

NR 2002:I7

Svåra möten i omsorgsarbete

Wanja Astvik

ARBETE OCH HÄLSA | VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-662-3 ISSN 0346-7821 <http://www.niwl.se/>



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

Arbetslivsinstitutets mål är att bidra till:

- ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor.
- en ökad kunskap om och i arbetslivet.

Forskning och utveckling sker inom sex kompetensområden: arbetshälsa, arbetsmarknad, arbetets organisering, ergonomi och belastning, fysikaliska och kemiska hälsorisker samt integrations- och utvecklingsprocesser. En viktig del av verksamheten är kommunikation och kunskapsförmedling.

Det är i mötet mellan teori och praktik, mellan forskare och praktiker, det kan skapas nya tankar som leder till utveckling. Arbetslivsinstitutets uppgift 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 Stockholm, Göteborg/Trollhättan, Malmö, Norrköping, Umeå och Östersund.

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

ARBETE OCH HÄLSA

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

© Arbetslivsinstitutet & författare 2002
Arbetslivsinstitutet,
112 79 Stockholm

ISBN 91-7045-662-3
ISSN 0346-7821
<http://www.niwl.se/>
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

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 kunnat fortsätta genom Wanja Astviks doktorandtjänst vid Arbetslivsinstitutet. Inom projektet har ett antal andra studier genomförts där arbetsorganisatoriska frågor fokuserats. Exempel är den kvalitativa studien *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet* (Astvik & Aronsson, *Arbete och Hälsa* 2000:2) och enkätstudien *Gränser i omsorgsarbete. En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet* (Astvik, Bejerot & Petterson, *Arbete och Hälsa* 2001:16).

En kvalitativ studie som *Svåra möten i omsorgsarbete* skulle inte kunna genomföras utan att många människor ställde upp och bidrog med sin tid, sina erfarenheter och tankar. Vi vill därför tacka alla de vårdbiträden och boendestödjare som deltog i studien. Ett varmt tack för er generositet och öppenhet.

Michael Allvin och Eva Bejerot har bidragit med värdefulla synpunkter och diskussioner under arbetets gång. Ett stort tack till er.

Stockholm i december 2002

Gunnar Aronsson
Professor i psykologi
Chef Arbetshälsoenheten

Wanja Astvik
Doktorand
Arbetshälsoenheten

Innehåll

Inledning	1
Relationer som arbete och arbetsmiljö	1
Teoretisk referensram – Coping och försvar	3
Syfte	7
Metod	8
Urval och deltagare i studien	8
Undersökningens genomförande och undersökningsmetod	8
Databearbetning och analys	10
Resultat	10
Ger man lillfingret så tar de hela handen – om behov	11
Jag är ingen jävla piga – om att känna sig använd	13
Allt ska vi tåla! – om kränkningar	16
Man får inte bli för viktig – om närhet och beroende	18
Jag städar åt dem och inget annat – om ansvar och skuld	21
Det smittar av sig – om depressioner och nedstämdhet	24
Det man inte ser finns inte – om ångest och utsatthet	25
Till slut stänger man av – om otillräcklighet	27
Man tror de jävlas med en – om kunskapsbrist	31
Diskussion	33
De svåra mötena	33
Strategierna	36
Arbetsvillkor och organisation	40
Avslutningsvis	42
Sammanfattning	44
Summary	44
Referenser	45

Inledning

Denna rapport handlar om arbete och arbetsvillkor i äldre- och handikappomsorgen. I fokus står det som kan sägas utgöra själva kärnan i arbetet – nämligen omsorgsgivarnas relationer med sina klienter. Att vara en omsorgsarbetare innebär att tillbringa sina arbetsdagar i relationer med människor som av en eller annan anledning behöver hjälp för att klara sitt dagliga liv. Det är i mötet mellan hjälp-givare och hjälptagare, i en relation mellan två parter, som arbetet utförs. I den här studien söks en fördjupad förståelse av arbetsvillkor och arbetsmiljö i omsorgsarbete genom en granskning av problem och svårigheter i omsorgens möten. Som en mer allmän bakgrund kan sägas att det skett stora förändringar inom vård och omsorgssektorn som förändrat innehållet i hemtjänstens arbete. Genom 1990-talets Ädel-, Handikapp- och Psykiatrireform fick kommunerna ett utökat och förtydligat ansvar för klientgrupper som tidigare vårdats inom landstingets regi. Ekonomiska åtstramningar och effektiviseringskrav inom såväl landsting som kommun har inneburit att hemtjänstens klientgrupp har kommit att bli allt mer hjälpbehövande, bland annat genom att kommunerna tillämpar en mer restriktiv behovsbedömning och att sjukhusvården präglas av allt kortare vårdtider (Socialstyrelsen, 1997). Insatserna riktas till de mest hjälpbehövande och bland dem som får hjälp är det fler än tidigare som är i behov av mycket omfattande insatser av vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2001). Nu vid 2000-talets början kan äldre och handikappomsorgen betecknas som en bransch i kris. Svenska kommunförbundet (2001) beskriver kommunernas omfattande rekryteringsbehov som en ”exceptionell utmaning”. Ungdomarnas intresse för en karriär inom vård och omsorg minskar stadigt och antalet elever som väljer gymnasieskolans omvårdnadsprogram har halverats sedan 1990-talets början. Ett annat stort problem är att långtidssjukskrivningarna inom sektorn ökar dramatiskt. Den ökade sjukfrånvaron gäller framförallt stressrelaterade belastningssjukdomar, vilket pekar på de psykiskt påfrestande arbetsförhållanden som vård- och omsorgspersonal verkar under. Till bilden av en bransch i kris hör också de senaste årens vårdskandaler som rapporterats om i media. Dessa rapporter och avslöjanden om övergrepp och kränkningar i äldre- och handikappomsorgen är tydliga signaler på att relationerna mellan omsorgsgivare och omsorgsmottagare är långt ifrån oproblematiske. Onyanserade analyser med syndabockstänkande pekar på behovet av ökad förståelse och kunskaper om omsorgsarbetarnas svåra möten liksom kunskaper om vilken typ av stöd personalen behöver för att kunna leva upp till samhällets förväntningar på en god kvalitet och ett gott bemötande.

Relationer som arbete och arbetsmiljö

I ett antal svenska arbetsmiljöstudier har förhållanden mellan arbetsvillkor och omsorgspersonalens hälsa och välbefinnande undersökts. En sammanfattande slutsats av dessa studier är att mötet med omsorgstagaren är en viktig del i omsorgsgivarnas arbetsmiljö. I en studie (Aronsson m. fl., 1998) om förhållanden

bakom utslagning i vårdbiträdesyrket jämfördes vårdbiträden som blivit sjuk- eller förtidspensionerade med vårdbiträden som gått i vanlig ålderspension beträffande arbetsvillkor. Inte oväntat var fysisk funktionsnedsättning en tung faktor bakom förtidspensionering. Men även psykologiska aspekter, särskilt relationen mellan vårdbiträde och vårdtagare visade sig vara av stor vikt. Medan förtidspensionärernas förhållningssätt innebar att anpassa sig efter vårdtagarnas behov, så utmärktes ålderspensionärerna istället av ett gränssättande förhållningssätt. Medan de förtidspensionerade i större utsträckning upplevde skuld- och otillräcklighetskänslor i relation till hjälptagarna så utmärktes de som gått i vanlig ålderspension i stället av att de upplevde svårigheter med krävande vårdtagare. En annan studie (Astvik & Aronsson, 1994a) visade att vårdbiträden ofta upplever skuld- och otillräcklighetskänslor i förhållande till omsorgstagarna och att det fanns ett samband mellan sådana upplevelser och de vanligast förekommande ohälsosymtomen fysisk och psykisk uttröttnings efter arbetet samt nack-/ryggbesvär. Den studien visade också att drygt hälften av vårdbiträdena varje dag eller flera gånger i veckan hjälpte personer de ogillade att gå till och att denna påfrestning samvarierade med ohälsosymtom såsom psykisk och fysisk uttröttnings efter arbetet, olustkänslor inför arbetet samt rygg- och nackbesvär (Astvik & Aronsson, 1994a). Även amerikanska studier om omsorgsarbete har pekat på relationernas betydelse när det gäller stress och hälsa. En studie (Bartoldus m.fl., 1989) visade att den största källan till såväl arbetstillfredsställelse som stress hos omsorgsarbetare kom ur relationerna till klienterna. De emotionella och relationella aspekterna av arbetet rapporterades som svårare och mer stressfyllda än de praktiska uppgifterna. En annan studie (Donovan, 1989) om stress i hemtjänstarbete visade också att psykisk stress var associerad med variabler så som ansvar för klienterna och upplevelser av kvalitetsbrister. Andra studier (Kaye, 1986; 1989) har visat att vårdbiträden upplever att arbetets svåraste sidor, som de känner sig minst rustade att hantera, rör problem i relationerna med klienterna och att de emotionellt behövande klienterna upplevs som allra svårast.

