköterskan, utan de tog också ställning för *den dominerande norm* som hon argumenterade för - ingen omsorgstagare kunde kräva mer tid än någon annan – och mot en omsorgs-

tagare som därmed också definierades som besvärlig. Omsorgspersonal som företrädare kan, liksom anhöriga, bli betraktade och behandlade som ett slags ”medklienter” (Andersson 2007:167). De får i och med detta en försvagad ställning och trovärdighet.

Slutligen kan då även verksamhetsansvariga ingå olika allianser med delar av personalen, brukaren eller anhöriga. Cheferna har i sin position en mer bestämmande funktion, men den kan komma att utmanas av de olika allianserna som jag beskrivit ovan, alternativt få ytterligare kraft av dem i kombination med dominerande institutionella diskurser eller normer.

Den utvidgade processen

En andra typ av klagandeprocess utvecklades när klagomålet bytte domäner, och spreds till fler än de närmast berörda. Detta förutsätter alltid att klagomålet eller rapporten skrivs ned. När en upplevd oförrätt eller skada framfördes som ett klagomål inleddes en tredelad process: namngivning, skuld och ansvarstillskrivning samt framförande av anspråk (Felstiner, Abel & Sarat 1980-81). I den utvidgade klagandeprocessen förhandlade man om vem eller vad som bar skuld och/eller ansvar (*blaming*) samt om avfärdande, svar och åtgärder på anspråk (*claiming*). I många fall ledde dessa förhandlingar till konflikter men också kompromisser. Anspråken var inte alltid klart framträdande i brukarklagomålen; man ville att fel skulle rättas till och inte upprepas, mer sällan framfördes specifika krav. Anspråken inkluderade i de allra flesta fall krav på någon form av upprättelse. I klagomålen knöts denna till ett erkännande av att den som klagade hade rätt i sak. Bevis eller framläggande av fakta som bevisade vad som hänt fick stor betydelse. För det mesta var anspråken mer allmänt ställda till verksamheten som enhet.

Klagomålen bytte domäner och gjordes offentliga när de klagande inte gav upp, trots tystnad eller undvikande svar. Kontakter togs med medier, kommunpolitiker, med fler chefer i andra organisationer än den i huvudsak kritiserade och tillsynsmyndigheten. I brukarnas klagomål fanns i nästan samtliga fall där de gick att följa, någon form av konflikt. Den som klagade fick inget eller föga gehör. Om och när svar gavs tog en skuld- och ansvarsförkjutning vid som omfattade brukaren själv, dennes sjukdom eller någon annan personalgrupp. Därtill förlades skuld och ansvar till en politisk nivå, vilken inte gick att nå av varken brukarna eller praktikerna.

Miller och Holstein (1995) definierar en dispyt som en offentlig konfronta-

tion som gäller *oenighet* i något anspråk, och där de olika aktörernas tolkningar leder till en dispyt. Det som jag kallar den utvidgade processen inkluderar just sådana olika tolkningar, även om offentlighetsgraden i konfrontationen kunde vara mindre uppenbar. Alla lex Sarah-rapporter som rapporteras enligt rutin blir offentliga när de når socialnämnden. Det fanns i det jag analyserade inte alltid någon tydlig oenighet, åtminstone inte initialt, men det tillkom ofta när utredningen utfördes och olika röster fick säga sitt. Rapporterna bytte kontext i enlighet med det som Miller och Holstein (1995) kallar dispytdomän. Vanligtvis involverades enhetscheferna först. De hade resursfördelar jämfört med anhöriga och befann sig nära praktiken, de kände såväl personal som omsorgstagare och hade kännedom om lagar och rutiner. De vittnade emellertid också om begränsade resurser, främst tid, och här fanns ytterligare motstånd. Det poängterades att det var komplicerade förhållanden och mycket skuldbeläggning involverat i rapporterna. Mycket stod på spel för enhetscheferna, de skulle behålla förtroendet mellan sig själva, personal, brukare och verksamhetsledning.

Transformationer av klagomål

Hur, var och när transformerades klagomål till något annat än det ursprungliga? För det första generaliserades olika handlingar till större och övergripande kategorier, när man gick *från det specifika till det generella*. Detta gjordes ibland med hjälp av färdigtryckta dokument som skulle fyllas i och som styrde hur människor kategoriserade händelser (Campbell 2001; Rankin 2003, jfr Olaison 2009). Ett ofta förekommande samlingsbegrepp var "omsorgsbrister", vilket var en vid definition som användes i praktiken av omsorgspersonal och chefer, men också i styrdokument och av tillsynspersonal. Även brukarna använde detta ord i en del av klagomålen. Det var en första kategorisering som sa något om vad som fallerat, den dolde de specifika handlingar, som inkluderades i denna kategori, och som kunde vara mycket olika och ha varierande orsaker som krävde skilda lösningar. Omsorgsbrist var en första generalisering av det inträffade. Detsamma gällde "missförhållande", som också hade denna generella karaktär där en mängd olika slags handlingar och konsekvenser kunde inkluderas. Båda dessa termer kan, som funktionshinderforskare påpekat, dölja brottsliga och kriminella handlingar (Kubis 2001; Lewin 2002; Brå 2007).

Det andra omvandlingen var när det som orsakat händelsen, som nu inte längre var specifik till sin karaktär utan just generell, skulle förklaras. Det

som då skedde var att *ansvar flyttades från en fysisk individ till ett dokument*. Som en av fallbeskrivningarna visade så sades omsorgsbrist bero på dokumentationsbrister. Det senare var en av de vanligaste förklaringarna till olika felaktiga eller otillräckliga handlingar. Brister i omsorg orsakades av brister i dokumentation. Eller när det lika generella ”bristerna i hemtjänstlaget” antogs böttna i kommunikationsbrister och brister i social dokumentation. Hur hänger det samman? Någon blir inte tvättad eller får ligga med våta sängkläder, får inte smärtlindring eller blir oaktsamt omskött. Ansvar för det som ska utföras och som inte utfördes förflyttas med en sådana förklaring från en person till ett dokument. Visserligen begår personer fel om de inte skriver eller läser dokumentationen, men felet består då i att de inte skriver eller läser, vilket framstår som lindrigare än att ha negligerat omsorgstagares smärta, intorkade avföring eller trycksår. De senare handlingarna förknippas inte bara med okunskap utan med ett moraliskt klandervärt beteende. Det tycktes som om detta måste undvikas – dels står det i styrdokumentet att det inte är syndabockar eller enskilda personer som ska utpekas, dels är det känsligt därför att hela branschen har en dålig legitimitet då den ofta utsätts för ”eländesbeskrivningar” (Tullberg 2006). Det anses således inte fel att omdefiniera händelser på detta sätt, det följer riktlinjerna. Undvikandet rättfärdigades av att regler följdes.

Det fanns även exempel i det empiriska materialet som tydde på att ”dokumentationsbrister” återropades för att de var relativt enkla att åtgärda, enklare och billigare än resursbrister. Utbildning i dokumentation gavs regelbundet av kommunen, det ingick i kommunala program för att höja kompetensen i äldreomsorgen. Det var en åtgärd som inte tarvade någon speciallösning eller särskilda kostnadskrävande resurser. Varför är det så viktigt att kunna dokumentera och skriva rätt ord? Ser man till de ”brister” som förekom skulle en kurs i hur man lär sig att duscha en annan människa varsamt och med respekt vara minst lika efterfrågad. Dokumenterandet har blivit viktigare än omsorgsarbetet och detta är en effekt av granskningssamhället (Power 1999, 2007). Omsorgspersonalen kan när som helst komma att utkrävas ansvar av snart sagt vem som helst och då gäller det för dem att ha skrivit ned rätt sak på rätt plats. Deras anteckningar blir beviset för vad som utförts och hur.

Med den typ av generella kategorier som jag beskrivit ovan *skiftade fokus från subjekt till objekt* i två avseenden. På ett plan tilldrog sig en objektivisering av omsorgstagarna, främst i rapporterna, därför att de sällan talades med eller fick beskriva sina egna upplevelser. Detta förstärktes genom omskrivningar av vad händelsen hade bestått av, det specifika byttes ut mot det generella. På ett

annat plan osynliggjordes personal som subjekt, ingen "förövare" skulle helst pekats ut, ingen enskild person eller personalgrupp skulle bära något ansvar för moraliskt klandervärda handlingar, utan handlingarna definierades om till något mindre belastande. Det uppstod med den här typen av orsaksförklaringar en total avpersonalisering av såväl förövare som offer. Omsorgsarbetets praktiska utförande blev också osynliggjort när så stort fokus lades på dokumentation och kommunikation. Det senare rörde *inte* kommunikation mellan omsorgstagare och personal utan framför allt påtalades kommunikationsbrister mellan olika personalkategorier. Omsorgsarbetet blev i sin helhet avskalat sin verkliga status som enligt både omsorgspersonal och omsorgsforskare ligger i närheten till brukarna och till de emotionella, relationella och kommunikativa aspekterna av arbetet (t ex. Waerness 1983; Szebehely 1996; Ungerson 2000). Istället påtvingades en status där förebilden var tydlig: å ena sidan hälso- och sjukvårdslagstiftning, å andra sidan riskanalyser och kvalitetssäkring.

Sammanfattningsvis: i den utvidgade processen skiftade klagomålet/rapporten domäner flera gånger. Även om det i lex Sarah-rapporterna skedde efter ett färdigt schema, så var det inte alldeles självklart att detta följdes. När ett klagomål bytte domän försköts problemets karaktär från det specifika till det generella, från subjekt till objekt och ansvar flyttades från fysiska individer till dokument. Ursprungliga konflikter eller klagomål döptes om, respektlöst bemötande från personal kallades och förklarades med kommunikationsbrist, otillräckligt utförda eller uteblivna omsorgsinsatser döptes om till bristande dokumentation. Med detta namnbyte fick också klagomålet en annan innebörd och åtgärderna formades därefter. Åtgärder utformades som knöts till det nydefinierade, eller omdöpta problemet, inte till den ursprungliga händelsen.

Allianser och styrningsrelationer i den utvidgade processen

I brukarråden förväntades omsorgstagarna bilda allianser, och gemensamt lyckades de att genomföra vissa förändringar, men dessa rörde framför allt lokaler och avgifter och inte omsorgsarbetet. Det var andra och mer dominerande sociala relationer som styrde brukarråden – idéerna bakom dem som vad de skulle innehålla och vilka frågor som där kunde diskuteras begränsade brukarnas inflytande. När frågor kom upp som inte kunde lösas inom ramen för brukarråden hände det att brukarna bildade allianser med omsorgspersonalen mot en gemensam motståndare (verksamhetsledning, politiska beslutsfattare). Här var detta sammangående mer av symbolisk karaktär, eftersom inget an-

svar utkrävdes av den politiska ledningen. Det stannade vid konsensus om vad som var anledningen till problemen, men det skapades ett ”vi” där alla ingick – personal, brukare, anhöriga, samordnare, chefer – alla på rådsmötet delade maktlösheten gentemot den politiska styrningen. Förekomsten av brukarråd på äldreboenden sägs vara ett tecken på ökat brukarinflytande och demokrati, och att brukarråd överhuvudtaget finns bottenar i politiska beslut. Brukarråd har inrättats på grundval av att de är uttryck för ett demokratiskt ideal – att alla ska få vara med och bestämma om sin egen situation. Politikerna bakom beslutet får ökad legitimitet av ett sådant beslut, men samtidigt begränsar formen för brukarråden brukarinflytandet. Brukarna kunde alltså bara utöva ett mycket begränsat inflytande i brukarråden.

En liknande typ av allians kunde också utläsas i en av rapportörernas redogörelse där omsorgspersonalen gick samman och gemensamt agerade för en bättre arbetsmiljö. Här gavs också exempel på hur anhöriga ansågs vara bra att få med som resurs när man framförde kritik till verksamhetsansvariga. Anhörigas roll framstod dock som osäker, de hade alltid en möjlighet att föra klagomålen vidare och när de gjorde det fanns risken att all personal kunde komma att granskas av utomstående – både av medier och av tillsynsmyndigheten. Denna osäkerhet från personalens sida om huruvida det var fördelaktigt eller inte att liera sig med anhöriga visades också i de ”hemliga” underrättelser anhöriga fick ta emot – de fick information som de ombads att inte röja källan till. Det senare kan också ha varit ett tecken på att personal inte ville stöta sig med andra anställda.

Något som inte var en allians, men likväl ett sätt att engagera många olika sociala relationer som också visade sig ha stor kraft att förändra, var när en omsorgstagare kontaktade en dagstidning. I ett fall jag beskrivit sökte journalisten kontakt med såväl tillsynsmyndigheten som verksamhetschef och tog även hjälp av statistik om stölder och lex Sarah-anmälningar. Allt presenterades för en större publik vilket äventyrade verksamhetens legitimitet. Verksamheten blev föremål för en öppen granskning som eventuellt kunde leda till ytterligare granskningar. Det var här tidningsartikeln som tvingade fram verksamhetens ”egen” utredning.

Styrningsrelationer medierade genom dokumentation

Jag har i flera fall, och i både klagomål och rapporter, kunnat se en diskrepans mellan den ursprungliga händelsebeskrivningen och det som avslutningsvis åtgärdats. Jag sammanfattar det som att redogörelsens innehåll påverkades eller styrdes av hur personalen ”gjorde” när de rapporterade och jag har funnit tre olika former av metoder. I den första styrdes det som rapporterades av redan färdiga kategorier, vilka inte formulerats av vare sig omsorgstagarna eller omsorgspersonalen. Den andra styrdes av en dominerande institutionell diskurs som berör kvalitetssäkringsarbete (Hasselblad & Bejerot 2002). Vad som klagades på och rapporterades styrdes slutligen av vad personalen uppfattade att rapporterna skulle komma att användas till i praktiken.

Institutioner tänker: färdigtryckta blanketter och överföring av normer

För det första fanns tecken på att den som rapporterade försökte anpassa händelsen efter blanketten; det fanns sällan kategorier som överensstämde exakt med det inträffade, därför kryssade den som fyllde i blanketten i det som passade bäst (jfr Rankin 2003). Redan formulerade kategorier, rubriker eller uppmaningar om vad den som fyller i ska skriva på vissa rader, återspeglar den diskurs som omgärdar den här typen av händelser. Detta visade sig t ex i skillnaden mellan klagomålsblanketter och lex Sarah-rapporter. De förra var mindre styrda av olika kategorier – men det var synpunkter och inte klagomål som skulle skickas in – medan de senare innehöll fler färdiga kategorier av händelser. Här fanns ofta rutor att kryssa i för olika typer av brister och övergrepp. I dessa kategorier dolde sig en mängd aktiva och passiva handlingar av olika karaktär. Det blir en ganska stor betydelskillnad om det istället för brister i omsorgen talas om vanvård, misshandel eller kränkningar.

