

NR 2000:2

Specialister eller generalister?

Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst-
och boendestödsverksamhet

*Wanja Astvik
Gunnar Aronsson*

ARBETE OCH HÄLSA | VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-552-X ISSN 0346-7821 <http://www.niwl.se/ah/>



Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av Näringsdepartementet bedriver institutet forskning, utbildning och utveckling kring hela arbetslivet.

Arbetslivsinstitutets mål är att bidra till:

- Förnyelse och utveckling av arbetslivet
- Långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad
- Minskade risker för ohälsa och olycksfall

Forskning och utveckling sker inom tre huvudområden; arbetsmarknad, arbetsorganisation och arbetsmiljö. Forskningen är mångvetenskaplig och utgår från problem och utvecklingstendenser i arbetslivet. Verksamheten bedrivs i ett tjugotal program. En viktig del i verksamheten är kommunikation och kunskapsspridning.

Det är i mötet mellan teori och praktik, mellan forskare och praktiker, som det skapas nya tankar som leder till utveckling. En viktig uppgift för Arbetslivsinstitutet är att skapa förutsättningar för dessa möten. Institutet samarbetar med arbetsmarknadens parter, näringsliv, universitet och högskolor, internationella intressenter och andra aktörer.

Olika regioner i Sverige har sina unika förutsättningar för utveckling av arbetslivet. Arbetslivsinstitutet finns i Bergslagen, Göteborg, Malmö, Norrköping, Solna, Stockholm, Söderhamn, Umeå och Östersund.

För mer information eller kontakt, besök vår webbplats www.niwl.se

ARBETE OCH HÄLSA

Redaktör: Staffan Marklund
Redaktion: Mikael Bergenheim, Anders Kjellberg, Birgitta Meding, Gunnar Rosén och Ewa Wigaeus Hjelm

© Arbetslivsinstitutet & författarna 2000
Arbetslivsinstitutet,
112 79 Stockholm

ISBN 91-7045-552-X
ISSN 0346-7821
<http://www.niwl.se/ah/>
Tryckt hos CM Gruppen

Förord

Denna rapport är en del av projektet Hemtjänsten möter psykiatri - arbetsmiljö och omsorgskvalitet. Projektet har genomförts vid Arbetslivsinstitutet och stöddes ekonomiskt 1996 -1998 av Rådet för arbetslivsforskning (Dnr 96 1176). Projektet har därefter fortsatt i form av doktorandarbete för Wanja Astvik. Ytterligare ett par studier kommer att presenteras under det kommande året.

En omfattande intervjustudie som denna skulle inte kunna genomföras utan att många människor beredvilligt ställde upp och bidrog med sin tid och sina erfarenheter. Vi vill därför tacka våra intervjupersoner i de tre deltagande kommunerna. Ett tack också till vår kollega Eva Bejerot för bra synpunkter och diskussioner. Dessutom vill vi tacka de två anonyma granskare som med sina synpunkter bidrog till väsentliga förändringar i rapporten.

Stockholm i februari 2000

Gunnar Aronsson
Professor
Arbetslivsinstitutet

Innehåll

Inledning	1
Psykiatrireformen	2
Professionaliseringskritisk omsorgsforskning	3
Ett traditionellt kvinnoarbete - samma på jobbet som hemma	3
Professionalisering och taylorisering	5
Arbetsdelning och specialisering	6
Studiens syfte och frågeställningar	7
Metod	8
Deltagare i studien	8
Undersökningens genomförande	9
Databearbetning och analys	10
Resultat	11
Omsorgsarbetets innehåll	11
Arbetsområden	11
Kategorisering av arbetsgrupperna	13
Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har avgränsade arbetsområden	14
Kärnområden	15
Avgränsningar i yrkesrollen	16
Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse.	20
Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har avgränsade arbetsområden	21
Kärnområde	22
Avgränsningar i yrkesrollen	23
Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse.	23
Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har breda arbetsområden	25
Kärnområden	26
Avgränsningar i yrkesrollen	28
Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse	29
Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har breda arbetsområden	31
Kärnområden	32
Avgränsningar i yrkesrollen - eller brist på gränser	33
Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse.	36
Arbetsvillkor i de olika organisationsmodellerna - relaterat till omsorgskvalitet	37
Inflytande	38
Arbetskrav	39
Stöd	41
Diskussion	42
Omsorg och professionalisering	43
Sammanfattning	47
Summary	48
Referenser	49

Inledning

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka organisatoriska modeller i omsorgsarbete där både arbetsvillkor och omsorgskvalitet beaktas. Målet är att identifiera förhållanden som gynnar såväl givare som mottagare av omsorg. I samband med psykiatrireformens genomförande startades ett forskningsprojekt vid Arbetslivsinstitutet som avsåg följa upp hemtjänstens arbete och arbetsvillkor speciellt med fokus på mötet med de psykiskt funktionshindrade. Hemtjänstens arbete och arbetsvillkor antogs vara särskilt problematiska, inte minst mot bakgrund av flera andra stora förändringar under 90-talet. Vårdbiträdena har fått nya klientgrupper och nya arbetsuppgifter utan att i motsvarande grad rustas för detta kompetensmässigt.

Att ha det dubbla perspektivet arbetsvillkor och omsorgskvalitet har i denna studie betytt att hämta inspiration från och referera till flera olika discipliner eller forskningstraditioner. En sådan finns i stressforskningen, där ett grundantagande är att stressreaktioner uppstår ur en obalans mellan å ena sidan omgivningens krav på exempelvis kunskande och snabbhet och å andra sidan individens förmåga att leva upp till dessa krav. Det kan också uttryckas som att stress och ohälsa uppstår då individen utsätts för höga krav samtidigt som handlingsutrymmet är begränsat. Det finns ett antal olika teorier eller forskningsstrategier byggda på obalansantagandet, såsom copingteori, (Aldwin, 1994; Lazarus & Folkman, 1984), krav-kontroll (Karasek & Theorell, 1990), person-environment fit (Caplan, 1987). I denna studie har syftet inte varit att pröva någon explicit teori eller undersöka hälsoeffekter utan balansmodellen har setts som ett verktyg för att identifiera och analysera förhållanden mellan de krav som ställs på vårdbiträdena och de resurser de förfogar över för att möta dessa krav (Aronsson, 1985). En övergripande fråga i studien handlar om vilka resurser hemtjänstens vårdbiträden har för att svara upp mot de högt ställda målen i socialtjänstlagen om en flexibel och individuellt anpassad hjälp, speciellt när klientgruppen har kommit att bli alltmer heterogen med mer omfattande och skilda behov. Utbildning, handledning, stöd och specialisering har i denna studie betraktats som centrala dimensioner för att skapa balans mellan krav och resurser. Ökad tonvikt på utbildning och specialisering kan ses som en utveckling mot professionalisering av yrket. I den samhällsvetenskapliga vård- och omsorgsforskningen är emellertid professionalisering inte helt okontroversiellt¹. En stor del av den skandinaviska forskningen om omsorgsarbete med det dubbla perspektivet - arbetsvillkor och omsorgskvalitet - kan karaktäriseras som professionaliseringskritisk. Eftersom de vetenskapliga kunskaperna om hemtjänstens arbete och arbetsvillkor till stor del bygger på denna teoretiska tradition är det nödvändigt att anknyta till denna, om än med ett kritiskt perspektiv.

¹ Kritiken mot professionalisering har varit vittomfattande, ibland med ett maktperspektiv. En av de tidiga kritikerna, Ivan Illich (1977), såg exempelvis den professionella sjukvården som sjukdomsframkallande med de bakomliggande motiven att behålla och stärka sin maktställning genom att göra människor beroende av dem. Andra har sett professionalisering som en fara för den allmänna solidariteten i samhället då vård och omsorg blir ett exklusivt område för särskilda tjänstemän. Vissa har argumenterat för att särskilt den sociala omsorgen som sägs bygga på kärlek, medmänsklighet och solidaritet lämpar sig föga för ett professionellt yrkesutövande (Beckman, 1981; Lagergren m.fl. 1983). I kritiken associeras det naturvetenskapliga vetenskapsidealet med professionell kunskap vilket i praktiken leder till en objektifierande människosyn. De professionella blir de objektiva experterna som vet bäst och människan blir reducerad till sin sjukdom, ett ting som skall botas och behandlas. Det professionella yrkesutövandet beskrivs som sakligt distanserat med föga utrymme för medmänsklighet och personlighet (Gardell, Gustafsson m fl 1979).

Efter en kort beskrivning av psykiatrireformen och de omvärldsförändringar som medfört nya krav på vårdbiträdena i hemtjänsten kommer därför ett förhållandevis stort utrymme ägnas åt den professionaliseringskritiska omsorgsforskningen.

Psykiatrireformen

Psykiatrireformen² innebar att ansvaret för sociala insatser och viss sjukvård för långvarigt psykiskt funktionshindrade människor överfördes till kommunens socialtjänst. De ”medicinskt färdigbehandlade” inom psykiatrin skulle nu erbjudas vård och omsorg inom kommunens verksamhet. Psykiatriutredningen som utgör underlaget för reformen, utgår från grundsynen att psykiska störningar har medicinska, psykologiska och sociala dimensioner och att dessa skall ses som likvärdiga i den service, stöd och vård, som riktas till de psykiskt störda (SOU 1992:73). Psykiatriutredningen föreslår bl.a följande principer som vägledande för alla de service-, stöd- och vårdinsatser som riktas till människor med psykiska funktionshinder.

- Den psykiskt störde skall ha rätt till service, stöd och vård av god kvalitet som är anpassad till hans individuella förutsättningar och behov.
- Den psykiskt stördes egna val och prioriteringar skall vara utgångspunkten för alla insatser som riktas till honom.
- Service, stöd och vård till psykiskt störda skall ges i så öppna och normaliserade former som möjligt ute i det lokala samhället där individerna lever.
- Insatserna till psykiskt störda skall vara utformade så att de stödjer den enskildes oberoende och integritet samt med hänsyn till varje enskild individs behov av stöd för att få och behålla en god hälsa.

För många vårdbiträden inom hemtjänsten innebär psykiatrireformen att nya vårdtagargrupper och nya uppgifter tillkommit. Enligt Socialstyrelsen (1997:6) har cirka 80 procent av de långvarigt psykiskt funktionshindrade egna lägenheter eller motsvarande, resterande bor antingen i någon form av gruppboende eller på institution. Hemtjänsten har också fått ansvar för nya klientgrupper genom Ädel- och Handikappreformen. Tillsammans har dessa reformer inneburit att genomsnittsåldern ökat i gruppen äldre vårdtagare och alltmer vård och omsorgsuppgifter har flyttas ut från institutionerna till det egna hemmet (Socialstyrelsen, 1997:9). En stor del av den kommunala vården, omsorgen och stödet består av insatser som skall underlätta ett eget boende. Därför kan det antas att vårdbiträdena inom äldre- och handikappomsorgen i många fall är nyckelpersoner i huruvida reformernas intentioner om ett kvalitetsmässigt gott stöd och god omsorg i det egna boendet uppfylls.

Socialtjänstens utvidgade verksamhetsansvar har medfört att yrkesroller, kompetens och kunskapsutveckling setts över för socialsekreterare, handläggare och administratörer inom äldre- och handikappområdet (SOU 1995:58). Däremot har inte vårdbiträdenas kompetens- och kunskapsbehov varit föremål för några statliga utredningar. Vårdbiträdenas kompetens- och kun-

² Psykiatrireformen trädde i kraft den första januari 1995. Reformen syftar till att förbättra situationen för de psykiskt funktionshindrade ute i samhället. Genom ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd skall levnadsförhållanden och livsvillkor förbättras.

skapsbehov nämns också mycket summariskt i de utredningar som ligger till grund för ovan nämnda reformer. I psykiatriutredningens slutbetänkande (SOU 1992:73) finns ett kapitel om personalutbildning där det framhålls att en förutsättning för att reformen skall få avsedd effekt är att den personal som berörs har goda kunskaper om reformens syften. Psykiatriutredningen ställer sig bakom handikapputredningens (SOU 1992: 52) förslag. Här betonas vikten av att grundutbildningar måste ge en god grundläggande kompetens för personal som skall arbeta med reformernas målgrupper. Dessutom bör långsiktiga satsningar med vidareutbildningar på högskolenivå göras. Här nämns mentalskötare och så kallade personliga ombud men yrkesgruppen vårdbiträden nämns inte explicit.

I dagsläget har cirka hälften av de vårdbiträden som svarar för det dagliga arbetet inom hemtjänsten gymnasial utbildning (Socialstyrelsen, 1997:9). Endast 60 procent av baspersonalen³ har någon form av vårdinriktad utbildning, såsom den kortare vårdbiträdesutbildningen eller motsvarande omvårdnadsprogrammet (Kommunförbundet, 1999). Detta kan ställas i kontrast till de förväntningar som uttrycks i socialtjänstlagen, där lagstiftarna utgår ifrån att utförarna har kunskaper och kompetens för att tillgodose varje individs unika behov.

Professionaliseringskritisk omsorgsforskning

Skandinavisk omsorgsforskning har sedan 1980-talet studerat områden som omsorgsarbetets innehåll, kvalifikationskrav, organisatoriska villkor samt omsorgskvalitet (Eliasson, 1987; 1992a; 1996; Svensson, 1986; Szebehely, 1995; Wærness, 1983; Johansson, 1991; 1995). Denna forskningstradition har bidragit till att synliggöra de speciella villkoren i omsorgsarbete relativt annat arbete. Många av dessa studier är gjorda under 1980-talet och tidigt 90-tal, och slutsatserna måste betraktas i ljuset av den tid när studierna genomfördes. Mot bakgrund av de stora förändringar som hemtjänsten genomgått finns anledning att ställa sig frågande inför vissa av de antaganden som kan spåras i denna forskningstradition.

Ett traditionellt kvinnoarbete - samma på jobbet som hemma

Ett antagande såväl som ett resultat inom omsorgsforskningen är att det avlönade omsorgsarbets innehåll liknar kvinnors obetalda arbete med hem och familj. Marta Szebehely (1995, s. 39) skriver i sin avhandling i socialt arbete att hon i sin studie av hemtjänsten valt att ta fasta på särdraget att ”det är ett kvinnoarbete som utövas i ett hem, dvs samma arena och samma uppgifter som i kvinnors oavlönade hushålls- och omsorgsarbete”⁴. Kvinnoperspektivet i forskningen motiverar en beskrivning av omsorgsarbetet som ett traditionellt kvinnoarbete och studierna tar ofta sin utgångspunkt i att arbetet och kvalifikationskraven är ungefär desamma som att ta hand om hem och egna anhöriga. De arbetsuppgifter som nämns handlar om dels det praktiska arbetet i hemmet, till exempel städa, laga mat, diska, dels det praktiska arbetet riktat mot personliga behov, exempelvis hjälp med toalettbesök, dusch, påklädning. Därtill kommer det emotionella arbetet i att exempelvis lyssna och trösta (se t.ex. Szebehely, 1999). Franssens avhandling från 1997 inleds med (s. 13) ”Detta är en studie av kvinnors omsorgsarbete. I såväl arbetslivet som i hemmet kännetecknas deras sysslor av att å ena sidan ge tröst och medmänsklighet och å andra

³³ Baspersonalen definieras här som vårdbiträden, undersköterskor, skötare, sjukvårdsbiträden och vårdare.

⁴ Se även Johansson, 1995; s. 35; Svensson, 1986; s. 28-29; Wærness, 1983; s. 127).

sidan praktisk omsorg”. Samma tema återkommer i en avhandling från Norge (Christensen, 1998). Där beskrivs den typen av kunskaper som vårdbiträdena använder i sitt arbete som en överföring av praxis från eget hem till andras hem utifrån den enskilde klientens önskningsar.

Ett annat tema inom omsorgsforskningen handlar om värderingar och normer. Kvinnorna inom formellt omsorgsarbete sägs vara altruistiska, andraorienterade, omsorgsrationella och ha husmorskulturella eller kvinnokulturella värderingar med ideal om den ”goda modern” och den ”goda husmodern”. Dessa förhållningssätt ses som både relevanta och nödvändiga för ett kvalitetsmässigt gott omsorgsarbete (Christensen, 1991; 1998; Szebehely, 1995; Wærness, 1983; 1984). Johansson (1995) ställer husmorskulturens etik mot professionell etik och anknyter sitt resonemang om etik till Svante Beckmans arbete (1981). Här diskuteras den negativa konsekvens av professionalisering som innebär att den yrkesetik som erövrats genom utbildning och handledning kommer att dominera över medborgaretikens värdesystem. Johansson menar att eftersom vårdbiträdenas arbetsuppgifter delvis är de samma hemma som på arbetet blir det problematiskt att tillämpa olika värdesystem. Hemma förhåller sig kvinnorna enligt husmorskulturens etik men genom professionaliseringen tvingas vårdbiträdena förhålla sig enligt yrkesetiken, som enligt Johansson (a.a.) skapar en icke önskvärd distans mellan givare och mottagare av omsorg.

I denna forskningstradition finns ett normativt synsätt som innebär att relationerna mellan vårdbiträden och pensionärer bör vara personliga, nära och jämlika. Detta kontrasteras mot mer professionaliserade yrkesgrupper som anses ha ett distanserat och instrumentellt motiverat förhållningssätt i relation till sina klienter (Wærness, 1983; Svensson, 1986; Johansson, 1991; 1997). Svensson (1986) definierar ”bra relationer” utifrån hur mycket arbete vårdbiträdena utför på sin fritid. Bra relationer avspeglades i om vårdbiträdena tog med sig hembakta kakor, lät sina omsorgstagare ringa hem när de var lediga och om de skickade vykort till sina omsorgstagare. Forskarna tänker sig dessa ideala relationer som informella, med ett ömsesidigt givande och tagande. Vårdbiträdena ska vara fokuserade på sina omsorgstagares behov och gränser mellan arbetstid och fritid suddas då ut. Här finns många beskrivningar om hur vårdbiträden hälsar på eller bjuder hem sina omsorgstagare på fritiden och att vårdbiträdena exempelvis tar hem tvätt eller kläder som ska lagas (se t.ex. Szebehely, 1995)⁵. Omsorgsrelationer som delvis bygger på att vårdbiträdena utför obetalt arbete på egen fritid verkar vara den normativa förebilden och en kvalitetsaspekt i sig (se t.ex. Johansson 1991).

Ytterligare ett tema i omsorgsforskningen är synliggörandet av den stora kunskapsmassa som finns bland vårdbiträden i form av erfarenheter, praxiskunskap och klientkunskap. I detta synliggörande finns en polarisering mellan erfarenhetsbaserad kunskap och kunskaper av mer abstrakt och generell natur som erhålls genom utbildning. Det finns här en kritisk inställning till ökad tonvikt på formell utbildning, vilken antas leda till att vårdbiträdenas position i förhållande till omsorgstagarna stärks (se t.ex. Eliasson & Thulin, 1989; Franssén, 1997; Svensson, 1986). Trots vårdbiträdenas låga formella utbildningsbakgrund, kritiseras alltså offentliga

⁵ I Szebehelys (1995) beskrivning av vårdbiträdena i den ”traditionella modellen” (som innebär att varje vårdbiträde har ett antal fasta vårdtagare som hon ensam ger all hemtjänst till) är relationen mellan vårdbiträde och pensionär nära och personlig. Vårdbiträdena låter det ”sunda förnuftet” snarare än regler avgöra vilket arbete som skall uträttas. De tvättar köksväggar, bakar, handlar i flera affärer, skurar golven flera gånger i veckan och tvättar fönstren med några månaders mellanrum. De besöker sina pensionärer eller bjuder hem dem till sig på sin fritid och vårdbiträdenas män hjälper till med reparationer hos pensionärerna. Att göra lite extra utanför arbetstiden ger arbetet mening menar vårdbiträdena i den traditionella modellen. (a.a, s. 142-144).

utredningar med slutsatser om behov av ökade utbildningsinsatser för personal inom äldre- och handikappomsorgen⁶. I denna forskningstradition är tesen att yttre förhållanden som taylorisering, professionalisering, eller byråkratisering av omsorgsarbetet på olika sätt förstör vårdbiträdenas möjligheter att ge en god omsorg utifrån praxiskunskap och kunskap om de enskilda klienterna (Eliasson, 1992b; Eliasson & Thulin, 1989; Eliasson & Szebehely, 1991; Silfverberg, 1996; Svensson, 1986; Wærness, 1983; 1995).

Professionalisering och taylorisering

Många professionaliseringskritiska omsorgsforskare hänvisar till den norska sociologen Kari Wærness arbeten (1983; 1984). Med professionalisering menar Wærness en större betoning på formell utbildning baserad på vetenskap och teorier, en avgränsning av arbetsuppgifterna samt yrkesmonopol på vissa arbetsuppgifter. Konsekvenser som följer av en sådan professionalisering är enligt Wærness att mindre attraktiva uppgifter kommer att skiljas ut och överlåtas till mindre utbildad kvinnlig arbetskraft eftersom det inte är effektivt att utbildad arbetskraft utför det som oskolade arbetare kan utföra. Wærness menar vidare att en professionalisering innebär att omsorgen motiveras instrumentellt, ”Sjuksköterskans vänlighet mot patienten, socialarbetarens sympatiska förståelse för klienten, lärarens tålmod med eleven blir inte bara moraliska dygder utan professionellt erkända tekniker” (1983, s. 32). Ytterligare en konsekvens av professionalisering av omsorgsyrken är vad Wærness (a.a.) kallar en avfeminisering. Detta innebär dels att yrkesrollen kräver mindre av de egenskaper som av tradition tillmätts kvinnorollen, dels att andelen män ökar, främst inom de ledande positionerna. I en senare artikel om hemtjänstens utveckling skriver Wærness (1995) att den traditionella husmorskulturen, som innebär att hjälpgivarna strävar efter att ge en helhetlig och flexibel hjälp utifrån den enskilda individens önskemål, håller på att slås ut. I Norge är det en medicinsk byråkratisk kultur som tar över medan det i Sverige istället är en socialpedagogisk rehabiliteringskultur som blir allt mer dominant. Socialpedagogiken kommer till uttryck i nya omsorgsideologiska idéer som börjar göra sig gällande i Sverige under 1980-talet där hjälp till självhjälp och aktivering är viktiga inslag. Wærness (a.a.) är skeptisk till denna nya omsorgsideologi med motiveringen att det stora flertalet av hemtjänstmottagarna är äldre kvinnor som hela sitt liv ansvarat för hushållets uppgifter men på grund av svikande krafter behöver hjälp med tyngre hushållsarbete.