Betydelsen av relationen till omsorgstagarna framkommer också när vårdbiträden gjort bedömningar av det bästa, det sämsta och det man helst vill förändra i arbetet. Vårdbiträdenas vanligaste svar angående arbetets positiva sidor handlade om att få arbeta med människor, att få göra gott och att hjälpa andra människor. Det vanligaste svaret angående arbetets negativa sidor berörde också relationen ur perspektivet att inte kunna göra mer eller tillräckligt för omsorgstagarna (Astvik & Aronsson, 1994b). Mötet mellan omsorgsgivare och klient framträder alltså som den viktigaste källan till såväl motivation och arbetstillfredsställelse som stress och ohälsa.

Vi vet genom ett antal studier att relationerna mellan omsorgsgivare och deras klienter kan se väldigt olika ut med avseende på förväntningar och grad av ömsesidighet mellan de bägge parterna (Eustis & Fischer, 1991; Gustafsson, 1999) och även att det är vanligt med svåra klientrelationer (se t.ex. Astvik & Aronsson, 1994 a; b; Astvik m.fl., 2001; Larsson, 1996; Thulin, 1987). Studierna visar att det finns svåra relationer, däremot är kunskaperna mindre om *hur* dessa svåra relationer ser ut och *varför* relationerna är svåra. I föreliggande studie fokuseras

omsorgsarbetarnas relationer med sina klienter. Avsikten är att identifiera och närmare granska de klientrelationer som upplevs som svåra och att med stöd av copingteori och psykodynamisk teori om försvar analysera omsorgsgivarnas strategier i dessa svåra möten. Avsikten är också att försöka förstå personalens strategier i relation till de arbetsvillkor de verkar under.

Teoretisk referensram – Coping och försvar

Coping handlar om hur människor hanterar stressfyllda situationer. Begreppet coping började användas under 1970-talet men den grundläggande idén i begreppet har sina rötter i psykoanalytisk teori om psykiska försvar. I översiktsartiklar delas copingforskningen ofta in i tre ansatser (se t.ex. Aldwin, 1994; Dew m.fl., 1993; Lazarus & Folkman, 1984; Parker & Endler, 1996). Det är dels den *psykodynamiska ansatsen* med fokus på omedvetna psykologiska försvar. Dels två ansatser som betraktar coping som i huvudsak medvetna strategier att hantera stress. Dessa skiljer sig åt genom att den ena definierar coping som relativt stabila personlighetsdrag och man talar följaktligen om *copingstilar*, den andra ansatsen definierar istället coping som föränderliga och kontextberoende sätt att handskas med stress vilket innebär att man här talar om *copingprocesser*. I denna studie definieras vårdbiträdenas strategier som både mer eller mindre medvetna försvar och mer eller mindre medvetna copingstrategier. Försvar och coping betraktas här som kontextberoende strategier snarare än personlighetskaraktäristiska.

Coping – fokus på medvetna strategier

Forskningen om människors *medvetna* strategier att handskas med stressfyllda situationer har inordnats under begreppet coping (Parker & Endler, 1996). Det finns, som redan nämnts, en ansats som ser coping som relativt stabila personlighetskaraktäristika men vårt intresse riktar sig till den ansats som definierar coping som flexibla och föränderliga sätt att handskas med stress som påverkas av individens värdering eller bedömning av den särskilda situationen (Lazarus & Folkman, 1984). Huruvida ett möte upplevs som stressfyllt beror på vilken mening individen tillskriver detta möte (Lazarus, 1966). Detta är också ett synsätt som omfattas av interaktionistiskt orienterade stressforskare inom arbetslivet (Cox, 1987; Dewe, 1991; 1993; Edwards, 1988; O'Driscoll & Cooper, 1994). Utgångspunkten är att människor värderar sin relation med omgivningen avseende konsekvenser för deras välbefinnande och att stress uppstår då de transaktionella alternativen är skada/förlust, hot eller utmaning (Lazarus & Folkman, 1984). Under senare tid har betydelsen av emotionerna i stressprocessen uppmärksamats (Lazarus, 1999). Emotionerna ger en mer differentierad och komplex förståelse av en individs upplevelse och förhållningssätt i interaktion med sin omgivning. Kunskaper om att en individ i ett givet möte upplever exempelvis ilska, ångest, skuld eller medkänsla berättar mycket mer än att individen i detta möte upplever sig skadad, hotad eller utmanad. När det gäller omsorgsarbete är betoningen på emotionerna i stressprocessen särskilt relevant. Omsorgsarbete ställer inte bara krav på praktiska och intellektuella kvalifikationer utan de

emotionella kraven är karaktäristisk för den här typen av arbete (se t.ex. Astvik & Aronsson, 1994a; James, 1992; Szebehely, 1995).

En fråga som diskuterats och studerats är huruvida individens värderingar sker på en medveten eller omedveten nivå. Enligt Lazarus (1999) kan värderingen vara såväl avsiktlig och i stort sett medveten som mer intuitiv, automatisk, och omedveten. Lazarus utesluter inte psykoanalysens omedvetna försvar i sin teori utan ser försvaren som en typ av copingstrategier. De psykologiska försvaren påminner om det Lazarus och Folkman (1984) har benämnt defensiv omvärdering. En huvuddistinktion som Lazarus (1999) gör mellan dessa två typer av omedvetna värderingar är att omedvetet tankeinnehåll ganska lätt kan medvetandegöras genom att personen får reflektera över den aktuella situationen. De defensiva omvärderingarna kan däremot vara svårare att medvetandegöra därför att det finns en stark motivation att inte konfronteras med dessa. De psykologiska försvaren påverkar och förvanskar vad en människa kan berätta om meningen i en transaktion med omgivningen. Ur forskningssynpunkt innebär detta att en persons berättelse om hur han eller hon har bedömt en situation inte kan accepteras utan vidare, utan forskaren bör försöka upptäcka defensiva förvrängningar. Newton (1989) tar också upp detta problem i arbetslivsrelaterad forskning om stress och coping. Möjligheten att omedvetna försvarsprocesser kan vara verksamma påverkar validiteten i enkätmätningar av psykologisk stress vilket kräver alternativa undersökningsinstrument.

Lazarus och Folkman (1984) definierar coping som, konstant föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att hantera specifika externa eller interna krav som bedöms överstiga de personliga resurserna. Med i princip samma innebörd definierar Dewe, Cox och Ferguson (1993) coping som de tankar och beteenden en individ använder för att handskas med ett upplevt stressfyllt möte eller mötets konsekvenser. Två övergripande copingfunktioner som har urskiljts är *problemfokuserad* respektive *emotionsfokuserad* coping (Lazarus & Folkman, 1984). Problemfokuserad coping innebär att handlingarna syftar till att förändra den problematiska relationen mellan person och omgivning. Emotionsfokuserad coping syftar istället till att reglera känslorna genom att ändra meningen i den sociala transaktionen. Emotionsfokuserad coping kan innebära strategier vars syfte är att minska det emotionella obehaget via exempelvis undvikande, distansering, avskärmande eller bagatellisering. En annan typ av emotionsfokuserad coping är kognitiv omvärdering vilket innebär en omtolkning av en situation. Ett antal studier har visat att när förhållandena bedöms som påverkbara, dvs. när individen upplever någon form av kontroll så dominerar problemfokuserad coping. När förhållandena istället upplevs som opåverkbara så dominerar emotionsfokuserad coping (Folkman m.fl., 1986a; Folkman m.fl., 1986b).