En anpassning tilldrog sig inte enbart efter blanketter, utan också efter vad som lyssnades på. När anhöriga framförde klagomål lärde de sig vad som lyftes fram som viktigt i sina möten med verksamhetens företrädare. Det kunde även härigenom uppstå otydlighet kring vad som utgjorde missförhållandet, vad som var dess orsak eller konsekvens. Varje händelse reproducerar de av verksamheten definierade problemkategorierna eller blankettens förutbestämda kategorier. De handlingar som utförts beskrevs således i termer av redan uppgjorda, övergripande, normativa kategorier. För att kunna fylla i blanketterna måste både brukarens och personalens erfarenheter redigeras och förändras. Uppmärksamheten vändes från kroppsligt närvarande omsorgs-

tagare till ett nytt, ansvarsutkrävande administrativt system – en virtuell värld av insamlat datamaterial med för organisationen relevanta kategorier. Den kunskap som överfördes via blanketterna efter en sådan redigering hade inte samma innehåll som före.

Den som framförde klagomål eller rapporterade olika händelser som eventuella missförhållanden gjorde även en bedömning av vad som var möjligt och lämpligt att föra fram, vilket inte bara styrdes av blanketternas form, utan även av uppfattningar, föreställningar och normer som människor har om vad som är möjligt att säga i ett specifikt sammanhang. I grunden handlar det också om vad som är möjligt att tänka (Douglas 1986; Smith 2001:164).

Vad kvalitetsdiskursen föreskriver

För det andra fanns en annan typ av påverkan, vilken rörde en språklig redigering av händelsen och hur man skulle skriva. Dokumentationskurser som gavs till personal var ett sätt att lära ut verksamhetens språkregler, vad som skulle skrivas, hur och var. Personalen fick lära sig vad som var viktigt att dokumentera och här ingick en hel rad olika idéer hämtade från riktlinjer och föreskrifter, vilka genomsyrades av tidsbundna diskurser. En stark diskurs i riktlinjerna som jag granskat var kvalitetsdiskursen där ordet kvalitet fick stå för en rad olika fenomen. Kvalitet är det som ska uppnås, upprätthållas, säkras, mätas, ständigt förbättras och tillhandahållas för omsorgstagarna (Dahler-Larsen 2008). De mest framträdande dragen i mitt material var kvalitet som ett ständigt förbättringsarbete och brukarklagomål och lex Sarah-rapportering som kvalitetssäkringsverktyg. Det ständigt pågående förbättringsarbetet blev aldrig färdigt, aldrig tillräckligt bra, men det var bra i sig självt därför att det pågick. Några effekter av förbättringsarbetet var däremot svåra att utläsa. För omsorgstagarnas del visade sig inte ”verktygen” användas i särskilt hög utsträckning för att förbättra för dem i enskilda fall. Med några få undantag genomgick omsorgen om den berörde omsorgstagaren sällan några större förändringar till följd av klagomål eller rapporter som jag granskat i den här studien. Huruvida brukarnas klagomål kom att användas till något förbättringsarbete på en mer generell nivå kunde inte undersökas då det inte gick att följa hur de använts. Det var inte så att ingenting förändrades – det var omorganiseringar och olika direktiv som skulle implementeras och ny personal introduceras – men detta tycktes inte vara en följd av klagomålen eller lex Sarah-rapporterna. Den vanligaste ”åtgärden” i de senare var genomgång av redan befintliga rutiner. Kvalitet och kvalitetsarbete blev till något

eget, ett system frikopplat från omsorgstagaren och omsorgspersonalen (jfr Vabø 2002:147 -170). Ingenting skulle göras personligt, inga syndabocker utpekade och eftersom det avsåg ett förbättringsarbete som relaterade till mer än den som rapporten berörde så var det i allas intresse att allt rapporterades, oavsett vad den drabbade sa eller tyckte. Det såg ut som en rapportering för rapporteringens egen skull. Omsorgstagaren lämnades så också utanför, detta var en process som inte angick henne eller honom. När omsorgstagaren och omsorgsarbetets praktiska utförande inte diskuterades eller vidrördes i åtgärderna – som det fanns tydliga exempel på i fallbeskrivningarna och i såväl klagomål som rapporter – för vem sker detta kvalitetssäkringsarbete? Det har påpekats att kvalitetsstyrning bara är ett sätt att styra verksamheter, ett namn på en doktrin som inte leder till högre kvalitet (Hasselbladh & Bejerot 2002:8). Dess främsta kännetecken är den stora mängd tekniker som används för att mäta, utvärdera och identifiera problem. Den praktiska omsättningen av kvalitetssäkringsarbetet med rutinföreskrifter, manualer, kvalitetsplaner och utvärderingar leder till ett ökat behov av dokumentation, mer uppföljningar och ökade krav på rapportering. Från ett brukarperspektiv verkar detta kvalitetssäkringsarbete utspela sig på en annan nivå än där omsorgstagarna befinner sig. Det fanns ingen tydlig avsändare och heller ingen uppenbar mottagare av all dokumentation, men rapporterna och dokumentationen var ett sätt för chefer och ledning att få insyn i, kontrollera och disciplinera de anställda (Foucault 1987).

Vad praktiken föreskriver

För det tredje fanns flera syften med att skriva ned händelsebeskrivningar som rörde hur den som skrev ned det som hänt uppfattade att dokumenten skulle användas, man dokumenterade i högre grad som praktiken föreskrev än som kurserna lärde ut (Garfinkel 1967). Omsorgspersonal sammanfattade händelser när de fick tid, i slutet av dagen eller en annan dag. Blev det för omständligt att skriva, skrev de inte alls. Det fanns hos omsorgspersonalen ett visst motstånd mot att dokumentera som hade att göra med tidspress, svårigheter att formulera sig och att hitta rätt ord – något som snarare försvårades av dokumentationskursernas tillrättalagda språkbruk, där förmågan att skriva de ”rätta” orden sågs som kompetensmått. Det framhölls i några av mina intervjuer att det fanns en mängd olika dokumentationssystem i omlopp, det gällde att skriva rätt sak på rätt plats. Därtill saknades återkoppling vilket gjorde att dokumenterandet inte sällan uppfattades som meningslöst. För

att motverka detta uppmanades omsorgspersonalen att skriva för sin egen skull, för att skydda sig själva i en eventuell framtid där de kunde behöva stå till svars och bevisa vad de gjort. Innehållet i det skrivna kan med sådana syften styras mot rena rättfärdiganden där just tidspress, stress och så kallade besvärliga brukare lyfts fram.

Klagomål (från brukarna), rapporter om avvikelser och missförhållanden visade sig även vara ett sätt för personalen att framföra arbetsmiljöproblem (jfr Jönson 2011). Detta är inte oavhängigt den omsorg som de äldre i slutändan får, för det finns samband mellan arbetsmiljö och den omsorg som ges (Connolly 2010), men frågan är om brukarnas klagomål eller rapporter om missförhållanden ska föra fram omsorgspersonalens arbetsmiljöproblem eller om detta är problem som har en större chans att lösas om det diskuteras i andra mer öppna forum.

I annan forskning har ärenden diskuterats där i synnerhet lex Sarah-rapporter används som bevis i rättsliga tvister (Fransson 2012) eller där brukarnas överklaganden av insatser används, och sätts i system, för att få tillgång till behovsbedömda insatser (Åström & Werner 2002). Detta har inte visat sig i min studie. I de dokument jag granskat och i intervjuer framkom en mycket stark betoning på beviskrav, där såväl brukare som rapporterande personal, måste lägga fram bevis – helst skriftliga eller tekniska – för att handlingar utförts så som de uppger. Detta tycktes nödvändigt, men inte alltid tillräckligt, för att klagomålet eller rapporten skulle processas vidare.

Tre modeller för hantering av klagomål

Syftet med institutionell etnografi är att synliggöra hur dominerande sociala relationer påverkar människor i deras möte med institutioner. Smith (2005:29) menar att detta kan göras genom att rita kartor över hur relationerna hänger samman och hakar i varandra. Istället för kartor presenterar jag tre analytiska modeller abstraherade från ett brukarperspektiv om hur klagomål och misstänkta missförhållanden tas om hand av organisationens verksamhetsansvariga. De kan närmast betraktas som idealtyper och återfinns inte i sin absoluta form i praktiken. Det är inte heller frågan om att presentera dessa typer som ideala i normativ mening, det ligger ingen värdering av modellerna i min beskrivning. Snarare är detta ett sätt att visa vad jag funnit att brukarna har att förhålla sig till. Frågor som ”hur kunde det bli så här?” ställdes av flera av mina informanter. Dessa modeller är ämnade som ett svar på den

frågan. I varje modell framhåller jag specifikt vilka möjligheter jag tycker mig ha upptäckt att omsorgstagarna och deras företrädare har att påverka omsorgen genom klagomålshantering och formell rapportering om missförhållanden. Syftet med institutionell etnografi är att tillhandahålla alternativa redogörelser som vidgar de erfarenheter som beskrivits av informanterna, vilka kan användas av dem och andra i liknande situationer för att förstå de specifika situationer som de beskrivit på ett nytt sätt (Smith 2005:38; Rankin & Campbell 2009:3).

Likhetsmodellen

Missförhållandet har i den här modellen en helt annan innebörd än i lex Sarah-rapporter, det är ett kollektivt uppfattat fel, eller en brist som används för att definiera de gemensamma angelägenheter som inte fungerar eller fungerar mindre bra. Hissar som inte fungerar och mat som serveras kall är exempel på missförhållanden. Flera omsorgstagare måste vara överens om vad som är fel eller vad de vill förändra. Åtgärder vidtas mot det påtalade felet, eller också går felet inte att åtgärda med hänvisning till att det inte är verksamheten som styr över besluten. Denna modell finns representerad i brukarråden och i vissa brukarklagomål, men även i rapporterna.

De som drabbas av missförhållandena är aldrig enskilda omsorgstagare, utan en enhetlig grupp med gemensamma intressen vars talan förs av en eller ett fåtal representanter. Även personal som gemensamt för fram t ex arbetsmiljöproblem är exempel på en grupp som kan framföra krav och peka på missförhållanden i den här modellen. Möjligheten att driva krav på förbättringar begränsas dels av att anspråken måste vara av en viss art, dels representanternas förmåga att förhandla. I denna modell finns drag av en likhetsdiskurs, alla ska behandlas lika och ingen ska ha mer än någon annan – eller att all personal måste hålla ihop och hålla med om kritiken och alla måste rapportera. Grunden för likhetsdiskursen är rättvis fördelning, men i den här modellen tycks strävan efter att alla ska behandlas lika i praktiken också få motsatt effekt, därför att det rör fördelning av en begränsad mängd resurser i en kontext där människor har olika behov. Alla omsorgstagare som bor på ett äldreboende har inte samma behov, men de betraktas ofta som vore de lika. På äldreboenden är det inte omsorgstagarens behov som styr den tid de får sig tilldelad, utan omsorgspersonalen i den vardagsnära praktiken. De fördelar den faktiska tiden som finns mellan omsorgstagarna – att tiden de sammantaget har är begränsad, kan de inte påverka, men hur de använder

och fördelar denna tid kan de i viss mån styra.

Omsorgstagaren gör sig hörd i den här modellen genom att ingå allianser med andra omsorgstagare där det krävs att de är överens och inte lyfter några individuella anspråk.

Pseudo-juridisk modell

I den pseudo-juridiska modellen definieras missförhållandet som en *avsiktlig* handling som innehåller någon form av moraliskt klandervärt beteende, och hanteringen går ut på att utreda uppsåt och om ”brott” begåtts. Missförhållandet går inte att fastställa om det inte går att bevisa skadan och uppsåtet. Förmildrande omständigheter är om förövaren erkänner sin skuld, ångrar sin handling, säger sig bära ansvaret för händelsen eller gör troligt att den inte var avsiktlig. I den här modellen måste det bevisas att det funnits uppsåt att skada för att man ska tala om missförhållanden. Åtgärderna blir avhängiga utredningens resultat och här finns tre olika scenarier: a) Handlingarna definieras som kriminella, framför allt gäller detta stölder, som i sådana fall överläts åt polisen att hantera. b) ”Brott” kan inte styrkas, det går inte att bevisa att ett missförhållande förelegat. Det saknas ögonvittnesskildringar eller tillräckligt trovärdiga uppgifter. Detta är vanligt när anhöriga anmäler misstanke om fysiskt våld mot omsorgstagare. c) Missförhållandet kan ha bevisats, men uppsåt kan inte styrkas och en ansvarig agent saknas, det vill säga handlingen kan betraktas som klandervärd och antas faktiskt ha utförts, men då uppsåt saknas försvinner också allvarlighetsgraden. Här ställs frågor om skuld och ansvar på sin spets. Modellen finns framför allt i lex Sarah-rapporter, men kan även dyka upp i klagandeprocesser förutsatt att de byter domän.

I den här modellen tas det hänsyn till omsorgstagaren som en individ med rättigheter, om än tveksamma. Rättigheterna undermineras lätt om omsorgstagaren bedöms som ansvarslös eller oförmögen att ta ansvar pga sjukdom. Vem som utreder missförhållandet har i den här modellen stor betydelse.

När brukaren får en möjlighet att yttra sig, vilket kan ske, givet att hon eller han har förmågan att göra så, behövs en god retorisk förmåga och konkreta bevis. Skrivna dokument är alltid goda bevisbärare, noggranna datum och tidsangivelser, namn på personer man talat med eller som på andra sätt varit inblandade i det inträffade. Av särskilt stor vikt är ögonvittnesskildringar, gärna av någon annan än den som drabbats. Det har förekommit att anhöriga spelat in konversation mellan omsorgstagare och personal på band (se Jönson

2011:61ff), som sedan använts som bevismaterial i domstol. Givet den enorma tekniska utveckling som pågår är det troligt att fler anhöriga kommer att ta kort, spela in på band och filma. Det kommer att förändra situationen och få många olika följder vad gäller arbetsmiljö, moraliska dilemman och en utökad kontroll både av och över omsorgstagare och omsorgspersonal.

Systemmodellen

I denna modell definieras missförhållande inte som konsekvenser av aktiva handlingar eller försummelser för en människas liv och hälsa, utan som orsakerna till varför många och upprepade felaktigheter har pågått under en längre tid. Missförhållandet är ett "systemfel" – det är inte något som drabbar en enskild en gång, utan bristerna måste upprepas. Missförhållanden består till stor del av personal som inte dokumenterar enligt rutiner, personal som inte ger varandra tillräckligt med information och dåligt fungerande datasystem. Åtgärderna är sällan ett resultat av ett förbättringsarbete som bygger på identifiering av orsaker till missförhållanden, utan framstår mer som argument för redan planerade, kommunala satsningar som t ex inköp och installation av nyare datasystem och kommunala, gemensamma utbildningssatsningar eller så påminns personalen om de rutiner som redan finns. Det är kvalitet i kvalitetssäkringens namn som ska förbättras. Denna modell finns än så länge framför allt i lex Sarah-rapporter och understöds av ett regelverk där kvalitetsdiskursen blivit alltmer framträdande och där brukarnas självbestämmande är på tillbakagång. Den pekar framåt mot ett "dokumentationssamhälle" (Smith & Schryer 2008). Allt som utförs ska skrivas ned och lagras, så att utförarna senare kan bevisa vad som utförts och varför. Detta kan då också komma att kontrolleras och granskas av tillsynsmyndigheten.

