

Det låsta skåpet

Gränser och medicinering inom äldreomsorgen

Åsa Alftberg

Äldreboende, ofta kallat särskilt boende, är numera en vanlig företeelse. Oavsett hur begreppet tolkas (som avskilt och separerat? Som speciellt och utanför det vanliga?) är boendet både en institution och ett hem. Det innebär att det bär drag av både institutionell, offentlig omvårdnad och en privat, hemlik sfär (jfr Magnússon 1996, Öhlander 2007, Whitaker 2009). I den äldre personens rum eller lägenhet framträder det privata med störst tydlighet. Det är här den boende ska sätta sin personliga prägel genom egna möbler och föremål. Gemensamhetsutrymmen som kök, matplats och tv-hörna görs mer offentliga. Här finns få personliga föremål och det är utrymmen som förväntas att delas av boende och personal. Dock ser tillgången på det gemensamma utrymmet olika ut – personalen tar plats i köksdelen och förbereder maten medan de äldre sällan vistas där. Vid matborden har de boende sina respektive platser och om personalen sitter med är det i sin roll som professionella. De matar den som behöver hjälp och deras eventuella deltagande i ätandet sker enbart som pedagogisk måltid. I de boendes privata rum är den institutionella omvårdnaden mindre synlig, men dock påtagligt närvarande genom eventuella hjälpmedel, framför allt den anpassade sängen som är höj- och sänkbar med grindar eller sidoskydd för att hindra den som ligger i sängen att ramla ur. Denna säng tillhandahålls av boendet för att personalen ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett ergonomiskt korrekt sätt. Åldrandeforskaren Catharina Nord beskriver äldreboendets säng som en slags *materiell offentlighet*, som

genom sin närvaro symboliserar den intima omvårdnaden och omsorgen som gör den äldre personen offentlig i sitt privata rum (Nord 2012:153).

Förutom mötet mellan privat och offentligt inbegriper vård och omsorg också något som kan beskrivas som ett möte mellan ”mitt” och ”ditt”, i betydelsen vad som är mitt eller ditt att bestämma över. Här finns en gräns mellan å ena sidan den äldre personens rum, föremål och kropp, å andra sidan den professionella omvårdnaden, materialiserad genom institutionens rumslighet och personalens föremål och kroppar. Det handlar både om gränsdragningar och om utsuddandet av gränser. Detta kapitel kommer att diskutera hur gränser mellan mitt och ditt förskjuts, överskrids, upprätthålls och förhandlas om i möten mellan personal och de boende. Jag kommer att utgå från en annan typ av materiell offentlighet än sängen, nämligen *medicinskåpet* som finns i varje boendes rum. Skåpet och dess innehåll, tabletter, salvor och tinkturer, kan användas som en ingång till att skärskåda hur konstruktioner av mitt och ditt ges mening i situationer av omsorg och omvårdnad. Det handlar både om gränser i direkt relation till medicinering men också hur mediciner förmår synliggöra gränser kring integritet och kropp i omvårdnadsarbetet. Detta betyder att jag uppfattar omsorg som en relationell process och praktik (jfr Jeppsson Grassman & Whitaker 2012) som innefattar ständiga förhandlingar kring integritet och varande (Solove 2002). De gränser som förskjuts och förhandlas finns dock i en ojämlig relation, där de boende står i beroendeförhållande till personalen (Harnett 2010). Detta innebär att omsorg bör betraktas ur ett maktperspektiv, vilket också kommer att tydliggöras här med medicinskåpet som utgångspunkt.