I ett flertal artiklar och böcker har Rosmari Eliasson och hennes medarbetare beskrivit två sönderingsprocesser som hotar omsorgsarbetets särart. I boken ”Omsorgens skiftningar” (1996) beskriver Eliasson hur den politiska ideologin svängt mot en subjektifierande människosyn samtidigt som motsatsen, en ökad objektifiering, observerats i omsorgens vardag. De förstörelseprocesser som Eliasson och hennes forskargrupp funnit, benämns taylorisering (se även Freed-Solfeldt, 1990) respektive principstyrning eller professionaliseringsliknande tendens. Tayloriseringen av omsorgsarbetet innebär en sönderstyckning, en uppifrån- och detaljstyrning av arbetet av samma slag som industrins löpande-band-princip. Vårdbiträdet får utföra i förväg

⁶ Se t.ex. Johansson (1991, s. 347) som kritiserar en rapport från Socialstyrelsen (1988) som behandlar personalförsörjningen och de växande omsorgsbehoven inom äldre- och handikappomsorgen. De åtgärder som föreslås utgör, enligt Johansson, ett stöd för en ”professionalisering i traditionell mening” (s. 347). Bland dessa förslag finns; självständiga arbetslag, tydliga yrkesroller, höjda tjänstgöringsgrader samt fortbildning och handledning. Det är framförallt de senare två aspekterna, höjda tjänstgöringsgrader och utbildning som Johansson ifrågasätter i denna artikel.

angivna uppgifter och tvingas behandla de gamla som objekt. Den andra förstörelseprocessen bygger på rön från Marta Szebehelys studie som presenterades i en avhandling (1995) där hon beskriver den ”självstyrande smågruppen” som en utveckling av hemtjänsten i en mer socialpedagogisk och aktiverande inriktning.

”Den andra tendensen som jag kallar *principstyrning* eller en *professionaliseringsliknande* tendens innebär också den en standardisering, där människor blir utbytbara: alla förväntas bete sig på samma sätt och alla ska behandlas lika. Det viktiga blir att följa (internaliserade) enhetliga principer, vilket gör att personalens tolkningsföreträde och makt ökar i förhållande till pensionärerna. Den gamles önsknings väger lätt mot principer som säger vad som är rätt och riktigt, ofta i namn av vad som är bäst för den gamle” (Eliasson, 1996, sid 198).

I antologin ”Egenheter och allmänheter” beskriver Eliasson (1992, s. 131) den sistnämnda tendensen som en professionalisering och standardisering av kompetens som kommer till stånd genom utbildning, professionell socialisering och inskolning i gemensamma förhållningssätt (se även Eliasson & Thulin, 1989). Standardisering av arbetsuppgifterna via taylorisering och standardisering av kompetens via professionalisering gör yrkesinnehavaren utbytbar och åstadkommer således en de-personalisering i relationen mellan givare och mottagare av omsorg (se även Beckman, 1981; Franssén, 1997). I en senare antologi (Eliasson-Lappalainen & Szebehely, 1998) beskrivs återigen dessa förstörelseprocesser, nu i anknytning till en kritisk diskussion om de kvalitetsmätningar som görs inom omsorgsverksamhet. Kritiken handlar om att de variabler som mäts i själva verket inte är mått på omsorgskvalitet, utan något annat. En sådan variabel - intressant i detta sammanhang - är personalens utbildning. Författarna skriver att om utbildning har någon betydelse för omsorgskvalitet så är det snarare ett negativt samband. Underlaget för detta påstående tycks vara två studier. Den ena är en mer än två decennier gammal studie (Abrahamsson & Söder, 1977)⁷ som visade en tendens att vården var mindre flexibel på avdelningar där en större andel av personalen hade utbildning jämfört med avdelningar där färre hade utbildning, den andra är Szebehelys studie (1995) där något fler hade vårdbiträdesutbildning på den arbetsplats där flest gamla ansåg att de fick en oflexibel och rutiniserad hjälp.

Arbetsdelning och specialisering

Arbetsdelningsprinciper som leder till specialisering och uppstyckning av arbetsuppgifter har kritiserats (Gardell & Gustafsson m fl, 1979). I stället förespråkas en integration av arbetsuppgifter så att en helhetssyn i omsorgsarbetet skall vara möjlig. Den traditionella hemtjänsten karaktäriserades av en funktionell bredd i arbetet genom att varje vårdbiträde utförde alla de uppgifter som hennes omsorgstagare behövde hjälp med. I svensk äldre- och handikappomsorg har en funktionell arbetsdelning kommit till uttryck i samband med servicehusens framväxt och de rationaliseringsambitioner som innebar att vissa servicefunktioner kollektiviserades (Gough, 1987). Matlådeutlämning, eller gemensamma måltider med mat från servicehusets restaurang ersatte vårdbiträdenas matlagning hemma hos den enskilda omsorgstagaren. Den typ av funktionsuppdelning där den totala hemtjänstinsatsen delas upp på ett antal uppgifter som olika vård-

⁷ Även Waerness (1984a sid. 200-201) refererar till denna studie och skriver att formell utbildning leder till sämre omsorgskvalitet genom att personalen blir mindre flexibel och mindre villiga att ge individuellt anpassad omsorg.

biträden kan utföra, till exempel städpatruller, matlådeutlämning eller medicinutdelning, benämns och kritiserar av flera omsorgsforskare som en specialiseringsprocess. Berglind och Pettersson (1980) gör dock en viktig distinktion mellan specialisering och rutinisering. En funktionsuppdelning av ovan nämnda slag kan snarare betraktas som en rutinisering av arbetet. När omsorgsarbetet delas upp i ett antal rutinbetonade sysslor blir kunskapsbehoven små till skillnad från en specialisering som bygger på en kunskapsfördjupning inom ett visst område. Inom omsorgsforskningen används många gånger begreppet specialisering utan en klar definition men det nämns ofta i samband med begreppet professionalisering. Det är både teoretiskt begripligt och empiriskt visat att kritiken mot specialisering i meningen rutinisering är befogad. Szebehely (1995) och Freed-Solfeldt (1990) har t.ex. visat hur arbetet inom servicehusens Tayloristiska arbetsorganisation specialiseras (dvs rutiniseras i Berglind och Petterssons terminologi) och de negativa konsekvenser denna rutinisering medför för arbetsmiljö och omsorgskvalitet. Däremot saknas det empiriska studier av omsorgsarbete där en kunskapsfördjupande specialisering ägt rum.

En omsorgsforskare som skilt på olika slag av specialisering är Ritva Gough. I en studie från 1980-talet om hemtjänstens utveckling av grupporganisationen i Örebro kommun fann Gough (1987) tre arbetsdelningsprinciper i hemtjänsten. Den första innebär en funktionsuppdelning, att olika vårdbiträden eller yrkesgrupper tar hand om olika uppgifter. Den andra kommer ur verksamhetens dygnet-runt karaktär, att olika grupper arbetar t.ex. dag, kväll, natt och helg. Den tredje formen för specialisering har sin grund i att olika grupper av klienter har olika behov, t.ex. alkoholister, psykiskt handikappade, senildementa etc. Goughs slutsats är att de två första principerna innebär en uppgiftsorientering som försämrar kontinuiteten och därmed omsorgskvaliteten. En specialisering utifrån klientgrupp, däremot, kan vara en alternativ utveckling som istället främjar såväl kontinuitet som klientorientering. Detta ger förutsättningar för ett mer individuellt bemötande och medför dessutom att arbetet kan bli mer utvecklande och kompetenshöjande (Gough, 1987; 1990).

Studiens syfte och frågeställningar

En utgångspunkt för studien är att det senaste årtiondets kommunaliseringar har medfört att hemtjänstens klientgrupp blivit alltmer heterogen, med ett allt större och differentierat vård- och omsorgsbehov (Socialstyrelsen 1997; Kommunförbundet, 1999). Under 90-talet betonas dessutom att all vård och omsorg till äldre och funktionshindrade skall präglas av självbestämmande, integritet, trygghet och valfrihet. Ur arbetsmiljösynpunkt finns anledning att intressera sig för de nya krav som omsorgspersonalen möter och vilka resurser som står till buds för att hantera dessa krav. Vårdbiträden har traditionellt byggt sitt yrkesutövande på i huvudsak erfarenhetskunskaper då kravet på formell utbildning varit lågt. Ett antagande är att en möjlig utvecklingsväg för hemtjänsten är en ökad specialisering vad gäller exempelvis olika klientgrupper⁸ och ett ökat professionellt stöd med exempelvis utbildning och handledning. Samtidigt finns ovan refererade kritik mot professionalisering och specialisering i omsorgsarbete. Ut-

⁸ Med klientgrupp avses här en grupp klienter som har likartade problem och behov av hjälp och stöd t.ex., psykiskt funktionshindrade, människor med demenssjukdomar, missbrukare, fysiskt funktionshindrade etc. Klientgrupp refererar alltså inte till grupper i socialpsykologisk mening.

gångspunkten i denna undersökning var att studera arbetsgrupper, som var specialiserade på klientgruppen psykiskt funktionshindrade och jämföra dem med arbetsgrupper som arbetade med olika klientgrupper, inklusive de psykiskt funktionshindrade. En frågeställning var om det också existerade en specialisering vad gäller innehållet i arbetet, dvs om det fanns skillnader mellan de olika gruppernas omfattning av arbetsuppgifter och arbetsområden. Därmed blir specialisering i denna studie både ett urvalskriterium (klientgruppspecialisering eller ej) och ett undersökningsobjekt (uppgiftspecialisering eller ej). Syftet är att undersöka konsekvenser av specialisering i dessa två avseenden. Vilka negativa och positiva konsekvenser kan specialisering innebära för omsorgspersonalens arbetsvillkor och för omsorgskvaliteten? Ansatsen innebär att omsorgsarbetet undersöks från ett relativt brett perspektiv där innehållet i arbetet, villkoren för arbetet och utfallet för arbetet (omsorgskvalitet) finns med.

Metod

Studien har genomförts med fallstudiemetodik och kvalitativa datainsamlingsmetoder. Urvalet av kommuner var strategiskt eftersom syftet var att jämföra olika modeller att organisera omsorgsarbetet. Inför forskningsprojektet kontaktades ett trettiootal kommuner för att identifiera några olika modeller för stöd och omsorg för psykiskt funktionshindrade människor som bor i (eller skulle flytta till) eget boende. Urvalet avgränsades så att ingen form av grupp-, kollektiv-, eller servicehusboende ingår. En majoritet av de kommuner som kontaktades i förstudien hade inga personalgrupper som specialiserat sig på olika klientgrupper utan vårdbiträdena arbetade med olika kategorier av vårdtagare, inklusive de psykiskt sjuka. I några kommuner hade en ny yrkesgrupp skapats i samband med psykiatrireformen, så kallade boendestödjare. Dessa hade en annan organisatorisk hemvist än hemtjänsten i de aktuella kommunerna (individ och familjeomsorg eller handikappomsorgen, skilt från äldreomsorgen).

Deltagare i studien

I studien valdes dels vårdbiträdes- och boendestödsgrupper som specialiserat sig på psykiskt långtidssjuka och dels vårdbiträdesgrupper inom äldreomsorgen som i princip arbetade med alla typer av klientgrupper inklusive de psykiskt sjuka. Gemensamt för de personalgrupper som ingick i studien var att de arbetade med personer som tillhör psykiatrireformens målgrupp och att de arbetade med någon form av stöd som syftar till att klienterna ska kunna klara av ett eget boende. I studien kom tre kommuner att ingå med personal från tio olika arbetsgrupper, fem vårdbiträdesgrupper och fem boendestödsgrupper. De tre kommunerna som valdes ut hade olika strategier för att organisera boendestöd för de psykiskt långtidssjuka.

Kommun A valde att behålla och utveckla den kommunala psykiatrin inom hemtjänstens organisation. Resurser satsades på en relativt omfattande utbildning för vårdbiträden som följdes upp med kontinuerlig handledning. I denna kommun ingick två vårdbiträdesgrupper. Det ena arbetslaget hade specialiserat sig på omsorgstagargruppen psykiskt sjuka. Den andra gruppen tillhörde olika arbetslag som arbetade med alla kategorier av vårdtagare men tillsammans utgjorde de ett team som samverkade i arbetet med områdets psykiskt sjuka omsorgstagare. Detta

innebär att vårdbiträdena från den senare gruppen även arbetade med exempelvis äldre och fysiskt funktionshindrade. Sex vårdbiträden och två hemtjänstassistenter har intervjuats.

Kommun B valde att lyfta ut den kommunala psykiatrin ur hemtjänsten och skapa en specialorganisation som sorterar under individ och familjeomsorg. Tanken var att en specialiserad organisation med särskild kompetens behövdes byggas upp. Viss personal tillsammans med omsorgstagare som tidigare fått hjälp av hemtjänsten, flyttades till en ny verksamhet. Den nya verksamheten kom att kallas för boendestöd och personalen kallas boendestödjare. I den nya specialorganisationen ingår två grupper som ger boendestöd åt människor som bor i egna lägenheter. Boendestödsverksamheten riktar sig i första hand till människor under 65 år. I kommunen finns dock många människor med en psykiatrisk problematik som fortfarande får hjälp av vårdbiträden i hemtjänsten. Vi valde därför att studera de två boendestödsgrupperna samt två vårdbiträdesgrupper i olika områden. Den ena vårdbiträdesgruppen ingick i ett privat företag medan den andra verkade under kommunal regi. I denna kommun har tre vårdbiträden och fyra boendestödjare intervjuats samt två hemtjänstassistenter och boendestödjarnas närmaste chef.

Kommun C hade en lång tradition av samverkan mellan kommun och psykiatri och hade valt att bygga upp en boendestödsorganisation som komplement till hemtjänsten. Olika typer av boenden startades, t.ex. trapphusmodeller som innebär att man bor i egen lägenhet men i närheten av en personalbemannad gemensamhetslokal. Organisatoriskt sorterar boendestödjarna under handikappomsorgen medan vårdbiträdena sorterar under äldreomsorgen. Trots detta fanns ingen åldersrelaterad selektion av klienter till den ena eller andra yrkeskategorin. I samband med reformen fick samtliga vårdbiträden och boendestödjare genomgå en fyra dagars grundutbildning i psykiatri, som följts upp med handledning om grupperna så önskat. I denna kommun ingick en vårdbiträdesgrupp och tre boendestödsgrupper. Två vårdbiträden, fyra boendestödjare, en hemtjänstassistent och föreståndaren för boendestödsverksamheten har intervjuats.

Undersökningens genomförande

Första steget i studien handlade om att få en översiktlig bild av respektive kommuns organisation vad gäller vilka grupper det är som arbetar med de psykiskt funktionshindrade. I nästa steg träffade forskarna ett antal arbetsgrupper i varje kommun. Vid denna första träff presenterades forskningsprojektet och vad ett eventuellt deltagande skulle innebära, tids- och innehållsmässigt. Frågor ställdes också om arbetsgruppens organisation och omsorgstagargrupp för att säkra urvalskriterierna och vårdbiträdenas/boendestödjarnas definitiva deltagande bestämdes vid detta första möte. Personalen skrev sedan dagbok under en arbetsvecka. Instruktionerna till dagboksanteckningarna var relativt öppna där personalen ombads ge en bild av hur en arbetsvecka kan se ut, vad de gör, hur de gör, vilka de hjälper, vad de tänker och känner. Därefter följde en forskare med en arbetsdag per personal och sist genomfördes individuella intervjuer. Syftet med dagböckerna och forskarens deltagande i arbetet var att undvika en alltför teoretisk styrning och att förhålla sig öppen till varje grupp och deras verklighet, för att sedan kunna genomföra intervjuer som anknöt till den aktuella personalens vardagsverklighet och tala om konkreta exempel. Dagböcker och deltagande observation användes också med syftet att öka tillförlitligheten i intervjuerna och åstadkomma fylligare beskrivningar. En intervjufråga om exempelvis vilket ansvar personalen upplever sig

ha i relation till sina klienter följs upp med frågor från forskarens iakttagelser av vårdbiträdenas ansvarstagande och dels dagboksberättelser som anknyter till detta tema. Intervjuerna genomfördes således delvis med utgångspunkt från vissa bestämda temata som berör arbetsuppgifter och ansvarsområden, syfte och mål med arbetet, yrkesroll, förhållningssätt, arbetskrav och dessas bemästring, arbetstillfredsställelse, kvalitet, samarbete och stöd, ramvillkor- organisation och inflytande för mötet och delvis med utgångspunkt från dagböcker och deltagande observation. Detta innebar att anteckningar och dagböcker analyserades och individuella frågor tillfördes den generella intervjuguiden innan varje enskild intervju genomfördes. Samtliga intervjuer har spelats in på band och fullständiga utskrifter har gjorts. Intervjuerna varade mellan en och en halv timme till ca tre timmar. De utskrivna intervjuerna omfattar ca 1100 sidor. Intervjuer genomfördes med åtta boendestödare (sju kvinnor och en man) och elva vårdbiträden (nio kvinnor och två män) från tio olika grupper. Samtliga grupper närmsta chefer har också intervjuats (fem hemtjänstassistenter och två boendestödschefer). Dagboksanteckningar och anteckningar från deltagande observation har inte skrivits ut och analyserats som separata resultat, utan de har i sitt originalskick (handskrivna anteckningsböcker) utgjort en bakgrund och komplettering till studiens huvudsakliga datakälla, dvs intervjumaterialet. Data från dagböcker och deltagande observation finns däremot med i indirekt form i intervjumaterialet.

Databearbetning och analys

Analyserna har som nämnts inte genomförts med utgångspunkt från någon enhetlig teori utan är inspirerade av såväl omsorgsforskning, professionaliseringsforskning som stressteoretiskt orienterad arbetspsykologisk forskning där balansen mellan individens resurser och de krav han eller hon ställs inför är central. Slaget och omfattningen av socialt stöd har i olika studier befunnits ha betydelse för stress och hälsa och är en annan viktig analyskategori. Ambitionen har inte varit att identifiera samband mellan enskilda variabler utan snarare att undersöka komplexa helheter där innehållet i arbetet, villkoren för arbetet och utfallet av arbetet (omsorgskvalitet) finns med. Analyserna sammanfattas därför på gruppnivå. Resultaten har växt fram som en växelverkan mellan läsning/analys av data och utvecklandet av tolkningsramar och mönster, vilka prövats på nytt i en flerstegsprocess. Det kvalitativa databearbetnings-programmet QSR Nud*ist har utgjort ett tekniskt stöd för kategoriseringen av intervjuutsagorna. Tre frågeområden ur det totala intervjumaterialet utgör underlaget för analyserna.

- *Yrkesrollens innehåll och gränser.* Vilka arbetsuppgifter innehåller arbetet? Hur avgränsar omsorgsarbetaren sina uppgifter och ansvarsområden i förhållande till andra yrkeskategorier? Hur formeras yrkesrollen med avseende på avgränsning av uppgifter och ansvarsområden i relation till klienten?
- *Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse.* Hur är arbetet organiserat? Hur upplevs arbetets kvalitativa respektive kvantitativa krav? Vilka möjligheter till inflytande upplever personalen? Vilken utbildning, handledning och stöd ger organisationen personalen i det arbete de är satta att utföra? Upplevs arbetet stimulerande och givande? Kan personalen ge en omsorg som de känner sig nöjda med? Vilka källor till otillfredsställelse och stress finns i arbetet?
- *Omsorgskvalitet.* Vilka konsekvenser har yrkesrollsgränserna och arbetsvillkor med avse-

ende på omsorgskvalitet, vad gäller integritetsbevarande, flexibla och individuellt och anpassade insatser? Vilka behov hos klienten tillgodoses av hemtjänsten/boendestödjarna, vilka behov överlämnas till andra? Finns det behov som inte tillgodoses?

Analyserna av omsorgskvalitet relaterades till de övergripande målen i socialtjänstlagen om helhetssyn och flexibla och individuellt anpassade hjälpinsatser. Underlaget för analysen är personalens konkreta beskrivningar av arbetet med klienterna, inte personalens egna värderingar av omsorgskvaliteten.

Resultat

Utgångspunkten i studien var som redan nämnts att jämföra arbetsgrupper som var specialiserade på klientgruppen psykiskt funktionshindrade med arbetsgrupper som arbetade med blandade klientgrupper. Syftet var också att undersöka om det fanns en specialisering när det gäller innehållet i arbetet, dvs om det fanns skillnader mellan de olika gruppernas omfattning av arbetsuppgifter och arbetsområden. Resultatdelen är upplagd så att först presenteras de arbetsuppgifter som identifierades. Därefter presenteras en jämförande analys av de studerade grupperna med avseende på innehållet i arbetet. Jämförelsen ledde vidare till att grupperna kategoriserades i fyra organisatoriska modeller baserade på dikotomierna klientgruppspecialisering eller ej samt uppgiftspecialisering eller ej. I nästa avsnitt presenteras de fyra modellerna i tur och ordning. Här ligger fokus på att beskriva innehållet i arbetet och avgränsningar i yrkesrollen samt arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse. I resultatdelens sista avsnitt övergår vi från en i huvudsak beskrivande till en tolkande framställning med anknytningar till studiens teoretiska referensram. Avsnittet behandlar arbetsvillkor och omsorgskvalitet i relation till de olika modellerna.