Psykodynamiska ansatser – fokus på omedvetna försvarsprocesser

De psykodynamiska ansatserna fokuserar *omedvetna* försvarsprocesser vars funktion är att kontrollera negativa affekter och bara släppa igenom den ångest, rädsla och obehag som människan är kapabel att ta in och bearbeta just då. Inom psykoanalytisk teoribildning finns väsentliga skillnader mellan olika psykoana-

lytiska riktningar när det gäller att förstå och förklara de psykiska försvarens funktioner och ursprung. I Freuds klassiska driftsteori och hos jagpsykologer som exempelvis Anna Freud (1966/1933) betraktas försvaren som jagets kamp att hålla undan otillåtna driftimpulser och aspekter av överjaget. I de brittiska objektrelationsteoretiska riktningarna med representanter som Winnicott och Fairbairn är barnets grundläggande behov av att relatera till andra människor utgångspunkten. Fokus i objektrelationsteori handlar om hur *relationen* mellan barnet och viktiga personer utvecklas och hur dessa tidiga relationer finns med och påverkar den vuxnes upplevelser av sig själv och omvärlden. De psykiska försvaren betraktas här som sätt att hantera de inre onda objekten (Fairbairn, 1943; Guntrip, 1968/1992). De psykiska försvaren brukar delas in i tidiga försvar respektive högre försvar. Cullbergs (1999) sammanfattning av de högre försvaren är bortträngning, reaktionsbildning, isolering och intellektualisering, förskjutning, förnekande, regression samt identifikation. De primitiva försvaren som utvecklas i det tidigaste objektförhållandet är projektion, splitting och projektiv identifikation. Andra författare gör andra indelningar och inkluderar andra försvar. Carlberg (1994) menar att den stora variationen mellan vilka försvar som anges bl.a. beror på att försvaren sällan eller aldrig uppträder i renodlad form utan i kombination med varandra. I psykodynamiska studier görs ofta en åtskillnad mellan coping och försvar och försvaren beskrivs såsom mer eller mindre adaptiva och mer eller mindre patologiska (Haan, 1977; Vaillant, 1971). Haan (1977) skiljer på coping, försvar och fragmentering vilka innebär olika grader av verklighetsförvrängning. Medan copingprocesser är medvetna, flexibla, avsiktliga och tillåter någon grad av emotionella uttryck är försvarsprocesser ofrivilliga, förnekande, rigida och riktar sig till att reglera ångesten snarare än problemet. De fragmenterande processerna innebär den största verklighetsförvrängningen och de är automatiserade, ritualistiska och irrationella. Människor använder en blandning av försvars- och copingstrategier men utveckling innebär att defensiva processer successivt kan överges till förmån för medvetna copingprocesser (Haan, 1977).

Det psykodynamiska perspektivet på människan och mänskliga relationer i arbetslivet handlar om att fokusera de omedvetna processerna hos individer, grupper och organisationer. När det gäller kunskaperna om grupperas sätt att fungera visade Bion (1975) skillnaden mellan å ena sidan "arbetsgruppen" som arbetar med den primära uppgiften och å andra sidan "grundantagandegruppen" som istället för att ta sig an den primära uppgiften ägnar all energi åt att tillfredsställa gruppmedlemmarnas omedvetna behov av att undvika ångest. I en studie av en sjuksköterskeorganisation visade psykoanalytikern Isabel Menzies Lyth (1988a) hur olika sociala försvarsstrukturer utvecklades för att lindra och dämpa organisationsmedlemmarnas oro och anspänning. Menzies Lyth menar att sjuksköterskornas arbetsuppgifter och möten med sjuka, skadade och döende människor innebär en särskild påfrestning där arbetet väcker starka och blandade känslor i sjuksköterskan. Den faktiska situationen som sjuksköterskan ställs inför har en stor likhet med de fantasisituationer som finns på en omedveten nivå hos varje individ och som har sin grund i erfarenheter i den tidigaste barndomen. Sköterskan associerar omedvetet patienternas svåra läge av utsatthet, beroende

etc. med sina egna inre objektrelationer. Vårdsituationen väcker även primitiva fantasier i patienterna och deras anhöriga. Några exempel på försvar som Menzies Lyth (1988a) observerade var en *splittring av förhållandet* mellan sjuksköterska och patient. Istället för att ge vård och omsorg till några få patienter, undvek sjuksköterskorna närhet genom att arbeta efter uppdragslistor där enstaka uppgifter utfördes med mängder av patienter. Ett annat försvar uttrycktes i en typ av *depersonalisering* där det unika och individuella i varje sjuksköterska och patient förnekades. Sjuksköterskorna inordnades i ett system av generella regler som innebar att svåra beslut om vilka plikter och privilegier som borde tilldelas varje enskild individ utifrån deras personliga behov kunde undvikas. Rättvis- och utbytbarhetsprinciper som gällde för såväl patient som sjuksköterska var också uttryck för detta. Ett tredje exempel på försvar var *distansering och förnekande av känslor*. Förväntningarna på sjuksköterskorna var att de skulle vara distanserade och kunna behärska sina känslor, t.ex. att avstå från överdrivet engagemang eller att undvika störande identifikationer. Inom organisationen fanns dock inget som hjälpte sjuksköterskorna att hantera sina känslor och därigenom få en äkta yrkesmässig frihet i känslöfrågor. Känslomässigt engagemang undveks istället genom att sjuksköterskorna ständigt omplacerades. Ytterligare ett annat försvar var *undvikande individuella beslut*. Istället för att välja mellan olika handlingsmöjligheter höll sig sköterskorna till i förväg angivna instruktioner om hur uppgifter skulle utföras. Genom denna standardisering av arbetets utförande reducerades det individuella ansvaret. Det är intressant att notera att flera av de fenomen som Menzies Lyth identifierar som sociala försvar har sina paralleller i mer sociologiskt orienterade studier av vård- och omsorgsarbete. Medan Menzies Lyth tolkar fenomen som exempelvis objektifiering, utbytbarhets- och rättvisepprinciper, distansering eller standardisering av arbetsuppgifter som organisationsmedlemmarnas sociala försvarssystem som syftar till att minska kontakt, känslor och ansvar i relation till patienterna förklaras motsvarande fenomenen som konsekvenser eller delaspekter av taylorisering, professionalisering eller byråkratisering (se t.ex. Eliasson, 1992a; Eliasson & Szebehely, 1991; Franssén, 1997; Gardell m.fl., 1979; Svensson, 1986; Wærness, 1983; 1995). Den psykoanalytiska tolkningen innebär att personalens upplevelser och psykologiska möjligheter att hantera arbetet också har påtaglig inverkan på hur organisationen utformas (se också Diamond, 1984). Den slutsatsen drar också Rinnan och Sylwan (1994) som studerat hot och våld inom hemtjänsten. De fann att otillräcklig kompetens i kombination med psykologiskt påfrestande arbetsförhållanden gav upphov till försvarsstrategier, både på det individuella och kollektiva planet. Försvaren som skyddade personalen mot att konfronteras med alltför mycket obehag kan sammanfattas i tre övergripande strategier. Den första innebar att arbetsgruppen splittrade upp kontakten med den svåra omsorgstagaren på flera personer med tanken att så lite kontakt som möjligt ger minsta möjliga obehag. Den andra innebar att vårdbiträdena ransonerade sitt engagemang och gav så lite som möjligt av sig själva. Den tredje innebar att ansvaret för att hantera problemet bollades mellan olika nivåer i organisationen.