Den som drabbas av missförhållandet finns överhuvudtaget inte med i den här modellen. Möjligheten för omsorgstagarna att komma in på spelplanen ligger i deras egen eller deras anhörigas förmåga att också dokumentera händelser. Genom att föra dagbok, skriva ned namn på vilka som kommer på besök, vad de gjorde och vad som sades har den som klagat i ett fåtal fall lyckats få gehör. Omsorgstagaren själv har också alltid rätt att läsa den dokumentation som finns om sin egen person. Den klagande måste alltså agera som en medveten konsument, eller som en "kalkylerande agent" (Callon 1998), vilket å ena sidan är förenat med svårigheter för personer som inte kan vara så aktiva, eller för dem som saknar anhöriga. För dem som har resurser finns, å andra sidan, många möjligheter att dokumentera vad som inträffar,

både genom ljud och bild.

Vad saknas?

Avslutningsvis vill jag påpeka att ingen av de ovanstående modellerna verkar vara brukaren till hjälp i särskilt hög grad. Det saknas en bra modell, där brukaren kan agera som medborgare och behandlas som en sådan. Det fanns några enstaka fall där klagomål hanterades annorlunda och de utgör intressanta exempel där ansvaret axlades av chefer och upprättelse gavs till brukare. Dessa var dock få, men förutsättningarna för förekomsten av flera sådana samt möjligheterna för dessa att utvecklas är en intressant fråga för vidare studier.

Slutsatser och sammanfattande diskussion

Klagomål

Från ett brukarperspektiv visade sig klagomålen ha en begränsad betydelse vad gällde förbättring av omsorgen i enskilda fall, inte heller gavs den klagande någon form av upprättelse i någon högre utsträckning. De eventuella förändringar som klagomålen bidrog till förblev för de klagandes del osynligt. Jag urskilde två olika huvudtyper av processer i förhållande till hur stor spridning klagomålet fick: en stängd och en utvidgad process. Det största hindret för klagomålets spridning låg i att klagomålen negligerades eller bortförklarades, ofta till följd av en folklig logik (Buttny 1993) om de klagande som besvärliga människor, vilka antingen var dementa eller hade för höga anspråk. Möjligheten för brukarna att påverka genom att framföra kritik låg till stor del i i deras förmåga att bilda allianser med andra och att sprida kritiken till så många olika aktörer som möjligt. I detta låg dock två risker – den klagande eller rapportören kunde falla offer för en stigmatiseringsprocess i likhet med den som identifierats i samband med så kallade *whistleblowers* (Hedin, Månsson & Tikkanen 2008) – och när klagomålen bytte domän förändrades också deras innehåll. Klagomålen rörde i de allra flesta fall det praktiska omsorgsarbetet och kommunikationen mellan omsorgstagare och omsorgspersonal, men de förbättringar som föreslogs var mer dokumentationsutbildning, krav på mer dokumentation samt bättre kommunikation mellan personal på olika nivåer. Omsorgsarbetet försvann och ersattes av ett annat slags arbete, ett ”dokumentationsarbete” som krävdes i ett övergripande kvalitetssäkrings-

arbete där inte längre omsorgstagaren fanns med, varken som aktör eller som passiv mottagare av omsorg. Klagomålen införlivades på så sätt i ett internt kontrollsystem som reproducerade sig självt; ju fler klagomål, desto mer krav på dokumentation, som måste granskas och kontrolleras. Kontroll bygger på att det finns något att granska och när granskningsmaterialet fattas måste nya rutiner och dokumentation skrivas som i sin tur måste kontrolleras. Resurser lades på ännu mer medel för en ökad dokumentation och ökad kontroll. I detta gavs inte mycket plats åt brukarnas röster, utan det var vad personalen skrev ned om vad som utförts som utgjorde underlag för granskning.

Lex Sarah

Många lex Sarah-rapporter initierades av brukarklagomål och de ingick därmed i den utvidgade processen. Lex Sarah är en bestämmelse i socialtjänstlagen som är en del av det systematiska kvalitetssäkringsarbetet som förordas av Socialstyrelsen. Vad som före lagändringen i juli 2011 kallades för anmälan benämns nu rapport, men i praktiken fanns många olika uppfattningar om vad lex Sarah var. Från ett brukarperspektiv hade lex Sarah mycket liten betydelse, åtgärderna knöts inte direkt till den drabbade omsorgstagaren och det framgick endast i ett mycket litet antal ärenden att enskildas situation förbättrades efter, eller i samband med att rapporterna skrevs. Långsiktiga förbättringar för verksamheten som direkt kunde knytas till rapporteringen har jag inte undersökt, men sådana effekter synes svåra att belägga på grund av att rapporteringen framstod som ytterst osystematisk. Missförhållanden bedömdes i många fall inte i relation till de konsekvenser aktiva handlingar och försummelser haft för omsorgstagarnas hälsa och välbefinnande, utan till om brister uppträdde systematiskt, om uppsåt funnits och om detta kunde bevisas. Det fanns två framträdande funktioner av lex Sarah i den praktiska tillämpningen. För det första skulle ”systemfel” identifieras. Detta var upprepade missförhållanden som drabbade fler än en omsorgstagare. För det andra väckte bestämmelsen med alla dess associationer till vanvård, skandaler och skuld liv i en moralisk diskurs som i huvudsak gick ut på att identifiera olämplig personal. När dessa talats tillrätta, omplacerats eller fått en erinran framstod missförhållandet som åtgärdat.

Betydelse av studien och teoretisk värdering

Studien har genomförts från ett brukarperspektiv. Mitt syfte har varit att närma mig och förstå klagomål och rapporter från en position utanför organisationen. Detta kan vara viktig kunskap både för dem som jag utgår ifrån och för dem som verkar inifrån äldreomsorgens organisation och som arbetar inom omsorg för personer med funktionsnedsättning där lex Sarah också funnits sedan 1999. Från den 1 juli 2011 kan klagomål dessutom generera lex Sarah-rapporter i långt fler verksamheter än i de två ovanstående. Min studie reser en hel del frågetecken kring vad klagomål och lex Sarah-bestämmelsen bidrar med för omsorgstagarnas del och den visar också tecken på en dubbeltydighet för omsorgspersonalen. Konflikter på arbetsplatsen låg bakom flera rapporter, men det fanns också exempel på det motsatta – allvarliga konsekvenser för omsorgstagarnas välbefinnande doldes genom att de sades röra konflikter mellan medarbetare. Resultatet visar visserligen inte entydigt negativa effekter för dem som klagomålen gäller och för dem som klagat och rapporterat, men det visar att klagomål och rapporter får en hel del icke-förväntade effekter för dem.

Avslutningsvis värderar jag den teoretiska ansatsen. Institutionell etnografi har formulerats som en alternativ sociologi (Smith 2005), där utforskningen börjar i människors erfarenheter av institutionella möten i sin vardag och från den utgångspunkten söker man sig vidare för att identifiera styrningsrelationer. IE har en stor potential i studier där man vill utgå från brukares perspektiv och människors vardagsliv, men det finns svårigheter med såväl teori som metod. Svårigheterna med teorin ligger främst i ett svårhanterligt begreppssystem, där många begrepp ges en vidgad innebörd. De blir dels mindre precisa att använda analytiskt, dels uppstår förvirring kring dem då de lätt förväxlas med andra begrepp med liknande namn, men från vilka de skiljer sig. Det behövs därför, enligt min mening, mer precisa analysverktyg för hur styrningsrelationer kan spåras och identifieras än vad IE tillhandahåller. Ett alternativ, som skulle kunna vara givande att kombinera med IE är någon form av diskursanalys (se t ex Smith & Schyrer 2008; Charles 2009). Jag använde mig av legitimerande förklaringar och handlingar, vilket jag övergripande kallade för förklaringsrepertoarer (Thelander 2006), därför att dessa var framträdande i mitt material.

Slutligen finns i IE ambitionen att ”behålla subjektet”, det vill säga att inte objektivera människor och att inte låta deras närvaro ersättas av analytiska begrepp, utan istället visa och tala om att det är människor som *utför* hand-

lingar. I princip tror jag att det är omöjligt att göra det fullt ut i en analys, men det går att göra mer eller mindre. För att tydliggöra hur texten förhandlades fram mellan mig och informanten använde jag mig delvis av ”spökskrivning” (Rhodes 2000) som en metod att hantera och presentera intervjuresultatet i fallbeskrivningarna. Fördelarna bestod av en hög grad av deltagarvalidering, möjlighet gavs att i upprepade möten ställa många frågor och förtydliga resonemang och min auktoritet som forskare med total kontroll över materialet minskade till förmån för att släppa in deltagarna som medförfattare. Det skapade också många tankar och reflektioner kring hur jag som forskare representerade det jag observerade och vad dessa representationer egentligen bestod av. Nackdelarna var bl a att det krävdes mycket tid och engagemang från deltagarnas sida. Det väckte också etiska spörsmål om närhet och distans till informanterna, och vilka förhoppningar som kanske knöts till mig som person, vilket jag emellertid tyckte gick att lösa med informanterna genom tydlig information om min egen roll. Det fanns också ett visst motstånd hos andra forskare mot metoden, då det bl a framhölls att analysen ändå gjordes av forskaren och att metoden då bara var skenbart demokratisk. Jag menar dock att spökskrivning är väl värd att pröva och utveckla, därför att den framhäver den dialogiska process som föregår, men som också är en del av den producerade texten, och forskaren har då inte heller monopol på den senare. I IE kan därför spökskrivning vara ett sätt att göra det som teorin gör anspråk på, att låta subjekten framträda och finnas kvar i högre utsträckning i presentationen av studiens resultat.

SUMMARY

Introduction – starting points

This thesis concerns complaints procedures and mandatory reports of mistreatments, and their uses in everyday encounters between care recipients, their family members and staff. The study takes the view of the complainants, and the research focus is their lodging of complaints and to what degree the complaints result in improvements for the care recipient. I consider what the complainants and reporters of mistreatment do to be a type of work that demands time, effort and skill. The research begins with people actively involved in a social process, speaking from their experience. It is on their standpoint the research is grounded. These experiences generate the problematic (Smith 2005:38), which is “a field of investigation that is larger than a specific question or problem.”

Complaints procedures include the verbal and written complaints that care recipients and their family members submit to staff members and local officials. The care of old people refers to both home care and special housing. The complaints concern services such as cleaning and shopping as well as personal care. However, appeals of decisions made by the municipality are not included in this study. Reporting of mistreatment is mandatory for elder care staff according to the Social Service Act (SSA) (Chapter 14, Section 2). This obligation was adopted in 1999, but evaluations and research need to be found. A serious mistreatment is defined as “effective acts, as well as neglect, which imply or have implied a serious threat against an individual's life, personal safety and physical or psychological health” (National Board of Health and Welfare, 2010a:51). The research question centers around the following questions: How can complaints and reports of mistreatments be understood from a service user perspective? What kind of processes take place when complaints and reports are conveyed, and what happens to the

care recipient in these processes?

The aim of the thesis is to increase the knowledge of how complaints and mandatory reports of mistreatments function in the care of old people from a service user perspective. The objective of making an analysis grounded on the experiences of the complainants and what responses they experience is to provide a kind of analytic mapping where their experiences can be located and understood as connected to social and ruling relations. The assumption guiding this objective is that local experiences are influenced, and to different degrees ruled, by other people's activities elsewhere.

Another objective is to use a method of inquiry (Smith 2005) called institutional ethnography (IE) through learning by reflecting on doing.

Theoretical perspective, concepts and mapping of experiences

In IE, the connections among local settings of people's everyday lives, institutional processes and translocal ruling relations are studied. Ruling practices are explored as people's social activities organized through texts. Smith gives *texts* a wide definition – it is all material that has a replicable character and that is read and interpreted across time and space. Texts are the visible traces of institutionalized social relations and they structure the interactions of people who work with and around them. *Social relations* are the connections between people's doings in the same or different particular settings; everything that people do is connected to someone else's doings somewhere else. Some of these relations are more dominant than others; *ruling relations* are “objectified forms of consciousness and organization” (Smith 2005:226). The main aim of IE is to trace these relations from a standpoint in people's everyday experiences, and to provide a map where social and ruling relations become visible.

I have used Smith's extended concept of *work* – which includes everything that people do that takes time, effort and intent – as an orienting concept. I have used it to orient my gaze towards what people were actually doing as they participated in institutional processes of complaining.

In order to trace social and ruling relations I identified *explanation repertoires* (Thelander 2006). These include different accounts: excuses and justifications (Scott & Lyman 1968) and neutralization techniques (Sykes & Matza 1957) used by different actors in accountable practices; that is, re-

sponsibility was denied, rejected or shifted over to somebody or something else.

The mapping posed some problems, and hence the maps I produced were either too simple or too detailed. Instead of making maps, I distinguish and describe two main complaining processes and three ideal-type models of the complaining practices that the complainant and reporter of mistreatments have to relate to.

Material and method

The material was gathered in, or in the vicinity of, two urban areas in Sweden. It consists of 1) a total of 16 interviews with complainants, care staff, managers, and officials working with complaints and quality assurance in elder care; 2) field notes from observations in a home care team and a special housing facility, from two service user's councils, and from visits at different meeting points for old people; 3) 33 written complaints and 70 mandatory reports collected from regulatory authorities and different municipalities.

The study addresses seven cases of complaining and reporting. Five of them concern complaints about services in home care and special housing, and two refer to reports of mistreatment in two different special housing facilities. The complaints were lodged by three care recipients and two family members of care recipients. The material include repeated interviews with the complainant and two of them contain additional documents. The analyses of the cases of care staff's reports include interviews with two assistant nurses.

The interviews were open and revolved around the work that the participants engaged in when complaining and reporting. In two interviews I adopted the method of ghostwriting (Rhodes 2000). This is both a method and a metaphor aiming at explicating the dialogic process between researcher and informant by attending to the fact that researchers are never neutral when writing about the lives of other people. It is also in line with one of the basic claims in IE, to preserve the presence of the subject throughout the study (Smith 2005:52f); it is a way of writing for and on behalf of someone else. These interviews were not taped or transcribed; instead I wrote down the account after the interview using notes and my own memory. I then returned to the informant to edit the story together. This procedure was repeated one more time. The rest of the interviews were taped and transcribed verbatim and all the informants were given the opportunity to make revisions. The

case studies were analyzed by identifying explanation repertoires (Thelander 2006) in the informants' accounts and in letters and other documents.

The observations mainly had a descriptive aim, i.e., to present the context and make visible the complex care work. They also served as a method of gaining access to the field and to find informants. Two service user councils were observed since this is a setting where complaints and service user influence are emphasized. The purpose of the interviews with managers and local officials was to understand how complaints and reports of mistreatment were processed and managed in the local setting.