Under hösten 2015 och våren 2016 besökte jag vid flera tillfällen sammanlagt sju äldreboenden i södra Sverige med syfte att studera personalens arbetssätt.¹ Med tiden började de för mig inledningsvis okända rutinerna

¹ Studien var del av forskningsprojektet *Införandet av kunskapsbaserad palliativ vård för äldre personer i särskilda boenden – KUPA*, forskningsledare professor Gerd Ahlström, Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet. Projektet är finansierat av Vårdalstiftelsen, Vetenskapsrådet, Familjen Kamprads stiftelse, Lunds universitet, Centrum för samskapad palliativ vård (Linnéuniversitetet), Lunds kommun genom Palliativt Utvecklingscentrum (Region Skåne och Lunds universitet), Greta och Johan Kocks stiftelse och Ribbingska minnesfonden. Den delstudie jag genomförde innefattade deltagande observationer av omsorgspersonalens arbete på äldreboenden när det gäller palliativ vård, och syftade till att undersöka personalens synsätt och praktiker vid ett palliativt förhållningssätt.

och lokalerna bli välbekanta och familjära. Boendenas rumsliga utformning var överraskande lika trots den stora geografiska spridningen, och i alla de äldres rum fanns ett medicinskåp. Skåpet var ofta vitt och ganska litet, placerat på väggen i lägenhetens enda rum eller uppsatt i det anslutande badrummet. Ibland var det liksom dolt, placerat inuti ett lite större vägg- eller köksskåp ovanför en pentrydel. På några platser hade ett köksskåp konverterats till medicinskåp, vilket uppenbarades genom det lås som då anordnats. Medicinskåpen var alltid låsta och det var enbart personalen som hade nyckel. Övriga föremål som tillhörde den äldre personen var fullt synliga och åtkomliga, men medicinerna var alltid inlåsta och därmed gömda.

Till skillnad från den anpassade sängen är medicinskåpets materiella offentlighet mera osynlig och dold. Medan sängen utan tvekan uppfattas som en del av den äldre personens hem på boendet, verkar medicinerna vara ett mer främmande inslag. Medicinskåpet är så att säga personalens tillhörighet. Även om läkemedlen formellt tillhör den äldre personen, är det personalens ansvar att tillhandahålla dem, i rätt mängd och i rätt tid. Denna sammanblandning av mitt och ditt framträder oftast som rutinar-tad och oproblematis, vilket framgår av följande fältanteckningar:

Undersköterskan Maria knackar på hos en kvinna och går in och säger att det är dags för medicin. Det är bara en liten tablett du ska ha nu, säger Maria till kvinnan. Hon låser upp medicinskåpet och tar fram påsen med Apodos (läkemedel i förhand doserat av apotekspersonal och förpackat i försluten plastpåse) och öppnar den. Hon lägger tabletten på bordet framför kvinnan och tar ett glas vatten till henne. Kvinnan sväljer snabbt tabletten med en klunk vatten och under tiden skriver Maria sin signatur på signeringslistan. Kvinnan ger sedan glaset till Maria som håller ut vattnet i vasken i det lilla pentryt vid medicinskåpet.

Rutinerna kring medicinering framstår som självklara och naturliga arbetsuppgifter på äldreboendet. Men läkemedlen bör också betraktas som medskapare av den sociala relationen mellan boende och personal. Utdelningen av exempelvis tabletter, ögondroppar eller insulin med alla handgrepp som detta medför – nyckelknippan som tas fram, skåpet som låses upp,

kontrollen av dosering, överräckandet av tabletter i en liten plastkopp, på sked, i handen eller direkt i munnen på den äldre personen, signaturen som görs med kulspetspennan på signeringslistan – allt detta förefaller som ett normaltillstånd, ett skeende utan komplikationer. Men vad händer om vi granskar relationen och dess mikropraktiker närmare, med utgångspunkt i görandet av gränser mellan mitt och ditt, mellan personal och boende? Först vill jag dock klargöra läkemedlets specifika sammanhang och meningsskapande betydelse.

Mediciners ambivalenta mening

Mediciner har en speciell laddning med referens till det grekiska ordet *farmakon*. Begreppet syftar på läkemedlets (eller drogens) inneboende ambivalens på grund av sin förmåga att fungera både som ett botemedel och som ett gift. En medicin kan inte sägas vara *antingen* läkande *eller* skadlig, den är på samma gång *både och*. Den uppfattas som skadlig eller botande beroende på den situation som läkemedlet ingår i (Derrida 1997). Genom en felaktig dosering kan den läkande effekten bli direkt farlig. Även rätt dosering och användning av mediciner kan ge så kallade biverkningar, vilket är en intressant ordalydelse av läkemedlets påverkan. Somliga effekter är sådana som eftersträvas, medan andra betraktas som mindre önskvärda och de klassificeras därmed som biverkningar. Sammantaget är alla typer av påverkan från läkemedlet egentligen en del av dess effekt, men beroende på patientens symptom och hur medicinen ordinerats reduceras vissa av effekterna till att betraktas som biverkningar (jfr Conrad 1985).