Organisatoriskt stöd och hållande i relation till coping och försvar

Psykodynamiskt orienterad organisationsforskning (Menzies Lyth, 1988b; c; Kahn, 1993; 2001) har pekat på vad som kallas organisationens hållandefunktion som avgörande för professionella hjälpgivares möjligheter att utföra ett gott arbete. Begreppet hållande (holding) kommer från Winnicotts (1965/1990) beskrivning av relation mellan mor och barn. En tillräckligt god modersomsorg innefattar att se barnets absoluta beroende och att tillgodose fysiska och psykologiska behov liksom att skapa trygga och säkra gränser som skyddar barnet från potentiella oroselement. Detta hållande är en förutsättning för en gynnsam utvecklingsprocess då barnet tryggt och utan att förtidigt behöva ge upp sina beroendebehov kan upptäcka och undersöka sin omgivning. Bowlby (1994) talar på motsvarande sätt om vikten av att vårdnadshavarens omsorg utgör en ”trygg bas” för barnets växande och utveckling. Dessa begrepp har också sin relevans i relationer mellan vuxna och har använts för att formulera viktiga kvaliteter i relationen mellan terapeut och patient (Winnicott, 1965/1990; Guntrip, 1968/1992), men även mellan personal inom olika typer av vård eller social omsorg och deras hjälptagare liksom mellan organisation och personal (Braxton, 1995; Meyer, 1993; Whalley, 1994). Att organisationen erbjuder en hållande omgivning är särskilt viktigt när en stor del av det arbete som utförs handlar om att hålla klienter – det finns ett samband mellan omfattningen och kvaliteten på organisationens hållande av omsorgsgivarna och omsorgsgivarnas förmåga att hålla sina klienter (Braxton, 1995; Kahn, 1993; Menzies Lyth, 1988b; c; Obholtzer & Roberts, 1994). Organisatoriskt hållande handlar om olika typer av stöd och omsorg riktat till organisationens medlemmar med syftet att ge tid och plats att ta upp svåra och ångestfyllda frågor. Stödet kan vara strukturerat och kontinuerligt som exempelvis vid handledning eller delat kontaktmannaskap, det kan också organiseras som resurser att ta till vid mer akuta behov. En hållande omgivning gör att individerna blir mindre hänvisade till omedvetna försvar mot ångest utan det svåra och ångestväckande kan konfronteras och bearbetas (Braxton, 1995; Kahn, 2001). Omsorgsgivarnas försvar och coping påverkas enligt detta synsätt av hur den bakomliggande organisationen erbjuder hållande och stöd i arbetet.

Syfte

I denna studie är de svåra omsorgsrelationerna i fokus. Studien kan delas in i tre huvudfrågor. Utifrån omsorgspersonalens beskrivningar av svåra klientrelationer skall vi för det första försöka identifiera aspekter som gör en relation svår. En andra fråga handlar om omsorgspersonalens strategier (coping och psykologiska försvar) att hantera dessa svåra relationer. En tredje fråga handlar om vilken betydelse arbetsvillkor såsom tillgång till olika typer av stöd, handledning, konsultation och utbildning har för omsorgsgivarnas sätt att hantera svåra relationer. Studien avser med andra ord att undersöka *svåra möten* i omsorgsarbete, personalens *strategier* i dessa möten samt hur vissa *arbetsvillkor* påverkar personalens strategier.

Metod

Urval och deltagare i studien

I studien ingår vårdbiträden och boendestödjare från tre olika kommuner och nio olika arbetsgrupper, fem vårdbiträdesgrupper och fyra boendestödsgrupper. Urvalet av kommuner och grupper var strategiskt eftersom en delstudie i forskningsprojektet syftade till att jämföra olika modeller att organisera omsorgsarbetet. Denna studie finns redovisad i Astvik och Aronsson (2000). Urvalet av respondenter gjordes med utgångspunkt från de valda grupperna i de tre kommunerna. Gemensamt för den omsorgspersonal som ingick i studien var att de arbetade med någon form av stöd som syftar till att klienterna skall kunna klara av ett eget boende. Samtliga utför en större eller mindre del av sitt arbete hemma hos sina klienter. Boendestödjarna och tre av vårdbiträdena arbetar i huvudsak med personer som har en psykiatrisk problematik, medan resterande vårdbiträden arbetar med flera olika klientgrupper såsom fysiskt sjuka och funktionshindrade, äldre med olika ålderssjukdomar, människor med utvecklingshandikapp men även människor med psykiatrisk problematik. I tabell 1 har varje respondent givits ett nytt namn som kommer att användas i resultatdelen. I tabellen framgår intervju-personens yrkesgrupp, ålder, år som personen har arbetat inom någon form av avlönat vård- eller omsorgsarbete, om och i så fall vilken vård- eller omsorgs-utbildning personen har och vilken klientgrupp den intervjuade arbetar med.

Tabell 1. Studiens deltagare och bakgrundsdata.

Namn	Yrkesgrupp	C:a ålder	C:a år i vård/om- sorgsarbete	Vård/omsorgs- utbildning	Klient- grupp
Susanne	Vårdbiträde	40	20	Vårdbiträde	Blandad
Johan	Vårdbiträde	30	10	Vårdbiträde	Blandad
Eva-Britt	Vårdbiträde	50	10	Vårdbiträde	Blandad
Alexander	Vårdbiträde	25	5	Undersköterska	Psyk.
Marika	Vårdbiträde	35	10	Vårdbiträde	Psyk.
Lotta	Vårdbiträde	40	10	Vårdbiträde	Psyk.
Cecilia	Vårdbiträde	40	10	Vårdbiträde	Blandad
Gudrun	Boendestödjare	55	25	Mentalskötare	Psyk.
Sara	Boendestödjare	25	5	Soc.oms.linje	Psyk.
Gunilla	Boendestödjare	45	15	Vårdbiträde	Psyk.
Barbro	Boendestödjare	50	15	Vårdbiträde	Psyk.
Katarina	Boendestödjare	35	5	Ingen	Psyk.
Annika	Boendestödjare	40	10	Fritidsledare	Psyk.
Astrid	Vårdbiträde	50	10	Vårdbiträde	Blandad
Margareta	Vårdbiträde	55	20	Vårdbiträde	Blandad
Berit	Vårdbiträde	55	25	Vårdbiträde	Blandad

Undersökningens genomförande och undersökningsmetod

Datansamlingen genomfördes hösten 1996 och våren 1997. Undersökningen började med att studiens deltagare skrev dagbok under en arbetsvecka. Instruk-

tionerna 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 genomfördes deltagande observation med varje respondent under en arbetsdag och sist genomfördes individuella intervjuer. Syftet med dagböckerna och 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. Intervjuerna genomfördes således delvis utifrån den enskilda respondentens tankar, upplevelser och erfarenheter i arbetet och delvis utifrån en generellt utformad intervjuguide. Ett tema i intervjuguiden rörde yrkesrollen som bl.a. handlar om syfte och mål med arbetet, vilka arbetsuppgifter och ansvarsområden ingår, vilka gränser finns för vad personalen accepterar som sitt ansvar, klientens eget ansvar samt andra yrkesgruppers ansvar. Ett annat tema fokuserade relationerna till klienterna bl.a. inflytandefrågor i mötet mellan klient och personal, hur man ser på sin relation eller roll i förhållande till klienten, hur personlig man är, hur personlig man upplever att klienterna är, om man kan känna sig i underläge eller om man tror att klienterna kan uppleva underläge, svårigheter i relationen med klienter, klientrelationer som respondenten upplever som mindre välfungerande respektive mer välfungerande. Ett tredje tema rörde kunskaps- och kompetensfrågor, bl.a. frågor om vilken typ av kunskap respondenten upplever att arbetet kräver, vad man tycker att man är bra på respektive mindre bra på, saker eller situationer som känns svåra att hantera. Här fanns också frågor om kompetensutveckling i arbetet, handledning och annan typ av professionellt stöd samt vilken betydelse detta hade för yrkesutövandet. Ytterligare ett område i intervjuguiden fokuserade arbetsorganisation och samverkan. Frågorna handlade om hur gruppen organiserat arbetet, bedömningar av hur tiden räcker för åtaganden som att åstadkomma en god kvalitet och för egen reflektion, prioriteringar, relationer och inflytandefrågor utåt i organisationen etc. Frågorna i intervjuguiden kompletterades med konkreta frågor från dagboksberättelserna och deltagande observation. Exempel på en sådan fråga är: Du skrev i dagboken att du hade varit hos xx och att det känns svårt att arbeta med honom, kan du berätta mer om det, på vilket sätt är det svårt, hur hanterar du det? Samtliga intervjuer har spelats in på band och fullständiga utskrift har gjorts. Intervjuerna varade mellan en och en halv timme till cirka tre timmar. De utskrivna intervjuerna omfattar ca. 600 sidor varav uppskattningsvis hälften mer direkt berör föreliggande rapports frågeställningar. Anteckningar från dagböcker och deltagande observation har inte skrivits ut och analyserats som separata resultat, utan de har i sitt originalskick 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