The written complaints and mandatory reports concerned incidents in 2009 and 2010 in home care and special housing units. The reports were collected in two ways. Firstly, I collected 23 reports from four different municipalities and the National Board of Health and Welfare (NBHW). The reports varied in terms of both quality and content and a great deal of information was missing. In addition, I used 47 mandatory reports of serious mistreatment published in the online edition of a daily newspaper, all from the municipality of Stockholm. The lack of systematic data in the reports ruled out any correlation analysis. According to the national policy, the reports should include an investigation of what caused the incident, an explicit judgment of whether the incident was a serious mistreatment or not, as well as a description of interventions. The questions regarding what was serious and what was regarded as mistreatment in the reports were analyzed with inspiration of analytic induction (Katz 2001). I divided the reports into two categories according to the explicit judgments made: 1) serious mistreatment and 2) not serious mistreatment. I began testing hypotheses in the first category, report by report, and then moved on to the next. When encountering negative cases, I revised the hypothesis. Finally I worked through the reports that did not have an explicit judgment regarding the degree of seriousness. Ideally a perfect relation between data and explanation is sought after. However, this is not the ultimate outcome of the method used. Rather, the method is a systematic analytic strategy to conduct social research where multiple hypothesis collide with “a mass of hostile evidence” (ibid: 332).

Main results - complaints procedures

The complaints are addressed in Chapters 4-6. Chapter 4 consists of one case. It was the daughter of a woman who lived in a special housing unit during the time before her death who put forth the complaints. These concerned many aspects of lack of care, particularly during the last month of her mother's life. Medicine was not administered, she was left without an alarm, and health care staff complained about "annoying" family member, when they questioned the care. The data material was extensive and comprised a taped and transcribed interview with the daughter, letters and answers from managers at different levels, documents from care staff and a filed complaint (13 pages) from the daughter to the regulatory authorities, as well as their response. The daughter had two basic explanations to the mistreatment: faulty management of the unit and far too many documentation systems in place. A comparison between the daughter's account and the care staff's documents shows that they described situations differently. Managers at different levels used several neutralization techniques (Sykes & Matza 1957), e.g., denial of responsibility, denial of the victim and condemnation of the condemner – in this case it was rather condemnation of the complainant. She was depicted as an "annoying" relative, and her objective for complaining was questioned. Responses from the managers were hard to come by. She had to repeat her complaints, and her claims for redress and excuses were mainly dismissed through silence and procrastination. Responsibility was shuttled between different staff groups and nobody seemed to be responsible for the neglect of the care recipient. Care staff engaged in an ambiguous alliance with the daughter; they gave her useful information and support, but they asked her to be quiet about who she got the information from. The complainant requested that somebody take responsibility. The measures taken to prevent similar mistakes in the future was not an outcome of the complaint, but rather of long-term political decisions of general improvements of welfare organizations in the municipality. The complaints were used as a way to legitimize political decisions already made. However, the complaints did not address the information technology but rather the communication between the care recipient, her next of kin and the care staff and health care professionals. Neither this kind of communication nor the faulty care she received was given any attention.

In Chapter 5, four cases of complaints from three care recipients and one daughter of a care recipient are analyzed. The complaints involved discomfort with a special housing facility, cleaning chores not fulfilled, thefts, and lack

of care. The complaints were communicated with care staff, managers at different levels, a newspaper, and a local politician. The results show that the complaint in this context was a very weak channel for the complainant to influence and change the care work, and it was not used by the care organization for improvements. When the care recipient turned to the newspaper, she experienced a kind of retaliation that is common for whistleblowers (Hedin, Månsson & Tikkanen 2008) – she was transferred to another home care team. Furthermore, her contact with the newspaper seemed to initiate a mandatory report, although the incidents had occurred several months earlier and the care recipient had made many attempts to discuss and initiate some kind of investigation before turning to the newspaper. In these accounts there was also evidence of care staff trying to involve care recipients and particularly their next of kin in different alliances. The complaint also functioned as a channel for the care staff's discontent with their working conditions.

In Chapter 6, the observations of two service user councils in special housings as well as records from one of them are described, together with 33 written complaints sent to the elder care administration bodies in four municipalities and the NBHW. Generally user councils show local variations, this was also the case in the two councils I visited. During my visits, they functioned as a social activity, information meeting and a place to lodge complaints about collective problems. In the council, the care recipient entered into social relations when organizing and carrying out the meetings. The meetings implied service user influence but under certain conditions: the complaints had to be grounded in a collective understanding of some problem, which presupposed communication between the care recipients living in the special housing. The care recipients attending the meetings were very few, and on what ground they represented the residents was unclear. The explanation repertoires used by care staff and managers in this setting were denial of legitimate claims, rejection of personal responsibility, and moving responsibility to a political level. The latter resulted in consensus, i.e., the different actors at the meeting agreed upon the existence of a problem, but also on their powerlessness in relation to the political power. The participants at the meeting formed a group – “us” – with the same interests, against “them,” i.e., the politicians, whose only interest was depicted as keeping the budget in order.

The complaints procedures were not systematized at the municipal level. Information about how complaints had been responded to was missing, and few written answers were available.

Main results – mandatory reports

Chapters 7-9 concern the care staff's obligation to report serious mistreatments. Chapter 7 describes the context through field notes from home care team visits and special housing, together with quotes from an interview with an assistant nurse, showing a complex work situation where the border between what constitutes a complaint and not is far from obvious. The accounts of two assistant nurses are analyzed; one had reported a colleague's verbal intimidation and untoward behavior in relation to a care recipient, and the other had reported general problems with working conditions as well as health care professionals' inappropriate behavior. Both of them had turned to their closest manager with written reports. Conflicts emerged in both cases as the reports were brought into another domain. In the first case, the focus moved from the suffering and concerns of the care recipient to a conflict between two colleagues. This was done through an explanation repertoire attributing blame on the care recipient's individual characteristics. The incident transformed from verbal harassment harming a care recipient to a conflict between colleagues about working conditions. The reporting nurse was offered another position in a different unit. The second case was different: a group of care staff reported several incidents where a well-known lack of resources was evident. There were similarities in the reporting processes depicted in these accounts and the reprisals of whistleblowers (Hedin, Månsson & Tikkanen 2008).

Chapter 8 has mainly a descriptive aim: the national policy of mandatory reports is explained, as are the changes in the legislation that was implemented during the time of the study. The act has been revised several times since its adoption. On July 1, 2011, the act was extended to encompass social services in general, including custodial care of children and youth. Before July 1, 2011, the investigations and interventions stated in the reports were controlled by the local social service boards. This work was rarely passed on to the regulatory authorities. In fact, this was the case only if the report had not been investigated promptly. After July 1, 2011, all reports judged as "serious mistreatment" must be sent to the NBHW for control and registration. Furthermore, the care staff are now obliged to report all mistreatments and risk for mistreatments; the word "serious" has disappeared. This is to clarify that the judgment of seriousness is made by the investigator and not by the reporting care staff. Indeed, this was the case before the change as well, although this part of the reporting process had been the object of

misunderstandings, which is also evident in my analysis of the reports. All my material was gathered before the change of law. Generally, there has been a gradual reinforcement of systematic quality assurance in rules and regulations from 1999 and onward. This has resulted in a weakened emphasis on the individual rights of the care recipients.

The mandatory reports show a great variety in ways of writing and investigating suspected mistreatment in home care units and special housing, raising difficulties in analysis and evaluation. The most commonly occurring mistreatment in the mandatory reports was economic – theft of money – followed by acts of neglect where calls for help were not attended to, missed visits, caregivers' lack of care, and verbal abuse. A few cases of physical violence were reported as well. No reports addressed sexual abuse. The most common intervention for remedying mistreatment was reviewing already existing routines. Despite the fact that approximately half of the reports were initiated by complaints from the care recipients or family members, they were neither contacted during the investigation, nor were they informed about the report or the interventions. Also, interventions that specifically addressed improvements for the care recipient were evident in only two cases. The reports seemed to be a matter solely for the members of the organization, excluding the care recipients. As thefts are crimes, these incidents were routinely reported to the police, yet with disappointing results. In order for thefts to be reported according to the SSA, it has to be shown that the theft posed an actual (or risk of) serious threat against an individual's life, personal safety, and physical or psychological health. However, this was not examined in any of the reports concerning theft. I argue that there may be other reasons why these reports were managed within the framework of the legislation, for example they were easy to handle since responsibility for the investigation was handed over to the police

Chapter 9 analyzes how the judgments are confirmed as well as the kind of reasoning used for judging the degree of seriousness. Starting with the 13 reports of explicit serious mistreatment reports, followed by the five reports of not serious mistreatments and then reading some of the most informative of the reports without clear judgments, I tested different hypotheses, looking for negative cases and refining the hypotheses (Katz 2001). The same type of incidents could result in different judgments, which pointed at the importance of who did the investigation and in what way he or she framed the investigation. I did not have enough information about the investigators, but it was apparent that the reasoning varied. There were indications that

closeness to the local politicians or to the staff could influence what kind of questions the investigator asked. However, these findings are a matter for future studies. In half of the explicit cases of serious mistreatments, the seriousness was related to the consequences for the care recipients health and well-being. This was according to the definition by the NBHW. In the other half of the reports, seriousness was linked to the errors, immoral conduct, and blameworthiness of care staff. This was not according to the policy where neither intent nor blame specifically was pointed out as something of importance. Routines emerged in the reports as very important; they were constantly updated, reminded of or new ones were installed. However, the reasons why they were not followed was unclear, which made the call for more routines and more information about them appear dubious. Many of the informants stated that they felt a need to prove every complaint, to deliver evidence of the wrongdoing. This was also a matter of concern in the reports. Health care professionals' statements, presence of eyewitnesses (others than the care recipient or family members) and care staff confessing mistakes were solid proof. Moreover, written documents from particularly professionals, but also from care staff, were used as mediators of "facts" even a care recipient's diary was used as proof of verbal abuse.

The conclusion of judgments regarding the degree of seriousness was that the legislation brings with it a conceptual framework that evokes associations with elder abuse scandals, whistleblowing, blame and shame as well as scapegoating. Seriousness in these matters is connected to a lot more than to the actual injury suffered. Furthermore, it seemed as if the writing of a report *in itself* implied evidence that the investigated events were serious mistreatment, which is contrary to regulations and guidelines for mandatory reports (NBHW 2010a). In several reports, the judgment was stated in terms like "This is a 'lex Sarah,'" which only indicated that this was the kind of report written.

Finally, four reports with similar incidents but different conclusions were analyzed in order to shed some light on the conceptual framework at work. One investigation framed the concept of mistreatment as organizational wrongdoing, excluding the concern of the care recipient in all aspects. The other investigation framed the wrongdoing as a "crime," revealing a sort of pseudo judicial process where the staff finally were given the benefit of the doubt. The main finding was that care recipients' voices were not heard in these reports, and interventions were to a very limited extent implemented to reduce harm or to help mistreatment of victims.

The legislation had multiple aims, which blurred the front line practice as to what should be reported, what a “serious mistreatment” actually was, and what types of questions to address when investigating the matter. Mandatory reporting had turned into a quality assurance tool with one overarching aim: the obligation to report and the initial emphasis on the service user's right to independence and self determination stated in the SSA had gradually diminished. Yet the triggering of protective systems seemed uncertain.

Conclusions and discussion

The final chapter presents an analysis of complaining processes and three modes of how ruling relations are mediated through text-based practices. Finally, I delineate three ideal-type models of complaining practices.

Two main types of processes appeared in the complaining and reporting practices: a closed and an extended process. The first had two different versions. In one of them the complaint did not change domain, i.e., it stayed between the care recipient and the family member and the outcome was exit. This means that the care recipient left the care setting with the help of family members. Although uncommon, two cases were found in my material. This resulted in more work for the family members, but a better situation for the care recipient. The essential is that nothing was left for the organization to improve (e.g., Hirschman 1970). In the other version of the closed process, the domain changed in a very limited way – a third party got involved with the complaint, usually the closest manager in the unit. The complaint circulated between the care recipient, the family member, and the manager (or care staff). When the situation was improved, it was not as a result of the complaint but because family members did what had not been done. This closed the complaint process, since the cause of the complaint was taken care of by the family members themselves. It was also common that the process was halted or closed because it was disarmed through explanation repertoires or simply met by silence.

The extended process developed when the complaint changed domains, as was the case for most of the mandatory reports. When the complaint changed domain, several transformations of the complaint took place. Firstly, there was a transformation from the specific to the general; that is, incidents were generalized into broad categories, such as mistreatment or abuse. Another transformation appeared when responsibility was moved from an actual,

physical individual to a document. In addition, lack of care turned into lack of documentation, focus was moved from subject to object. The practical aspects of care work were also made invisible when the focus was on documents and communication between different groups of staff. Care work was replaced by quality work or “documentary work.” Different types of alliances appeared in the extended process: between participants in the service user councils and between care staff reporting in unison. Another way of engaging many social relations was to contact newspapers. The complaints then received a broader audience, endangering the care organizations' legitimacy.

Since the care staff's documents were used as evidence and treated as “facts,” it is important to understand the kinds of relations that ruled what they wrote. I identified three methods of how care staff “do” and how their documenting practices mediated ruling relations. First, the reported incident adapted to the categorization in printed forms. The forms mediated norms and already made up categories (e.g., Rankin 2003). The second method was influenced by the quality discourse; training in documentation was common for care staff – they learned which words to use, where to write, and how the computer programs worked. They also learned what was important to write, which might not correspond with what they actually did. The quality work seemed to take place at a different level than where the care recipients were situated. The documents functioned as a means to control the care staff. Finally, the content of reports as well as how and what was written was ruled by the care staff's comprehension of how the documents were supposed to be used. Care staff were asked to write as a way of proving what they had done in case of later investigations and control.

Three ideal-type models show the institutional practices that complainants and reporters meet in this context and their possibilities to make change through complaints procedures. I call the first model *the sameness model*. Mistreatments are defined as a lack of some common necessity, for example if food was distasteful. The group members are also perceived as being alike; they are of the same age, enjoy the same things, and share the same claims. Service user councils are an arena for this model, but sometimes complaints from individuals are also framed in this way. Care staff reporting mistreatments together in a group also fit into this model. The possibilities for care recipients to push through change and influence their situation depend on their ability to agree and enter into alliances with other actors and on the representatives' capacity to act on behalf of the group.

The next model is *the pseudo-judicial model*. Mistreatments are caused by

intentional and in some respect morally blameworthy acts, and these have to be in terms of injury and a purpose to harm. Mitigating circumstances are if somebody admits wrongdoing, shows regret, or takes on responsibility. Interventions depend on three scenarios: 1) The acts are deemed criminal, i.e. thefts are handed over to the police to investigate. The process usually ends without finding a culprit. 2) There is not enough evidence to “prove” that the mistreatment occurred. In these cases no interventions can be formulated. 3) There may be evidence that the mistreatment occurred, but the intent and the degree of seriousness cannot be established. Here some routines may be revised. In this model the care recipient is regarded as an individual with rights; however, these are undermined if he or she is considered irresponsible or unable to be responsible due to cognitive impairment.