Antropologerna Susan Whyte, Sjaak van der Geest och Anita Hardon (2002) menar också att mediciners ambivalenta mening bland annat kan tillskrivas deras kapacitet att både *ge och ta kontroll*. Denna kontroll finns i relationen mellan individen och läkemedlet – läkemedlet skapar kontroll över symptom, över kroppsliga besvär – men också i sociala relationer individer emellan där medicinen ingår, till exempel mellan läkare och patient eller som i detta kapitel mellan omsorgspersonal och äldre personer. Här kan kontrollen handla om vem som har tillgång till läkemedlen och vem som ansvarar för hur de ska användas. Även på en övergripande samhällslig nivå finns en kontrollerande relation genom att mediciner

binder samman individen med sjukvården och läkemedelsföretagen (Hansson 2010, Lundin 2007).

Till medicineringens kontext hör också att just äldre personers bruk av läkemedel har uppmärksammats och delvis definierats som ett problem. Socialstyrelsen har konstaterat en kraftig ökning av andelen äldre som använder mediciner, och att antalet läkemedel har ökat per person, vilket anses leda till ökad felmedicinering eller övermedicinering (Socialstyrelsen 2011). Från det professionella vårdområdet betonas vikten av att ta sina mediciner i rätt mängd, i rätt tid och under rätta förutsättningar. Patienter som inte följer rekommenderade ordinationer riskerar att drabbas av onödigt lidande samtidigt som detta ger en ökad samhällskostnad. Enligt en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2009) bedöms äldre personer vara den grupp som mest avviker från de rekommendationer som följer med läkemedlet. Detta skulle bero på att äldres användande av mediciner ofta är komplext och långvarigt, och att det kan finnas kognitiva nedsättningar eller andra svårigheter som beror på individens åldrande. Eftersom denna åldersgrupp också använder många läkemedel, ökar risken för medicineringsfel (Fastbom 2006).

Äldre personers ökade användning av mediciner beror delvis på att nya läkemedel har introducerats och nu kan användas för behandling, men framför allt på att åldrandet och dess medföljande förändringar har medicaliserats och numera betraktas som åkommor som bör åtgärdas (Conrad 2007). Detta betyder också att äldre personer förväntas ta ansvar för en så hälsofrämjande livsstil som möjligt och förebygga åldrandet och dess konsekvenser på olika sätt, delvis med mediciner (Alftberg 2012). Hur den äldre individen hanterar sin medicinering blir därför av största vikt (Alftberg 2015, 2017).

I det följande kommer jag att beskriva olika situationer där läkemedlen står i centrum för görandet av omsorg, och där personalen och de boende intar olika positioner och förhållningssätt. Utgångspunkten är de fältanteckningar som skrevs ned i samband med de observationer som genomfördes. Jag har valt att använda längre utdrag från fältanteckningarna för att skildra situationernas detaljer och ge närvarokänsla, vilket är i linje med det etnologiska begreppet *tät etnografi* (Öhlander 1999:84).

Personalens arbetsredskap

När jag kommer till boendet på förmiddagen står alla medicinskåp i de boendes rum öppna. Här används inte traditionella lås med nyckel utan digitala lås. Det är ett datoriserat låssystem som fallerat, och för att personalen ska kunna komma åt medicinerna under dagen måste de lämna skåpen öppna. Detta leder till viss diskussion bland personalen om det elektroniska systemets oberäknelighet och underförstått de risker som kan uppstå kring de olåsta skåpen.