Efter ett flertal genomläsningar av varje enskild intervju delades materialet upp enligt de tre huvudfrågorna, dvs. text som handlar om svåra relationer, text som handlar om personalens strategier (coping och psykologiska försvar) samt text som berör betydelsen av arbetsvillkor såsom tillgång till olika former av stöd, handledning, konsultation, utbildning och belastning för vårdbiträdenas sätt att hantera svåra relationer. Varje frågeområde analyserades var för sig och varje enskild berättelse analyserades utifrån dess innehåll. Innehållet i berättelserna abstraherades sedan till ett antal temata. När det gäller exempelvis svåra klientrelationer sattes till en början vardagliga och empirinära ord vid sidan om texten som både beskrev vårdbiträdenas upplevelse av klienterna som exempelvis krävande, nedlåtande, eller deprimerade och ord som beskrev vårdbiträdenas reaktioner på klienterna såsom, otillräcklig, känner mig som en piga, rädd eller uppäten. I ett andra steg sammanfördes intervjuutsagor med samma beskrivande/empirinära ord för vidare analys och en mer tolkande tematisering genomfördes. Liknande analysarbete genomfördes för samtliga tre frågeområden. Denna analysmetod kompletterades med en personansats för att åstadkomma en sammansatt förståelse av varje respondents upplevelse av svåra möten, strategier och arbetsvillkor. I denna analys var ambitionen att utifrån empatisk förståelse analysera den enskilda personen med de tre frågeställningarna i fokus. De individuella analyserna sammanfattades sedan i personberättelser. Intervjuerna har således analyserats tematiskt och utifrån en sammansatt förståelse av varje enskild person. Analyserna är inspirerade av copingteori och psykodynamisk teori enligt ovan angiven teoretisk referensram. Resultatpresentationen växlar mellan en beskrivande och tolkande framställning medan explicita tolkningar och referenser till andra studier görs i rapportens diskussionsdel. Det urval av intervjuцитat som presenteras har genomgått en smärre redigering med syftet att öka läsbarheten, dock utan att ändra meningen i det sagda. För att bevara anonymiteten har namn på personer i intervjuerna ersatts med bokstäver såsom xx eller yy, även namn på platser, verksamheter eller annat som skulle kunna avslöja respondenternas (och deras klienters) identitet har ändrats eller utelämnats. Markeringen /.../ betyder att viss text har hoppats över.

Resultat

Eftersom studiens tre huvudfrågor hänger nära samman presenteras resultaten utifrån sammanhållna beskrivningar av svåra möten, strategier och arbetsvillkor. En eller flera respondenters berättelse illustrerar nio olika typer av svåra möten, olika försvars- och copingstrategier att hantera dessa svåra relationer beskrivs, liksom kopplingar till arbetsvillkor.

Ger man lillfingret så tar de hela handen – om behov

I analysen av omsorgsgivarnas beskrivningar av svåra relationer och möten med klienterna framkommer att den aspekt som utgör själva orsaken eller grunden för hjälparrelationen, nämligen klienternas behov och behovande, som en viktig källa till stress. Det finns många fantasier och rädslor som kläs i metaforer som ”att bli slukad” eller ”uppäten”. Talesättet ”ger man lillfingret så tar de hela handen” är ytterligare ett uttryck för denna rädsla. Johan beskriver klienter som manipulativa för att få sina behov tillgodosedda och han poängterar vikten av att vara på sin vakt inför dessa manipulationer. Han talar också om vikten av att sätta gränser för att inte bli ”uppäten”, vilket bygger på en föreställning om att ger man lite vill de ha mycket mer. Utsatthet och beroende av andras omsorg för att få våra behov tillgodosedda är erfarenheter som vi alla har gemensamt. Det är inte svårt att förstå att den aspekten i klientrelationen kan väcka mycket fantasier och rädslor. Fantasierna om omsorgstagarnas omätliga och glupska behov kan höra ihop med de egna erfarenheterna av otillfredsställda behov. Samtidigt som Johan på olika sätt återkommer till klienternas behov där hans inställning till dessa är rädsla, misstänksamhet, moraliserande och bagatelliserande så framgår att han har egna behov i klientrelationerna. När han beskriver sina favoritklienter, är det klienter som ser hans behov och visar omsorg om honom.

”Men en bra pensionär, det är väl någon som respekterar en alltså tror jag. Eller en som man kan säga att nu sket det sig idag och om de säger att de förstår det och ’jag vet att ni har det jobbigt’, det värmer alltså. Som en tant här borta som jag hade förut. Hon var noga med städningen, men ibland hade hon tagit det själv för att vi skulle prata. Och då satt vi och drack kaffe och hon gjorde smörgåsar till mig. /.../ Man får tänka på att tanter är uppfostrade med det. De gillar att bulla upp lite och sådär. Alla människor är nog lite så, men tanter ska man vara rädd om, vet du. De behöver prata och pyssla om en lite. De får lite mormorskomplex när jag kommer. Och då får man ju låta dem pyssla om en lite grann, de behöver det alltså! Det har ju varit deras uppgift, faktiskt.”

I mötet med en klient kan en omedveten sammanblandning av de egna och klientens behov få konsekvensen att omsorgsgivaren bagatelliserar eller förminskar klientens behov. Ett sådant möte berättar Johan om när han svarar en klient som berättar om sin onda rygg med att han själv har lite ont i ryggen.

”Han sa att han hade fått så ont i ryggen. Så hade väl jag sagt att jag också har lite ont i ryggen. Då hade han sagt till chefen att någon som mig kunde han ju inte ha och jobba i vården, för jag behövde ju hjälp själv då, för jag hade ju så dålig rygg. Så det är ju inte alltid bra att påpeka att man själv är människa! För att då var ju jag ingenting att ha. Han ville inte ha någon som var handikappad som skulle hjälpa honom. Så han öppnade ju aldrig mer för mig sedan.”

Ett återkommande tema i intervjun med Johan är att omsorgstagarna uppfattas som manipulativa för att få sina behov tillgodosedda. Hand i hand med denna upplevelse finns rädslan för att bli utnyttjad. Att göra något lite extra innebär en risk att klienterna skall börja utnyttja detta och i fortsättningen bli krävande. Som ett skydd för verkliga och fantiserade behov så talar Johan om vikten av att kunna sätta gränser. Fantasierna kring klienternas behov illustreras av citatet nedan där Johan tror att de gamla skulle tapetsera sina väggar med hans telefonnummer om de skulle ha tillgång till det och att det sista de skulle göra innan de dör är att ringa honom. Att "sätta gränser" blir för många vårdbiträden en av de allra viktigaste "kvalifikationerna". Spontana känslor av att vilja ge till någon blir farliga eftersom detta givande kan resultera i att man blir slukad.

"Man måste ju som sagt sätta gränser. Man måste veta var gränserna går någonstans. Annars kan man nog inte jobba med det här. Man får inte ta med sig jobbet hem. Utan man måste ju stänga av alltså, aldrig lämna ut telefonnumret, hur mycket man än bryr sig om någon tant så kan du ju inte göra det. För hon tapetserar ju väggarna med telefonnumret sen. Det är ju det sista de gör innan de dör, så är det ditt telefonnummer de tänker på."

I detta så kallade gränssättande avvecklar omsorgsgivarna sin lyhördhet för att istället utveckla en slags hårdhet och tuffhet. I mötet med nya klienter gör man sig beredd på en attack av behov där vårdbiträdenas gränser provas och befästs.

"Jag tror att xx (tidigare personal) har varit för mesig alltså. Jag tror inte att hon fattade riktigt vad hon gav sig in på. Men vi var förberedda på det här från början, så att vi laddade verkligen innan 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 och diskar och tvättar åt honom. 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."

I intervjumaterialet är Johan långt ifrån ensam om rädslor och fantasier kring klienternas behov. Ett annat vårdbiträde, Eva–Britt, berättar i intervjun hur hon vid något tillfälle lekt med tanken att ta med en av sina omsorgstagare på bio en kväll. Men att hon genast hade ångrat sig eftersom denna handling skulle kunna väcka upp besvärliga behov hos klienten. Citatet visar hur vårdbiträdet genom rigida gränser undviker att väcka klienters behov. Att gå ut över gränserna och se behov skapar en rädsla för att bli slukad av dem.