The third model is *the system model*. Mistreatment is defined as a system error and is caused by care staff who do not report and document enough. Interventions are rarely a consequence of complaining and reporting but are typically a result of political decisions, which are restricted by a budget. This model points toward a “documentary society,” where everything that has been done should be written down and made available at any time for control and justification. The care recipient is not visible in this model. The possibilities for them to actively be a part to count on lie in their or their advocates’ ability to also document incidents.

However, none of the above-mentioned models seem to be of much help for the care recipient, and a model where they can act and be treated as citizens is called for. There were occasional examples in the results where complaints were managed differently and where responsibility was shouldered by managers. These examples are interesting for further study.

Conclusions – complaints

Complaints had a limited significance for improvements in the care of individual care recipients, and the complainants did not achieve redress by lodging complaints. If the complaints resulted in any improvements, it was not explicit for the complainant. I distinguished two main types of complaint processes: a closed and an extended process. The complaints were often ignored and glozed – this was made possible due to a folk logic (Buttny 1993) recognizing complainants as “annoying” people, or demented or having too high expectations. The possibility for the service users to influence the care through complaints was to a high degree linked to their ability to form

alliances with other parties and to spread the complaint to many actors. However, there was a risk for the complainants and reporters of mistreatments to be drawn into a stigmatization process, as has been identified in cases of whistleblowing (Hedin, Månsson & Tikkanen 2008). Moreover, when a third party was introduced in the complaint, the content of the complaints changed (e.g., Dean, Gale & Woods 1995). In most cases, the complaints concerned the practical care work as well as the communication between a care recipient and care staff. Nevertheless, interventions tended to address more training in documentation, more “documentary work” and enhanced communication between staff and professionals at different levels. The caring work disappeared and was replaced by “documentary work,” which was in line with the reinforcements of quality assurance, but where the care recipients did not take part, neither with an active voice nor as passive recipients of care. Thus, the complaints were incorporated in an internal control system that reproduced itself. The more complaints, so much more the demands on documenting practices, which in turn had to be monitored and controlled. Resources were geared towards this kind of quality work where the care recipient disappeared.

Conclusions – mandatory reports

Many mandatory reports were initiated by complaints from care recipients and their family members, and these reports entered into the extended complaint process. From the care recipient's point of view, the mandatory reports had very little value. Long-term effects have not been studied here, but they seem difficult to investigate due to the unsystematic handling of the reports. Mistreatments were not related to the consequences of abusive acts and neglect for the care recipient's health and well-being, but rather to the systematic appearance of the mistreatment, whether the acts were deliberate and whether intent could be established. Two prominent features of the obligation to report in the practical application were that: 1) systems of error should be identified, i.e., repeated acts of abuse and neglect affecting more than one care recipient; 2) the conceptual framework following the act evoked a moral discourse that helped identify unsuitable care staff, and when the individual care staff had been rebuked or transferred to another position, the mistreatment seemed adjusted.

A comment on the value of the study and the value of IE

My intention with the study has been to understand complaints and mandatory reports from a position outside of the care organizations. I believe this position contributes with useful knowledge not only for care recipients and their advocates, but also for those working in the organizations and for people working in social services in general, although it does not capture all the processes that take place in these circumstances.

In this study I have been influenced by Dorothy Smith's (1990b, 2005, 2006) writings on the social organization of knowledge, and I have used the method of inquiry that she calls institutional ethnography. This is both a method and a theory, and I believe it has potential in studies where a user perspective is requested. However, there are some obstacles, primarily with the concepts in IE, that generally are extended into wide concepts. The concepts lose their distinctiveness, and the analysis is liable to misrepresentations due to the lack of precise analytical tools and to a vagueness on how to achieve a major methodological claim – to keep the presence of the subject throughout the study. There is a need for some guidance on how to operationalize the wide concepts and for more precise analytical tools in IE. A suggestion is to combine IE with some type of discourse analysis (e.g., Smith & Schyrer 2008; Charles 2009). I added concepts from the sociology of accounts in order to trace ruling relations and used the method of ghostwriting (Rhodes 2000) with the intention to elucidate the dialogic process between myself and the informant. This gave a high degree of participation validation and decreased my authority over the text. However, there are drawbacks as well; the informants need to be engaged and willing to spend time on repeated interviews and editing. Ethical considerations may arise in this process, resulting in an image of the method being more democratic than it actually is. Nevertheless, I believe ghostwriting is worth developing, particularly as a method in IE in order to clarify the relationship between the researcher and the researched.

EPILOG

Jag inledde avhandlingen med en personlig reflektion över händelser som jag själv upplevt. Det har under skrivandets gång framkastats att jag med en sådan personlig inledning riskerar att ge intrycket att syftet med avhandlingen skulle vara en personlig upprättelseprocess. Det är min förhoppning att ingen uppfattar avhandlingen på det viset. De problem som jag mötte i omsorgen om båda mina föräldrar tog jag hand om omgående och med dem som var ansvariga för omsorgen. Det var detta ”arbete” som jag ansåg mig tvungen att utföra som intresserade mig och som jag nu undersökt utifrån ett antal fallbeskrivningar. Om jag anses delta i informanternas upprättelseprocess så är det på ett sätt en riktig iakttagelse. Flera av dem har sagt att det jag skrivit har varit viktigt för dem. Det ser jag personligen som ett erkännande av att min studie har ett värde; andra kanske tolkar detta som om att jag varit deras talesperson, vilket jag menar är felaktigt. Jag har analyserat deras utsagor och låtit dem ta en stor plats, men inte drivit deras process.

Avslutningsvis får det skrivna ordet gå tillbaka till dem från vars perspektiv avhandlingen är skriven. Kontakten med informanterna har varierat, några har kommenterat avhandlingen i det allra sista skedet (”Jenny” har inte gått att nå). Här följer några av deras kommentarer vilka sändes per e-post eller antecknades vid mina senaste möten eller telefonsamtal med dem:

”Gunilla” skriver våren 2012 att hon ”fortfarande håller på med Socialstyrelsen för att få se hur deras åtgärder ser ut”.

”Pia” bor hösten 2012 fortfarande hemma och har hemtjänst. Hon påpekar att det ständigt är ny personal som kommer från hemtjänsten och att, ”Det är ingen som riktigt tar ansvar för saker och ting”. Men hon är fortfarande glad över att vara hemma och få sköta sig själv.

”Linda” berättar att hemtjänsten slutligen skrev en lex Sarah-rapport angående stölderna i hennes hem och att hemtjänsten omorganiserats, vilket också inneburit att hon inte längre har samma tillgång till kurator som tidigare.

”Ylva” har under det år som gått fått svårare att klara av vardagssysslorna hemma, och hon behöver mer hjälp i hemmet. Numera ringer alltid hemtjänsten för att tala om när de ska städa, hon tycker det verkar som om de fått nya rutiner, men hon tror knappast det har något att göra med hennes samtal till kommunpolitikern.

”Anna” skriver efter det att hon läst slutmanus våren 2012:

Det blev väldigt känslomässigt att se det i skrift. Smärtsamt att förstå hur vi kämpade som vi gjorde och att vi orkade! Men det är klart - det fanns ju inga alternativ. Det är märkligt att man lägger så mycket snabbt bakom sig och går vidare. Men det är väl tur, kan jag tro, det dyker ju upp nya utmaningar hela tiden. När vi väl tog beslutet att pappa skulle få ett annat boende så var alla mammas smycken borta, hans plånbok var borta men då fanns ingen energi att 'gå vidare' med detta. (e-brev)

”Sofie” svarar att hennes del ser OK ut.

BILAGA 1: MATERIAL OCH METOD I DETALJ

Materialinsamling

Inledningsvis använde jag ”snöbollsmetoden” (Silverman 2005:194) och jag började med en intervju med en undersköterska som jag känner och som arbetat i äldreomsorgen under trettio år. När intervjun genomfördes arbetade hon inom hemtjänsten i en stadsdel i Göteborg. Jag fick via henne möjlighet att gå bredvid några dagar i hemtjänsten. Hon gav mig också kontaktuppgifter till två undersköterskor och en anhörig, varav jag intervjuade den senare och en av undersköterskorna. Den andra avböjde medverkan i studien. För att ytterligare lära känna fältet och få kontakt med presumtiva informanter uppsökte jag därefter platser där äldre människor med omsorgsbehov, eller deras närstående, fanns: träffpunkter, PRO-möten och anhörigträffar. Genom människor som arbetar med äldreomsorg har jag också fått kontakt med andra som har guidat mig vidare, de har hjälpt mig sprida informationsblad om studien. Jag fann flera fall med brukarklagomål men färre lex Sarah-rapportörer, vilket ledde till ett mer aktivt sökande av de senare. Det förblev färre fall med lex Sarah-rapportörer, men desto fler lex Sarah-rapporter. Det var inte enkelt att finna informanter. Jag övervägde att annonsera, men beslöt mig för att inte göra det då omfattningen av det material som jag i övrigt samlade in började bli alltför stort.

Jag har fört informella samtal med äldre och anhöriga vid olika typer av träffar och aktiviteter där jag medverkat samt med personal under observationerna, både om händelser som utretts och rapporterats som lex Sarah och händelser som inte rapporterats och lämnats utan vidare utredning och åtgärd. Några har berättat om händelser som de själva varit involverade i under observationer i en miljö med andra närvarande, exempelvis brukarråd eller i en fika-paus i hemtjänst eller äldreboende. Dessa redogörelser har jag skrivit ned i fältanteckningar. Ibland är det också personer som inte varit direkt involverade i eller på plats när något inträffat som redogjort för olika

händelser som varit eller som de tyckt borde blivit föremål för t ex lex Sarah-rapportering. Jag har således hört, och skrivit ned, flera redogörelser för olika händelser, där en del lett till olika typer av anmälningar, andra inte. Den här informationen har jag haft med mig i mina vidare samtal och intervjuer med personer högre upp i omsorgshierarkin. De samtal och händelser som det berättats om är inte mer eller mindre allvarliga än de sju fall jag studerat, men i de senare fanns mer information och/eller mer material att analysera. De har också relaterats av personer som varit direkt berörda av händelsen, antingen som drabbade av missförhållanden eller som direkta vittnen. Intervjuerna har utförts i enskildhet, hemma hos brukaren, i kontorsrum och i två fall på institutionen för socialt arbete. Ser man till rapporter och sammanställningar av brukarklagomål och lex Sarah-rapporter så är de typer av händelser som ligger till grund för klagomålen och rapporterna i fallbeskrivningarna också de mest vanligt förekommande. De rörde till största delen kränkande bemötande, omsorgsbrist, kommunikationsproblem och stölder.

Urval

Datamaterialet är till allra största delen insamlat i och omkring Sveriges två största städer. Jag kontaktade också flera mindre kommuner utanför Göteborgsområdet. Några tjänstemän därifrån har intervjuats. Jag planerade en observation av ett äldreboende i en mindre kommun i Bohuslän, men det gick inte att få till en tidsmässigt lämplig lösning. Det finns emellertid ingenting i rapporter och utredningar om klagomål och lex Sarah som pekar på någon väsentlig skillnad mellan små och stora kommuner vad gäller typ av händelse eller rapporteringsfrekvens. Detta varierar men kan inte kopplas till kommunens storlek eller till stad/landsbygd (Socialstyrelsen 2006, 2008).

Göteborg är en segregerad stad och insamling av klagomål och rapporter gjorde jag i fyra olika stadsdelar (A, B, C, D) som sammantaget var representativa för hela staden. Socioekonomiskt var två stadsdelar blandade, en tredje utmärktes av låg och den fjärde av relativ hög socioekonomisk nivå. En sammanslagning av stadsdelar i Göteborg gjordes under studiens gång så att tjugoen stadsdelar blev tio. I urvalet fanns två stadsdelar som slagits samman och två som bestått. Stadsdelarna skilde sig åt något vad gällde befolkningsstatistik. Flest människor bodde i stadsdel B och minst i Stadsdel C. Andelen äldre personer över 65 år varierade i de fyra stadsdelarna mellan 14 procent som lägst och 20 procent som högst (Göteborgs stad statistik, år 2009). I Sverige är 18 procent av befolkningen över 65 år; i de tre storstadsregionerna

15 procent (SCB 2010a). Tre av stadsdelarna hade procentuellt ungefär lika många äldre som i Göteborg, en stadsdel hade fler.

De 23 Lex Sarah-rapporterna⁶³ som jag fick av stadsdelarna och Socialstyrelsen var av mycket varierad kvalitet och jag ville därför kontrollera att jag inte fått ett skevt urval, men det tog mycket tid att samla in rapporterna. Svenska Dagbladet (SvD) granskade äldreomsorgen i en serie artiklar i januari 2010. I nättidningen publicerades lex Sarah-rapporter som två journalister begärt från stadsdelsnämnderna i Stockholms kommun. De publicerade rapporterna var alla, förutom en stadsdel,⁶⁴ som registrerades på förvaltningarna under året 2009 i Stockholms kommun. Stockholmsrapporterna utgjorde till en början en "kontrollgrupp". Det visade sig emellertid att Stockholmsmaterialet i stort sett såg likadant ut som VG-regionens, varför jag inkluderat det i såväl översikt som analys av anmälningarna. Fördelen är också att det blir svårare att identifiera enskilda händelser.

När det gällde utlämning av lex Sarah-rapporter har jag krävt ut allmänna handlingar, på samma sätt som vilken annan medborgare som helst. Det finns därför ingen anledning att tro att tidningens journalister inte skulle fått ut samma typ av material som jag fick (eller tvärtom). Myndigheten som lämnar ut handlingen ska ta bort personuppgifter och sekretesspröva handlingen om den innehåller känsliga uppgifter som skulle kunna gå att härleda till en person samt meddela hur många handlingar som sekretessbelagts och varför (Socialstyrelsen 2010c:211f). Jag fick inga sådana meddelande från VG-regionen. I SvD:s granskning framgick inte om några rapporter inte lämnats ut; i två av dem hade vissa sidor utlämnats och där stod att dessa var för "provning".

Brukarråd och observationer på fältet

Information om brukarråd fanns på internet och jag kontaktade flera äldreboenden varav två svarade. Det fanns vid tiden för observationerna (hösten 2010) inga brukarråd för hemtjänst i VG-regionen, vad jag fann, även om jag vet att sådana diskussioner förts.

⁶³Först bad jag om tio klagomål/lex Sarah vardera, men ändrade mig sedan när jag insåg att det skulle bli mycket material. Jag fick ändå tio klagomål vardera från de två stadsdelar som svarade snabbast, men de hade lite svårare att få fram så många lex Sarah-rapporter.

⁶⁴Farsta saknades. Den skulle kompletteras senare, men jag fann den inte. Rinkeby-Kista hade enligt uppgift inga lex Sarah-rapporter under 2009. Det fanns 69 rapporter i läsbart skick, de innehöll flera brukarklagomål, några ärenden gällde funktionshinder och några bestod av anonyma brev.