De risker som personalen uppfattar handlar om läkemedlens ambivalens. Medicinerna är både bot och skada och de olåsta medicinskåpen skapar en osäker situation. Det synliggör också hur medicinerna inte betraktas som de boendes tillhörigheter, trots placeringen (och förskrivningen och betalningen) av dem. Med olåsta medicinskåp har personalen inte längre kontroll över ”sina” mediciner, utan vem som helst – både boende och tillfälliga besökare – har tillgång till dem. Det som är personalens ansvar hotas nu av den krånglande teknologin.

Med tanke på hur förvaringen av mediciner på de äldre personernas rum är så strikt reglerad genom det låsta medicinskåpet, är det med förvåning jag vid ett tillfälle noterar två nyligen levererade Apodosrullar – flera ihopsatta Apodospåsar med dosering för flera veckor – som ligger framme i köket under eftermiddagen. Personalen har mycket att göra och först efter några timmar placeras Apodosrullarna i respektive medicinskåp. Eftersom köket framstår som personalens rum som de boende aldrig vistas i, kan läkemedlen ligga synligt exponerade där. I köket uppfattas de inte som riskfyllda och farliga. Detta tydliggör ytterligare hur medicinerna uppfattas som personalens ägodel och hanteringen av dem som något som ingår i personalens ansvar när det gäller omvårdnaden av de äldre personerna.

Som sagt förväntas äldre människor att ta ansvar för sin medicinering och i förlängningen sin hälsa, men på äldreboendet övertas detta ansvar av personalen. Att de äldres läkemedel framstår som personalens tillhörighet gör också att det kan uppfattas som naturligt att påbjuda mediciner även när de boende med tydlighet visar att de inte vill ta dem. Detta är vanligast när det gäller personer som är drabbade av olika demenssjukdomar.

Nedan följer två exempel på situationer där personer med demens använder olika uttryck och former av motstånd:

Gunhild (boende) får sin frukost, och Karin (personal) krossar alla hennes tabletter direkt i den öppnade påsen. Hon använder en tesked och slår på tablettpåsen som hon placerat på fönsterkarmen. Sedan klipper hon upp påsen och strör pulvret försiktigt över gröten som Gunhild äter. Karin ber att få låna skeden som Gunhild äter med och matar henne sedan med den medicinblandade gröten. Gunhild säger ”nej”, hon tycker det smakar illa, men äter det ändå när hon bli matad. Karin säger att hon vet att ”det smakar otäckt, men bara en sked till”. Gunhild får sedan tillbaka skeden och fortsätter äta på egen hand.

Ove (boende) vill inte ta sin medicin i samband med kvällsmaten. Anette (personal) lägger tre tabletter i hans soppa så han kan ta dem med skeden, men han undviker noga att ta dem. Anette tar skeden och börjar mata honom, och tar då med tabletterna på skeden. Ove säger ”nej” med hög röst och när han fått tabletterna i munnen så spottar han strax ut dem på bordet. Denna procedur sker flera gånger. När Ove spottar ut tabletterna säger Anette att han inte får spotta ut dem, han måste ta sin medicin, ”det har doktorn sagt”. Anette pratar ganska mycket hela tiden med hög röst, säger åt Ove att han måste ta medicinen, att han inte får spotta ut dem så. Ove säger åt Anette att vara tyst flera gånger, och kallar henne för dum och liknande. Stämningen blir alltmer uppjagad. Anette smyger till sist in tabletterna i Oves smörgås, under påläggget. När Ove tar en tugga av sin smörgås upptäcker han tabletterna, och spottar ut dem igen. Anette ger upp och tar tabletterna i en servett som hon stoppar i sin ficka.

Det är personalens arbetsuppgift att tillhandahålla de boendes mediciner, men de möts i skildringarna ovan av motstånd. Detta leder till att medicinen här synliggör andra gränser i relationen mellan boende och personal, de som handlar om integritet och kropp. Personalen försöker införa medicin i de boendes kroppar på ett sätt som kränker de äldre personernas integritet. Gränser förskjuts eller överskrids. Ur personalens perspektiv kan läkemedlen även förstås som ett sätt att skapa kontroll över de boendes kroppar (jfr Whyte, van der Geest & Hardon 2002), vilket synliggör maktoabalansen i omsorgsrelationen.