"Det var en sådan här impulsiv tanke. Och så, nej! Tänkte jag, nej, det går inte, därför att då vet jag inte om det här kanske blir ett krav till slut. Och det har jag inte tid med. Utan det var bara en sådan här engångsgrej, jag bara kände. Jo! Det skulle jag kunna tänka mig att göra. Men det kan bli fel och

det kunde ha blivit rätt också. Men det kan bli att de slukar en. Att det kanske blir så att hon får behov helt plötsligt.”

Ett annat sätt att hantera behovandet kan illustreras med hjälp av Margareta och Berit som ser sina omsorgstagare som enbart behovande. Vårdbiträderna menar att deras klienter i stort sett inte klarar av någonting själva. Därför går de in mycket aktivt och tar över detta ansvar, utan att problematisera klienternas integritet och självbestämmande. De 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 vårdbiträderna uttrycker det. De talar om sina klienter som behovande och oförmögna till egna beslut och val. Genom att vårdbiträderna inte ser de enskilda klienterna som sammansatta personer med behov av omsorg men också behov att bevara sin integritet och de resurser de faktiskt har förenklas relationen. Försvaret kan också ses som att vårdbiträderna projicerar egna behov till klienterna och så att säga förlägger alla behov hos dem. Vårdbiträderna framställer sig som en slags ”supermammor” som pysslar om, tänker åt och tar hand om, som om de hade en fullständig kontroll över klienternas behov och kan tillfredställa dessa med bravur. Den ensidiga bilden av klienterna som enbart behovande innebär en objektifiering av klienterna. Margareta och Berit har olika generaliserande och samtidigt inkompetensförklarande beskrivningar av sina klienter. Exempel är ”Våra är ju senila”, ”Nu har ju vi bara ju kroniker”, eller ”De är som barn”. Den stereotypa bilden av klienten som enbart behovande gör också att relationerna blir mindre komplicerade och att färre dilemman måste hanteras. Här undviker vårdbiträderna den svåra balansgången mellan klienternas självbestämmande och integritet å ena sidan och deras behov av omsorg å andra sidan. Ifråga om klienternas behov vet vårdbiträderna bäst, och allt de gör, gör de för klienternas bästa.

Jag är ingen jävla piga – om att känna sig använd

Nära fantasierna och rädslorna för klienternas (och egna) behov ligger upplevelsen av att bli använd. Trots att servicebetonade arbetsuppgifter såsom städning och hemmets skötsel är en av de centrala uppgifter som många klienter behöver hjälp med har en del omsorgsarbetare en komplicerad relation till den här typen av uppgifter. Det är egentligen inte uppgifterna i sig som är komplicerade utan det som händer i relationen till den som behöver hjälp med exempelvis städning. I intervjuerna är det fler som när de beskriver svåra relationer kommer in på temat att känna sig eller bli behandlad som en piga och dessa beskrivningar hänger alltid ihop med servicebetonade uppgifter. Jag skall försöka visa problematiken kring att känna sig använd med hjälp av Susanne. Hon har arbetat inom vård och omsorg i stort sett hela sitt yrkesverksamma liv. Hon börjar sin berättelse om arbetet i hemtjänsten med att säga att ”det var hur lätt som helst att få jobb” ingenting särskilt krävdes av dem som började. I intervjun finns ”lågstatusbilden” av vårdbiträdesarbetet med i bakgrunden. Hon säger att yrket borde värdesättas mer och att de borde ha högre lön men tillägger sedan lite uppivet att

”vi är ju för många och så är det ju mest kvinnor”. När vi talar om utbildningens betydelse så är det värderingsaspekten som Susanne genast associerar till. Utbildningar är bra för ”man känner sig mer värd på något sätt”. I intervjuerna framträder en koppling mellan denna upplevelse av värdelöshet, för att uttrycka det starkt, och det komplicerade samspelet mellan vårdbiträdena och deras klienter när det gäller städuppgifter. I intervjun med Susanne förstår man hur viktigt det är för att henne att känna sig värdefull och uppskattad i relation till sina omsorgstagare. De klienter som inte förmår visa uppskattning väcker en vrede i henne.

”Jag hade en nyligen som jag aldrig mer får komma tillbaka till. Och det jag gjorde det var att flytta en dammsugarsladd till en annan kontakt. Men hon menade att ingen annan hade behövt göra det på alla år, utan att den räckte runt hela. Men jag räckte alltså inte runt hela lägenheten med sladden så jag sa att jag struntar i att dammsuga 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. /.../ och behandla en som en piga. Sådant tar jag inte. Jag blir så fruktansvärt arg.”

I intervjun med Susanne framträder svåra möten som sådana där hon inte känner sig värdefull – utan använd. Den hotande känslan av att vara använd hanterar hon och hennes kollegor genom att kontra med att sätta gränser och hålla sig till regler i förhållande till vårdtagarnas uttryckta behov. Reglerna fungerar också som ett skydd från personligt ansvar. De vårdbiträden som inte följer gruppens regler utan agerar mer utifrån klienternas önsknings betraktas som svaga.

”De låter vårdtagarna bestämma över dem, på ett annat vis. De mesar med dem. Vi har jättemycket konflikter med det. Vi är inte taskiga eller dumma eller så, men vi jobbar på ett annat sätt.”

Problematiken med att känna sig använd av klienterna när det gäller servicebetonade uppgifter kan höra ihop med den bild av sig själv som yrkesutövare som förmedlas via lön, utbildningskrav, fortbildningsmöjligheter etc. När man inte känner sig värdefull i relation till sin arbetsgivare kan omsorgsarbetarna omedvetet försöka kompensera detta i mötet med sina klienter. Försvaren i form av regler, som omsorgsgivarna formulerar, gör att ”jag” blir till ”vi” i mötet med klienten. Det är inte Susanne ensam som möter den enskilda klienten och tar ställning till dennes särskilda behov och önskemål. Utan det är ”vi vårdbiträden” och reglerna finns där och gör vårdbiträdet mindre utsatt men till priset av att omsorgsgivare och omsorgstagare inte kan mötas som subjekt. När jag i intervjun frågar Susanne om hon tror att klienterna kan känna sig i underläge, säger hon att hon tror det därför att ”de känner väl ändå att vi är ju kommunen”. Samtidigt utgör klienterna ett ständigt hot mot att själv känna sig i underläge och gränsättandet blir då en helt central försvarsstrategi. Att sätta gränser är också det man sporrar varandra till i gruppen och skolar in nya omsorgsarbetare till. När vi i intervjun är inne på temat omsorgskvalitet och jag frågar Susanne vad hon skulle

säga till nya vårdbiträden vad de skulle tänka på för att kunna åstadkomma en god kvalitet kan hennes svar tyckas märkligt, men det visar hur starkt hotet om att bli använd är liksom vikten av att kunna avstyra detta hot.

”Det första är ju - jag vet inte om det har med kvalitet att göra – men det är att sätta gränser. Man måste ju hela tiden markera att de inte kan gå hur långt som helst.”

I några av intervjuerna framträder omsorgsrelationerna som villkorade. För att relationerna skall fungera bra är villkoren att vårdtagaren förstår och är kapabel till ömsesidighet, att hon kan visa tacksamhet eller generositet mot vårdbiträdet. Kan hon inte det så drar omsorgsgivaren tillbaka sitt engagemang och ”gör sitt jobb”, vilket oftast innebär det praktiska arbetet. Återigen kan detta krav på klientens förmåga att visa uppskattning och tacksamhet vara ett uttryck för vårdbiträdenas behov av att kompensera känslan gentemot organisationen att inte vara värdefull. I intervjun med Eva-Britt framkommer också hur omsorgstagarnas tacksamhet är en grundläggande drivkraft i arbetet och att det är det som kan sägas utgöra det positiva med arbetet. När detta underförstådda utbyte inte fungerar, när klienten inte visar uppskattning blir vårdbiträdet sårad och kränkt och ger tillbaka med samma snålhet man själv tycker att man blir bemött av.