Tabell 11 Genomförda observationer/besök samt information från närliggande verksamheter

Hemtjänst	Äldreboende	Annan verksamhet
Ett hemtjänstdistrikt Gbg, tre dagar	Enskild verksamhet Gbg, två dagar	Aktivitetsdag för äldre kvinnor, stadsdel Gbg PRO-möte, stadsdel Gbg Brukarråd, stadsdel Gbg Brukarråd, annan stadsdel, Gbg Träffpunkt för äldre (sv. kyrkan) Anhörigträff, Gbg anhörigkonsulent (två besök och två intervjuer, två olika stadsdelar)

Jag besökte träffpunkter, PRO-möten och samtalade med anhörigkonsulenter och kuratorer för att få en större kännedom om fältet. Jag blev dessutom inbjuden att delta i en aktivitetsdag för äldre kvinnor i en stadsdel. Vidare har jag besökt två anhörigcenter i Göteborg och där intervjuat anhörigkonsulenter, en enskild intervju och en gruppintervju (tre konsulenter) den ena intervjun antecknades, den andra bandades och har skrivits ut i vissa delar. Anhörigkonsulenter hjälper ibland till med att skriva klagomål åt brukare och försöker se till att de hamnar rätt. Kuratorer inom äldreomsorgen kan också ha den uppgiften. Detta material redovisas inte i studien, men har hjälpt mig att få en större förståelse för fältet.

Intervjuer med mottagare av klagomål/anmälningar

Jag har intervjuat tre enhetschefer på äldreboenden, två från kommunal verksamhet och en från enskild verksamhet. Dessa kom jag i kontakt med via observationer och brukarråd. Jag tillfrågade också en enhetschef inom hemtjänsten, men hon ville inte bli intervjuad. Det visade sig också finnas en grupp anställda på förvaltningarna som av en utredare beskrevs som "diversitetjänster." Det var utredare, verksamhetsutvecklare, kvalitetssamordnare, utvecklingsledare etc. Det är troligt att det finns andra tjänstebenanämningar, men detta var något av vad jag fann. De hade ofta en central roll när det

gällde både klagomål och lex Sarah-rapporter samt andra typer av tillsynsarbete och verksamhetsutveckling. Bland annat tog de emot, utredde och skrev rapporter om klagomål och missförhållanden. Jag intervjuade en verksamhetsutvecklare, och samtalade med tre andra verksamhetsutvecklare, två i telefon och vid ett besök. I det senare fallet visade verksamhetsutvecklaren mig hur datasystemet (synpunktshanteringen) fungerade. Telefonsamtalen och besöket har dokumenterats som fältanteckningar.

I några kommuner, dock inte i Göteborg, har det inrättats Socialt ansvarig sacionom (eller samordnare, SAS). Dessa har en liknande funktion som Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har inom hälso- och sjukvård, eller Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Ökat fokus på frågor om äldreomsorgens kvalitet sägs var en bidragande faktor till att kommunerna börjat anställa SAS⁶⁵ (Tidningen Vision 2010). Innehållet i tjänsterna varierar, en del ansvarar för hela socialtjänsten, andra bara för äldreomsorgen. Några arbetar mer förebyggande, andra mer med tillsyn. I Göteborg delas dessa arbetsuppgifter mellan ett flertal chefer och annan förvaltningspersonal. Jag gjorde en intervju med SAS i en kommun i Västra Götaland.⁶⁶

Ganska tidigt i studien gjorde jag även en intervju med en tjänsteman på Länsstyrelsen Västra Götaland som arbetat med lex Sarah sedan lagen infördes 1999. Han har också skrivit flera rapporter om lex Sarah. Jag gjorde även en intervju med en tjänsteman på Socialstyrelsen, samt två telefonintervjuer med andra tjänstmän som handlägger rapporter och klagomål. Den ena med en äldrekonstulent på Länsstyrelsen Göteborg som (före januari 2010) tog emot och utredde brukarklagomål och svarade på frågor om lex Sarah-rapporter. Den andra med en äldreombudsman som bl a arbetade med klagomålshanteringen inom äldreomsorgen i en kommun i VG-regionen. Äldreombudsmannen har jag talat med två gånger. Vid telefonsamtalen förde jag anteckningar.

Alla ovanstående intervjuer som inte gjordes per telefon genomfördes på informanternas arbetsplats och bandades och transkriberades förutom den med tjänstemannen på Socialstyrelsen, eftersom han inte ville att jag spelade in intervjun. Istället tog jag anteckningar, tjänstemannen läste igenom sammanfattningen och godkände den med en mindre kommentar. Till alla skickade jag information innan om vad jag ville prata om: hur de arbetade med klagomål och rapporter, vad de gjorde och vilka hinder och möjligheter

⁶⁵Ibland benämns tjänsten TÖS, tillsyn över socialt arbete/omsorg (Tidningen Vision 2010-05-12)

⁶⁶För att det inte ska bli så lätt att identifiera vem det är kallar jag även henne för verksamhetsutvecklare i resultatdelen.

de såg med klagomål och lex Sarah. Intervjuerna var sedan ganska öppna, frågorna varierade efter vilka arbetsuppgifter och erfarenheter informanterna hade i relation till klagomål och rapporter.

Alla informanter var mycket tillmötesgående, men i kontakten med Socialstyrelsen mötte jag ett förvånansvärt stort motstånd. Inte bara det att det tog lång tid att få ut de begärda dokumenten, såväl mitt syfte med en intervju som utlämnandet av dokumenten blev ifrågasatt. Jag fick skicka information om studien flera gånger till olika personer. När jag framhärjade och slutligen släpptes in för en intervju fick jag veta att man haft ett möte innan min ankomst för att diskutera vad de eventuellt skulle säga och lämna ut till mig. Jag fick varken spela in intervjun eller veta kön på dem som klagomål och rapporter gällde. En förklarande faktor kan vara granskningen av muthärvor i Göteborg som pågick ungefär samtidigt, där journalister bl a filmade möten med tjänstemän och politiker med dolda kameror, alltså kunde misstänksamheten från Socialstyrelsen tolkas som någon slags allmän försiktighet och rädsla hos tjänstemän gentemot alla som efterfrågade information om deras verksamhet. Det som talar emot en sådan förklaring är att ingen annan tjänsteman visade någon sådan misstänksamhet mot mig, även om nästan alla kommenterade muthärvan under intervjun. Verksamhetsutvecklare och enhetschefer hade i så fall också skäl att vara försiktiga, men de lämnade ut både dokument och gav intervjuer, några gjorde också detta omgående trots en stor arbetsbörda. Jag uppfattade motståndet från Socialstyrelsen trots allt som en tydlig maktmarkering och som om att jag gjorde intrång på någon annans revir, en känsla som också förstärktes under intervjun.

Alla har erbjudits att läsa sammanfattningar av intervjuerna, de flesta har gjort det. Återkoppling via sammanfattningen har varit ett tillfälle för förtydliganden och i några fall flera frågor som förmedlats via e-post. Någon har haft önskemål om att ta bort en mening eller ett uttalande, vilket jag hörsammat, men det har inte påverkat slutresultatet i någon bemärkelse. Intervjuerna har varat mellan 45 min och 1 ½ timma. Av ovanstående intervjuer redovisar jag enbart citat från enhetschefernas, verksamhetsutvecklarna, tjänstemannen från länsstyrelsen och brukarsamordnaren.

REFERENSER

- Ahrne, Göran (1985) *Den irriterade medborgaren. En undersökning om erfarenheter och upplevelser av byråkrati*. Arbetsrapport nr 2 från projektet ”Byråkrati och makt i Krångelsverige”. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Alvesson, Mats, Sköldberg, Kaj (1994) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Katarina (2007) *Omsorg under förhandling – om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Doktorsavhandling. Institutionen för socialt arbetet, Umeå universitet.
- Aronsson, Gunnar, Astvik, Wanja, Solfeldt Freed, Mary & Svensson, Lennart (1995) *Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, Wanja (2002) *Såra möten i omsorgsarbete*. Arbete och Hälsa, vetenskaplig skriftserie. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, Wanja (2003) *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten*. Doktorsavhandling. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Atkinson, Paul, Coffey, Amanda (1997) ”Analysing Documentary Realities” i Silverman, David (ed) *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, 45 – 62. London: Sage.
- Bejerot, Eva, Astvik, Wanja (2009) *När patienten blir kund. Nya stressorer och strategier i läkarens arbete*. Växjö: Växjö Universitet.
- Blaikie, Norman (2010) *Designing Social Research*. 2nd edition. Cambridge: Polity Press.
- Blennberger, Erik (2010) *Värdigt liv och välbefinnande: äldreomsorgens värdegrund och brukarinflytande i tolkning och praktik*. Solna: Fortbildning.
- Bloor, David (1991) *Knowledge and Social Imagery*, 3 – 23. Chicago: University of Chicago Press.

- Blumer, Herbert (1969/1986) *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Boklund, Ann (1995) *Olikheter som berikar? Möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*. Doktorsavhandling. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Brodin, Helene (2005) *Does Anybody Care? Public and Private Responsibilities in Swedish Eldercare 1940 – 2000*. Thesis. Umeå studies in economic history, 31. Umeå: Umeå Universitet.
- Brundell, Sara (2008) *Äldrestatistik Juni 2008. Äldres hälsa, funktionsnedsättning, boende och hjälpmedel*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Brå (2007) *Våld mot personer med funktionshinder*. Rapport 2007:26. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Butler, Judith (1990) *Gendertrouble. Feminism and the Subversion of Identity*. London, New York: Routledge.
- Buttny, Richard (1993) *Social Accountability in Communication*. London: Sage.
- Callon, Michel (1998) *The Laws of the Market* Oxford: Blackwell.
- Campell, Marie (2001) "Textual Accounts, Ruling Action: The Intersection of Knowledge and Power in the Routine Conduct of Community Nursing Work." *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 7 (2): 231 – 250.
- Campbell, Marie, Gregor, Frances (2004) *Mapping Social Relations. A Primer in doing Institutional Ethnography*, Lanham: Altamira Press.
- Charles, Laura Louise (2009) *How Language is Put to Work: An Analysis of the Language of New Capitalism*. (diss) Department of Adult Education and Counselling Psychology. Ontario Institute for Studies in Education: University of Toronto.
- Cho, Jeasik, Trent, Allen (2006) "Validity in qualitative research revisited." *Qualitative Research* 6 (3): 319-340.
- Chouliaraki, Lilie, Fairclough, Norman (1999/2004) *Discourse in Late Modernity. Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Connolly, Marie-Therese (2010) "Where Elder Abuse and the Justice System Collide: Police Power, *Parens Patriae*, and 12 Recommendations" *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22 (1): 37 – 93.
- Dahler-Larsen, Peter (2008) *Kvalitetens Beskaffenhet*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Daly, Jeanette M., Jogerst, Gerald J. (2007) "Nursing Home Statutes: Mistreatment Definitions" *Journal of Elder Abuse & Neglect* 18 (1): 19 – 39.

- Dean, Hartley, Gale, Keir & Woods, Roger (1995) This isn't very typical I'm afraid: observing community care complaints procedures. *Health and Social Care in the Community* 4 (6): 338 – 346.
- DeVault, Marjorie L., McCoy, Liza (2002) "Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations" i Gubrium, Jaber F., Holstein, James A. (eds) *Handbook of Interview research. Context & Method*, 751 – 777. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Douglas, Mary (1986) *How Institutions Think*. New York: Syracuse University Press.
- Edebalk, Per Gunnar (2007) "Den kommunala äldreomsorgen – om kriser förr och nu" i Svensson, Kerstin (red) *Normer och normalitet i socialt arbete*, 199 – 210. Lund: Studentlitteratur.
- Edebalk, Per Gunnar, Lindgren, Björn (1996) "Från bortauktionering till köpsälj-system. Svensk äldreomsorg under 1900-talet." i Eliasson, Rosemarie (red) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, 138 – 150. Lund: Studentlitteratur.
- Ellis, Kathryn (2004) "Promoting rights or avoiding litigation? The introduction of the human rights act 1998 into adult social care in England", *European Journal of Social Work*, 7 (3):321 – 340.
- Emerson, Robert M., Messinger, Sheldon L. (1977) The Micro-Politics of Trouble. *Social Problems* 25 (2): 121 – 134.
- Eriksson, Hjelde (2001) *Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män. En omfångsundersökning i Umeå kommun*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Erlingsson, Christen (2007) *Elder abuse explored through a prism of perceptions. Perspectives of potential witnesses*. Thesis. Department of Nursing: Umeå Universitet.
- Espeland, Wendy (1993) "Power, Policy and Paperwork: The Bureaucratic Representation of Interests." *Qualitative Sociology* 16 (3):297- 317.
- Esseveld, Johanna (2008) "Reflexivitet, kvalitativ forskning och samhällsvetenskap" i Sjöberg, Katarina, Wästerfors, David (red) *Uppdrag forskning – Konsten att genomföra kvalitativa studier*, 184 – 212. Malmö: Liber.
- Felstiner, William, Abel, Richard & Sarat, Austin (1980-81) "The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming. . ." *Law and Society Review*, 15 (3- 4): 631-654.
- Festinger, Leon (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Flax, Jane (1987) "Postmodernism and Gender Relations in Feminist Theory" *Signs* 12 (4): 621 – 643.