Omsorgsarbetets innehåll

Analysen av omsorgsarbetets innehåll har fokuserat uppgifter och ansvar i det direkta klientarbetet. I praktiken innehåller arbetet även andra inslag som t.ex. vårdplanering, tidsplanering och fördelning av arbetet på kort och lång sikt, handledning, personalmöten och administration. Informanternas beskrivningar av konkreta arbetsuppgifter och ansvarsområden har abstraherats och kategoriserats till ett antal arbetsområden. Tolv, mer eller mindre breda, klientrelaterade arbetsområden urskiljdes.

Arbetsområden

Inom de sex första arbetsområdena ser vi att vårdbiträdenas uppgifter dels handlar om att ersätta eller komplettera klienternas bristande mentala och fysiska förmågor och funktioner i det vardagliga livet, dels handlar det om att vårdbiträdena går in och agerar som ställföreträdare och ersätter eller kompletterar klienternas bristande sociala resurser. Dessa områden kan också ses som hemtjänstens ursprungliga eller traditionella ansvarsområden där hemtjänstens klientgrupp i huvudsak bestod av äldre som på grund av ålderssvaghet och funktionsnedsättningar behövde hjälp och stöd för att klara den dagliga livsföringen.

- 1) Service och omsorg. Att utföra saker *åt* klienterna. Till exempel städa, tvätta, stryka, laga

och planera mat, handla och uträtta andra ärenden. Hjälpa till med personlig hygien, klä av och klä på, hårvård. Laga och lappa kläder, fälla gardiner, vattna blommor, byta glödlampor och proppar. Det vill säga alla de kontinuerliga uppgifter som personlig omvårdnad och hemmets skötsel kräver.

- 2) Ekonomi. Hjälpa klienten med ekonomin genom att budgetera, hushålla och eventuellt ransonera.
- 3) Ombudsfunktioner. Ansvara för och hjälpa till med klientens kontakter utåt med myndigheter, socialsekreterare, läkare, psykiater, sjukgymnast, hyresvärd, arbetsträning etc.
- 4) Ledsagning. Att följa med klienten som stöd till olika aktiviteter, t.ex. sjukhusbesök, ärenden av olika slag.
- 5) Kärlek och omtanke. Visa omtanke och ömhet, klappa och krama.
- 6) Kamrattstödande arbete. Lyssna och stötta som kamrat. Göra saker tillsammans t.ex. gå på bio eller restaurang, sporta eller delta i studiecirkel, fika, spela kort etc.

Flera faktorer har medfört att hemtjänstens klientgrupp har förändrats under 90-talet. Förutom nämnda reformer har även effektiviseringskrav inom landstinget medfört kortare vårdtider så att patienter skickas hem snabbare. Mer sjukvård och rehabilitering får ske hemma med hjälp av hemtjänst, hemsjukvård och distriktsjukvård. Härav följer att sjukvårdande arbete har blivit en del av vårdbiträdenas arbetsuppgifter.

- 7) Sjukvård. Utföra delegerade sjukvårdsuppgifter såsom sårvård, medicinutdelning, insulinsprutor, kateterbyten, ge ögondroppar, sätta på stödstrumpor etc. Bevaka den fysiska hälsan och ta kontakt med sjukvård vid behov. Bevaka hur medicinering fungerar med avseende på den psykiska hälsan med eventuella biverkningar etc. Det kan också handla om att kontrollera att klienten tar den medicin som är ordinerad.
- 8) Sjukgymnastik. Utföra vissa delegerade sjukgymnastiska övningar, ge massage.

De fyra sista områdena kan sägas representera en mer socialpedagogisk inriktning där syftet med insatserna är att stödja och utveckla klienternas egna resurser. Här är arbetet medvetet inriktat på att undvika passiviserande insatser. Det handlar om hjälp till självhjälp med syftet att öka klienternas oberoende och självständighet. I jämförelse med ovan angivna arbetsområden som kan sägas ha vård, omsorg och stöd i den dagliga livsföringen som mål är dessa arbetsområden mer framtidsytande med utveckling och förändring som mål.

- 9) Psykologiskt stödarbete. Samtalsstöd. Jag-stödande arbete som syftar till att stärka klientens självförtroende, att fatta egna beslut, lita till egen förmåga etc. Fobiträning och kognitivt terapeutiskt arbete, att t.ex. stödja klienten att successivt närma sig saker som skrämmer.
- 10) Pedagogiskt arbete. Att lära klienterna sköta sitt hem och hushåll, handla i affärer, vistas i offentliga miljöer, åka buss etc. För vissa psykiskt handikappade kan pedagogiken riktas in på strukturerande arbete, att t.ex. planera veckans måltider med syftet att klienten ska lära sig ett fungerande förhållningssätt till mat.
- 11) Aktiverande arbete. Att motivera klienten till olika aktiviteter, t.ex. delta i hemarbete eller

komma ut på olika aktiviteter, arbetsträning etc. Här kan det handla om att bryta en passivitet, träna och/eller bibehålla fysiska och psykiska funktioner.

12) Nätverksskapande arbete. Hjälpa klienter att bygga upp eget socialt nätverk. T.ex. återknyta kontakter med släkt och vänner och skapa nya vänskapsrelationer.

Kategorisering av arbetsgrupperna

När de tolv arbetsområdena var identifierade gjordes en jämförelse mellan de olika arbetsgrupperna med avseende på vilka och hur många områden som ingick i respektive grupps arbete. I tabell 1 redovisas de arbetsområden som ingår i respektive arbetsgrupp. Som framgår av tabellen finns stora skillnader mellan de olika gruppernas arbetsinnehåll. Fyra av vårdbiträdesgrupperna (V2 tom V5 i tabell 1) har kategoriserats som generalister (dvs icke-specialister) när det gäller uppgifter medan samtliga boendestödsgrupper (B1 tom B5) och en vårdbiträdesgrupp (V1) har kategoriserats som specialister när det gäller uppgifter. Kategoriseringen av uppgiftspecialisering bygger på jämförelser mellan personalens beskrivningar av arbetsområden i de olika grupperna. Det finns alltså ingen extern standard, som grupperna jämförts med. I tabellen visas även vilken klientgrupp de enskilda grupperna arbetar med. Samtliga fem boendestödsgrupper (B1 tom B5) och en vårdbiträdesgrupp (V5) är specialiserade på klientgruppen psykiskt funktionshindrade medan fyra vårdbiträdesgrupper (V1 tom V4) arbetar med en bredare klientgrupp, inklusive de psykiskt sjuka.

Tabell 1. Redovisning av arbetsområden i studiens samtliga grupper. "x" betyder att arbetsområdet ingår i yrkesrollen. Ofylld ruta innebär att uppgiften inte anses ingå i yrkesrollen. B = boendestödjare (5 grupper), V= vårdbiträdesgrupp (5 grupper).

Uppgifter	Specialister					Generalister				
Klientgrupp	Specialister					Generalister				Spec.
Arbetsgrupper	B1	B2	B3	B4	B5	V1	V2	V3	V4	V5
Service/omsorg						x	x	x	x	x
Ekonomi			x			x	x	x	x	x
Ombudsfunktioner	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Ledsagning	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kärlek, omtanke	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kamratstöd	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sjukvård			x			x	x	x	x	x
Sjukgymnastik							x	x	x	x
Psykologiskt stöd	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Pedagogik	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Aktivering	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Nätverksskapande	x	x	x	x	x					x

Utifrån innehållet i arbetet framträder fyra mönster i vilka de 10 arbetsgrupperna kan inordnas.

1. Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har avgränsade arbetsområden (fem boendestödsgrupper, B1 tom B5).
2. Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har avgränsade arbetsområden (en vårdbiträdesgrupp, V1).
3. Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har breda arbetsområden (en vårdbiträdesgrupp, V5).
4. Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har breda arbetsområden (tre vårdbiträdesgrupper, V2 tom V4).

Vi har härmed fyra organisatoriska modeller som åskådliggörs i figur 1.

		Ja	Nej
Specialisering - klientgrupp	Ja	<p>Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har avgränsade ansvarsområden</p> <p>Fem boendestödsgrupper</p>	<p>Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har breda ansvarsområden</p> <p>En vårdbiträdesgrupp</p>
	Nej	<p>Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har avgränsade ansvarsområden</p> <p>En vårdbiträdesgrupp</p>	<p>Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har breda ansvarsområden</p> <p>Tre vårdbiträdesgrupper</p>

Figur 1. Kategorisering av arbetsgrupperna som specialiserade eller icke-specialiserade på klientgrupp respektive uppgifter.

I det följande presenteras de fyra modellerna i tur och ordning. Vi kommer visa hur innehållet i arbetet och avgränsningar i yrkesrollen samt arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse skiljer sig mellan de olika modellerna. En bakgrundsbeskrivning av den reellt existerande grupp eller de grupper som tillhör varje modell inleder presentationen.

Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har avgränsade arbetsområden

Samtliga fem boendestödsgrupper var specialiserade på psykiskt funktionshindrade och kategoriserades som specialiserade på uppgifter. Boendestödjarna hade en varierande bakgrund, tre hade tidigare arbetat som vårdbiträden inom äldre- och handikappomsorgen, tre hade varit men-

talskötare inom psykiatrin, en hade arbetat som vårdarinna inom de särskilda omsorgerna, en hade arbetat som socionom inom socialtjänsten. Fem var mellan 40 och 55 år och tre var i trettioårsåldern. De som tidigare hade arbetat som vårdbiträden i hemtjänsten hade mellan 12 och 17 års erfarenheter av arbete i klienters hem. De flesta andra hade istället många års erfarenheter ifrån sina tidigare arbeten och arbete hemma hos klienter var därför relativt nytt. I den ena kommunen arbetar boendestödjarna alltid två och två när de går hem till sina klienter. Motiven för detta handlar om personalens säkerhet och trygghet. I den andra kommunen arbetar boendestödjarna alltid ensamma. Motiven här är att det är grundläggande för arbetets kvalitet att bygga upp tillitsfulla och trygga relationer med klienterna och att detta förutsätter möten på tu man hand. Till tre av boendestödsverksamheterna hör också någon form av gemensamhetslokal. Detta betyder att en inte oväsentlig del av arbetet sker inom ramen för gemensamma aktiviteter.

Kärnområden

Boendestödjarnas yrkesroll har en profilering mot pedagogisk, aktiverande, kamrattstödjande, nätverksskapande och psykologiskt stödarbete. Det yttersta syftet med arbetet är hjälp till själv hjälp med målsättningen att klienterna ”ska bli så självständiga som möjligt”.

En del av boendestödjarnas klienter har aldrig haft egna lägenheter och därför aldrig lärt sig att ta hand om sådant som hör ett eget boende till. En del har bott på institutioner under långa perioder där personalen tagit hand om alla praktiska sysslor. Därför behöver många träning i att sköta ett hem, hur tvättmaskinen, dammsugaren och kaffebryggaren fungerar, hur lägenheten städas, vilka redskap som behövs etc. Boendestödjarnas arbete handlar här om att lära klienterna eller att träna upp gamla kunskaper i att klara av ett eget boende.

”Det är som att jobba i en sexårs-grupp. Förberedande verksamhet för ett självständigare liv. Men sen är det ju mycket som kommer igen varje gång vi träffas. Hur olika saker ska tvättas t.ex.. Det är mycket pedagogiskt, hur olika saker ska göras. Som när man ska göra en serie handlingar, varför och hur går man till väga för att göra olika saker”.

Många klienter har kunskaper i hur ett hem ska skötas men har kanske passiverats under sin sjukdomstid. Under lång tid har de blivit omhändertagna av andra och inte behövt ta ansvar. Passivitet kan också vara en del av sjukdomsbilden. En central del i boendestödjarnas arbete inriktas därför på att motivera klienten till att ta ett aktivt ansvar för sitt hem och hushåll men också att delta i mer utåtriktade aktiviteter. Ett annat problem som förekommer är att inte bara det psykiska handikappet utan även de erfarenheter klienterna gjort i form av misslyckanden många gånger lett till en osäkerhet och sviktande självförtroende. Boendestödjarnas roll blir då att arbeta ”jag-stödjande” och stärka klientens självförtroende, uppmuntra klienten att fatta egna beslut och lita till sin egen förmåga. En del klienter har fobier eller fobiliknande rädslor för saker och ting, det kan handla om att åka buss, vistas bland många människor eller i offentliga lokaler, rädsla för hushållsmaskiner eller eluttag. Boendestödjarnas roll blir här ett slags kognitivt terapeutiskt arbete, att långsamt och under trygga former låta klienterna närma sig saker som skrämmer.

Eftersom den psykiska sjukdomen många gånger medfört att de vanliga sociala nätverken har raserats är social isolering och ensamhet också vanligt. I boendestödjarnas roll ingår därför också att inta en kamrattroll. Det kan handla om att göra saker tillsammans som, gå på bio eller

restaurang, sporta eller gå på studiecirkel, fika och spela kort, men också att finnas till hands som en medmänniska.

”Jag tror att mitt arbete är att finnas till hands och lyssna, att vara medmänniska och stötta de här människorna i vardagen. Att de ska känna att de kan komma om det är någonting som är svårt./.../ Det som jag tycker är det fina med det här kaféet är att människor kan känna att man får just det här stödet. Det är som en familj, man känner att det finns någon att vända sig till. Som med XX som inte har det här kontaktnätet. Han vet ändå att han kan vända sig till någon av oss här och att han kan få hjälp”.

I den grundläggande idén om hjälp till självhjälp finns dock den långsiktiga ambitionen att stödja och hjälpa klienterna att bygga upp eller reparera ett eget socialt nätverk, så att behovet av det professionella kamratstödet successivt minskar. Nätverksskapande arbete innebär att stötta klienter att exempelvis återknyta kontakter med släkt och vänner och att följa med till aktiviteter där möjligheter finns att skapa nya vänskapsrelationer.

”Ja, jag tror ju att vår roll ligger mer på det sociala planet, att hjälpa till att bygga nätverk, för det är ju någonting som psykiskt handikappade har tappat många gånger. Man har haft relationer en gång i världen, vänner och bekanta. Men ju längre vårdperioder man har haft och ju tätare de har kommit, så tappar man ganska snabbt sitt nätverk. Så det är ju en av de viktiga bitarna som vi ska jobba med. /.../ det är mer det här utåtriktade, att få sociala kontakter igen, att hitta sin nisch, att ha stöd och hjälp på arbetsträning”.

Tre av boendestödsverksamheterna bygger delvis sina verksamheter kring en bemannad gemensamhetslokal. I lokalen umgås man och har gemensamma aktiviteter som att spela kort eller andra spel, titta på tv, äta, fika och samtala. Ett av boendestöden har löst mathållningen genom att beställa mat från en restaurang och alla klienterna intar dagens huvudmåltid tillsammans i lokalen. Ett annat boendestöd har sin gemensamhetslokal som en caféverksamhet, som även är öppen för dem som inte har boendestöd i hemmet. Personal och ”gäster” lagar och äter lunch tillsammans till självkostnadspris. Ett tredje boendestöd arrangerar gemensamma middagar på fredagar. Mindre personaltid läggs här på stödinsatser på tu man hand, alltså mellan personal och klient och mer tid läggs på gruppaktiviteter. Den gemensamma grupplokalen ger förutsättningar för kollektiva insatser. I stället för att personalen hjälper varje enskild klient hemma i sina lägenheter med matlagningen kommer klienterna till lokalen för att äta. En stor del av det aktiverande och kamratstödjande arbetet läggs också inom ramen för gruppen. Klienterna uppmuntras att komma till lokalen för att umgås och göra saker tillsammans.

Avgränsningar i yrkesrollen

Utförande av service- och omsorgsuppgifter markeras i varierande grad som utanför boendestödets uppgiftsområden. Denna uppgiftsavgränsning sker genom att klienter som har ett kontinuerligt behov av service- och omsorg inte anses passa för boendestödsverksamheten som är inriktad på aktiviteter och hjälp till självhjälp. Klienter som har ett behov av service- och omsorgsinsatser kan sorteras ut från boendestödsverksamheten till exempelvis hemtjänsten. I intervjuerna framkommer att boendestödjarna är av uppfattningen att klienterna själva måste klara

basala vardagssysslor någorlunda bra, eftersom dagliga insatser av service- och omsorg anses ligga utanför boendestödjarnas yrkesroll.

”Ja det var en som var på gång att få lägenhet här, hon ringde från avdelningen för inte så länge sedan. Och så sa hon det att om 'jag ska få lägenhet här i området så kan ju ni komma och vara boendestödjare hos mig. Duschen klarar jag ju själv men laga mat och så där skulle jag ju behöva göra' Ja, sa jag, men det där är väl lite av hemtjänstens uppgifter. /.../ Det kan aldrig bli vår uppgift att stå och serva någon med mat varje dag. Om hon inte klarar det, då ska hon inte bo själv. Då måste man hitta ett annat typ av boende”.

Olika förväntningar på insatserna skapar ibland konflikter med klienterna. Några av boendestödsgrupperna arbetar med klienter som tidigare fick hjälp av hemtjänsten där insatser av servicekaraktär var vanligt. Här uttrycker boendestödjarna uppgiftsavgrensningen direkt i relation till klienten med krav på medverkan i fråga om t.ex. städningen.

”Den som vill ha service får söka det någon annan stans. Vi ger ingen service. Vi gör det här tillsammans med dem. Vi hjälps åt att städa och tvätta. Men vi går inte in och städar när någon ligger i sängen. De måste själva vara delaktiga och det är ju en del i det långsiktiga”.

Eftersom flera av boendestödsverksamheterna centreras kring gemensamma aktiviteter betyder det också att varje enskild klient helst ska passa in i den större gruppen. Det finns ett antal exempel på hur klienter som inte passade in i gruppen istället fick hjälp av hemtjänsten. Det kan handla om klienter som upplevs som störande och hotfulla, klienter som är så pass självförsjunkna att socialt umgänge i grupp inte fungerar eller klienter vars psykiska hälsotillstånd gör att de inte kan delta i sociala aktiviteter.

”Han ville ha all uppmärksamhet själv. Och sedan var han väldigt störande och hotfull. Den övriga gruppen var rädd för honom, för de hade varit med och sett på hur han nästan hade lyckats slå oss. /.../ vi tyckte ju att det kanske var det bästa att han fick hjälp hemma i sin egen lägenhet och att hemtjänsten helt skulle ta över honom. Då var det ju så lyckat att när vi kom dit så gav han det förslaget själv, för han hade provat det innan och trivdes bra med det”.

Klienters problematik och behov passar inte alltid in med boendestödjarnas verksamhetsinriktning med tonvikt på socialpedagogik. Ett exempel rör en deprimerad klient som boendestödjarna ansåg vara i för dåligt skick för deras verksamhet eftersom han inte ville något annat än att ligga på soffan. Den psykiatriska öppenvården hade samma uppfattning. Klienten var i för dåligt skick för deras typ av hjälpinsatser och inom slutenvården tyckte man inte att man kunde göra något mer för mannen ifråga. I intervjuerna framkommer exempel på att klienter som psykiatrin gett upp sina behandlingsambitioner med men som ändå är i för dåligt skick för boendestödjarnas aktiverande arbetssätt förs över till hemtjänsten.

”Plötsligt hade vi honom här dygnet runt, så vi kunde inte lämna stället. Vi var ju låsta här för han skulle ligga här på soffan. Så vi sa att 'så här kan vi inte ha det, det här funkade inte'. Det gick ju inte att göra något med honom. Och det är ju egentligen det som är vårt jobb, han

var för dålig för oss. Han var för bra för avdelningen, eller för dålig, för han tog ju inte emot behandlingen medan han låg där. Han vägrade allting, och svarade inte på någonting. Kan man då säga att han är bra nog att kunna bo såhär? Jag tycker inte det själv. Öppenvården som hade honom då när han kom ut, var han för dålig för. De fick ju inte med honom ut någonstans. Så att vi släppte honom ganska fort. Då skulle han få hemtjänst, och fick då in ganska mycket hemtjänst, två gånger per dag då, två stycken åt gången”.

Boendestödjarna formulerar ett antal ansvarsgränser i förhållande till andra yrkesgrupper. Personalen på fyra av de fem boendestöden menar att sjukvårdande, uppgifter inte ingår i arbetet utan tillhör psykiatrins eller distriktssköterskans ansvar.

”Det vi inte sysslar med, det är ju sjukvård. Det måste vi ju vara ganska hårda på. Det överlåter vi till dem som ska ha sjukvården. Vi ska inte gå in och vara någon instans där folk springer och hämtar mediciner, utan det får man göra på sjukhuset eller på vårdcentralen. Det har vi haft förfrågningar på från psykiatrin, att kan inte ni ta medicineringen, det är ju enklast för ni träffar ju personen ganska mycket. Men att vi har sagt nej, det ska vi inte göra”.

Ett annat komplicerat område är klienternas ekonomi. Många psykiskt långtidssjuka har mycket knappa resurser som gör det svårt att få ekonomin att gå ihop vad gäller grundläggande utgifter som hyra, mat och kläder. Många har dessutom svårt att tänka långsiktigt och ”sparsamt” så att de knappa resurser som står till buds räcker månaden ut. De flesta boendestödjare anser att klienternas ekonomi ligger utanför deras ansvar. Ekonomiska frågor anses höra till gode mäns, anhörigas eller socialsekretares ansvarsområden. Argumentet för att inte syssla med klientens ekonomi är att detta försvårar och komplicerar relationen genom att personalen därigenom får en icke-önskad maktposition i förhållande till klienten.