Det är dock viktigt att komma ihåg att utdelningen av mediciner sker i ett välmenande syfte. Det är inte av elakhet som personalen försöker tvinga de äldre personerna utan det handlar om synen på ansvar för de boendes välbefinnande. Jag menar dessutom att synen på mediciner som personalens ”arbetsredskap” spelar in här. Personalen ser läkemedlen som ett av sina verktyg för att tillförsäkra de boende en så god hälsa som möjligt.

Situationerna som beskrivs ovan är heller inte typiska eller vanliga, utan är ett av flera förhållningssätt som finns till medicinering. Andra situationer kan innebära att personalen möjligen försöker truga den äldre att ta sin medicin, men om det inte lyckas nöjer man sig med att rapportera till ansvarig sjuksköterska att läkemedlen inte tagits vid detta tillfälle. Många personer på äldreboenden har någon form av demenssjukdom och personalen kan känna sig klivna i att ansvara för de äldre personernas välbefinnande samtidigt som de ska bevara deras integritet. Utebliven medicinering kan leda till obehagliga symptom eller smärta. Samtidigt känner omsorgspersonalen inte alltid till vilken typ av medicin som de boende tar och vilken effekt den ger.

Förhandling

Om exemplen ovan visade hur mitt och ditt förskjuts och överskrids i vissa situationer finns andra exempel som pekar på den förhandling som sker mellan boende och personal. Den äldre personen framstår här tydligare som en individ eller aktör, någon som blir lyssnad på. Detta hänger säkerligen samman med att de äldre personerna i exemplen ovan har någon form av demenssjukdom, medan följande exempel inbegriper en äldre kvinna utan någon kognitiv nedsättning:

Margit (boende) ska ha medicin på morgonen, men Pernilla (personal) vill först att hon dricker lite nyponsoppa för att slippa ta tablettorna på fastande mage. När Margit sitter i fåtöljen bredvid sängen och dricker nyponsoppa tar Pernilla fram en Apodospåse ur medicinskåpet. Pernilla sätter sig bredvid Margit och öppnar påsen och håller fram fyra tabletter i handen, en Alvedon och tre mindre tabletter. ”Ja, ska jag ta dem, jag vet inte?” säger Margit. Pernilla svarar att det får hon själv bestämma. Margit

tvekar. ”Vad tycker du?” frågar hon Pernilla. Pernilla säger återigen att det kan bara Margit bestämma, men om Pernilla ska råda henne så verkar ju Alvedonen bra tillsammans med det morfinplåster hon har vilket leder till att kroppen gör mindre ont. Margit säger då att hon ska ta Alvedonen. Pernilla frågar om hon ska dela den, men Margit vill ta den hel. Pernilla hjälper henne genom att försiktigt ge henne Alvedonen direkt i munnen och sedan tar Margit glaset med nyponsoppa och sväljer ned tablett, men det är svårt. ”Du får nog dela de andra”, säger hon. Pernilla säger då att det var bara Alvedonen som var en sådan stor tablett, de andra är mycket mindre. Margit gapar och Pernilla ger henne de tre små tabletterna samtidigt, hon lägger dem försiktigt på Margits tunga. Margit sväljer men säger att hon tycker de fastnat i halsen. Pernilla hämtar ett glas vatten och ber Margit dricka mer så att tabletterna följer med ned i magen.

Även om det är personalen som genom sin nyckel till medicinskåpet tillhandahåller medicinerna, finns ett visst utrymme för Margit att förhandla om sin medicinering. Förhandlingen gäller inte vem som ”äger” medicinerna – det är tydligt att det är personalen som gör det – utan gäller integritet och självbestämmande. Margit får, eller tar, en möjlighet att reflektera över om hon ska ta tabletterna eller inte. Även om beslutet fattas i en kontext som består av förväntan på henne att ta sina läkemedel för att minska smärta och må bättre, är det ändå i teorin möjligt att avstå från medicinerna. I omsorgens relationella praktik kan finnas möjligheter för de boende att utmana och tänja gränserna för till exempel medicineringen och dess rutiner (jfr Harnett 2010).