- Foucault, Michel (1987) *Övervakning och straff: fängelsets födelse*. Lund: Arkiv.
- Foucault, Michel (1993) *Diskursens ordning: Installationsföreläsning vid Collège de France den 2 december 1970*. Stockholm: Brutus Östlings förlag, Symposium.
- Fransson, Susanne (2012) "Lex Maria- och lex Sarah-bestämmelserna i ett arbetsrättsligt perspektiv" i Nyström, Birgitta, Edström, Örjan & Malmberg, Jonas (red) *Nedslag i den nya arbetsrätten*, 222 – 237. Malmö: Liber.
- Garfinkel, Harold (1967) *Studies in ethnomethodology*. Cambridge: Polity press.
- Goffman, Erving (1963) *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*. New York: The Free Press
- Goffman, Erving (1971/2010) *Relations in public: microstudies of the public order*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Goffman, Erving (1974) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Gulland, Jackie (2006) "Second-tier Reviews of Complaints in Health and Social Care" *Health and Social Care in the Community*, 14 (3):206 – 214.
- Gulland, Jackie (2009) "Independence in complaints procedures: lessons from community care" *Journal of Social Welfare and Family Law*, 31 (1): 59-72.
- Gustafsson, Rolf Å., Szebehely, Marta (2005) *Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki – en enkätstudie bland personal och politiker*. Rapport i socialt arbete nr 114 – 2005. Stockholm: Stockholms universitet.
- Göteborgs Posten (2011-03-14) "Ministern överväger skärpa kontroller. Maria Larsson (KD) överväger att skärpa kontrollen av anställda i äldreomsorgen."
- Göteborgs Posten (2012-03-02) "Larmet var avstängt – 78-åring dog".
- Hallberg, Margareta (2001) *Etnologisk koreografi. Att följa ett ämne i rörelse*. Nya Doxa: Nora
- Hammarström, Anne (2004) "Vad skiljer genusforskning från forskning om könsskillnader?" i Hovelius, Birgitta, Johansson, Eva E. (red) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammersley, Martyn, Atkinson, Paul (1995) *Ethnography. Principles in practice*, 2nd ed, London, New York: Routledge.
- Haraway, Donna (1988) "Situated knowledge: the Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies*, 14 (3): 575 – 599.
- Harding, Sandra (1986) *The Science Question in Feminism*. Ithaca: Cornell University Press

- Harding, Sandra (2004) *The Feminist Standpoint Theory Reader*. New York, London: Routledge
- Harnett, Tove (2010) *The Trivial Matters. Everyday power in Swedish elder care*. Thesis. School of Health Science, Jönköpings universitet.
- Hasenfeld, Yehesikel (1992) *Human Services as Complex Organizations*. London: Sage.
- Hasselbladh, Hans, Bejerot Eva (2002) *Kvalitet utan gränser en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academica Adacta.
- Heberlein, Ann (2005) *Kränkningar och förlåtelse. En etisk studie med hänsyn till föreställningar om offer, förövare, skuld och skam*. Doktorsavhandling. Stockholm: Thales.
- Hirschman, Albert (1970) *Exit, Voice and Loyalties: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Hjälmarsson, Ingrid (2006) "Valfrihet och inflytande inom äldreomsorgen" i Thorslund, Mats, Wånell, Sven-Erik (red) *Åldrandet och äldreomsorgen*, 75 – 92. Lund: Studentlitteratur.
- Hochschild, Arlie (1983/2003) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hood, Christopher (1995) "The 'New Public Management' in the 1980:s Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2 – 3): 93 – 109.
- Hultqvist, Sara (2008) *Om brukardelaktighet i välfärdssystemen: en kunskapsöversikt*. Växjö: Växjö University Press.
- Hupe, Peter, Hill, Michael (2007) "Street-level Bureaucracy and Public Accountability." *Public Administration* 85 (2): 279-299.
- Ingvad, Bengt (2003) *Omsorg och relationer. Om det känslomässiga samspillet i hemtjänsten*. Doktorsavhandling. Lund Dissertations in Social Work 15, Lunds universitet.
- Jarl, Maria (2001) *Erfarenheter av ett utbrett brukarinflytande. En utredning av brukarinflytande i Sverige 2001*. Ds 2001:34. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Jönson, Håkan (2004) "Övergrepp mot äldre i två perspektiv" *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 3-4: 310 – 328.
- Jönson, Håkan (2011) *Vårdskandaler i perspektiv. Debatter om vanvård, övergrepp och andra missförhållanden inom äldreomsorgen*. Malmö: Egalité.
- Katz, Jack (2001) "Analytic Induction Revisited" in Emerson, Robert M (ed) *Contemporary field research*, 331 – 334. Prospect Heights, IL:Waveland

- Press.
- Katz, Jack (2004) "On the Rhetoric and Politics of Ethnographic Methodology" *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 595 (1): 280 – 308.
- Konkurrensverket (2009) *Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården*. Stockholm: Konkurrensverket.
- Kritzer, Herbert M. (2011) "The antecedents of disputes: complaining and claiming" *Onati Socio-Legal series* 1 (6):1 – 22.
- Kubis, Astrid (2001) "Gruppboenden – en rättsfri zon". *Handikappforskning pågår*, 10 (1): 2-3.
- Kvale, Steinar (2006) "Dominance Through Interviews and Dialogues" *Qualitative Inquiry* 12 (3): 480-500.
- Larsson, Kristina, Szebehely, Marta (2006) "Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna" i Vogel, Joachim (red) *Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980 – 2003*, 411 – 420. Stockholm: SCB.
- Latour, Bruno (2005) *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Layder, Derek (1998) *Sociological Practice: Linking Theory and Social Research* London: Sage.
- Lens, Vicki (2007) "Administrative Justice in Public Welfare Bureaucracies: When Citizens (Don't) Complain." *Administration & Society* 39 (3): 382 – 408.
- Leppänen, Vesa (2008) "Coping with Troublesome Clients in Home Care" *Qualitative Health Research* 18 (9): 1195-1205.
- Lewin, Barbro (2002) *Vem bryr sig? Om osynlighet och rättsäkerhet för brottsoffer med funktionshinder*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Lewin, Barbro (2004) "Brottsoffer med funktionshinder" i Lindgren, Magnus, Pettersson, Karl-Åke & Hägglund, Bo (red) *Utsatta och sårbara brottsoffer*. 135-158. Stockholm: Jure förlag.
- Lindgren, Lena, Ottosson, Maria & Salas, Osvaldo (2012) *Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* Rapport 2:2012, Göteborg: FOU i Väst.
- Lindgren, Sven-Åke (2008) "Det teoriutvecklande projektet" Sjöberg, Katarina, Wästerfors, David (red) *Uppdrag forskning – Konsten att genomföra kvalitativa studier*. 114 – 135. Malmö: Liber.
- Lipsky, Michael (1980/2010) *Street-level Bureacracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.

- Lundquist, Lennart (1998) *Demokratins väktare: ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.
- Lykke, Nina (2009) *Genusforskning – en guide till feministisk teori, metodologi och skrift*. Malmö: Liber.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2008) *Lex Sarah i Västra Götalands län. Anmälningar inkomna 2007 avseende äldreomsorg*. Rapport 2008:65.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2009) *Lex Sarah i Västra Götalands län. Inkomna anmälningar inom äldreomsorgen 2008*. Rapport 2009:41.
- Länsstyrelserna (2008) *Socialtjänsten och de äldre. Länsstyrelsernas redovisning för iakttagelser som gjorts i tillsynen under 2008*.
- Länsstyrelserna (2009) *Tillsyn av rättsäkerheten för äldre personer i ordinärt boende*. Rapport 2009:48. Stockholms län och Västra Götalands län.
- Malmberg, Denise, Färm, Kerstin (2008) *Dolda brottsoffer. Polismyndighetens och socialtjänstens hantering av brott och övergrepp mot personer med funktionshinder*. Skrifter från centrum för genusvetenskap, Uppsala universitet. Uppsala: Centrum för genusvetenskap.
- McCoy, Liza (2006) "Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience" i Smith, Dorothy (ed) *Institutional Ethnography as Practice*, 109-126. Lanham: Rowman & Littlefield publishers.
- McCoy, Liza (2008) "Institutional Ethnography and Constructionism" i Holstein, James A., Gubrium Jaber F. (eds) *Handbook of Constructionist Research*, 701 – 713, New York: Guilford Press.
- Mead, George H. (1934/1976) *Medvetandet, jaget och samhället: från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos.
- Miller, Gale, Holstein, James A. (1995) "Dispute Domains Organizational Contexts and Dispute Processing. *The Sociological Quarterly*, 36 (1): 37 – 59.
- Mills, Charles Wright (1940) "Situated actions and vocabularies of motive" *American Sociological Review* 5 (6):904 – 913.
- Möller, Tommy (1996) *Brukare och klienter i välfärdsstaten. Om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg*. Doktorsavhandling. Stockholm: Publica (Norstedts Juridik).
- Möller, Tommy (1997) "Mötet med välfärdsstaten. Om "exit"- strategins begränsningar. *Kommunal ekonomi och politik*, 1(1): 65 – 87.
- Near, Janet, Miceli, Marcia (1985) "Organizational Dissidence: The Case of Whistle-blowing" *Journal of Business Ethics*, 4 (1):1 – 16.
- Norén, Lars (2001) "Offentliga marknader och brukarinflytande" *Kommunal ekonomi och politik*, 4 (1): 7 – 29.

- Norén, Lars, Ranerup, Agneta (2005) "The Internet Web Portal as an Enrolment Device" i Czarniawska, Barbara, Hernes, Tor (eds) *Actor-Network Theory and Organizing*, Malmö: Liber & Copenhagen Business School Press.
- Norstedts engelsk-svenska ordbok, utgåva 1956. Stockholm: Norstedts.
- Olaison, Anna (2009) *Negotiating Needs. Processing Older Persons as Home Care Recipients in Gerontological Social Work Practices*. Thesis. Institutionen för samhälle och välfärdsstudier NISAL, Nationella studier för forskning om äldre och åldrande Linköping Studies in Arts and Science No 464, Linköpings universitet.
- Osika, Ingrid (2006) *Jämställda klagomål*. Rapport från Stockholms läns landsting, 2006-03-20.
- Persson, Tove, Wästerfors, David (2009) "Such Trivial matters:" How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies* 3 (1):1-11.
- Pettersson, Olof, Westholm, Anders & Blomberg, Göran (1989) *Medborgarnas Makt*. Maktutredningens publikationer. Stockholm: Carlssons.
- Podnieks, Elizabeth, Penhale, Bridget, Goergen, Thomas, Biggs, Simon. & Han, Donghee (2010) "Elder Mistreatment: An International Narrative" *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22 (1): 131 – 163.
- Polanyi, Michael (1966/1983) *The Tacit Dimension*. Gloucester, Mass.: Peter Smith.
- Polmé, Ola (2009) *Vanvård eller vård av gammal vana*. Stockholm: Vårdförlaget.
- Pomerantz, Anita (1986) "Extreme Case Formulations: A way of legitimizing claims" *Human Studies* 9 (2-3): 219-229.
- Potter, Jonathan (1996) *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction*. London: Sage.
- Potter, Jonathan, Wetherell, Margaret (1987/1992) *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviours*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Power, Michael (1999) *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, Michael (2007) *Organized Uncertainty. Designing a World of Risk Management*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Preston-Shoot, Michael (2001) "A Triumph of Hope over Experience? Modernizing Accountability: the Case of Complaints Procedures in Community Care" *Social Policy & Administration*, 35 (6): 701-715.

- Prior, Lindsay (2003) *Using Documents in Social Research* London: Sage.
- Rankin, Janet (2003) "Patient satisfaction': knowledge for ruling hospital reform – An institutional ethnography." *Nursing Inquiry* 10 (1):57-65.
- Rankin, Janet & Campbell, Marie (2009) "Institutional Ethnography (IE), Nursing Work and Hospital Reform: IE's Cautionary Analysis, *Forum: Qualitative Social Research*, 10 (2), art 8.
- Rhodes, Carl (2000) "Ghostwriting Research: Positioning the Researcher in the Interview Text" *Qualitative Inquiry* 6 (4): 511-525.
- Rhodes, Carl (2001) *Writing Organization. (Re)presentation and control in narratives at work*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company
- Rönnlund, Maria (2011) *Demokrati och deltagande. Elevinflytande i grundskolan årskurs 7 – 9 ur ett könsperspektiv*. Doktorsavhandling. Institutionen för tillämpad utbildningsvetenskap. Umeå universitet.
- Sahlin, Ingrid (1999) "Diskursanalys som sociologisk metod." i Sjöberg, Katarina (red) *Mer än kalla fakta: kvalitativ forskning i praktiken*, 83 – 106. Lund: Studentlitteratur.
- Sand, M. Ann-Britt (2007) "Förändrad tillämpning av äldreomsorg – ett hot mot målsättningen om demokrati och jämställdhet." *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 13 (2 – 3): 293 – 309.
- Sandevide, Åsa (2008) *Våld i särskilda boenden för äldre – språk och sociala interaktioner*. Doktorsavhandling. Department of Nursing, Umeå Universitet, Umeå.
- Sarangi, Srikant, Clarke, Angus (2002) "Constructing an account by contrast in counselling for childhood genetic testing." *Social Science & Medicine* 54 (2): 295-308.
- SCB (2010a) *Befolkningspyramiden för Sverige år 2010*. Stockholm: SCB.
- SCB (2010b) *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdheten 2010*. Stockholm: SCB.
- Schütz, Alfred (1962/1999) *Den sociala världens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos
- Scott, Marvin, B., Lyman, Stanford, M. (1968) "Accounts." *American Sociological Review*, 33 (1): 46 – 62.
- Seale, Clive (1999) "Quality in Qualitative Research." *Qualitative Inquiry*, 5 (4): 465 – 478.
- Silfverberg, Gunilla (1996) *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik och praktik*. Doktorsavhandling. Nora: Nya Doxa.
- Silverman, David (2005) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. 2nd ed. Los Angeles: Sage.

- SKL (2007) *(O)jämslällldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Smith, Dorothy E. (1974) "The Social Construction of Documentary Reality" *Sociological Inquiry* 44(4) 257-268
- Smith, Dorothy E. (1987) *The Everyday World as Problematic: a Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, Dorothy E. (1990a) *The Conceptual Practices of Power. A Feminist Sociology of Knowledge*. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, Dorothy E. (1990b) *Texts, facts and femininity: exploring the relations of ruling*. London: Routledge.
- Smith, Dorothy E. (1992) "Sociology from Women's Experience: A Reaffirmation" *Sociological Theory*, vol. 10, no 1 p. 88 – 98.
- Smith, Dorothy, E. (2001) "Texts and the Ontology of Organizations and Institutions" *Studies in Cultures, Organizations and Society*, 7 (2): 159 – 198.
- Smith, Dorothy, E. (2002) "Institutional ethnography" i May, Tim (ed.) *Qualitative Research in Action*, 17 – 52. London: Sage.
- Smith, Dorothy, E. (2005) *Institutional ethnography. A Sociology for People*. Lanham: Altamira Press.
- Smith, Dorothy, E. (2006) *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham: Rowman & Littlefield
- Smith, Dorothy E., Schryer, Catherine F. (2008) "On Documentary Society." i Bazerman, Charles (ed) *Handbook of Research on Writing: History, Society, School, Individual, Text*, 113 – 127. New York: L. Erlbaum Associates.
- Smith, George, Mykhalovskiy, Eric & Weatherbee, Douglas (2006) "A Research Proposal" i Smith, D. (ed) *Institutional Ethnography as Practice*, 165 – 180. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers.
- Socialdepartementet (2008) *Sveriges strategirapport för social trygghet och delaktighet 2008 – 2010*.
- Socialstyrelsen (2000) *Behovsbedömning, dokumentation och klagomålshantering inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003a) *Brukarmedverkan i Socialtjänstens kunskapsutveckling*. Kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003b) *Lex Sarah- efter fyra år. Redovisning av en undersökning om tillämpningen av Lex Sarah år 2002*. Artikelnr: 2003-131-25. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004a) *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso-och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2004b) *Risikanalys i teorin baserad på avvikelshantering i praktiken*. Artikelnr: 2004-109-7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006) *Social tillsyn 2005. Resultat av Länsstyrelsernas tillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen och Länsstyrelserna.
- Socialstyrelsen (2007) *Kundval i äldreomsorgen*. Artikelnr: 2007-131-29. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008a) *Social tillsyn. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2006 och 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen och Länsstyrelserna.
- Socialstyrelsen (2008b) *Brukarinflytande inom äldreomsorgen*. Artikelnr: 2008-131-11. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009a) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010 a) *Lex Sarah – tillämpning av 14 kap. 2§ SoL och 24 a §LSS. Handbok för socialtjänsten*. Artikelnr: 2010-3-18. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010 b) *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2010*. Rapport 2010-11-14. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010c) *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Artikelnr: 2010-6-13. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010d) *God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS*. Handbok till SOSFS 2006:11.
- Socialstyrelsen (2011a) *Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1998:8, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård.
- SOSFS 2006:11, Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
- SOSFS 2008:10, Tillämpningen av 14 kap. 2§ SoL
- SOSFS 2011:5, Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah.
- SOU 2007:82 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten. Slutbetänkande av utredningen om tillsynen inom socialtjänsten*. Stockholm: Fritzes förlag.
- SOU 2008:51 *Värdigt liv i äldreomsorgen. Betänkande av värdighetsutredningen*. Stockholm: Fritzes förlag.
- Spector, Malcolm, Kitsuse, John, I. (2001) *Constructing Social Problems*. New Brunswick, London: Transaction publishers.