”Sedan tror jag även det här med pengar inte är vårt... Många har ju väldigt svårt att hantera sin ekonomi. Man kan hjälpa till, tror jag, men vi ska inte vara några som tar över ekonomin. Då är det bättre att man har någon utomstående som sköter om pengarna. För det är också någonting som kan bli väldigt konstigt. Om man är på stan och så säger personen att, jag vill handla den här jackan, och så vet man att, nej, men du har inte råd att handla den här jackan. Så ska man ta den diskussionen så att säga. Det skulle ju bli att jag ju får rollen som att jag måste stå och neka honom”.

Boendestödjarna skiljer också på vilken typ av samtalsstöd man ger som boendestödjare och den typ av samtal som anses ligga inom psykiatrins ansvar. Psykoterapeut eller kontaktperson från psykiatrins öppenvård skall svara för klienters behov av en kontinuerlig samtalskontakt, där lite svårare och tyngre saker kan bearbetas. En del boendestödjare talar också i termer av ”sjuka” och ”friska” behov där boendestödjarnas roll fokuseras kring de ”friska behoven”. Om klientens psykiska hälsa försämras ökar inte boendestödjarna sina insatser genom tätare besök utan då förväntas psykiatrin gå in mer aktivt.

”Det finns ju en del på öppenvården som har en massa åsikter om vad vi ska göra. Det är framför allt en som ringer och tycker att det här och det här ska vi göra. Till exempel, att vi

ska åka hem till personen för att han mår så dåligt. Och det är ju inte riktigt vårt jobb. Mår man dåligt så är det faktiskt psykiatrins ansvar. Och vi har ju inte något akut boendestöd”.

Avgränsningen av arbetsområden i relation till klienternas behov ser olika ut i olika boendestödsgrupper. Det vanligaste förhållningssättet i förhållande till behov boendestödjarna tycker ligger utanför det egna ansvarsområdet är att antingen se till att någon annan går in och tar hand om det aktuella behovet eller att se till att klienter med ett större omsorgsbehov får hjälp av hemtjänsten eller någon form av gruppboende. Förhållningssättet här är att behov observeras och åtgärdas genom att vidarebefordras till annan yrkeskategori som anses ansvarig. Men det finns också exempel på att behov observeras men inte åtgärdas eller vidarebefordras eftersom det anses ligga utanför det egna ansvaret. Det är framförallt i en boendestödsgrupp som detta passiva förhållningssätt kan urskiljas där yrkesrollavgränsningen kan tyckas väl snäv i förhållande till de behov som klientgruppen har. I citatet nedan finner vi hur boendestödjarna förhåller sig passiva då en av deras klienter blir sämre och till slut blir vräkt på grund av sin bristande förmåga att klara av ett eget boende. På frågan ” Om ni tycker att någon skulle behöva en annan slags hjälp eller vård, vad gör ni då?, svarar en av boendestödjarna så här:

”Inte så mycket. Den här personen som behövde det, han som vräktes, han fick ju det också. Men det var inte vi som ordnade det. Det är nog inte meningen heller, eftersom vi ska, tycker jag i alla fall, se den friska människan och se de möjligheter som finns. Det är det som vi ska vara till för. Det sjuka ska psykiatrin ta hand om”.

Detta passiva förhållningssätt ska förstås utifrån gruppens inställning i ansvarsfilosofiskt hänseende. Stor vikt har lagts vid klienternas egna ansvar. Det är klientens eget val som skall respekteras oavsett om detta val kan ha destruktiva följder.

”Ja, det är fruktansvärt med både hygien och mathållningen. Den är ju under all kritik. Det blir ju lite saft och några formfralla ibland eller fem burkar tomater eller så. Och de äter ibland och ibland inte. Men vad ska vi göra! Vi är ju inga mammor!”.

Det förhållningssätt som här ges uttryck för tyder på att balanspunkten mellan att se sitt ansvar för den andre och respekten för den andres självbestämmande och integritet ligger långt åt vad Eliasson (1992c) benämner underlåtenhet och underlåtenhetssynder. Om en klient äter dåligt, missköter sin hygien eller skötseln av sitt hem ser boendestödjarna detta som klientens *eget val* inte som en konsekvens av de psykiska funktionshindret. Boendestödsgruppen menar att alla insatser måste bygga på klienternas egna initiativ. Det ingår inte boendestödjarnas uppgifter att utifrån egna initiativ ”ta över” ansvaret ens temporärt.

”Det är ju en stödjande verksamhet där vi försöker att jobba utifrån de boendes initiativ. Vi gör ingenting på eget initiativ. Det är de som ska bestämma villkoren. Rent praktiskt handlar det om att personen ifråga ska ta första steget. Det är viktigt för dem för att få kontroll över sin egen situation”.

Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse.

De två kommuner som valde att bygga upp en särskild boendestödsverksamhet i samband med psykiatrireformens genomförande hade något olika motiv för detta. I den ena kommunen ville man bygga upp en verksamhet som var skild från äldreomsorgen då det ansågs att en särskild kompetens behövdes. Boendestödsverksamheten fick även stöd av en projektanställd metodutvecklare vars uppgift var att tillsammans med boendestödjarna utveckla nya arbetssätt och metoder. I den andra kommunen startades boendestödsverksamheten som ett komplement till hemtjänsten. Det fanns behov av alternativa boendeformer, såsom trapphusmodeller. I kommunen var också uppfattningen att hemtjänsten, inom ramen för sin organisation, hade svårt att tillgodose oregelbundna eller plötsliga behov. I bägge kommunerna ansågs att hemtjänstens organisation hade för lite utrymme och för små tidsramar för att kunna tillgodose behoven hos många av de människor som tillhörde psykiatrireformens målgrupp. Betydelsen av att kunna arbeta utan snäva tidsramar och med scheman som tillåter flexibilitet poängterades. Boendestödsverksamheterna byggs alltså upp bl.a med argumentet att arbetsvillkoren inom hemtjänsten är för stressande. Dessa skillnader är de flesta boendestödjarna också medvetna om.

”Jag tror att vi kanske har mer tid att prata med dem än vad hemtjänsten har, för hemtjänsten har ju inte så mycket timmar över hos de boende man går in hos. Så jag kan tänka mig att det är himla mycket jobb de har när de kommer dit, att det kanske är svårt att sätta sig ner och lyssna på dem. Som vi har mer möjligheter till. En av våra killar som har haft XX hos sig från hemtjänsten som var två timmar hos honom, en gång i veckan. Jag fattar inte hur hon har hunnit det hon gjorde hos honom. Både tvätta och städa! Vi går dit två stycken på tisdagarna när han ska städa, och då är vi där i två och en halv timme ungefär”.

Några av boendestödjarna hade tidigare arbetat i hemtjänsten och kunde därför jämföra de kvantitativa kraven i arbetet. Personalresurserna i förhållande till omsorgsbehoven uppfattas som ganska väl balanserade i boendestödsverksamheten. Det kan vara stressigt vid särskilda tillfällen men inte som ett permanent tillstånd såsom många hemtjänstgrupper ger uttryck för. Schemat ger boendestödsgrupperna utrymme för såväl flexibla insatser som att ta lite längre tid för enskilda klienter vid speciella tillfällen. I tidsplaneringen finns också utrymme för personalmöten, handledning och dokumentationsarbete. Utbildningar går också att genomföra utan att det dagliga arbetet för dem som är kvar blir extremt stressande. Eftersom inte arbetet går ut på att ge daglig service och omsorg påverkar inte tillfälligt minskade personalresurser arbetet på samma dramatiska sätt som det kan göra inom hemtjänsten.

Boendestödjarna upplever arbetet som ganska fritt och att de har stora påverkansmöjligheter att själva lägga upp och organisera arbetet. Boendestödschefernas roll är mer att agera ”bollplank” än att styra den dagliga verksamheten. Boendestödjarna har också en aktiv roll i att tillsammans med klienterna och LSS- eller SOL-handläggare komma överens om vilken typ av insatser, hur ofta och hur lång tid varje för varje stödtillfälle. Boendestödjarna har också inflytande i diskussioner om vilka klienter som kan tänkas passa för deras verksamhet. Det fungerar alltså inte så att boendestödjarna tilldelas en klient med ett paket färdigformulerade insatser.

Boendestödsgrupperna har handledning i olika former som ett kontinuerligt inslag i arbetet. Detta är mycket uppskattat eftersom arbetets psykiska eller kvalitativa krav upplevs som stora.

En boendestödsgrupp upplever dock att de behöver handledning i enskilda individärenden då deras handledning fokuserar på arbetsmetoder. De flesta boendestödsgrupperna har ett gott samarbete med öppenvårdspsykiatri medan vissa problem finns i kontakterna med slutenvårdspsykiatri. Samarbetet dem emellan verkar försvåras framförallt av sekretessbestämmelser men även av att personalen inom de olika verksamheterna inte känner varandra tillräckligt. Boendestödjarna upplever att samarbetet med andra yrkesgrupper inom vård- och omsorgsnätverket fungerar bra. De kan både påverka och vara delaktiga i de insatser som planeras för deras klienter. Samtliga boendestödjare ger uttryck för att de trivs med sitt arbete. De tycker arbetet är stimulerande och engagerande och ger stort utrymme för egna initiativ. Ingen av boendestödjarna tycker att de organisatoriska ramarna förhindrar dem att ge den typ av boendestöd de önskar. De uppfattar att deras insatser är av god kvalitet. Att klienterna utvecklas gör också att arbetet känns extra meningsfullt.

”För det första är det ett väldigt fritt jobb, det är ju ett väldigt fritt jobb. Alla idéer är ju bra som man kan hitta på att göra. Och så är de ju så himla gulliga och fina våra boende, bara det är ju jätteroligt alltså. Det är roligt att gå hem till dem. Man är ju alltid lika välkommen. Och just det att känna att man hjälper dem till att bli självständiga Och man ser att de gör framsteg, otroliga framsteg. Det känns jättekul!”

Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har avgränsade arbetsområden

En vårdbiträdesgrupp har kategoriserats som specialiserade när det gäller uppgifter men deras klientgrupp är blandad. Av gruppens sex omsorgstagare är det två som har en psykiatrisk diagnos (vad vårdbiträdena vet) varav den ena dessutom lider av senildemens. I klientgruppen finns även missbruksproblem, demenssjukdomar och någon form av utvecklingshandikapp. Två av klienterna är yngre och fyra är äldre. Denna vårdbiträdesgrupp, som sedan flera år tillbaka har haft hand om ”psykiskt svåra” klienter, privatiserades ungefär samtidigt som kommunens psykiatriprojekt startade. I samband med psykiatrireformen flyttade en del av (den dåvarande) gruppens yngre klienter tillsammans med ett vårdbiträde till den nystartade boendestödsverksamheten inom kommunen. Gruppen som blev kvar består av två kvinnor i övre medelåldern. Båda två har över 20 års erfarenhet från arbete i hemtjänsten och har gått vårdbiträdesutbildningen ”för många år sedan”. Fortfarande utgör de två vårdbiträdena en arbetsgrupp som har hand om de ”psykiskt svåra” omsorgstagarna i området. Alla sex omsorgstagare har hjälp varje dag. Arbetsfördelningen är i stort sett den samma varje dag, de hjälps åt hos två av klienterna medan de andra är uppdelade dem emellan. Några timmar under lunchtid har vårdbiträdena också hand om en dagcentral som finns i samma område som deras vårdtagare bor. Dagcentralen är öppen för alla som vill komma dit. Vårdbiträdena tar emot de matlådor som de beställt och serverar dem som ska äta. I detta arbete ingår också att ringa och påminna om lunchen till andra vårdbiträdesgruppers omsorgstagare. På eftermiddagarna sköter vårdbiträdena också tvätt, handling och andra ärenden åt sina klienter.

Kärnområde

I intervjuerna och i dagböckerna framkommer att denna vårdbiträdesgrupp har ett tydligt fokus på service- och omsorgsuppgifter. Vårdbiträdenas uppgifter handlar om att ersätta eller komplettera klienternas bristande mentala och fysiska förmågor och funktioner i det vardagliga livet.

”Ja de får allt i hem- och omvårdnad. Vi hjälper dem ju med allting. Det är städning, duschning, handling. Vi får liksom tänka åt dem att det finns grejer hemma till mat och tvätt och allt. Så får vi ju gå ut och handla kläder åt dem också. För att de här har ju inga anhöriga, eller de är väl inte så intresserade. Så vi är deras familj vi”.

Fokuset på service- och omsorgsuppgifter skulle kunna förklaras av att dessa behov är stora i den aktuella klientgruppen. I intervjuerna framkommer dock att vårdbiträdenas kärnområden är service- och omsorg oavsett om klienterna är yngre eller äldre. De många yngre klienterna med psykiska besvär som tidigare tillhörde denna hemtjänstgrupp fick samma typ av hjälp som de äldre klienterna. De intervjuade vårdbiträdena uppfattar att arbetet med psykiskt sjuka ställer ännu större krav på vårdbiträdenas omsorg än arbetet med ”vanliga” omsorgstagare.

”Jag tycker nog att vi jobbade på samma sätt med dem. Vi hjälpte dem. Det var ju hemtjänst och det skulle ju städas och allt det här som hemtjänst innebär”.

”Jag tycker att de är mer hjälplösa. De kan inte hävda sin rätt på samma sätt som friska människor. De behöver ha det där lilla extra. Den där lilla extra omsorgen och omvårdnaden. Vi gör ju praktiskt taget allt åt dem”.

Kärnområdet i gruppen är alltså service och omsorg. Vårdbiträdena menar att deras klienter i stort sett inte klarar av någonting själva vad gäller hemmet, sin personliga hygien, kläder eller matinköp. Därför går de in mycket aktivt och tar över detta ansvar från sina klienter. Här problematiseras inte klienternas integritet och egna ansvar på samma sätt som i boendestödsgrupperna. Vårdbiträdena ser det som sin uppgift att se till att klienterna ser ”rena och snygga ut”, att de sköter sin hygien och äter ordentligt. I yrkesrollen ligger att ”tänka åt” klienterna, som vårdbiträdena uttrycker det.

”Och det är likadant om någon kommer och har helt galna kläder, då går vi upp tillsammans och fixar andra kläder. De kan ju ta på sig lite av varje. Det kan ju vara avigt och det kan vara smutsigt. Men jag tycker nog att de ska se rena och fräscha ut, det har de rätt att göra. I den mån det går”.

Några av klienterna har gode män som ser till att räkningar blir betalda men vårdbiträdena hjälper till med ekonomin i vissa fall genom att handha de ”fickpengar” som klienterna har att röra sig med varje månad. Vårdbiträdena har också vissa ombudsfunktioner som att ta kontakt med distriktsköterska, beställa tid hos frisören, tandläkaren eller fotvården. I arbetet ingår också att visa ömhet och omtanke som ett viktigt inslag.

Avgränsningar i yrkesrollen

I denna vårdbiträdesgrupp saknas det pedagogiska, aktiverande arbetssättet som ju var en central del i boendestödjarnas arbete. Vårdbiträdena anser att deras klienter inte kan göra så mycket själva eftersom de är så förvirrade eller att klienterna helt enkelt inte kan förmås att ta ett större ansvar. När omsorgstagare gör saker själva kan det till och med innebära merarbete.

”Det är nog vi som gör det mesta åt dem för att de glömmet. Säger vi t.ex. till XX att du ska damma idag. Fem minuter senare så har hon glömt det. Och det är samma med XX. Fast hon pular på ett annat sätt hon. Så att det blir en massa för oss att ta reda på sedan. (Men de här som är lite yngre. Du sa att XX var bortskämd. Försöker ni få honom att vara med och ta ansvar?) Nej, det går inte! Det går inte! Vi har försökt få honom att ta sin tallrik bort till diskbänken och inte ens det går”.

Vårdbiträdena har inga erfarenheter av att arbeta utifrån idén om hjälp till självhjälp. Deras uppfattning är att detta arbetssätt handlar om att kommendera ut arbetsuppgifter till klienterna vilket inte upplevs som eftersträvanvärt.

”Ja vad jag har hört så ska ju de (boendestödjarna) ha händerna bakbundna. Det betyder att de säger vad deras hjälptagare ska göra. Jag kan inte jobba så. Det är ju han boendestödschefen som har startat det här med att jobba med händerna bakbundna. Jag har ju inte pratat med honom själv så jag vet ju inte om det är sant alltihop”.

I arbetet är det inte heller särskilt vanligt med aktiverande inslag som t.ex. promenader eller att klienterna själva följer med vid inköp eller andra ärenden som skall uträttas. I intervjuerna framkommer att klienterna någon enstaka gång följer med till affären.

”Vi kan ju gå ut och handla med dem då och då. Eller ta en lite promenad här ute i parken på sommaren. Vi var till Centrum med XX och hon hade inte varit utanför huset på tre år”.

Boendestödjarna ägnade en ganska stor del i det vi kallat kamratstödande arbete, att umgås, göra saker tillsammans osv. Vårdbiträdena har inte den rollen i relation till sina klienter, utan dessa funktioner har koncentrerats till gemensamma aktiviteter för hemtjänstområdets klienter. En klient som behöver sällskap och social stimulans får ta sig till dagcentralen där man kan spela bingo, gymnastisera, lyssna på högläsning och liknande. Vårdbiträdenas insatser inom detta områden blir den kontakt som sker parallellt med att det praktiska arbetet utförs. Man lyssnar och pratar, klappar och kramar om, samtidigt som hushållsgöromålen tas om hand.

Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse.

Vårdbiträdena är nöjda med sin egen arbetssituation. De tycker att de har mycket frihet att lägga upp och planera arbetet efter egna huvuden. Friheten uppfattas ha blivit ännu större efter privatiseringen av deras hemtjänstområde. De sköter sig själva i stort sett. Frihetens baksida är att vårdbiträdena står helt ensamma och utan stöd eller samarbetspartners. De har aldrig haft någon form av handledning och deras närmsta chef har arbetsledaransvar för cirka 70 personer, vilket

gör att de inte har särskilt mycket stöd därifrån heller. Vårdbiträdena tycker att de skulle behöva någon att tala med emellanåt eftersom arbetet med vissa klienter upplevs som mycket psykiskt påfrestande.

”Hon kan bli så väldigt elak. Hon tjuvar och anklagar folk och svär. Och jag har så svårt att ta det där. Visst hon är sjuk och hon är senil, men man blir sårad i alla fall. Jag har hemskt svårt för att ta just de här anklagelserna. Ibland blir jag väldigt sårad, fast man visar inte henne det för då skrattar hon så där skadeglatt. /.../ Jag försöker ju skaka av mig så gott det går, men det är inte alltid man kan skaka av sig allting. Det är ju väldigt jobbigt sånt där och det är inte bara hon som kan dumma sig. /.../ Men det beror på hur jag känner mig. Hur jag kan ta hand om de här sårade känslorna, hur jag mår. Det är ju inte alltid som man mår bra och då är man mer sårbar. Så det är ju inte alltid som man orkar med dem på samma sätt som man borde”.

Privatiseringen tycks även ha inneburit att denna vårdbiträdesgrupp hamnat utanför de pågående psykiatriprojekten inom kommunen. De verksamheter som startades i samband med psykiatrireformen centrerades runt de kommunala boendestödsverksamheterna. Vårdbiträdena själva upplever det som att orsaken till utanförskapet beror på ekonomiska gränsdragningar som gör kommunen ointresserade av deras verksamhet. Vårdbiträdena i denna grupp har inte heller någon kontakt med varken öppenpsykiatri eller intresseföreningarnas psykiatriverksamheter. De har alltså ingen kontakt med någon annan yrkesgrupp eller verksamhet som riktar sig till psykiskt sjuka. Deras egen privata hemtjänstorganisation har inte heller någon särskild kompetens att ta hand om de psykiskt långtidssjuka. Därmed blir verksamhets- och kvalitetsutveckling i princip helt beroende av de två vårdbiträdena i gruppen.

I samband med psykiatrireformen startades en psykiatriutbildning inom kommunen, som vårdbiträdena i denna grupp dock inte fick gå. Vårdbiträdena är inte negativt inställda till utbildningar men de tycker att personliga kvalifikationer som förmåga att visa ömhet och omtanke, inlevelseförmåga och medmänsklighet kan vara viktigare.

”Det viktiga är ju att kunna bjussa på sig själv och det vi har pratat, om att visa ömhet. Jag tror inte att man blir något bättre för sina vårdtagare om man sitter och läser en massa konstiga diagnoser och allt sådant som jag inte förstår något av själv. Det kan ju vara bra med kurser i alla fall. Men det viktigaste är att vara medmänniska. Man måste försöka leva sig in och man måste lära känna människorna så att man lär sig hur man ska tackla saker och ting”.

Vårdbiträdena upplever att de har förhållandevis mycket tid till sina omsorgstagare och att de har mer tid att ge sina klienter än andra hemtjänstgrupper. Det är någon enstaka gång de får skjuta fram en städning för att de inte riktigt hinner med. Vårdbiträdena upplever att de organisatoriska ramarna ger utrymme för dem att ge en omsorg med god kvalitet.

”Och det är det där att vi får pula med dem och se till att de har mat hemma och att allting finns där på fredagarna. Att de har sitt. Ja nog tycker jag att vi ger dem det de behöver. Och det är ju tiden, vi har ju tid för dem. Man kan ju inte stressa med dem, det går inte”.

De intervjuade vårdbiträdena tycker att belöningen i arbetet är att få hjälpa och pyssla om människor och den tacksamhet och glädje de får tillbaka. När vårdbiträdena talar om positiva inslag i arbetet handlar det ofta om episoder när de själva gjort något utöver det som formellt förväntas i yrkesrollen. Att de t.ex. ger en gåva till en omsorgstagare de tycker om, som blir glad och tacksam. Det är de klienter som vårdbiträdena tycker särskilt mycket om som får åtnjuta dessa extra omsorger. Några, de som upplevs som krävande, kan snarare mötas av ett motsatt förhållnings-sätt där vårdbiträdena snarare håller igen sina insatser vilket beskrivs med talesättet ”ger man lillfingret så tar de hela handen”. Trots de fördelar som finns innebär arbetet ändå så pass mycket nackdelar, ett tungt arbete som dessutom är dåligt betalt, att vårdbiträdena inte gärna rekommenderar arbetet till någon i den yngre generationen, allra minst till sina egna döttrar.