”Och jag tycker XX är egoistisk och bortskämd. Det tycker jag. /.../ Vi har ju grattat honom när han fyller år och plockat blommor till honom och gett honom andra saker. Och han ger liksom aldrig någonting tillbaks, och då tänkte vi att då skiter vi i det. Och då blev han sur. Förstår du! Han ska bara ha! (Men ändå går du till honom?) Mm, ja men sedan har man ju det här i det här jobbet att vara positiv och glad! /.../ Men som med XX, då börjar man så på måndagen och sedan är han tjurig. Och jag får ingenting tillbaks. Man skojar och försöker allt det här. Då får jag ingenting tillbaks, då blir jag likadan! Då säger jag inte mycket heller. Då gör jag mitt jobb, Jag är ju inte otrevlig eller så, men det går till en viss gräns att jag kan bjussa på mig själv.”

Besvikelse över den ringa uppskattning som omsorgsarbetet innebär i form av lön, status och professionell bekräftelse och stöd kan göra att vårdbiträdena formulerar sina insatser mer som sociala och altruistiska handlingar och arbetet blir i någon mening ett icke-arbete. Om klienterna sedan frustrerar denna självillusion genom att se vårdbiträdenas arbete som just arbete så blir relationen naturligtvis konfliktfylld. Sammanblandningen av de egna behoven av bekräftelse i arbetet innebär en risk att man tappar sin förmåga att se klienten och själva syftet med arbetet kan försvinna i bakgrunden. I citatet nedan framgår hur Eva-Britt arbetat och ansträngt sig på olika sätt för att en klient skall kunna få mer hjälp för att han mår psykiskt dåligt. När hon sedan kommer med denna ”gåva” till honom mår han bättre igen och behöver inga extrainsatser, varpå detta blir till ett personligt nederlag för Eva-Britt. Hennes engagemang och ansträngningar blev inte synliga.

”Så börjar man fixa och dona och ringa runt och greja. Och sedan på tisdagen, när man kommer dit, då behöver han inte! Då är han som normal. Så

att det svänger så här, va! Fan, här har jag jobbat och slitit och grejat då, och sedan, ja! Så visst är det tufft!”

De naturliga behoven de flesta av oss har av att känna någon form av bekräftelse för det arbete vi gör, blir i omsorgsgivarnas fall många gånger beroende av klienternas gensvar och tacksamhet. Här kan man också förstå hur oerhört svårt det blir i mötet med klienter som inte vill eller kan vara lyhörda inför personalens behov. I försvar mot klienternas behov som kan upplevas som krav liksom de känslor av underordning som kan uppstå kan omsorgsarbetarna gå in i mötet som ett ”vi mot dem”. Förståelsen av klienternas sätt att förhålla sig och agera är att de vill vårdbiträdena illa på olika sätt. Inför detta hot är en strategi att göra sig beredda och rustade att sätta gränser i mötet med klienterna.

”Det finns ju faktiskt satkärringar, som man kan känna att man kommer in som en liten jävla piga. Men jag tror att om man vet det här innan, att man har pratat om hur den här människan är i gruppen. Då har man ju redan ett försvar uppbyggt. Då står man inte så svarslös.”

Att vårdbiträdesarbetet är lågt värderat och att svårigheterna i arbetet i många stycken är osynliga i organisationen komplicerar omsorgsgivarnas relationer med sina klienter. När omsorgstagarnas tacksamhet utgör den enda uppskattningen de professionella hjälparna kan förvänta sig, tenderar insatserna att få ett villkorligt inslag. I brist på uppskattning och bekräftelse från arbetsgivare finns risken att de hjälpbehövande får ett alltför stort och för många omöjligt ansvar.

Allt ska vi tåla! – om kränkningar

Vilka av klienternas handlingar som kan betraktas som uttryck för deras rättmätiga behov och vilka handlingar som kan betraktas som kränkningar är till viss del en tolkningsfråga. Att vilja ha det städat på ett speciellt sätt eller att vilja ha ett särskilt vårdbiträde framför ett annat skiljer sig ändå fundamentalt från att använda omsorgsgivarna för exempelvis sina sexuella behov. I intervjuerna finns några exempel på situationer av sexuella närmanden från klienter som av omsorgsarbetarna upplevs som kränkningar. Cecilia är en dem som haft sådana erfarenheter i arbetet. Cecilia har som en slags övergripande och medveten copingstrategi i arbetet att försöka se det positiva i alla människor oavsett hur odrägliga de är. Hon beskriver sig själv som att hon har svårt att säga nej och säga ifrån till klienter. Cecilia menar att den stora risken med att jobba i hemtjänsten är att ”man blir som en familjemedlem” vilket tycks innebära att man skall ställa upp på vad som helst och ta emot vad som helst. En av Cecilias berättelser handlar om arbetet hos ett handikappat par där mannen på olika sätt kränker hennes integritet framförallt genom ett gränslöst förhållande till sin egen sexualitet. Trots att Cecilia upplever mannens agerande som kränkningar har hon svårt att säga ifrån. Hon försöker istället hantera och minska det egna obehaget genom en slags rationaliserad förståelse av klientens situation som kan förklara och legitimera hans handlingar.

”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. Tänk att jag förbaske mig ska stå ut med allting, alltså! (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./.../ Han är handikappad och händerna är ganska obrukbara. Och självklart har ju alla det här behovet. 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! 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”.

Cecilia försöker alltså mildra kränkningen genom att försöka sätta sig in i och förklara klientens agerande mot bakgrund av hans situation, men hon gör det på bekostnad av hennes egen integritet och att hon själv far illa. Förvarsstrategin kan dämpa det akuta obehaget men utgör ingen egentlig förändring av Cecilias relation till klienten. Obehaget kvarstår och hon hamnar i ett låst underläge.

”Men man kan känna att man är frustrerad. Man tänker åh, gud om jag kunde säga vad jag tyckte, alltså! För de är såna personer som alltid har rätt. /.../ Och det har jag haft upp på mötet, får folk kalla oss vad som helst? Ska vi tåla vad som helst? Både ifråga om hur folk säger till oss och hur de gör mot, alltså. För jag menar, man ger så mycket av sig själv, då vill man åtminstone ha sin kropp ifred. Det är ju det här utrymmet man ska ha emellan sig. De ska ju inte heller ta sig friheter gentemot oss. Men det gör han ju än i dag om jag hjälper till där. Då kan han ju slå mig bak i ändan och så.”

Att underordna sig i mötet med klienter utifrån en rädsla att det inte är möjligt att säga ifrån och på bekostnad av den egna integriteten följs även av sårade känslor och en ilska som finns närvarande i bakgrunden. Ibland rinner bågaren över och den ilskan som kommer kan bli både oproportionerlig och missriktad.

”Men då behövs det ju bara att någon kallar en något dumt och då kanske man har burit på jättemycket under flera år. Och så exploderar man! Och det kan ju också bli fel. /.../ Jag vet inte varför, men det beror på hur man är som person då. För att jag har svårt att säga ifrån när de är så där. Jag vill inte stöta mig med någon, jag vill inte vara dum med någon.”

Ett annat försvar som Cecilia använder är att bagatellisera det som är egentligen är väldigt tungt och svårt. I berättelsen om arbetet med den handikappade mannen framgår hennes utsatthet med all tydlighet men samtidigt förminskar hon allvaret i hennes upplevelser.

”Vi bara låter det flyta på för att det är ju inget jätteallvarligt problem. Det beror ju på vad man jämför med”.

Ett annat sätt att hantera den här sortens svåra relationer är att helt enkelt att undvika eller fly ifrån dem. Om möjlighet ges, väljer man att sluta eller att arbeta så lite som möjligt med klienten.

”Jag har ju jobbat där i tio år tills nu i vintras, då de fick personliga assistenter. Och då sa jag att jag inte ville vara personlig assistent, de hade ju frågat. Jag sa att jag kan jobba kvar på som vanligt vårdbiträde, för jag tycker om omväxling och så. Och då blev de så arga på mig, så då skar det sig ordentligt där. De hade de nog räknat med att jag skulle bli personlig assistent där eftersom jag hade varit där så mycket. Så de blev nog paffa när jag sa nej. Men jag kände att äntligen får jag min chans att komma därifrån!”