När Margits beslut är fattat och medicineringen genomförs är det två kroppar som möts. Då Pernilla placerar tabletterna i Margits mun sker egentligen en större överträdelse än i exemplen ovan där medicinerna förmedlas via sked eller en smörgås. Munnen är en av de mest privata delarna av kroppen, samtidigt som den är en förbindelse mellan det yttre och det inre av våra kroppar (Falk 1994). När Pernilla använder sin egen hand för att lägga tabletterna i Margits mun, överskrider hon den gräns som vanligen finns i sociala relationer. Men i en relation som präglas av omsorg och omvårdnad blir denna handling naturlig. Överskridandet mellan mitt och ditt blir snarare en sammanflätning av den boendes och personalens kroppar. När den boendes kropp inte räcker till – Margit kan inte själv ta tablet-

terna till sin mun – blir personalens kroppar ställföreträdare för den äldre personen. Handlingen innebär inte ett överskridande i negativ bemärkelse, en integritetskränkning, både på grund av att Margit gett uttryck för sin vilja och för att Pernillas rörelser är mycket försiktiga.

En annan typ av förhandling sker när den boende vill eller kräver mer medicinering än brukligt, vilket inte är ovanligt. Detta leder till en förhandling mellan mitt och ditt – vem har rätt att bestämma över medicinerna? – vilken då sker på den äldre personens initiativ:

Siv (boende) sitter vid bordet som står vid fönstret i hennes rum. Hon ser orolig och ledsen ut. ”Jag sitter här och väntar på slutet”, säger hon. Hon berättar också att hon har svårt att andas och hon tar korta snabba andetag. Britt (personal) sätter sig bredvid henne och frågar om Siv vill ha lite vatten. Siv svarar inte, utan upprepar istället att ”nu är det nog snart slutet”. Britt svarar ”nejdå” med tröstande röst och påpekar hur många gånger Siv känt så här och bara en stund senare så känns allt bättre igen. Siv menar att hon skulle känna sig bättre om hon fick någon medicin, och Britt låser upp medicinskåpet och tar fram signeringslistan och kontrollerar den. På morgonen har Siv fått mild lugnande medicin, så Britt frågar om hon vill ha Alvedon istället. Siv svarar att hon helst vill ha något starkare. Britt säger att hon måste ringa sjuksköterskan i så fall, eftersom hon inte har mandat att bestämma detta. Britt tar upp sin telefon och samtalar med sköterskan. Under samtalet förklarar Britt att hon skulle vilja ge Siv Alvedon, och jag förstår att sjuksköterskan frågar om Siv har ont eller liknande. ”Nej, hon är orolig och mår inte bra”, svarar Britt. Av samtalet framgår att det är möjligt att ta två tabletter per dygn av den lugnande medicinen. Britt bläddrar i mappen med signeringslistan och hittar en läkemedelslista som hon läser högt för sjuksköterskan: Jo, det står en tablett två gånger dagligen, men då finns ju inte möjlighet att ge lugnande framåt kvällen om det skulle behövas, påpekar Britt. Britt och sjuksköterskan enas om att ge två Alvedon istället. Britt lägger på och tar fram två Alvedon från skåpet till Siv och förklarar att det är bättre att ta Alvedon nu, och spara den lugnande tablett till senare om det skulle behövas. Siv verkar nöja sig med detta och tar de två tabletterna, en i taget, och sköljer ned med en mugg vatten som står på bordet. Britt skriver upp medicinintaget i signeringslistan och låser in den igen.

Här sker en förhandling först mellan Siv och Britt, sedan mellan Britt och sjuksköterskan. Det som är mitt och ditt att bestämma över utökas till att även inbegripa sjuksköterskan, som har ett större formellt ansvar för de boendes medicinering. Läkemedlen som omsorgspersonalens arbetsredskap innefattar gränser gentemot ansvarig sjuksköterska och i förlängningen läkare, vilka fungerar som yttersta kontrollanter av medicineringen på grund av ambivalensen kring bot och hot. Samtidigt innebär den delegering av medicinska arbetsuppgifter som idag sker från sjuksköterska till omsorgspersonal att allt mer ansvar placeras hos omsorgspersonalen, vilket kan beskrivas som ett uppluckrande av gränser mellan de två yrkeskategorierna.