”Jag är glad för att jag har haft de här jobben för jag har trivts men jag har avrådit mina döttrar från att börja inom vården. Det är ju så förbaskat dåligt betalt. Och det är slitigt. Man ser ju många som har fått hemska arbetsskador i nacke och axlar. Som mamma vill man ju att de ska få det bättre och lättare, än en annan”.

Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har breda arbetsområden

Denna modell finns inom kommun A där man valde att behålla och utveckla den kommunala psykiatrin inom äldre- och handikappomsorgen. En vårdbiträdesgrupp inom kommunen hade specialiserat sig på klientgruppen psykiskt långtidssjuka. Specialiseringen genomfördes inte i samband med psykiatrireformens genomförande utan gruppen uppstod spontant flera år tidigare då det fanns en grupp klienter med missbruksproblem. Missbrukarna försvann så småningom och istället kom fler och fler klienter med en psykiatrisk problematik. Arbetsgruppen består av tre kvinnor och en man i åldrarna 24 till 40 år. Intervjupersonerna har mellan fem och tio års erfarenhet av arbete inom hemtjänsten, alla har vårdbiträdes- eller undersköterskeutbildning.

”Psykggruppen” (som denna vårdbiträdesgrupp kallas) har 10 omsorgstagare i åldrarna 30 till 75 år. Av de tio är det tre som har hjälp varje dag. Sex av klienterna har hjälp två eller tre gånger i veckan och en klient har bara hjälp med städning och inköp var fjortonde dag. Varje vårdbiträde går till ungefär fyra klienter per dag. De går sällan två och två. Arbetet är upplagt så att två vårdbiträden samverkar kring en gemensam klient varav den ena är kontaktperson och den andra samarbetspartner. Kontaktpersonskapet för en klient innebär ett huvudansvar att se till att saker och ting blir gjorda. Kontaktpersonen ansvarar för planering av insatser, kontakter som skall tas med andra yrkesgrupper eller anhöriga till klienten. Samarbetspartnern har ett kompletterande ansvar. Eftersom schemat inkluderar helg- och kvällstjänstgöring är oftast bara två av gruppens vårdbiträden inne samtidigt. Detta innebär i praktiken att klienten träffar kontaktperson och samarbetspartner ungefär lika ofta. Tanken med att två vårdbiträden samverkar kring en klient har dels med kontinuitet att göra eftersom det behövs minst två vårdbiträden för att kunna täcka in de dagliga hjälpinsatserna. En annan tanke med samarbetet har mer med hjälpens innehåll och kvalitet att göra. Samarbetsrelationen handlar om att vårdbiträdena kan vara bollplank för varandra, de kan tillsammans utveckla, diskutera och reflektera över sitt arbete med den gemensamma klienten. Både kontaktperson och

samarbetspartners deltar i möten som rör den aktuella klienten, exempelvis med kontaktperson från psykiatrin.

Kärnområden

Gruppen har kategoriserats som generalister vad gäller uppgifter. Samtliga arbetsområden som kunnat urskiljas i hela materialet ingår. I jämförelse med att arbeta med äldre och fysiskt svaga blir arbetet, enligt vårdbiträdena, mer fokuserat på terapeutiska, aktiverande och pedagogiska inslag men service- och omsorgsarbete är fortfarande en central del av arbetet. Lika viktigt som att åstadkomma en utveckling där klienterna successivt blir mer självständiga är att de mår bra såväl psykiskt som fysiskt i nuet. Detta innebär att vårdbiträdena även går in mer aktivt och gör saker åt sina klienter, även om de inte deltar själva. Några av klienterna har dessutom fysiska funktionshinder som kräver att vårdbiträdena tar över vissa uppgifter.

”Sedan om man tar XX, hon har ju anorexia och är svag på grund av det. Hon kan inte böja sig och kan inte slita som en stark 20-åring med saker som hon skulle vilja göra och då är man ju här till hands. Man är ju en extra hand för dem. Hjälper dem med saker som de inte klarar av själva och som annars skulle uteblivit. Ibland handlar det om att hjälpa dem att klara av saker successivt som de kanske själva kan klara av i framtiden, men vissa saker kommer de kanske aldrig att klara av, då får man ju hjälpa dem med det”.

Det finns alltså ingen skarp gräns mellan servicebetonade uppgifter och mer socialpedagogiskt inriktat arbete, utan yrkesrollen innefattar bägge delar. Arbetet med en klient kan också inledas med tonvikt på omsorg och via jag-stödjande, kognitivt terapeutiskt arbete övergå i aktiverande arbete.

”Nu har vi börjat träna två gånger i veckan. Jag har alltid velat få honom att träna och han vill ju själv träna, men han har inte vågat. Och det tog lång tid innan vi tog steget till träningslokalen. Och det gjorde vi genom att först prata om att gå och träna. Då var det att jag puffade på, vi behöver inte gå dit och träna men vi kan gå dit och se hur det är där och vi kan träffa sjukgymnasten. Och vi träffade sjukgymnasten och hälsade på varandra. Och så fortsatte vi med, ska vi träna? Njæe, sa han då. Men till slut kom vi till skott och det tar ju sin tid. Oftast tror man att det ska gå på en gång att göra saker och ting, men det fungerar inte så. Det är ju mycket innan man måste göra. Han är ju paranoid och det påverkar ju mycket i hans liv. Det finns många exempel. Med att våga duscha själv, våga fixa i ordning mat som han är rädd att inte klara av, men det gör han. Vi började med att hjälpa honom att klä på sig men nu klär han på sig själv. Det är ju med hjälp av oss som han har kunnat få den tryggheten att våga göra saker själv”.

Medan förhållningssättet att göra saker och ting åt sina klienter, exempelvis att handla, städa, laga mat eller planera finns i hemtjänstens traditionella arbetsuppgifter är det socialpedagogiska förhållningssättet med hjälp till självhjälp relativt nytt och många gånger svårare att följa. Att backa upp, motivera och stötta en annan människa att klara av saker och att ha tålamod att vänta in kan vara bra mycket svårare än att helt enkelt utföra det som ska göras själv, menar vårdbiträ-

dena. Hjälptill självhjälpt kan också vara problematiskt genom att det i mötet med klienten kan bli en konflikt om förväntningar på vårdbiträdenas insatser. Många klienter förväntar sig att vårdbiträdena skall utföra saker och ting åt dem. Vårdbiträdena får i gengäld klienternas tack-samhet, ett ganska smidigt utbyte som också varit hemtjänstens traditionella arbetssätt. Baksidan av detta utbyte är den passivisering som kan bli följden av ett förhållningssätt där idén om hjälp till självhjälpt saknas.

Vårdbiträdena ser även uppföljning av klienternas medicinering som en del av deras ansvar. Det kan handla om att bevaka effekter av medicinering eller att se till att klienterna tar de mediciner de är ordinerade och att de inte kombinerar med olämpliga ytterligare läkemedel. Vårdbiträdena har vid flera tillfällen tagit kontakt med psykiatrin för att påverka en, utifrån deras bedömning, felaktig medicinering.

”Man vet ju att psykofarmaka har jättemycket biverkningar samtidigt som psykofarmaka behövs vid vissa sjukdomar. Men det finns en viss problematik med det hela och därför måste utvecklingen av vårdtagaren tittas till. /.../ Medicineringen kan bli kvar jättelänge och de märker inte själva, de fortsätter och äter och äter. Och ibland märker inte psykiatern detta och han håller kvar medicinen eller höjer dosen, när det egentligen inte behövs. Eftersom man träffar dem så här kontinuerligt, så ser man ju förändringar. När XX hade stark Mallorol, mer tabletter än han har nu, då var han ju väldigt trött, jättetrött! Och nu successivt har han minskat antal tabletter. Man följer ju upp det här och ser att de mår bra och det är ju en viktig del av deras välbefinnande”.

Vårdbiträdena i denna grupp funderar och agerar också utifrån ett brett perspektiv på hälsa på så sätt att de ser samband mellan fysisk och psykisk hälsa. Om en klient mår psykiskt dåligt kan kosthållningen eller fysiska aktiviteter sättas på undantag vilket leder till att den fysiska hälsan försämras, som i sin tur försämrar den psykiska hälsan. Vårdbiträdena reagerar mot psykiatrens ibland ensidiga sätt att hantera psykiska försämringar genom att ordinera ännu mer psykofarmaka.

”När de är psykiskt dåliga så får de inte alltid i sig den näring de behöver. Då behöver de ha mer vitaminer, för näringsbrist påverkar ju att de mår sämre rent psykiskt sett. Och att sitta inne jämt och ständigt gör ju saken värre det med. Så man kan ju inte bara trycka på dem en massa psykofarmaka och få dem som zombies. Man måste ju se om man kan hitta några andra vägar att gå, så att de mår bättre. Det är inte meningen att de ska gå omkring och må dåligt resten av sitt liv. De kommer kanske aldrig att bli bra, men bättre i alla fall”.

Vissa klienter ”tappar” periodvis det egna ansvaret för den fysiska hälsan vid tidpunkter då de mår psykiskt sämre. Andra klienter har en psykisk problematik som ständigt hotar deras fysiska hälsa, exempelvis ätstörningar. Att ensidigt förhålla sig till dessa problem genom att ”respektera klientens egna val” är inte ett alternativ för vårdbiträdena i denna grupp. Det handlar inte om att komma med tvångsåtgärder eller att köra över en annan människa men det skulle vara fel, menar vårdbiträdena, att inte försöka påverka en människa som av en eller annan orsak inte tar hand om sin egen hälsa.

I de hjälp- och stödsatser som vårdbiträdena arbetar med ingår även sjukgymnastik med ett par klienter. Ytterligare ett arbetsområde är klienternas ekonomi, något som många gånger upplevs som tungt och svårt att förena med ambitionen att skapa bra relationer. Det är mindre problematiskt att försöka motivera klienter att handla ekonomiskt, göra storkök och frysa in. Relationerna kompliceras framförallt när vårdbiträdena blir tvungna att exempelvis ransonera eller sanktionera klienternas inköp.

Vårdbiträdena i gruppen tycker att deras yrkesroll bäst kan karaktäriseras som en ”professionell vän”. Att vara vän betyder att relationen i sig är viktig, att bygga upp en tillit i relationen, att stötta, samtala, vara bollplank, att intressera sig för, att bry sig om och måna om den andres välbefinnande. Att vara vän betyder också att mötas på en jämlik nivå, att inte agera expert som vet bäst, eller att försöka inta en neutral attityd där klienten inte ser människan bakom yrkesrollen. Det professionella står för att det är omsorgstagarens behov som styr hur relationen formas, samt medvetenheten om att vårdbiträdena är till för klienternas skull och inte tvärt om. Därmed blir relationen i en mening asymmetrisk. Vårdbiträdena måste kunna hantera både sina egna och sina klienters känslor av förtvivlan, ilska eller misstänksamhet medan motsvarande krav inte kan ställas på klienten. Att vara en professionell vän innebär att det är viktigt att inte använda klienten för sina egna behov utan att hela tiden tänka och försöka agera utifrån klientens intressen.

Avgränsningar i yrkesrollen

I intervjuerna framgår att vårdbiträdena börjat se över nätverket kring sina klienter och inte se det som givet att ta på sig allt ansvar själva. Vårdbiträdena är medvetna om bredden i yrkesrollen och säger skämtsamt att gränsen går vid ”sexuella tjänster”. En annan säger att ”gränsen för våra insatser är väl att få dem friska då, helt friska”. I samband med kommunens psykiatriprojekt har vårdbiträdena med hjälp av handledare börjat titta på nätverket kring sina vårdtagare. Syftet är delvis att hjälpa klienten att behålla eller bygga upp ett eget socialt nätverk, men också att se över det formella vård- och omsorgsnätverket kring enskilda klienter.

”Och det är viktigt att vara öppen för de saker som man inte kan gå in och hjälpa dem med, att se det. Att se att det här kan jag inte ta hand om utan det här måste jag lämna över till läkare, till en psykolog eller vad det nu är. Det är också viktigt så att man inte tar på sig den här rollen där man själv ska kunna lösa allt. Det blir för tungt då och det är oftast så man bränner ut sig”.

Gruppen ger alltså inte uttryck för några strikta gränser i yrkesrollen, varken i förhållande till andra yrkesgrupper eller i förhållande till klienterna. Till skillnad mot de uppgiftspecialiserade boendestödjarna där tonvikten var socialpedagogiskt arbete och vårdbiträdesgruppen med tonvikt på service- och omsorgsarbete har denna grupp integrerat bägge sidor i sin yrkesroll. Det handlar om att hjälpa vårdtagarna med sådant som de på grund av sitt handikapp inte klarar själva *och* att stödja och utveckla omsorgstagarnas egna resurser.

De gränser som börjar utkristalliseras manifesterar sig i vårdbiträdenas krav på andra yrkesgrupper i vård- och omsorgsnätverket. Det handlar inte om att överföra kontinuerliga arbetsinsatser till en annan yrkesgrupp utan snarare att de olika experterna skall backa upp och stödja vårdbiträdena i deras arbete. Stödet kan handla om kontinuerlig handledning, men också

konsultation vid särskilda situationer. Vårdbiträderna menar att det är viktigt för dem att kunna nå ”folk med utbildning” så att de kan rådgöra och konsultera när de känner sig osäkra.

Vårdbiträderna i Psykgruppen tycker att de tidigare varit ganska utelämnade med bristande stöd från psykiatrin. Vårdbiträderna har varit tvungna att klara ut svåra situationer på egen hand. Genomförandet av psykiatrireformen i kommunen har dock satt fokus på vårdbiträderna och deras arbete med klienterna. Vårdbiträderna i Psykgruppen har kontinuerliga möten med kontaktpersoner från psykiatrin och ett av vårdbiträderna deltar i en samverkansgrupp som bland annat syftar till att förbättra samarbetet mellan kommun och landsting. Vårdbiträderna upplever att deras arbete har blivit tydligare både för dem själva och andra yrkesgrupper. Tydligheten tillsammans med ökade kunskaper gör att vårdbiträderna kan och vågar säga ifrån och kräva adekvat hjälp. Ett exempel rör en av gruppens klienter som successivt fått fler och fler tabletter utskrivna från sin psykiatriker. Vårdbiträderna uppfattade att klienten blev allt tröttare och mer självdestruktiv. Vid telefonkontakt med psykiatrikern fick vårdbiträderna svaret att ville de ha in klienten fick de ringa efter polisen. Vårdbiträderna som såg ett samband mellan den ökade medicindosen och klientens psykiska tillstånd tyckte att detta svar var både nonchalant och okunnigt eftersom polishämtning antagligen skulle vara både skrämmande och fullständigt onödigt för en djupt olycklig och sårbar människa. Psykiatrikerns bemötande ledde till att vårdbiträderna hjälpte klienten till en annan läkare.

Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse

Vårdbiträdesgruppen som specialiserat sig på de psykiskt sjuka verkar under liknande villkor som den övriga hemtjänsten. Genomförandet av psykiatrireformen i kommunen har inte inneburit att grupper som arbetar med psykiskt sjuka har tilldelats mer personalresurser på motsvarande sätt som boendestödsverksamheterna i de två andra kommunerna. Senare års besparingar har inneburit att personalresurserna måste användas maximalt, arbetstiden skall i största möjliga utsträckning användas i direkt klientarbete och man organiserar inte in några luckor i schemat. Det kompakta schemat begränsar vårdbiträdernas möjlighet att ge en flexibel hjälp till sina klienter. Om en klient mår sämre kan han eller hon tillfälligt få mer hjälp medan en annan klient får mindre. Dessa avvägningar och förhandlingar ligger också i vårdbiträdernas arbete.

”Idag är det mycket mer knapert med tiden, förut hade vi mer så vi kunde ge dem extra tid då om de mådde dåligt då typ en vecka, fjorton dagar, en månad. Då kunde man sätta in ännu mer hjälp utan att det behövde bli någonting för de andra då. Men i dagsläget så blir de andra drabbade. Fast man försöker förklara att ‘det är någon som är sjuk nu och behöver mer hjälp, vi drar ner din tid ett litet tag, så får du igen det när du mår dåligt’. /.../ det är mer fullbokat, det är liksom inte så mycket luft i... Och är det då någon som är borta på kurs eller någonting så spricker resten. Då är det kört, då får man jobba häcken av sig och man gör fan inget gott arbete, det gör man inte”.

Denna ”luftlösa” organisation utan någon buffertkapacitet gör att arbetsmängden eller den rent kvantitativa arbetsbelastningen blir svår att hantera för vårdbiträderna. Stressen förstärks ytterligare då kvaliteten på de egna arbetsprestationerna inte upplevs som tillräckliga. Här är det alltså tidsramarna som förhindrar vårdbiträderna att ge, en enligt deras bedömning, god omsorg.

I samband med psykiatrireformen satsades relativt mycket resurser på utbildning. Alla vårdbiträden i denna kommun har fått en kortare utbildning i psykiatri. Två av vårdbiträdena i gruppen har dessutom gått psykiatriutbildningen som genomfördes i samband med reformen. Den omfattar fyra veckors teoretiska studier och kursdeltagarna fortsätter sedan utbildningen med en gemensam handledning en gång i månaden. Vårdbiträdena i Psykgruppen har dessutom en egen handledning varje vecka med en psykoterapeut från psykiatrins öppenvårdsenhet. Denna handledning blir mer ett stöd i det kontinuerliga arbetet där både grupprocesser, relationer till klienter och arbetsmetoder med enskilda klienter kan diskuteras. En annan typ av stöd har vårdbiträdena genom det samarbete som etablerats med vissa klienters kontaktpersoner inom psykiatrin. När det gäller denna vårdbiträdesgrupp har alltså inte möten och handledning prioriterats bort. Samarbete, utbildning och kontakter med andra yrkesgrupper inom kommun och landsting har förändrat inställningen till vårdbiträdena och deras arbete. Vårdbiträdena upplever det som om deras arbetsinsatser ses med större respekt av andra aktörer inom vård- och omsorgsnätverket.

”Vi står inte utanför längre, att vi är lågt stående varelser som vi har varit innan. De har väl tyckt att, hemtjänsten är ju städhjälp, det är väl skit samma, de kan väl inte någonting”.

Att vårdbiträdena inte blev bemötta med respekt och inte fick det stöd och samarbete de efterfrågade, gjorde att arbetet och ansvaret kändes tungt och att även ledig tid blev arbetstid. De upplevde att ansvaret helt och hållet låg i deras händer, vilket var en källa till stress och otillfredsställelse.

”Och att man har sökt hjälp då och får till svar ‘vi har inte tid, de finns inte här’. Men vi behöver hjälp nu, inte i morgon och inte om en månad, NU behöver vi hjälp, det är nu personen mår dåligt, vad gör vi? Men då har vi oftast fått ta den biten själva. Och innan vi fick handledningen så pratade vi väldigt mycket med varandra då, även kvällstid, man tog jobbet med sig hem. Och gick och grunnade på och löste problem hemma. Och det är ju inte bra”.

Av intervjuerna framgår att kompetensutveckling både i form av kurser och kontinuerlig handledning är viktigt för vårdbiträdenas känsla av kontroll i arbetet. Att hela tiden känna sig osäker om man gör rätt eller fel, att inte riktigt förstå vad som händer med en klient eller att inte känna en trygghet i sitt eget agerande och bemötande är oerhört påfrestande. Vårdbiträdena menar att utbildning och handledning är viktigt för att de bättre ska kunna förstå och bemöta de enskilda klienterna. I ett möte där klientens agerande är obegripligt blir det lätt så att de egna insatserna förlorar sin mening. Här kan konsekvensen bli ett minskat engagemang och arbetet blir tråkigt och meningslöst.

”När man inte förstår sjukdomen fullt ut. Man hänger inte med riktigt och man förstår inte varför de beter sig så eller varför det blir så här nu då! Hur ska man göra? Och då blir det så att man inte orkar, man tycker det är tråkigt. Men egentligen handlar det om att jag inte förstår vad personen menar eller vill och så kanske man går på en linje som inte fungerar. Det har ju hänt. Och då är det väldigt bra att ha den här handledningen som vi har en gång i veckan nu”.

Ökade kunskaper ger vårdbiträdena en ökad känsla av kontroll i arbetet, genom att de förstår klienterna bättre och litar till sin egen förmåga i högre grad. Eftersom arbetet ställer höga krav på både emotionell och intellektuell kompetens - arbetet handlar om möten med andra människor - är kunskapsutvecklingen en ständigt pågående process. Genom handledningen får vårdbiträdena utrymme för reflektioner och analyser samt stöd i den fortgående kunskapsutvecklingen.

Gruppens specialisering på klienter med psykiska funktionshinder har medfört fördjupade kunskaper om klientgruppens problematik. Specialiseringen möjliggör en kontinuitet i kontakter, metoder, problem och samarbetspartners. Behoven hos psykiskt sjuka är visserligen inte desamma hos alla individer men det finns många gemensamma drag. I stället för att lära sig lite om mycket, exempelvis behoven hos människor med senildemenser, strokedrabbade eller cancersjuka, tillåter specialiseringen en fördjupning av kunskaper inom ett någorlunda avgränsat område. Att vårdbiträdena arbetar som generalister när det gäller uppgifter innebär, trots klientgruppspecialiseringen, ett brett och komplext ansvar. För att vårdbiträdena ska kunna hantera denna komplexitet krävs en väl fungerande stödstruktur som både backar upp vårdbiträdena i deras arbete, och tar tag i de problem som vårdbiträdena själva inte kan lösa.

Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har breda arbetsområden

Tre av vårdbiträdesgrupperna arbetar med blandade klientgrupper samtidigt som deras arbetsinnehåll har kategoriserats som ickespecialiserat. Dessa grupper finns i alla tre kommunerna. De intervjuade är mellan 30 och 50 år, de har mellan åtta och tio års erfarenhet av arbete i hemtjänsten och samtliga har vårdbiträdes- eller undersköterskeutbildning. Mötet med dessa grupper bekräftar den inledningsvis skisserade bilden av hemtjänsten som ansvariga för en heterogen klientgrupp med ett mycket brett spektrum av sjukdomar och handikapp, en klientgrupp där fler äldre-äldre med olika ålderssjukdomar bor kvar hemma. De intervjuade vårdbiträdena och hemtjänstassistenter berättar att fler vårdtagare än förr har ett mycket stort vård- och omsorgsbehov. Människor som anses medicinskt färdigbehandlade skrivs ut från sjukhusen och skickas hem trots att de är så skröpliga att de några dagar senare får åka tillbaka till sjukhusen. I de undersökta kommunerna har många av de särskilda äldreboendena lagts ner, vilket innebär att även svårt sjuka äldre får bo kvar hemma med hjälp av hemtjänsten. Hemtjänstassistenter berättar att de har fler vårdtagare än förr med demenser i eget boende. Det blir också vanligare med såväl yngre som äldre vårdtagare som väljer att få dö hemma.

”I hemtjänsten får man ju ta allt! Vi har ju så ohyggligt mycket diagnoser och det gäller ju inte bara psykiatri. Det är dementa, och det är strokepatienter, och det är cancerpatienter, och det är massor av tunga diagnoser. Och det blir mer och mer nu. Många är ju hemma tills de dör, med olika sjukdomstillstånd” (Hemtjänstassistent).

Hemtjänsten har dessutom hand om omsorgstagare med missbruksproblem och i två av kommunerna har hemtjänsten även hand om klienter som tidigare tillhört de så kallade särskilda omsorgerna, det vill säga klienter med exempelvis utvecklingsstörningar eller hjärnskador. För vårdbiträdesgrupperna har Psykiatireformen inneburit fler och i vissa fall yngre vårdtagare med

psykiska sjukdomar. Hemtjänstens verksamhetsinriktning måste alltså betraktas som extremt kunskapskrävande då vårdtagare som tidigare fått omsorg av mer specialiserade yrkesgrupper numera delegerats till en enda yrkesgrupp - vårdbiträden i hemtjänsten. Vi kan i fortsättningen kalla vårdbiträdena i denna modell för "Generalisterna" eftersom de arbetar med i princip alla sorters klienter och har dessutom ett mycket brett ansvarsområde.

Kärnområden

I likhet med den förra vårdbiträdesgruppen som var specialiserad på psykiskt sjuka är Generalisternas arbetsinnehåll brett. Samtliga arbetsområden, utom nätverksskapande arbete, ingår i Generalisternas yrkesroll. I jämförelse med den förra gruppen blir beskrivningen av arbetsinnehållet ännu mer varierad på grund av de mycket skiftande behoven i klientgruppen. De äldre med de många ålderssjukdomarna och andra åkommor ställer krav på medicinska och omvårdande kunskaper. Generalisterna har flera omsorgstagare som är helt sängbundna och i stort sett behöver hjälp med allt i sin dagliga livsföring, vilket har medfört nya arbetsuppgifter. Det gäller vissa sjukvårdande uppgifter som medicinutdelning, sårömläggningar, ögondroppar, kateterbyten och insulinsprutor. För att kunna arbeta med svårt sjuka omsorgstagare med fysiska handikapp behöver vårdbiträdena dessutom behärska lyfttekniker som varken skadar dem själva eller klienter och att de kan hantera de tekniska hjälpmedel som finns. Sjukgymnasternas arbete har också förts ut i hemtjänsten och vårdbiträdena får efter en introduktion sköta den kontinuerliga rehabiliteringen i hemmet, med både massage och rörelseövningar. Att många klienter är i så dåligt fysiskt skick ställer krav på särskild kompetens där vårdbiträdena måste kunna avgöra om sköterska, läkare eller ambulans bör tillkallas.

"Vi behöver ju dessutom till viss del kunna diagnostisera och se vad det är för någonting. Vad är det för fel på Stina när man kommer dit och hon ligger och stirrar. Då måste man ju snabbt veta vad det är. Ska man ringa ambulansen, eller distriktssköterskan med en gång, eller finns det något jag kan göra? Det måste man ju avgöra jävligt snabbt".

I intervjuerna framkommer att vårdbiträdena ofta blir de som kan uppmärksamma att något inte står rätt till med klienterna. I dagboksberättelserna framstår detta som ett slags detektivarbete där vårdbiträdena försöker hitta orsaker och förklaringar till sina klienters tillstånd och uttryck. Om en klient är arg, ledsen, orolig eller ångestfylld försöker vårdbiträdena förstå varför. Ofta har dessa känslotillstånd en psykologisk förklaring, men inte alltid. Ett vårdbiträde berättar om en av sina klienter som har ganska hemska föreställningar om saker som pågår i världen utanför. Denna gång var kvinnan mer upprörd och ångestfylld än vanligt, hon grät och trodde att en riktig katastrof hade hänt. Utan att klienten själv förmådde säga något om sitt fysiska tillstånd förstod vårdbiträdet så småningom att klienten hade en kraftig urinvägsinfektion.

Många av de äldre som har blivit "förvirrade" kanske inte riktigt själv har någon ordning på sina mediciner. De har skaffat sig recept från olika läkare och äter ur de burkar som finns tillgängliga. De glömmer bort att ta sin medicin, vet inte om det var igår eller idag de tog den sist. Vårdbiträdena har här en viktig roll att se till att klienten faktiskt får i sig sin medicin och att den inte kombineras med något olämpligt.

”Det har ju blivit så att vi har tagit över mer och mer uppgifter från distriktssköterskorna. Det har ju delegerats över. Dela medicin får vi ju göra och hämta på Apoteket. Och det är klart man måste ju fatta vad det är man ger dem för någonting då. Vi är inga farmaceuter direkt, men att man förstår vilken slags medicin det är, vilka det är som är toxiska. Att det är vissa som är farliga, som kan vara dödliga i sig och så stora mängder och vilka man inte ska blanda med varandra eller absolut inte blanda med alkohol t.ex.

I likhet med den förra vårdbiträdesgruppen som var specialiserad på psykiskt sjuka innefattar yrkesrollen för Generalisterna både socialpedagogiskt arbete och service- och omsorgsarbete. Medan det socialpedagogiska arbetet med vissa av de yngre psykiskt sjuka kan ha inslag av lärande, så handlar det socialpedagogiska arbetet när det gäller äldre personer mer om att inte ”ta över” sådant som klienter klarar av själva. I arbetet gäller det att ta vara på och stärka de resurser som omsorgstagarna har. Med de äldre kan detta arbetssätt innebära att klienten är med och dammar när det ska städas eller deltar i matlagningen, att klienten är med och skriver inköpslistan och bestämmer matsedeln, att klienter följer med till affären om fysiken tillåter. Det kan handla om att stötta klienten att ta sig ur sängen till matbordet för att inta sina måltider, den lilla vägen blir dagens gångträning eller att klienten får borsta sina tänder eller raka sig själv. Det kan handla om att stödja klienten att fylla i räkningar och blanketter eller att ringa sina telefonsamtal själv. Samtidigt gäller det att vara medveten om de gamlas och handikappades begränsningar så att aktiveringsambitionerna inte blir skadliga eller kränkande. Det fungerar inte med standardlösningar där alla som är fysiskt skröpliga aktiveras genom att vara med och damma. Vårdbiträdena menar att det finns inga enkla lösningar som gäller för alla klienter utan ”det är ju olika, det är ju från person till person och varje person är ju så olika dag från dag”.

I ett avseende kan man säga att det inte finns något kärnområde i Generalisternas arbete eftersom det inte framkommer några gränser i förhållande till andra yrkesgrupper. I svåra situationer kan vårdbiträdena tänka, ”Är det här verkligen hemtjänstens ansvar, är det meningen att jag ska klara det här?” Vårdbiträdena blir tilldelade och delegerade olika uppgifter och ansvar. Inte i någon intervjuutsaga finns exempel på hur vårdbiträdena vidarebefordrar vare sig uppgifter eller klienter till någon annan. Det finns inte heller något exempel på att vårdbiträdena sagt nej till någon uppgift eller klient. I intervjuerna framkommer det att vårdbiträdena inte funderat så mycket på ansvarsfördelning mellan dem själva och andra yrkesgrupper. I detta avseende intar de en ganska passiv och accepterande roll där de ”får” uppgifter utan alternativet att tacka nej.

Avgränsningar i yrkesrollen - eller brist på gränser

Om inte vårdbiträdena sätter några gränser gentemot andra yrkesgrupper, hur avgränsar de då sin egen yrkesroll? I intervjuutsagorna har vi funnit två strategier. Den ena strategin handlar om att gemensamt sätta gränser gentemot klienterna. Vårdbiträdena kommer överens om vissa förhållningssätt och regler som ska gälla, särskilt för klienter som upplevs krävande, otacksamma, nedlåtande eller på annat sätt svåra att gå till. Vårdbiträdena skapar här en slags informella gränser i yrkesrollen. I intervjuerna talar vårdbiträdena om gränssättandet gentemot klienterna som ett viktigt inslag i arbetet. På det generella planet sätts gränser gentemot klienter som befaras vara gränslösa i sina behov och förväntningar på vårdbiträdena. Detta gäller exempelvis för hur vårdbiträdena förhåller sig till flera av de psykiskt sjuka klienterna.

”Vi var förberedda på det här från början, så att vi laddade verkligen innan det här alltså ‘släpp inte en jävla millimeter’, och det har vi inte gjort heller. /.../ Det kan ju ha varit så att hade vi släppt efter lite grann så hade det blivit sådär att vi kommer dit och städar liksom och diskar upp och tvättar åt honom, och sedan går därifrån. Men det är ju inte det han behöver hjälp med utan han ska göra lite själv alltså. Han vet om det nu. Och även att han inte kan skicka iväg någon. Han kan inte prata med den ene och frysa ut den andre. Utan vi är två och passar inte det så går vi därifrån. Då får han ingen hjälp. /.../ Det är viktigt att sätta gränser alltså. De testar en hela tiden, det är så det känns faktiskt”.

Gränssättandet gentemot klienter kan också vara ett mer specifikt svar på beteenden som vårdbiträdena upplever som nedlåtande, otacksamma och krävande. Bland det värsta som finns, enligt många vårdbiträden, är klienter som behandlar dem som pigor. Här kan gränssättandet gentemot klienter handla om hur man utför vissa uppgifter snarare än om vad man gör.

”Det finns många som försöker liksom..., de vill bestämma HUR man ska städa. Då tycker jag att det är att vara piga./.../ Ja, det tar jag inte, det gör jag inte! Jag hade en nyligen som jag aldrig mer får komma tillbaka till. Det jag gjorde var att flytta en dammsugarsladd, för att byta kontakt. Men ‘det var ingen annan som hade behövt göra det på 20 år, utan den räckte runt hela’. Men jag räckte alltså inte runt hela lägenheten med den sladden, så då sa jag ‘Men då struntar jag i att dammsuga i hörnen i vardagsrummet då’. Sedan sa hon att jag inte var välkommen dit mer? (Hur kändes det då?) Det var bara skönt. Med vissa människor känner man ju att det inte funkar. Det gjorde det inte med henne då. Jag kände det. Jag har mycket svårt för dem som ska bestämma så mycket, när de liksom ska styra och ställa”.

En motsatt och mer individuell strategi är att underordna sig omsorgstagarnas krav. Vårdbiträdena arbetar både snabbare och hårdare för att hinna med alla önskemål och försöker hitta fiffiga och effektiva lösningar för att hinna med, trots allt. Ett exempel gäller ett vårdbiträde som under en längre tid arbetade med en kvinna som hade en psykisk sjukdom. Arbetet med kvinnan avlöpte ganska bra till en början, trots att hon hade sina egenheter och föreställningar om saker och ting. Kvinnan i fråga blev emellertid sämre, hon satt hemma i mörkret med nerdragna persienner, ville inte vädra och än mindre följa med ut. Hon ville inte befatta sig med några andra utom två av vårdbiträdena i gruppen. Hemtjänstassistenten släppte hon inte innanför dörren. Vårdbiträdena som släpptes in fick höra hur förfärligt samhället var och hur illa behandlad hon hade blivit och hur uselt hon mådde. Hon skrev allt längre listor på vad hon ville att vårdbiträdet skulle göra med ganska detaljerade beskrivningar av hur saker och ting skulle göras. Varje morgon när vårdbiträdena kom till sin grupplokal var telefonsvararen fylld med meddelanden om vilka behoven var för dagen. Klienten ordnade också hela tiden med nya recept på olika läkemedel som hon ville att vårdbiträdena skulle hämta ut. Den allt större mängden piller i kombination med att kvinnan blev sämre gjorde ansvaret tungt att bära. Vårdbiträdet berättar om hur hon med växande känslor av otillräcklighet och vanmakt försökte tillgodose kvinnans krav som bara ökade och ökade:

”Jag försökte ju med alla medel, det var ju inte så himla lätt. Jag försökte ju göra maten på hennes sätt, med speciella gryner, frön och annat. Jag försökte ju lösa de problem som hon sa sig ha. Hon ville t.ex. ha kaffe stående men hon hade ingen termos. Jag lät henne låna min och försökte dra en gräns att du får låna den tills då och då -’ja men då kan jag inte göra det eller det’. Så var det hela tiden. Och hela tiden ökade hennes krav. /.../ Om man stod i köket så bara ropade hon om och igen, man fick inte göra någonting färdigt. Det var väl det som var så hemskt och så visste jag att om en halvtimme skulle jag vara på nästa plats och ta tag i något annat. Jag kände att jag höll på att strypas. Jag fick inte andas och ställa om mig som normalt. /.../ Man kände sig slukad som människa samtidigt som man tyckte att man inte gjort en enda prestation, det var som att trampa i kvicksand för det var så många bitar som man bara inte kunde klara av. När det liksom bara blir mer och mer! Men hur ska jag kunna få tag på det och det? Du ser ju att jag inte kan göra si eller så! Jag vill ha hjälp med det och vill ha hjälp med det. Och så var det hot om vad hon skulle göra mot sig själv. ‘Jag orkar inte att leva längre och ser du inte till det, då kanske jag inte finns här längre’. /.../ Där var man ju aldrig nöjd med det man gjorde utan jag var fruktansvärt frustrerad över vad en människa kan göra med sig själv. Det slet hårt på mig”.

Andra exempel på hur vårdbiträdena underordnar sig i relation till klienter handlar om hur de accepterar eller fogar sig i att bli illa behandlade. Vårdbiträdena står ut med kränkningar av den egna integriteten som, t.ex direkta personagrepp, nedvärderande kommentarer eller sexuella trakasserier. Trots att vårdbiträdena upplever sådana typer av kränkningar som smärtsamma och obehagliga har de svårt att säga ifrån. De försöker istället hantera det egna obehaget genom att leva sig in i klientens situation för att hitta förklaringar och orsaker till dessa beteenden.

”Ja, han både kladdar och säger saker. Sätter på porrfilmer när frun är i badrummet. Och det är ju väldigt svårt att säga att ‘du lägg av med det där!’. Då känner man sig liten och utnyttjad och ‘tänk att jag för baske mig ska stå ut med allting, alltså!’ Allting ska vi tåla! (Har ni inte tagit upp det här i gruppen?) Nej, vi pratar inte om det. Man håller det inom sig, det där. Man vill inte riva upp himmel och jord där borta. För han är ju i en sån situation, och hon är ju i en sådan situation, så okey då. Han är handikappad och händerna är ganska obrukbara, så att säga. Och självklart har ju alla det här behovet, det förstår man ju. Man förstår dem ju, men samtidigt känner man liksom ‘Usch, sluta! Jag vill inte!’ /.../ Jag försöker tänka att det är en liten stund jag är här, jag får stå ut med det! Och så tar man till de där förmildrande omständigheterna. Att de är ju handikappade och de har det ju så svårt. Jag förstår ju det”.

Vårdbiträdet i citatet ovan förnekar sitt eget behov av ett respektfullt bemötande och försöker mildra kränkningen genom någon form av empatisk förståelse av klientens behov. Problemet med denna strategi är att den inte verkar leda till mer ömsesidigt respektfulla relationer, utan att vårdbiträdena hamnar i ganska låsta underlägen i förhållande till klienterna. I intervjuerna med vårdbiträdena som tillämpar denna strategi framkommer också upplevelser av trötthet och en viss uppgivenhet i arbetet. Ofta blir vårdbiträdenas utväg att distansera sig i relation till den aktuella klienten genom att stänga av känslomässigt och koncentrera uppmärksamheten på det praktiska arbetet.

”Jag stängde av mig på slutet. Annars hade jag inte grejat det. Jag gjorde det för att kunna fortsätta. Man går ur sig själv vid jobbiga saker som man bara måste göra. /.../ Jag talade om hur det var (för hemtjänstassistenten) och tänkte att någon måste lyssna. Sedan för att kunna stå ut där så stängde jag av, men svarade och var vänlig och gjorde det jag skulle. Man blir lite avtrubbad, det går till en viss gräns vad man orkar ta emot och sedan stänger man av.”

Sammanfattningsvis kan sägas att vårdbiträdena inom denna organisationsmodell hanterar yrkesrollens brist på gränser på två olika sätt. Å ena sidan finns vårdbiträden som tillämpar ett oflexibelt regel- och gränssättande i klientbemötande för att på så sätt värja sig mot för stora och svåra krav, en strategi som har uppenbara konsekvenser för omsorgskvaliteten och för personalens upplevelse av kvalitet i arbetet. Å andra sidan finns vårdbiträden som underordar sig och fogar sig för att tillfredsställa förväntningar från klienter och uppdragsgivare. Denna strategi tycks leda till psykisk och emotionell utmattning och att vårdbiträdena så småningom distanserar sig i relation till klienten, de ”stänger av” för att på så sätt skydda sig själva.

Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse

På flera plan är arbetsvillkoren för vårdbiträdesgrupperna i denna modell de mest ogynnsamma i jämförelse med de övriga tre modeller. Här finns den största obalansen mellan arbetskrav och resurser. Vårdbiträdena förväntas kunna arbeta med i princip alla klientgrupper och dessutom ha en flexibilitet i sin yrkesroll som inkluderar traditionellt service- och omsorgsarbete, sjukvård och fysisk rehabilitering samt socialpedagogiskt arbete. Detta innebär att den sammanlagda kravnivån blir mycket hög. Samtidigt framkommer att vårdbiträdena står utelämnade och ensamma i det svåra arbete de är satta att utföra.Handledning och professionellt stöd var mer undantag än regel, liksom samarbete med andra i vård- och omsorgsnätverket. Vårdbiträdena deltog endast undantagsvis, i vårdplaneringar eller möten med andra yrkesgrupper och kontinuerlig handledning för stöd och utveckling av det dagliga arbetet var lågt prioriterat.

I samband med att psykiatrireformen genomfördes blev vissa vårdbiträden erbjudna att delta i en psykiatrikurs. Utbildningen har i samtliga fall uppskattats och vårdbiträdena tycker att de har fått en bättre förståelse för denna klientgrupp. Kunskapen medför också att de känner sig säkrare i arbetet och blir mindre ”uppstressade”. Vissa beteenden kunde efter kursen förstås som en del av det psykiska handikappet och inte som svårhanterliga personlighetsdrag. En klient som de tidigare tyckte var ”lat” blev en klient som har ”svårt att ta initiativ”, en klient som de trodde ”på ren djävulskap vägrade öppna dörren” blev en klient som var ”rädd att släppa in någon”. Utbildningen gav också vårdbiträdena mer realistiska förväntningar på sin egna arbetsinsatser. De förstod att arbetet med tidigare klienter var fyllt av frustration och otillräcklighetskänslor för att de inte riktigt förstod den psykiska sjukdomen. En klient som plötsligt blivit deprimerad, upplevdes av vårdbiträdena som ett tecken på deras egen oförmåga och misslyckande. Nu förstod de att klientens toppar och dalar var en del av sjukdomsbilden. Även om vårdbiträdena uttrycker sig mycket positivt om utbildningen, finns här också kritik: att en några dagar eller veckor lång kurs inte motsvarar de kvalifikationskrav arbetet ställer.

”Om du får i uppdrag att bygga en modell och inte får en ritning då får man ju hålla på och bygga och riva. Det går ju bra när det är en byggsats men inte när det är en människa. Har du

kunskaper och vet hur du ska gå till väga så har du lättare att nå det utan att skada den personen. Både vi och de är ju lite försökskaniner när man inte har den utbildningen som krävs”.

Vad som ytterligare försvårar arbetsvillkoren är den kvantitativa arbetsbelastningen. Hemtjänstens verksamhet organiseras, dels med hänsyn till ekonomisk effektivitet där befintliga personalresurser måste användas maximalt, dels eftersträvas en hög personkontinuitet vilket innebär att vårdtagarna skall få den största delen av sin hjälp av ett begränsat antal vårdbiträden. Detta innebär att större vårdbiträdesgrupper ofta är indelade i mindre arbetslag. I allmänhet har varje arbetslag sina fasta vårdtagare som planeras in på det ordinarie dagschemat. Vid frånvaro av olika slag försöker man i första hand ta hjälp av de andra arbetslagen, istället för att ta in vikarier. Vårdbiträdenas scheman kunde tidigare innehålla vissa luckor som gav tid för oförutsedda behov men nu är varenda minut inbokad. Detta innebär att vårdbiträdesgrupperna ständigt får omorganisera arbetet för att hantera kollegors frånvaro eller klienters ökade omsorgsbehov.