- Stark, Agneta (2007) "Warm Hands in Cold Age – On the Need of a New World Order of Care" i Folbre, Nancy, Shaw, Lois B. & Stark, Agneta (eds) *Warm Hands in Cold Age. Gender and Aging*, 7 – 33. London & New York: Routledge.
- Svensson, Marianne, Edebalk, Per Gunnar (2006) *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*. Stockholm: Konkurrensverkets uppdragsforskning 2006:6
- Svensson, Marianne, Edebalk, Per Gunnar (2010) *Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem?* Stockholm: SKL.
- Sveriges officiella statistisk (2011) *Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sykes, Gresham, Matza, David (1957) "Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency" *American Sociological Review*, 22 (6):664 – 670.
- Szebehely, Marta (1996) "Om omsorg och omsorgsforskning." i Eliasson, Rosemarie (red) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, 21 – 35. Lund: Studentlitteratur.
- Szebehely, Marta (2005) "Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser" *Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen*, 133 – 206. SOU 2005:66. Stockholm: Fritzes.
- Szebehely, Marta (2009) "Omsorgsmönster bland kvinnor och män – inte bara en fråga om kön" i Gunnarsson, Evy, Szebehely, Marta (red) (2009) *Genus i omsorgens vardag*, 27 – 47. Sthlm: Gothia förlag.
- Szebehely, Marta (2010) *Äldreomsorg i kris*. Socialförsäkringsrapport 2010:6
- Szebehely, Marta (2011) "Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi." i Hartman, Laura (red) *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd?* 215 – 257. Stockholm: SNS förlag.
- Szebehely, Marta, Trydegård, Gun-Britt (2007) "Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender". *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 13 (2 – 3): 197 – 219.
- Sörensdotter, Renita (2008) *Omsorgsarbete i omvandling. Genus, klass och etnicitet inom hemtjänsten*. Doktorsavhandling. Institutionen för socialantropologi, Stockholms universitet. Göteborg, Stockholm: Makadam förlag.
- Thelander, Joakim (2006) *Mutor i det godas tjänst? Biståndsarbetare i samtal om vardaglig korruption*. Doktorsavhandling. Lund dissertations in Sociology 70. Lunds universitet.
- Tornstam, Lars (2007) "Stereotypes of Old People Persist". A Swedish 'Fact on Aging Quiz' in a 23-year Comparative Perspective" *International Journal of*

- Ageing and Later Life*, 2 (1): 33 – 59.
- Torres, Sandra (2010) "Etnicitet och invandrarskap" i Torres, Sandra, Magnússon, Finnur (red) *Invandrarskap, äldrevård och omsorg*, 19 – 40. Malmö: Gleerups.
- Trydegård, Gun-Britt (1996) "Från kommandora till driftchef. En yrkesrolls historia i den sociala omsorgen" Eliasson, R. (red), *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*, 151 – 175. Lund: Studentlitteratur.
- Tullberg, Maria (2006) *Med ljuset på: ledare och ledda i äldreomsorgen*. Malmö: Liber.
- Turner, Susan (2006) "Mapping Institutions as Work and Texts" i Smith, Dorothy (ed) *Institutional Ethnography as Practice*, 139-161. Lanham: Rowman & Littlefield publishers.
- Ungerson, Clare (2000) "Thinking about the Production and Consumption of Long-term Care in Britain: Does Gender Still Matter?" *Journal of Social Politics*, 29 (4): 623-643.
- Vabø, Mia (2002) "Kvalitetsretorik i norska kommuner" i Bejerot, Eva, Hasselbladh, Hans (red) *Kvalitet utan gränser: en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*, 147 -170. Lund: Academia Adacta.
- Vabø, M (2005) "New Public Management i nordisk äldreomsorg – hva forskes det på?" i M. Szebehely (red) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*, 73 – 111. Köpenhamn: Tema Nord 2005:508.
- Waerness, Kari (1983) *Kvinnor och omsorgsarbete. Ett kvinnoperspektiv på människovård och professionalisering*. Stockholm: Prisma.
- Walby, Kevin (2010) "On the Social Relations of Research: A Critical Assessment of Institutional Ethnography" *Qualitative Inquiry* 13 (7): 1008 – 1030.
- Weber, Max (1983) *Ekonomi och samhälle. Förståelsesociologins grunder*. Del 1, Sociologiska begrepp och definitioner. Lund: Argos.
- Wenger, Clare G. (2002) "Interviewing Older People" i Gubrium Jaber F., Holstein, James A. (eds) *Handbook of Interview research. Context & Method*, 259 – 278. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage pbl.
- Widerberg, Karin (2008) "I andras hem. Om minnesarbete som förnyelse av familjesociologi." *Sociologisk forskning*. Nr 4, 6 – 23.
- Wooffitt, Robin (1992) *Telling Tales of the Unexpected. The Organization of Factual Discourse*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, Barnes & Nobel Books.

Åström, Karsten, Werner, Cecilia (2002) *De äldre och besvärsrätten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Riksdagstryck

Lagen om valfrihetssystem (LOV) Svensk författningssamling 2008:962

Patientsäkerhetslagen (PSL) Svensk författningssamling 2010:659

Proposition 1997/98:113, Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

Proposition 2009/10:131, Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.

Socialtjänstlagen (SoL) Svensk författningssamling 2001:453

Webb-sidor

Attendo Care (2010) Redovising av lex Sarah år 2010, <http://www.attendo.com/sv/se/om-attendo/Kvalitetsutveckling/Lex-Sarah/> (hämtad 2012-04-17)

Göteborgs stad statistik (2009)

<http://www.enkater.goteborg.se/ListEnkater.aspx?kat=2009>
(hämtad 2011-07-03).

JO (2009) Dnr 355-2008.

http://www.jo.se/Page.aspx?MenuId=106&MainMenuId=106&Language=sv&ObjectClass=DynamX_SFS_Decision&Id=3518
(hämtad 2011-01-26).

Nätverket Språkförsvaret (2008): <http://sprakforsvaret.bloggagratis.se/2008/04/15/645821-gar-det-inte-oversatta-accountability/>
(hämtad 2012-01-18).

SAOB (elektronisk) Svenska akademins ordbok.

<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Socialstyrelsen (2009b) Avvikelseberättelser i hälso- och sjukvården.

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelseberettelser>
(hämtad 2009-10-11)

Socialstyrelsen (2011b) *Information om nya bestämmelser om lex Sarah* - Meddelandeblad nr 6/2011.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-7-5>
(hämtad 2012-10-08)

SvD (2010) SvD granskar äldreomsorgen. http://blog.svd.se/granskar/2010/01/26/har-ar-anmalningarna/#disqus_thread (2011-07-01)

Tidningen Vision (2010-05-12) ”Ny tjänst ska ge äldre mer trygghet”,
<http://www.tidningenvision.se/nyheter/ny-tjanst-ska-ge-aldre-mer-trygghet-14109> (hämtad 2012-10-04).

FÖRFATTARREGISTER

- Åström, Karsten, 28, 113, 239
- Abel, Richard, 76, 77, 96, 103, 107,
150, 225, 228, 231
- Ahrne, Göran, 140, 226
- Alvesson, Mats, 46–49
- Andersson, Katarina, 176, 224, 231
- Aronsson, Gunnar, 25
- Astvik, Wanja, 25, 78, 101, 104,
145, 150, 155, 176, 227
- Atkinson, Paul, 59, 75
- Bejerot, Eva, 25, 104, 227, 236, 238
- Blaikie, Norman, 57
- Blennberger, Erik, 20
- Blomberg, Göran, 26
- Bloor, David, 80
- Blumer, Herbert, 65
- Boklund, Ann, 33, 224
- Brodin, Helene, 30, 229
- Brundell, Sara, 25
- Butler, Judith, 43
- Buttny, Richard, 55, 98, 100, 108,
243
- Callon, Michel, 41, 58, 242
- Campbell, Marie, 47, 67, 232, 240
- Charles, Laura Louise, 245
- Cho, Jeasik, 59
- Chouliaraki, Lilie, 73
- Clarke, Angus, 73
- Coffey, Amanda, 75
- Connolly, Marie-Therese, 37, 239
- Dahler-Larsen, Peter, 104, 137, 176,
230, 237
- Daly, Jeanette M., 38
- Dean, Hartley, 34, 103
- DeVault, Marjorie L., 64
- Douglas, Mary, 237
- Edebalk, Per Gunnar, 20, 25, 30,
104, 227
- Ellis, Kathryn, 37
- Emerson, Robert M., 78
- Eriksson, Hjelde, 38
- Erlingsson, Christen, 38
- Espeland, Wendy, 76
- Esseveld, Johanna, 46
- Färm, Kerstin, 38, 39
- Fairclough, Norman, 73
- Felstiner, William, 76, 77, 96, 103,
107, 150, 225, 228, 231
- Festinger, Leon, 200
- Flax, Jane, 43
- Foucault, Michel, 45, 54, 238
- Fransson, Susanne, 29, 183, 190,
239
- Gale, Keir, 34, 103

Garfinkel, Harold, 42, 57, 75, 76,
 192, 205, 238
 Goffman, Erving, 98, 200
 Gregor, Frances, 47, 67
 Gulland, Jackie, 34
 Gustafsson, Rolf Å., 25, 104, 227

 Hallberg, Margareta, 80
 Hammarström, Anne, 36
 Hammersley, Martyn, 59
 Haraway, Donna, 46
 Harding, Sandra, 43, 44, 46
 Harnett, Tove, 20, 33, 97
 Hasenfeld, Yehesikel, 24
 Hasselbladh, Hans, 238
 Heberlein, Ann, 21
 Hill, Michael, 56
 Hirschman, Albert, 21, 77, 108, 226,
 256
 Hjalmarsson, Ingrid, 25, 31, 104,
 227
 Hochschild, Arlie, 145
 Holstein, James A., 34, 77, 78, 169,
 170, 231, 232
 Hood, Christopher, 31
 Hultqvist, Sara, 24
 Hupe, Peter, 56

 Ingvad, Bengt, 78, 100, 117, 176

 Jönson, Håkan, 21, 24, 38, 55, 107,
 190, 239, 241
 Jarl, Maria, 26, 135
 Jogerst, Gerald J., 38

 Katz, Jack, 72, 79, 208, 250, 254
 Kitsuse, John, I., 49
 Kritzer, Herbert M., 77, 225
 Kubis, Astrid, 38, 229, 232

 Kvale, Steinar, 64

 Larsson, Kristina, 31, 106
 Latour, Bruno, 41, 58
 Layder, Derek, 44, 65
 Lens, Vicki, 77
 Leppänen, Vesa, 78, 150, 155
 Lewin, Barbro, 39, 232
 Lindgren, Björn, 30
 Lindgren, Lena, 97
 Lindgren, Sven-Åke, 65
 Lipsky, Michael, 56, 77, 107
 Lundquist, Lennart, 21
 Lykke, Nina, 43
 Lyman, Stanford, M., 54, 55, 98,
 103, 107, 217, 248

 Möller, Tommy, 25, 26, 33, 77, 78,
 106, 113, 136, 226, 227
 Malmberg, Denise, 38, 39
 Matza, David, 54, 100, 107, 117,
 176, 248, 251
 McCoy, Liza, 47, 49, 50, 64, 68, 109
 Mead, George H., 52
 Messinger, Sheldon L., 78
 Miceli, Marcia, 28
 Miller, Gale, 34, 77, 78, 169, 170,
 231, 232
 Mills, Charles Wright, 55

 Near, Janet, 28
 Norén, Lars, 25, 30, 105, 227

 Olaison, Anna, 35, 201, 232
 Osika, Ingrid, 35
 Ottosson, Maria, 97

 Persson, Tove, 108, 140, 212
 Pettersson, Olof, 26

Podnieks, Elizabeth, 37, 38
 Polanyi, Michael, 53
 Polmé, Ola, 185
 Pomerantz, Anita, 74, 145
 Potter, Jonathan, 55, 73
 Power, Michael, 31, 104, 233
 Preston-Shoot, Michael, 34
 Prior, Lindsay, 75, 76

 Rönnlund, Maria, 135
 Ranerup, Agneta, 105
 Rankin, Janet, 47, 67, 175, 232,
 236, 240, 257
 Rhodes, Carl, 62, 246, 249, 260

 Sörensdotter, Renita, 155
 Sahlin, Ingrid, 54
 Salas, Osvaldo, 97
 Sand, M. Ann-Britt, 70
 Sandevide, Åsa, 38
 Sarangi, Srikant, 73
 Sarat, Austin, 76, 77, 96, 103, 107,
 150, 225, 228, 231
 Schütz, Alfred, 57
 Scott, Marvin, B., 54, 55, 98, 103,
 107, 217, 248
 Seale, Clive, 59
 Silfverberg, Gunilla, 21
 Silverman, David, 59, 65, 263, 269
 Sköldberg, Kaj, 46–49
 Smith, Dorothy E., 22, 42–54, 57,
 64–67, 73, 74, 79, 85, 95,
 96, 104, 128, 131, 136, 145,
 146, 204, 207, 217, 237,
 239, 240, 242, 245, 247–
 249, 260
 Solfeldt Freed, Mary, 25
 Spector, Malcolm, 49

 Stark, Agneta, 70
 Svensson, Lennart, 25
 Svensson, Marianne, 20, 25, 30, 104,
 227
 Sykes, Gresham, 54, 100, 107, 117,
 176, 248, 251
 Szebehely, Marta, 227
 Szebehely, Marta, 25, 30–32, 35,
 70, 104, 106, 234

 Thelander, Joakim, 55, 83, 245, 248,
 250
 Tornstam, Lars, 126, 229
 Torres, Sandra, 25
 Trent, Allen, 59
 Trydegård, Gun-Britt, 30, 31, 70
 Tullberg, Maria, 101, 233
 Turner, Susan, 58

 Ungerson, Clare, 234

 Vabø, Mia, 31, 238

 Wästerfors, David, 108, 140, 212
 Waerness, Kari, 234
 Walby, Kevin, 47, 51, 62, 67
 Weber, Max, 108
 Wenger, Clare G., 65
 Werner, Cecilia, 28, 113, 239
 Westholm, Anders, 26
 Wetherell, Margaret, 55
 Widerberg, Karin, 45, 53
 Woods, Roger, 34, 103
 Wooffitt, Robin, 73