Det är också påtagligt att det är på Sivs initiativ en förhandling om medicin tas upp. När hennes oro och ångest inte bekräftas utan Britt försöker avleda hennes tankar i syfte att trösta, så väljer Siv att be om en tablett. Att medicinen sedan visar sig bli Alvedon, ett läkemedel som inte anses ha någon egentlig lugnande effekt,² verkar ha mindre betydelse för Siv men kanske också för Britt och sjuksköterskan. Det är tabletten i sig som är väsentlig. Detta hänger samman med hur läkemedel har specifika krafter som uppfattas som ”magiska”: dels förmågan att läka eller förändra kroppar, dels kraften som består av att människor tror på dess verkan och effekter (Hansson 2007). Kanske är det även handlingen som sådan som har en lugnande effekt för Siv: att medicinskåpet låses upp, att få tabletterna i handen och svälja dem medan Britt gör sin anteckning på signeringslistan. Det meningsskapande som då sker brukar kallas för placeboeffekten; Siv vet att en tablett (eller ännu hellre två) gör att hon kommer att känna sig lugnare (jfr Moerman 2002). För Britt ger tabletterna en möjlighet att tillfälligtvis lindra Sivs ångest; genom tillgången till medicinskåpet kan hon avleda Sivs oro.

De förhandlingar som diskuterats ovan är dock villkorade. Förhandlingarna har sin utgångspunkt i att medicinskåpet med dess innehåll snarare betraktas som personalens redskap än den boendes ägodel. Exempelvis kan

2 Enligt en amerikansk studie från 2015 har dock läkemedel som innehåller paracetamol, såsom Alvedon, en dämpande effekt på alla typer av känslor, men med en extremt svag effekt (Durso, Luttrell & Way 2015).

Siv inte välja att själv ta en lugnande tablett utan hon måste be personalen om lov. Genom de boendes beroendeförhållande till personalen uppstår behovet av förhandling och den sker på ojämlika villkor.

Att ha nyckeln

Genom att utgå från medicinskåpet och dess innehåll är det möjligt att studera hur gränser mellan mitt och ditt, mellan personal och boende, görs och ges mening i situationer av omsorg och omvårdnad. Det är gränser som rör medicinskåpet och medicinerna som tillhörigheter att bestämma över, men medicineringen tydliggör också gränser när det gäller kropp och integritet i omvårdnadsarbetet. Eftersom omsorg är en relationell process och praktik leder detta till konstanta förhandlingar om var gränsen ska gå mellan det som är mitt att bestämma över, och det som är ditt som du har rätt att bestämma över. Det är dock en relation som innefattar en maktobalans, där den äldre personen står i beroendeförhållande till personalen.

De empiriska exemplen visar på hur mediciner påverkar relationen mellan boende och personal genom sin förmåga att ge och ta kontroll (Whyte, van der Geest & Hardon 2002). I exemplet med Siv skapar hon viss kontroll genom att få läkemedel när hon så vill, men hon kan inte styra över vilken typ av tablett hon får. Britt som personal är den som har kontroll över tillgången, men i kontakterna med sjuksköterskan är det denna som ytterst har kontroll över avvikelserna i Sivs medicinering. Margit är ett exempel där hon kanske inte *tar* men *tilldelas* en viss kontroll genom möjligheten att välja att ta tabletterna eller inte, och där det är påfallande hur gränsen mellan mitt och ditt överskrids – eller sammanflätas – på en förkroppsligad nivå. I de inledande exemplen, Gunhild och Ove, är det personalen som har och tar kontroll över medicineringen trots motstånd från de äldre personerna. Här tydliggörs hur medicinerna enbart uppfattas som personalens egendom eller arbetsredskap, och hur detta leder till att gränser när det gäller integritet överskrids.