Vårdbiträdesgrupperna i denna kategori arbetar under ständig stress och besparingarna har nått smärtgränsen, eller som ett vårdbiträde sade, ”Det går inte att springa fortare än man gör nu, då är det inte hemtjänst man ger”. Stressen kan sätta in redan på morgonen då vårdbiträdena skall få ihop dagens arbete. De hoppas att inget oförutsett ske, men alldeles för ofta måste vårdbiträdena organisera om arbetet för att täcka upp kollegors frånvaro eller andra förändringar. Detta innebär att vårdbiträdena känner sig stressande redan innan arbetet börjar hemma hos klienterna. Tidsbristen påverkar också vårdbiträdenas arbetsinnehåll genom att vissa hjälpinsatser väljs bort. Det händer att yrkesrollen får slagsida mot service och omsorg eftersom hjälp till självhjälp kräver mer tid. Detta gör att vårdbiträdena känner en frustration och ett missnöje över kvaliteten på den hjälp som ges.

De fulltecknade schemana innebär också att en mycket stor del av arbetstiden spenderas i direkt klientarbete. Det finns inte mycket tid för reflektion och samtal i arbetsgruppen. En av vårdbiträdesgrupperna samlas en stund efter arbetsdagens slut, bara för att ”inte bära hem allt elände”. Klienternas omedelbara behov går före personalens behov av möten.

”En gång i veckan skulle vi behöva ha möte åtminstone! Vi har alltid för kort tid när vi har våra möten och träffar, Gud om den var en timme längre, tänker man. Det är så mycket man vill prata om, det är så mycket som kommer upp under samtalets gång. För det handlar ju inte bara om sig själv, det handlar ju om alla vårdtagare och man ska gå igenom alla problemen. Och så fastnar man hos en där det är mycket problem, och det tar en sådan tid!”

De positiva sidorna av arbetet som Generalisterna (i likhet med arbetsgrupperna inom de tre övriga modellerna) lyfter fram är friheten att det inte är någon överordnad som styr och ställer med dem. Att arbetet inte är tråkigt och enahanda utan ställer krav på nya och kreativa lösningar och snabba beslut, vilket också kan bli påfrestande. Arbetet blir också meningsfullt för att de känner sig behövda, att deras insatser är viktiga och betydelsefulla för de människor de hjälper.

Arbetsvillkor i de olika organisationsmodellerna - relaterat till omsorgskvalitet

I resultatdelens sista avsnitt övergår vi från en i huvudsak beskrivande till en tolkande framställning med anknytningar till annan forskning och teori. Vi försöker även diskutera rekommenda-

tioner för arbetets organisation och relatera arbetsvillkor till omsorgskvalitet.

Tabell 2 syftar till att ge en överskådlig bild av situationen för de enskilda arbetsgrupperna i ett antal arbetsvillkorsvariabler utifrån tidigare analys. Utgångspunkten är dimensionerna arbetskrav, inflytande och stöd, vilka i många arbetsmiljöstudier framkommit som betydelsefulla för hälsa och välbefinnande och som kan sägas vara centrala aspekter av det ”goda arbetet” (Aronsson, 1985; 1989; Johnsson & Hall, 1988; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990).

Den empiriska analysen har gett dimensionerna deras konkreta innehåll i omsorgsarbete. Kvalitativa krav handlar här om kompetensupplevelse. Med detta avses personalens upplevelse av den egna kompetensen, att inom ramen för den definierade yrkesrollen, kunna tillgodose klienternas behov. Kompetensupplevelse blir därmed ett diskrepansmått. Det speglar alltså inte i första hand arbetets svårighetsgrad utan förhållandet mellan arbetets kvalitativa krav och upplevda egna resurser att möta dessa krav. Stöddimensionen handlar främst om stöd för professionellt utövande och utveckling. Skattningen av de olika variablerna bygger på informanternas upplevelser av huruvida arbetsvillkoren är tillfredsställande eller ej.

Tabell 2. Redovisning av arbetsvillkor i studiens samtliga grupper. Goda förhållanden markeras med plustecken (+) och ogynnsamma/otillräckliga förhållanden med minustecken (-). B = boendestödjare (5 grupper), V= vårdbiträdesgrupp (5 grupper).

Funktioner	Specialister					Generalister				
	Specialister					Generalister				Spec.
Arbetsgrupper	B1	B2	B3	B4	B5	V1	V2	V3	V4	V5
Inflytande										
Dagligt arbete	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Övergripande i biståndsbedömningen	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Arbetskrav										
Kvantitativ	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-
Kompetensupplevelse	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
Stöd										
Akuta råd och stöd	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Teoretisk kompetens-utveckling/fortbildning	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-
Kontinuerlig handledning	+	+	+	-	+	-	-	-	-	+
Samverkan med andra yrkesgrupper i nätverket	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+

Inflytande

Inflytandet har skattats högt av samtliga arbetsgrupper. I arbetslivsforskningen har ett högt inflytande setts som en viktig del av det goda arbetet. Organisationstrenderna i dagens arbetsliv med långtgående decentralisering och ökat inflytande för organisationens frontpersonal rimmar väl med ”det goda arbetets” idéer, där den enskilda arbetstagaren själv får styra, utforma och ansvara för sitt arbete. Även inom omsorgsforskning har stor vikt lagts vid inflytande som en förutsättning för vårdbiträdena att kunna ge en individuellt anpassad omsorg (James, 1992;

Szebehely, 1995). I denna studie framgår att inflytande i omsorgsarbetet kan betraktas både som en resurs som ger handlingsutrymme och som ett arbetskrav i meningen krav på att fatta beslut och ta ansvar för dessa. Inom omsorgsverksamhet har decentraliseringstrenden inneburit att kvalitativt nya arbetsuppgifter och ansvar har lagts ut på varje vårdbiträde. Det är vårdbiträdenas/boendestödjarnas ansvar att själva organisera och planera arbetet på kort och lång sikt, inom ramen för de resurser som står till buds. Samtliga intervjuade ansåg att de kunde påverka den biståndsbedömda hjälpinsatsen för deras klienter. De flesta ansåg också att en del av ansvaret i arbetet var att uppmärksamma och påtala såväl ökade som minskade behov hos klienterna. Arbetet i de studerade grupperna kan alltså knappast karaktäriseras som tayloristiskt detaljstyrt med åtskillnad mellan arbetets planering och arbetets utförande. Problemet är snarast det omvända, det vill säga högt ansvar och krav på beslutsfattande kombinerat med svåra arbetsuppgifter skapar en arbetssituation som ibland är svår att hantera med de resurser som de anställda har. Stress förmedlas här via upplevelser av otillräcklighet. Psykisk påfrestning och stress kan vara en följd av att inte hinna men även av att inte veta, kunna eller förstå.

Arbetskrav

Som vi sett i genomgången av de olika organisationsmodellerna verkar uppgiftspecialisering ur arbetsvillkorsynpunkt på många sätt vara fördelaktig. Arbetsområdena för såväl boendestödjarna med fokus på socialpedagogik och vårdbiträdena med fokus på service och omsorg innebär ett förhållandevis tydligt och avgränsat område vilket gav rimliga arbetskrav. Risker med en avgränsning i uppgifter finns framförallt när det gäller omsorgskvalitet. En uppgiftspecialiserad hemtjänst- eller boendestödsverksamhet tillgodoser bara en begränsad del av det samlade behovet av hjälp och stöd och motverkar således en flexibel och individuellt anpassad hjälp. I intervjumaterialet kan fyra förhållningssätt urskiljas i relation till klienternas behov. Dessa förhållningssätt är avhängiga personalens yrkesroll, kunskaper och omsorgsideologi.

1. Behov uppmärksammas och åtgärdas. Här handlar det om att personalen själva på ett eller annat sätt tillgodoser de uppmärksammade behoven. Hur behoven tillgodoses kan variera mellan mer direkta, ansvarsövertagande förhållningssätt och mer indirekta, motiverande och aktiverande förhållningssätt. Att behoven överhuvudtaget uppmärksammas beror på att personalen har kunskaper att se, d.v.s. upptäcka och identifiera behov. Att de åtgärdas beror på att personalen tycker att det ingår i deras yrkesroll och har en omsorgsideologi som innefattar dessa behov.

2. Behov uppmärksammas och åtgärdas genom att vidarebefordras till annan yrkeskategori som anses ansvarig. Här ingår det i yrkesrollen att uppmärksamma behov och att vidarebefordra dessa till andra yrkesgrupper. Här finns kunskap att se, men inte kompetensen att åtgärda. Det kan handla om medicinering som inte verkar fungera där psykiater kontaktas eller behov av träning och lägenhetsanpassning där sjukgymnast och arbetsterapeut kallas in.

3. Behov uppmärksammas men åtgärdas ej då de anses ligga utanför yrkesrollens ansvar. Här innebär en strikt yrkesrollavgränsning och en bestämd omsorgsideologi att bara vissa av de behov som personalen faktiskt ser tas om hand. Trots att personalen ser att klientens hem håller på att förfalla och klienten själv inte vill eller kan städa går inte personalen in och tar över detta ansvar, ens temporärt. Yrkesrollen exkluderar ett mer aktivt omsorgsgivande förhållningssätt och ideologin fokuserar klientens eget ansvar.

4. Behovet är så perifert i förhållande till den egna yrkesrollens avgränsning och kunskaper

att det inte uppmärksammas. Här innebär yrkesrollens avgränsning och sannolikt även otillräckliga kunskaper att vissa behov varken uppmärksammas eller åtgärdas. Det handlar det således inte om en medveten omsorgsideologi. Ett exempel är vårdbiträdesgruppen med inriktning på hem- och hushållsarbete och att göra saker åt sina klienter som inte såg behov av t.ex rehabilitering och aktivering.

De två första förhållningssätten innebär att en klients behov blir tillgodosedda antingen av vårdbiträdet/boendestödjaren själv eller av en annan yrkeskategori inom omsorgsnätverket. Ur kvalitetssynpunkt är det önskvärt att personalen rör sig mellan dessa två, dvs att de själva tar hand om det de upplever att de har kompetens för eller kontaktar och vidarebefordrar uppgifter som kräver en annan typ av kompetens. De två senare förhållningssätten, som återfinns inom de uppgiftspecialiserade modellerna, innebär med stor sannolikhet att viktiga behov inte blir tillgodosedda alls. Det gemensamma för vårdbiträdena och boendestödjarna, och som skiljer dem från andra yrkesgrupper inom vård- och omsorgsnätverket är att arbetet med klienterna oftast innebär en kontinuerlig kontakt i klientens hem och närmiljö. Den kontinuerliga kontakten innebär att personalen kan förvärva kunskaper om varje enskild klient, vilket är en förutsättning för att kunna ge en individuellt anpassad hjälp. Kunskap om de enskilda klienternas egenskaper och personlighet, vanor, svårigheter och önskningsar ger också vårdbiträdena/boendestödjarna unika möjligheter att bevaka och tillgodose klienternas intressen och behov. Således görs, enligt vår bedömning, stora kvalitetsförluster i omsorgen när personalen på grund av en strikt yrkesrollavgränsning, bristande kunskaper eller en ensidig omsorgsideologi inte uppmärksammar viktiga behov i arbetet med sina klienter.

Som framgår av ovanstående är kraven i omsorgsarbete inte helt och hållet på förhand givna. Söderfeldt m.fl. (1996) påpekar att det i allmänhet finns en viss frihet för human-service arbetare att påverka arbetskraven. Arbete inom human-service kännetecknas ofta av en låg grad av övervakning och otydliga eller vaga förväntningar på yrkesrollen vilket ger utrymme för individuella rolldefinitioner. Gemensamt för arbetsgrupperna inom samtliga organisationsmodeller i denna studie var ett stort individuellt inflytande och ansvar. Detta innebär att det enskilda vårdbiträdet eller arbetsgruppen kan försöka skapa balans genom att sänka eller modifiera kraven. I denna studie finns ett antal exempel på hur arbetskraven kan påverkas via mer eller mindre medvetna strategier. De uppgiftspecialiserade arbetsgrupperna påverkar kraven genom att exkludera vissa uppgifter ur yrkesrollen men också genom att vidarebefordra vissa klienter till annan verksamhet. Ett annat sätt att påverka kraven är när vårdbiträdena kommer överens om gemensamma förhållningsregler i relation till svåra klienter. Reglerna blir ett medel att reducera det egna ansvaret i mötet med klienten. Mindre medvetna strategier att påverka arbetskraven kan hänföras till olika psykologiska försvarsstrategier att hantera psykisk påfrestning. Vårdbiträdena försöker skydda sig genom att undvika eller distansera sig i komplicerade och svåra klientrelationer och resultatet blir att vårdbiträdena ger upp ambitionen att skapa bra relationer. Vårdbiträdena beskriver sådana relationer som att de "stänger av" eller "biter ihop", och de ger inte mer av sig själva än vad som är nödvändigt för att det praktiska arbetet skall bli utfört. Arbetskraven i omsorgsarbete måste alltså även förstås i relation till de bemästringsstrategier som personalen tar till i situationer av obalans mellan deras resurser och upplevda inre eller yttre krav. Dessa bemästringsstrategier har dessutom direkta implikationer för klienterna och omsorgskvaliteten.

Arbetskrav uppmärksammas vanligen som stressorer med de är naturligtvis också viktiga för-

utsättningar för utveckling och lärande (Aldwin, 1994; Aronsson, 1985; Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkman, 1984) I föreliggande studie framträder inte arbetskraven som utifrån givna utan som ett resultat av en dynamisk relation mellan arbetskrav och individens upplevelser och bemästringsstrategier. Viss obalans mellan individens resurser och upplevda krav skapar stimulans och leder till lärande och utveckling. Därmed förändras upplevelsen av arbetskraven och de kommer att uppfattas som mindre stressfyllda (jmf Karasek & Theorell, 1990). Om omsorgspersonalen inte upplever någon möjlighet att hantera de arbetskrav som ställs istället tar till mer defensiva bemästringsstrategier blir däremot obalanssituationens lärandepotential mer tveksam. Sådant bemästrande kan dämpa den akuta stressen men hämmar lärandet. Även om vårdbiträdet exempelvis försöker stänga av känslomässigt och koncentrera sig på det praktiska arbetet, förblir den svåra klienten en svår klient genom att de defensiva bemästringsstrategierna förhindrar insikter och kunskaper om klienten. Utifrån detta dilemma övergår vi därmed från omsorgsarbetets krav till omsorgsarbetets stöd för professionellt utövande och utveckling.

Stöd

Om vi tänker i termer av en balans mellan krav och resurser i omsorgsarbete och utifrån ett interaktionistiskt perspektiv på individ och arbetsvillkor blir stöddimensionen viktig. Stöd för professionellt utövande och utveckling kan ses som ett medel att öka omsorgsarbetarnas resurser att hantera kraven och därmed minska stressen och bidra till lärande men det kan också ses som ett medel att indirekt förbättra omsorgskvaliteten. Att balansera krav och resurser genom att utveckla ett stödjande nätverk kring omsorgspersonalen kan bidra till bättre omsorgskvalitet genom att personalen i mindre grad tvingas till bemästringsstrategier som har negativa konsekvenser för klienterna.

I analyserna framgår att stöd från personal med psykiatrisk, psykologisk och medicinsk kompetens efterfrågas och är mycket uppskattad i de fall samarbetet fungerar. Goda samarbetsrelationer med andra professioner underlättar och skapar en trygghet i det dagliga arbetet för personalens del och skapar förutsättningar för en god kvalitet där de skilda behoven hos klienterna tillgodoses. Stöd och kompetensutveckling efterfrågas framförallt i fyra olika avseenden. För det första behövs en tillgänglighet av mer eller mindre akut slag, att hemtjänsten kan nå de olika specialisterna när osäkerhet eller oklarheter uppstår. Det gäller frågor där psykiatrisk, psykologisk och medicinsk kompetens behövs. För det andra handlar det om en mer generell kompetensutveckling vad gäller olika sjukdomar och handikapp, bemötande och etik, människosyn, omsorgsideologi och arbetsmetoder. För det tredje kräver arbetet, som ju bygger på nära relationer mellan personal och klient, en kontinuerlig handledning som ger utrymme för reflexioner vad gäller egna känslor, upplevelser och reaktioner liksom diskussioner kring arbetsmetoder, förhållningssätt och etik. Sist men inte minst krävs möjligheter för ett ömsesidigt kunskapsutbyte och samverkan mellan hemtjänsten/boendestödjarna och andra professioner i vård- och omsorgsnätverket. Genom sitt nära och kontinuerliga arbete med klienterna kan vårdbiträdena/boendestödjarna se helheten och påtala de särskilda behov som de olika klienterna har. Här är det viktigt att hemtjänsten/boendestödet har kunskaper om vilka resurser som finns inom nätverket. Utan dessa fyra former av stöd och kompetensutveckling är det knappast rimligt att vårdbiträdena på ett kvalitetsmässigt gott sätt ska kunna arbeta som generalister när det gäller att tillgodose klienternas skilda behov.

En jämförelse mellan grupperna som var specialiserade på psykiskt handikappade och grupperna som arbetade med många olika kategorier av klienter visar att stöd och kompetensutveckling var vanligare hos de specialiserade. Orsakerna till detta var dels den särskilda uppmärksamhet och ekonomiska extraresurser som klientspecialiserade arbetsgrupper fick genom psykiatireformens genomförande, dels att det är organisatoriskt lättare att samordna handledning, utbildningssatsningar, och samarbetsfora för arbetsgrupper med likartad verksamhetsinriktning. Det innehållsmässiga behovet av utbildning och handledning blir mer varierat i en arbetsgrupp som arbetar med en heterogen klientgrupp. De tre vårdbiträdesgrupper som arbetade som generalister både vad gäller uppgifter och klientgrupper hade ett lågt professionellt stöd, samtidigt som både kvantitativa och kvalitativa krav var höga. Det var alltså vanligare i dessa grupper att en egna kompetensen upplevdes otillräcklig i relation till klienternas behov (se tabell 2). Att arbeta med en heterogen klientgrupp kan medföra att vårdbiträdena blir tvungna att lära sig lite om mycket och inte får möjlighet att fördjupa sina kunskaper. Om vårdbiträdena dessutom lämnas ensamma utan professionellt stöd finns risk för att vårdbiträdena tvingas till bemästringsstrategier som har negativa konsekvenser både vad gäller omsorgskvalitet och arbetsmiljö.

Diskussion

Studien genomfördes inom tre kommuner som utformat omsorgsarbetet på olika sätt. Det finns hitintills ingen statistik som ger en samlad bild av de studerade organisationsmodellernas kvantitativa förekomst i Sveriges kommuner. Generaliseringar och slutsatser rörande förhållanden på nationell nivå kan därför inte göras. Studiens syfte och viktigaste resultat handlar om identifiering av arbetsinnehåll, kunskaps- och kompetensbehov för de arbetande inom de olika organisationsmodellerna liksom konsekvenserna för omsorgskvalitet och arbetsvillkor.

Studien genomfördes inte utifrån någon explicit teori, även om stress, kompetens och kvalitetsfrågorna hade sin givna plats i intervjuarbetet. Ett av studiens antaganden var att arbetsmiljö- och omsorgskvalitetsfrågor hör nära samman (se även Aronsson m.fl., 1995) även om det inte är givet hur sambandet ser ut. En omfattande norsk sjukhusstudie med kvantitativ metodik visar på relativt god samstämmighet mellan bra arbetsvillkor och bra vårdkvalitet enligt patienternas uppfattning (Guldvog, 1997). I tidigare studier har vi funnit att möjligheten att göra ett bra arbete är grundläggande för vårdbiträdenas arbetstillfredsställelse (Astvik & Aronsson, 1994a). Otillräcklighetskänslor kopplade till vårdbiträdenas upplevelse av att inte kunna utföra ett gott arbete är en stark stressor (Aronsson, Astvik & Thulin, 1998; Astvik & Aronsson, 1994b). Ett ytterligare antagande för studien var att denna otillräcklighetssituation kunde tillspetsas än mer i mötet med hemtjänstens psykiatriska klienter. Även om den rimliga utgångspunkten är att hög arbetstillfredsställelse bland personalen hör samman med bra omsorg kan inte heller andra samband uteslutas, dvs hög arbetstillfredsställelse kan vara associerad med brister i omsorgen. Hög stress och låg arbetstillfredsställelse kan sannolikt under kortare perioder vara förenad med god omsorgskvalitet. Studiens uppläggning blev därför att i datainsamlingen fokusera båda aspekterna och analysera sambanden dem emellan. Den viktigaste källan för data om dessa båda aspekter är vårdbiträdesintervjuerna och vårdbiträdenas dagboksanteckningar. Intervjuer gjordes även med arbetsledare och klienter, vilka material utgör bakgrundsinformation i

studien⁹. Källan för våra slutsatser om omsorgskvalitet är personalens utsagor. I intervjuerna fångades personalens beskrivningar och uppfattningar om arbetsinnehållet. En kompletterande ansats vore att även använda klienterna som informanter. Ett motiv för detta kan vara att det kan finnas en diskrepans mellan vårdbiträdenas utsagor och klienternas upplevelser. Ett annat fall som motiverar klientintervjuer kan vara att personalen inte varseblir vissa aspekter av verkligheten, vilka är betydelsefulla för klientens upplevelse av god omsorg. Våra analyser av omsorgskvalitet i studien är därför som nämnts relaterade till de övergripande målen i socialtjänstlagen om helhetssyn och flexibla och individuellt anpassade hjälpinsatser. Underlaget är vårdbiträdenas och boendestödjarnas konkreta beskrivningar av arbetet med klienterna, inte personalens värderingar av omsorgskvaliteten. Ett syfte med detta angreppssätt var att hålla en kritisk distans till vårdbiträdenas utsagor med förhoppningen att kunna studera kvaliteten ur ett mer objektivet eller jämförbart perspektiv. Våra slutsatser om kvalitet stämmer därmed inte alltid överens med de intervjuades.