Ett betydelsefullt inslag i omsorgsrelationer är således konkreta föremål som har förmåga att påverka relationens utformning. Mediciner uppfattas som delikata saker som måste hanteras med varsamhet, samtidigt som de

ingår i omsorgens vardagliga rutiner. Läkemedlens potentiella farlighet leder till förhandlingar och förskjutningar av gränser i relationen mellan boende och personal. Att ha nyckel till medicinskåpet är inte bara en praktisk formalitet, utan något som både symboliserar och formar relationen mellan omsorgspersonalen och de äldre personerna.

Referenser

- Alftberg, Åsa (2012): *Vad är det att åldras? En etnologisk studie av åldrande, kropp och materialitet*. Lund: Lunds universitet.
- Alftberg, Åsa (2015): "Mellan vanor och faror: Ett kulturanalytiskt perspektiv på äldre människors bruk av läkemedel". *Working Papers in Medical Humanities*, 1(1), s. 1–37.
- Alftberg, Åsa (2017): "New Objects, Old Age. The Material Culture of Growing Old". *Ethnologia Fennica*, 44, s. 23–34.
- Conrad, Peter (1985): "The Meaning of Medications: Another Look at Compliance". *Social Science & Medicine*, 20(1), s. 29–37.
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Derrida, Jacques (1997): *Apoteket*. Stockholm: Kykeon.
- Durso, Geoffrey R O, Luttrell, Andrew & Way, Baldwin M (2015): "Over-the-Counter Relief from Pains and Pleasures alike: Acetaminophen Blunts Evaluation Sensitivity to both Negative and Positive Stimuli". *Psychological Science*, 26(6), s. 750–758.
- Falk, Pasi (1994): *The Consuming Body*. London: Sage.
- Fastbom, Johan (2006): *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.
- Hansson, Kristofer (2007): *I ett andetag: En kulturanalys av astma som begränsning och möjlighet*. Stockholm: Critical Ethnography Press.
- Hansson, Kristofer (2010): "Diskret medicin: Berättelser om astma i annonser och frågelistsvar 1950–1970". *RIG: Kulturhistorisk tidskrift*, nr 2, s. 18–30.
- Harnett, Tove (2010): *The Trivial Matters: Everyday Power in Swedish Elder Care*. Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping University, Dissertation Series No. 9, 2010.
- Jeppsson Grassman, Eva & Whitaker, Anna (2012): "Omsorgens former och sammanhang – Utgångspunkter och perspektiv". I: Jeppsson Grassman, Eva & Whitaker, Anna (red): *Åldrande och omsorgens gestaltningar: Mot nya perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundin, Susanne (2007): "Gamla kroppar och nya tekniker". I: Jönsson, Lars-Eric & Lundin, Susanne (red): *Åldrandets betydelser*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnússon, Finnur (1996): *Janusansiktet: Vård och vardag på ett sjukhem*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Moerman, Daniel (2002): *Meaning, Medicine and the "Placebo Effect"*. Cambridge Studies in Medical Anthropology. Cambridge: Cambridge University Press.

- Nord, Catharina (2012): "Ett privat liv i särskilt boende – en omsorgssituation av rumslig mångtydighet". I: Jeppsson Grassman, Eva & Whitaker, Anna (red): *Åldrande och omsorgens gestaltningar: Mot nya perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU (2009): *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Socialstyrelsen (2011): *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning: Läkarens roll*, www.socialstyrelsen.se.
- Solove, Daniel J (2002): "Conceptualizing Privacy". *California Law Review*, 90(4), s. 1087–1155.
- Whitaker, Anna (2009): *Åldrande, död och anhörigskap*. Malmö: Gleerups.
- Whyte, Susan Reynolds, van der Geest, Sjaak & Hardon, Anita (2002): *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Öhlander, Magnus (1999): "Deltagande observation". I: Kaijser, Lars & Öhlander, Magnus (red): *Etnologiskt fältarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhlander, Magnus (2007): "En kulturhistorisk betraktelse av hemmets innebörder". I: Silfverberg, Gunilla (red): *Hemmets vårdetik: Om vård av äldre i livets slutskede*. Lund: Studentlitteratur.