Omsorg och professionalisering

Ansatsen för denna studie har varit att analysera hur goda arbetsvillkor och bra omsorg kan förenas. Den arbetsform som bäst balanserar målen flexibilitet, kontinuitet och möjligheter till bredd och djup i kompetens är klientgruppspecialisering med generalistkompetens i uppgifter¹⁰. Resultaten talar för en utveckling mot en ökad professionalisering där specialisering, utbildning och olika former av professionellt stöd är viktiga delar. Därmed avviker studiens resultat och slutsatser från den professionaliseringskritiska omsorgsforskningens slutsatser och resultat, vilket motiverar att ämnet ånyo tas upp till diskussion. De många arbetsområden som identifierades visar komplexiteten i omsorgsarbetet. Det var dels uppgifter där personalen ersätter eller kompletterar klienternas bristande mentala och fysiska funktioner och bristande sociala resurser, dels arbetsområden som var mer framåtsyftande där fokus låg på att stödja och utveckla klienternas egna resurser. Omsorgsarbetet innehöll dessutom viss sjukvård och fysisk rehabilitering. Den professionaliseringskritiska omsorgsforskningen definierar omsorgsarbetets innehåll väsentligen genom de arbetsområden där vårdbiträdena ersätter eller kompletterar bristande funktioner hos klienterna, d.v.s. uppgifter av service- och omsorgskaraktär. De officiella förväntningarna på vårdbiträdenas yrkesroll, som de uttrycks i socialtjänstlagen, inkluderar en *omsorgsgivande roll* - att hjälpa vårdtagarna med sådant som de på grund av sitt handikapp inte klarar själva och en *socialpedagogisk roll* - att stödja och utveckla vårdtagarnas egna resurser. Den professionaliseringskritiska omsorgsforskningen ifrågasätter utvecklingen av omsorgsarbetet baserat på socialpedagogiska omsorgsideologier. Farhågan är att utbildning och yrkes-socialisering i en gemensam omsorgsideologi och yrkesetik - leder till försämrad omsorgskvalitet. Erfarenhetskunskaper och husmorsideologi kontrasteras mot utbildning och professionalitet, som antas leda till känslomässigt distanserade, instrumentellt motiverade och standardiserade förhållningssätt (se tex Johansson 1997).

I detta sammanhang kan det finnas anledning att anknyta till psykologen och forskaren Ulla

⁹ Klienternas synpunkter kommer att analyseras och särelevanteras i en kommande rapport.

¹⁰ Ritva Gough (1987, 1990) fann också att en specialisering utifrån klientgrupp kan vara en alternativ utveckling som främjar både kontinuitet och klientorientering. Detta ger förutsättningar för ett mer individuellt bemötande och medför dessutom att arbetet kan bli mer utvecklande och kompetenshöjande.

Holm som studerat empati och professionella hjälpare. Holm (1987, 1995) anser att begreppet professionell distans felaktigt har tolkats som känslomässig kyla hos yrkesutövarna. Holm menar att en professionell hållning kräver ett visst utrymme (eller distans) mellan hjälparen och klienten. Detta utrymme för reflektion minskar risken för aningslöst utagerande av egna behov och för överidentifikation. Holm (1987, sid 35) definierar professionell hållning som "en ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som gagnar patienten på kort och på lång sikt, av patientens legitima behov - inte av de egna behoven, känslorna och impulserna". Denna hållning innebär, för det första, att den professionella hjälparen måste acceptera att relationen till patienten inte är jämlik och ömsesidig eftersom patientens behov har företräde, för det andra, måste den professionelle hjälparen ha en medvetenhet om sina egna behov och känslor (Holm, 1995).

Med Holms beskrivning av professionell hållning förstås omsorgsrelationen som en relation mellan en *omsorgstagare som har en rättighet* att få hjälp och stöd i sin dagliga livsföring och en *omsorgsarbetare som har en skyldighet* att ge denna hjälp. I den professionaliseringskritiska omsorgsforskningen saknas ofta detta rättighets- och skyldighetsperspektiv utan relationerna beskrivs i termer av ömsesidighet genom vårdbiträdenas inneboende vilja att hjälpa andra och omsorgstagarnas tacksamhet.

"Hemsamariternas yrke är en ny variant av en traditionell kvinnoroll: Andras närliggande behov bestämmer vad för slags arbete man skall utföra, och 'extra belöning' uppnås när den som är beroende av dem uttrycker tacksamhet och tillgivenhet (Wærness, 1983, sid 125).

Tesen om ömsesidighet refererar till relationer mellan vårdbiträde och klient som är relativt okomplicerade. Studier visar dock att det förekommer ett flertal olika slag av relationer mellan vårdbiträden och klienter (Eustis & Fischer, 1991; Gustafsson, 1999) och även att det är vanligt med svåra klientrelationer (se t.ex Astvik & Aronsson, 1994 a,b; Thulin, 1987). Rinnan & Sylwan (1994) som studerat hemtjänsten från ett psykodynamiskt perspektiv har sett att otillräcklig kompetens i kombination med psykologiskt påfrestande arbetsförhållanden ger upphov till försvarsstrategier, både på det individuella och kollektiva planet. Vid svåra möten försöker personalen att på olika sätt distansera sig för att undvika det som väcker obehaget. Rent konkret innebär det att personalen exempelvis kan späda ut kontakten. Svåra klienter sätts på rotation eller på ett rullande schema, personalen kan ransonera sin kontakt genom att inte göra eller säga mer än vad de absolut måste, de kan använda dubbelbemanning för att kunna hålla avstånd till klienten eller de kan bli känslomässigt avtrubbade. Som framgått har samma försvarsstrategier identifierats i föreliggande studie där vårdbiträdena berättar hur de till slut "stängde av för att orka med" eller ransonerade sina insatser utifrån talesättet "ger man dem lillfingret så tar de hela handen". I studien har vi också sett att utbildning och handledning hjälpt vårdbiträdena i svåra möten och kunskaperna har understött ett mer empatiskt bemötande. Beteenden som vårdbiträdena tidigare upplevde som svårhanterliga personlighetsdrag förstods som en del av det psykiska handikappet. Professionellt stöd i form av exempelvis handledning verkar vara en viktig förutsättning för att vårdbiträdet skall kunna hålla ett psykologiskt utrymme mellan sig själv och klienten och därigenom undvika distansnerande försvarsstrategier.

Föreliggande studie har visat att vårdbiträdenas arbete är både intellektuellt och emotionellt krävande och att osäkerhet och brist på kunskaper framstår som viktiga anledningar till stress.

Att förlita sig på vårdbiträdenas erfarenhetskunskap som en tillräcklig guide i arbetet kan inte ses som en rimlig utgångspunkt¹¹. Studier som utgår ifrån likhetsperspektivet - att vårdbiträdena utför samma arbete hemma som på jobbet och att det är samma kompetens som krävs - riskerar att inte uppmärksamma viktiga kvalifikationskrav och de svårare sidorna i omsorgens möten. Kanske har betoningen av vårdbiträdenas erfarenhetskunskap också medfört en fokusering på att beskriva vad vårdbiträdena redan kan, medan kvalifikationskrav som kräver nya och fördjupade kunskaper inte lyfts fram. Här är inte avsikten att förringa värdet och betydelsen av praxis- och klientkunskap. En viktig slutsats är istället att peka på komplexiteten i arbetet och att poängtera vikten av stöd för professionellt utövande och utveckling.

I studien har olika organisationsmodeller beskrivits och analyserats med syftet att undersöka konsekvenser av olika typer av specialisering i omsorgsarbete. Eftersom hemtjänstens klienter har en mångfacetterad problematik med medicinska, psykologiska och sociala dimensioner bör insatser baserade på dessa kunskapsområden ingå i den service, stöd och vård som ges (SOU 1992:73). Detta talar för en bredd i omsorgsgivarnas kompetens. En specialisering som bygger på avgränsning av uppgifter har svårt att svara mot den helhetssyn som socialtjänstlagen talar för. En specialisering som innebär att antingen omsorgsarbete eller socialpedagogiskt arbete utesluts kan bidra till halverade människosyner där personalen förhåller sig till sina klienter antingen som om de vore passiva objekt utan eget ansvar, eller som om de vore ansvarstagande subjekt som i varje stund har att ansvara för sitt eget liv (jmf. Eliasson, 1992c; Juul-Jensen, 1991). En uppgiftspecialisering kan också innebära att boendestöds- eller hemtjänstinsatserna inte kan leva upp till målet om en individuellt anpassad hjälp. Det är snarast klienterna som får anpassa sig till personalgruppens kompetens och inriktning.

Studiens uppläggning – att boendestöd och hemtjänst studerats i samma kommun – gör det möjligt att observera vissa effekter av de olika verksamheternas avgränsning och inriktning. I de två kommuner som valde att bygga upp särskilda boendestödsgrupper för de psykiskt långtidssjuka skedde samtidigt en avgränsning i uppgifter. På grund av boendestödsgruppernas inriktning på socialpedagogiskt arbete hamnade några av de svåraste klienterna hos hemtjänsten, samtidigt som boendestödsgrupperna hade mer gynnsamma villkor med avseende på personalresurser och professionellt stöd. Detta är ett paradoxalt resultat som pekar på vikten av en helhetssyn även när det gäller arbetsvillkor för olika personalgrupper inom en kommuns äldre- och handikappomsorg. En specialiseringsprocess kan leda till att vårdbiträdena i hemtjänsten, som kvarblivande generalister, blir bortglömda i en mycket ogynnsam arbetssituation både ifråga om arbetsbelastning och i tillgängliga resurser för stöd.

I jämförelsen mellan de olika organisationsmodellerna var arbetsvillkoren ur flera synpunkter de minst gynnsamma för de vårdbiträdesgrupper som arbetade som generalister både vad gäller klientgrupp och uppgifter. Komplexiteten i arbetet kombinerat med ett stort ansvar för människors liv, välbefinnande och utveckling visar ett behov av någon form av avgränsning. Klientgruppspecialisering framträder som en möjlig väg att direkt åstadkomma en bättre balans mellan arbetskrav och resurser, och indirekt skapa förutsättningar för en god omsorgskvalitet. Med

¹¹ Att det finns ett stort behov av kompetensutveckling inom äldre- och handikappomsorgen konstateras även i ett flertal uppföljningsstudier i samband med reformerna. Både personal och klientorganisationer upplever att behovet av kompetensutveckling är stort (Socialstyrelsen 1997:9; 1998:9; 1999:1; SOU 1997:51; Svenska Kommunförbundet, 1999).

ökade professionellt baserade kunskaper hos omsorgsarbetarna, ett väl utvecklat stödjande nätverk och en organisation som tillåter såväl bredd som djup i kompetens, finns förutsättningar för en god arbetsmiljö och en god omsorgskvalitet.

Sammanfattning

Astvik W och Aronsson G. *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet*. Arbete och Hälsa: 2

Syftet med denna studie var dels att undersöka omsorgsarbetets innehåll i hemtjänst- och boendestödverksamhet, dels att jämföra olika organisatoriska modeller både när det gäller arbetsvillkor och omsorgskvalitet. Från tre kommuner undersöktes med kvalitativ metodik 10 arbetsgrupper som representerade specialisering resp. icke-specialisering på psykiatriska klienter. Resultaten identifierar tre breda klientrelaterade arbetsområden : 1) att ersätta eller komplettera klienternas bristande förmågor och sociala resurser, 2) sjukvård och fysiskt rehabilitering, 3) stöd och utveckling av klienternas egna resurser. Jämförelser mellan gruppernas arbetsinnehåll visade att grupperna även kunde kategoriseras som specialiserade/icke-specialiserade vad gäller arbetsuppgifter. Analys av de fyra kombinationerna tyder på olika konsekvenser för omsorgskvalitet och personalens arbetsvillkor. Den modell som bäst balanserar god omsorgskvalitet och bra arbetsvillkor är klientspecialisering med generalistkompetens i uppgifter. Studien pekar på komplexiteten i omsorgsarbete och poängterar vikten av stöd för professionellt utövande och utveckling.

Nyckelord: Hemtjänst, boendestöd, arbetsvillkor, omsorgskvalitet, psykiatrireformen, arbetsorganisation, professionalisering, specialisering, stress, stöd.

Summary

Astvik W and Aronsson G. *Home care workers as specialists or generalists. Quality in work and care.* Arbete och Hälsa 2000:2

The study concerns the psychiatric reform and different solutions to organize home care for this client group. The aim of the study was to examine work content and to compare working conditions and care quality between work groups specialized on clients with a psychiatric diagnosis with groups working with a heterogeneous client group (old, young with a wide variety of disablement, including psychiatric disablement). Ten work groups from three municipalities were investigated by qualitative methodologies. The results identify three areas of work content: 1) Work areas focused on basic everyday needs - service and caregiving; 2) Medical care and physiotherapy; 3) Work areas aiming for client's independence - social education. Analysis of the combination of work areas and client group led to a fourfold table categorization of the work groups as client specialized versus non specialized and task specialized versus non specialized. The best balance between work conditions and care quality were found in the organizational model that combine client specialization with a generalist competence in tasks. The study describes the emotional and intellectual demands of care work and underlines the significance of a professional support.

Keywords: Home care work, work-conditions, work-organization, care quality, professionalization, specialization, stress, support, psychiatric reform.

Referenser

- Abrahamsson, B. & Söder, M. (1977). *Makten och verksamheten*. Stiftelsen ALA, Stockholm.
- Aldwin, C M. (1994). *Stress, coping, and development. An integrative perspective*. The Guilford Press, New York.
- Aronsson, G. (1989). Dimensions of control as related to work organization, stress and health. *International journal of health services*. Vol 19 (3) 459-468.
- Aronsson G. (1985). *Arbetsinnehåll - handlingsutrymme - stressreaktioner. Teorier och fältstudier, del 1 och 2*. akad. avh. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Aronsson, G., Astvik, W., Freed Solfeldt, M. & Svensson, G. (1995). *Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten*. Arbetslivsinstitutet, Solna.
- Aronsson, G., Astvik, W. & Thulin, A-B. (1998). Home-care workers: work conditions and occupational exclusion. A comparison between carers on early-retirement and regular pensions. *Home Health Care Services Quarterly*, Vol. 17(2) 71-91.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994a). *Det goda arbetet i hemtjänsten*. *Arbete och hälsa* 1994: 32, 92-103.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994b). *Hälsomässiga, psykologiska och organisatoriska aspekter på vårdbiträdesarbetet i hemtjänsten*. *Arbete och hälsa* 1994: 32, 20-48.
- Beckman, S. (1981). *Kärlek på tjänstetid - om amatörer och professionella inom vården*. Rapport 17, Arbetslivscentrum, Stockholm.
- Berglind, H. & Pettersson, U. (1980). *Omsorg som yrke eller omsorg om yrket -en studie om omsorgens professionalisering*. Sekretariatet för framtidsstudier, Stockholm.
- Caplan, R D. (1987) Person-environment fit in organizations: theories, facts, and values. I Riley, A W. & Zaccaro, S J. (Eds.). *Occupational stress and organizational effectiveness*. Praeger, New York.
- Christensen, K. (1991). Hjemmehjælparen - en ny offentlig omsorgsrolle: Et kvindesyn på ældreomsorg. *Social Kritik*, 12, 6-18
- Christensen, K. (1998). *Omsorg og arbejde. En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg*. akad avh. Sosiologisk institutt, Univeristetet i Bergen.
- Eliasson, R. (1987). *Forskningsetik och perspektivval*. FoU-rapport 7 A. FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning.
- Eliasson, R. (Red.). (1992a). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Arkiv förlag, Lund.
- Eliasson, R. (1992b). Omsorg som lönearbete: Om taylorisering och professionalisering. I Eliasson, R. (Red.). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Arkiv förlag, Lund.
- Eliasson, R. (1992c). Om positioner och perspektiv i forskningen. I Eliasson, R. (Red.). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Arkiv förlag, Lund.
- Eliasson, R. (Red.). (1996). *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, praktiken*. Sudentlitteratur, Lund.
- Eliasson, R. & Szebehely, M. (1991). Äldreomsorgens särart och särbehandling. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2-3, 69-77.
- Eliasson-Lappalainen, R. & Szebehely, M. Omsorgskvalitet i svensk hemtjänst - hotad eller säkrad av att mätas? I Eliasson-Lappalainen, R. & Szebehely, M. (Red.). (1998). *Vad förgår och vad består? En antologi om äldreomsorg, kvinnoösyn och socialpolitik*. Arkiv förlag, Lund.
- Eustis, N. N. & Fischer, L. R. (1991). Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care *The Gerontologist*, 31 (4) 447-456.
- Franssén, A. (1997). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. akad avh. Arkiv förlag, Lund

- Freed Solfeldt, M. (1990). *Tyvärr, jag hinner inte... Om arbetet vid servicehus och om olika faser i en arbetsprocess*. Almqvist & Wiksell.
- Gardell, B., Gustafsson, R Å., Brandt, C., Tillström, I., Torbiörn, I. (1979). *Sjukvård på löpande band*. Prisma. Stockholm
- Gough, R. (1990). Arbetsorganisation och samverkan. Ingår i L. Johansson & G Alaby, (Red.). *Den nya äldreomsorgen*. Allmänna förlaget, Stockholm.
- Gough, R. (1987). *Hemhjälp till gamla*. Forskningsrapport 54, Arbetslivscentrum, Stockholm.
- Guldvog, B. (1997). Hvordan påvirker sykehuspersonalets arbeidsmiljø resultatene for pasientene? I Guldvog, B (red.). *Helsepersonellens arbeidsmiljø og jobbtilfredshet*. HELTEF, Akershus.
- Gustafsson, G. (1999). *En omsorgstriad. Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter*. akad avh. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Holm, U. (1987). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Holm, U. (1995). *Det räcker inte att vara snäll*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Illich, I. (1977). *Disabling professions*. Boyars, London.
- James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness*, 14 (4) 488- 509.
- Johansson, J.V. & Hall, E. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78, 1336-1342.
- Johansson, S. (1997). Hälsoprofessioner i välfärdsstatens omvandling. I Sundin, E (Red.) *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. SOU; 1997:3. Stockholm, Fritze.
- Johansson, S. (1991). Avlönat och oavlönat omsorgsarbete i hemmet. Kvinnostrategier och politiska motsättningar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7-8, 344-354.
- Johansson, S. (1995). (Red.). *Sjukhus och hem som arbetsplats*. Bonnier Utbildning & Universitetsförlaget.
- Juul-Jensen, U. (1991). *Moraliskt ansvar och människosyn. Attityder till social- och hälsovård*. Studentlitteratur, Lund.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental health: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York, N. Y.: Basic Books.
- Lagergren, M., Lundh, L., Orkan, M., Sanne, C. (1983). *Tid för omsorg. Slutrapport för projektet "Omsorgen i samhället"*. Liber Förlag, Stockholm.
- Lazarus, R S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company, New York.
- Rinnan, T. & Sylwan, U. (1994). *Hjälparens utsatthet -psykiska påfrestningar i social omsorg*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Socialstyrelsen 1988:7. Personalförsörjningen i hemtjänsten. Socialstyrelsen redovisar.
- Socialstyrelsen 1997:6. Är vi på rätt väg. Årsrapport för psykiatrireformen 1997. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Nordstedts tryckeri, Stockholm.
- Socialstyrelsen 1997:9. Äldreuppdraget. Årsrapport 1997. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Elanders GOTAB, Stockholm.
- Socialstyrelsen 1998:9. Äldreuppdraget. Årsrapport 1998. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Modin-Tryck AB, Stockholm.
- Socialstyrelsen 1999:1. Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Modin-Tryck AB, Stockholm.
- SOU 1997:51. Brister i omsorg –en fråga om bemötande av äldre. Delbetänkande av utredningen om bemötande av äldre. Nordstedts Tryckeri AB, Stockholm.
- SOU 1995:58. Kompetens och kunskapsutveckling - Om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten. Delbetänkande av socialtjänstkommittén. Nordstedts Tryckeri AB, Stockholm.

- SOU 1992: 52. Ett samhälle för alla. Slutbetänkande av 1989 års handikapputredning. Nordstedts Tryckeri AB, Stockholm.
- SOU 1992:73. Valfärd och valfrihet -service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen. Nordstedts Tryckeri AB, Stockholm.
- Svenska kommunförbundet (1999). Personal och kompetens i förändring. Alfa Print AB, Sundbyberg.
- Svensson, L. (1986). *Grupper och kollektiv. En undersökning av hemtjänstens organisation i två kommuner*. Arbetslivscentrum, Utredningsrapport 2, Stockholm.
- Szebehely, M. (1995). *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. akad avh. Arkiv förlag, Lund.
- Szebehely, M. (1999). Omsorgsarbetets olika former. Nya klasskillnader och gamla könsmonster i äldreomsorgen. *Sociologisk forskning*, 1, 7- 32.
- Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O'Campo, P., Warg, L.-E. & Ohlson, C.-G. (1996). Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model. *Social Science and Medicine*. Vol 42 (9), 1217-1226.
- Thulin, A-B. (1987). *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. Rapport n 80, FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning.
- Wærness, K. (1983). *Kvinnor och omsorgsarbete*. Prisma, Stockholm.
- Wærness, K. (1984). The rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy*, Vol 5 (2) 185-211.
- Wærness, K. (1995). En offentlig tjenstene i spenningsfeltet mellom ulike kulturer. I Johansson, S (red.). *Sjukhus och hem som arbeidsplats*. Bonnier Utbildning & Universitetsförlaget.