Cecilia som arbetat i över tio år i hemtjänsten har aldrig haft handledning. Hon har vid ett tillfälle deltagit i ett möte angående en psykiskt sjuk klient som vårdbiträdena hade mycket svårt att arbeta med. Denna enda träff innebar enligt Cecilia att vårdbiträdena fick ”ösa ur sig” hur svårt det var. Cecilias forum att ta upp svårigheter och problem i arbetet inskränker sig till gruppens möten med sin chef varannan vecka. Detta minimala utrymme påverkar både vad som är möjligt att ta upp men också vårdbiträdenas egna bedömningar av hur pass angelägna de egna erfarenheterna kan anses vara. Cecilia säger att de ”alltid har för kort tid”. Hon känner ett stort behov av att få prata men på mötena fastnar de oftast hos en vårdtagare ”där det är mycket problem, och det tar en sådan tid!”

Man får inte bli för viktig – om närhet och beroende

En viktig, laddad och komplicerad aspekt av omsorgsgivarnas relationer med klienterna handlar om närhet. I många intervjuer framkommer ett ambivalent och motsägelsefullt förhållande till närhet. En viktig del av omsorgsarbetet handlar, enligt de intervjuade, om att skapa nära relationer som bygger på tillit och förtroende. Samtidigt som detta sägs vara ett centralt syfte med arbetet uttrycks en stark rädsla för att komma för nära. Rädslan för närhet handlar till stor del om att, som person bli viktig för klienterna och att klienterna skall utveckla beroendebehov gentemot omsorgsgivarna. Att vara viktig för någon och att finnas i en relation där den andre i någon mening är beroende innebär en risk att svika och förorsaka smärta. I relationer där man är viktig för varandra innebär ett avbrott i relationen en potentiellt smärtsam separation. Om klienten däremot inte har knutit an till någon särskild omsorgsgivare har sådana avbrott ingen större känslomässig betydelse.

Katarina arbetar sedan några år tillbaka som boendestödare till människor med psykiska funktionshinder. I intervjun med Katarina är gränser, närhet och distans i relationerna med klienterna viktiga teman. Här finns också en mängd tvetydigheter. Å ena sidan talar hon om vikten av att bygga relationer med sina klienter, att skapa tillit och förtroende. Å andra sidan finns det en rädsla att komma för nära. Vi kommer här in i intervjun när jag har ställt frågor om gruppens princip att alltid arbeta två och två och jag frågar om vilka nackdelar Katarina anser att detta arbetssätt har.

”Det är ju lättare att bygga en relation när man är själv. Det är mycket lättare samtidigt som det kan vara lite vanskligt då för att man kan komma

varandra för nära. (Hur då tänker du?) Man kan bli för betydelsefull för den här personen. Jag kan bli den enda som räknas på något sätt. Om jag vill sluta mitt jobb då rasar ju den här stackars människan som har byggt upp sitt liv på att jag ska komma och att jag vet allt.”

Det framgår att arbets sättet att arbeta två och två gör det svårare att ”bygga en relation” med klienten vilket ju är en strävan i arbetet. Samtidigt förstår man av citatet att vad Katarina försöker undvika är den smärta som finns inbyggd i nära relationer. Om man bryr sig om och litar till en annan människa finns risken att förlora henne. En förklaring till Katarinas rädsla och tankar om att inte komma för nära kan finnas i de svåra erfarenheter hon gjort med klient som tidigare fick boendestöd av gruppen. Arbetet med klienten hade fungerat bra under en lång tid men han blev psykiskt sämre efter att den boendestödjare som stött honom närmast slutade i gruppen. Hans psykiska försämring innebar bland annat att han var arg på de boendestödjarna som fanns kvar och han kunde inte acceptera att de tog över den roll som hans tidigare boendestödjare hade haft.

”Han har gått här i flera år och fått boendestöd och det har funkat bra de senaste åren. Han hade ju väldigt mycket kontakt med XX och även YY (två boendestödjare) som slutade strax efter det att jag började här. Dessutom dog en annan person som han hade mycket kontakt med. Då försvann tre personer i hans nära liv så att säga. Och så slutade han med mediciner och började strula. Och vi hade hand om hans pengar för det hade XX (f.d. boendestödjare) ordnat på något sätt. Så vi fick hans pengar hit till mat och sånt. Men allt det där funkade inte längre. Och han blev jättedålig./.../ Och vi försökte fortsätta som förut att vi skulle ha hand om pengarna och portionera ut dem. Men det gick inte alls. Utan han blev jättearg och levde rövare här.”

Relationen med denna klient finns med som en förklaring när Katarina pratar om vikten av att inte komma för nära. I intervjun framgår att Katarina och hennes kollegor inte har haft någon handledning kring dessa svåra frågor och gruppen har inte heller, på egen hand diskuterat detta ämne. Det handlar om en ganska oreflekterad gemensam överenskommelse att man inte skall komma varandra för nära.

”Jo men det vet man ju när man har jobbat inom psykiatrin att det är sånt som lätt händer. Alltså som man kan se det här med ZZ (klient) att XX (hans f.d. boendestödjare) blev en sån viktig person för honom på något sätt och det blev väldigt jobbigt när hon försvann. Det fanns liksom ingen som kunde fylla den funktionen hos honom riktigt.”

Katarina har gjort tolkningen att förlusten av boendestödjaren orsakade klientens psykiska försämring. I citatet nedan framgår också att hennes egna upplevelser i samband med det som hände med klienten var präglade av stress och otillräcklighet

”Jag försökte liksom att hålla honom lugn. Och då kände jag att även fast jag tyckte att jag ansträngde mig jättemycket och att jag tyckte att nu

fungerar det ganska bra. Så var han ändå så pass... Ja han gjorde som han ville liksom, det kunde svänga så fort. Så att då kände jag mig så chanslös, jag visste liksom inte vad som skulle kunna hända.”

Katarina och hennes kollegor har inte fått något stöd att bearbeta och förstå det som hände. De har inte fått hjälp att möta upp klienten i de uppenbara förluster han just har varit med om. Resultatet blir istället tolkningen att nära relationer är farliga eftersom de kan orsaka sådan smärta. Gruppen försvarar sig därmed genom att undvika att komma klienterna för nära. Boendestödjarna vill inte ha den ”hållande” funktionen i relation till klienterna. På motsvarande sätt saknar organisationen bakom boendestödjarna en ”hållandefunktion” i relation till dem. De får bära svåra upplevelser och känslor utan stöd och hjälp. I intervjun med Katarinas kollega Annika finns samma rädsla för att komma klienterna för nära och detta blir också ett viktigt motiv för att arbeta två och två.

”När vi låg under hemtjänsten så gick vi på en kurs där man skulle jobba fram det här med kontaktmannaskap. Men sedan valde vi att inte ha det så för att vi inte skulle bli så viktiga för vissa personer. Eller att människor inte skulle binda upp sig just på mig. För att det blir katastrof om jag sedan slutar, om man har kommit så nära varandra. Vi valde det här i och med att det är människor med psykiska handikapp.

Trots att både Katarina och Annika talar mycket om vikten av att skapa relationer där klienterna kan känna sig trygga och sedda har de paradoxalt nog organiserat arbetet så att möten på tu man hand sällan kan äga rum. Arbetet i par blir ett sätt att försäkra sig om att som enskild person inte bli för viktig och att undvika de ”katastrofer” som separationer kan innebära.

Andra sätt att undvika att klienter utvecklar beroendeböjor eller knyter an till särskilda vårdbiträden är att organisera arbetet så att personkontinuiteten blir låg, exempelvis att föra in rotationssystem av olika slag. En annan strategi kan innebära att helt enkelt inte satsa tid, energi och tanke på att organisera för kontinuitet. För att åstadkomma personkontinuitet i stora vårdbiträdesgrupper som tillsammans kan ha ett hundratal omsorgstagare att ansvara för krävs en gedigen insats. Några av de vårdbiträden som intervjuats har varit med om ett antal omorganisationer de senaste åren vilka bland annat inneburit att den existerande personkontinuiteten slagits sönder. En iakttagelse är ledningens ibland bristande förståelse och kunskaper om de nära relationer som utvecklas i omsorgsarbetet. Ledningens bristande hänsyn inför dessa relationer kan utveckla ett motstånd hos vårdbiträdena att komma sina omsorgstagare nära. Eva-Britt är en av dem som varit med om att hennes grupp först splittrades för att sedan slås ihop med en annan grupp vilket innebar att både vårdbiträden och omsorgstagare fick möta helt nya människor, utan förberedelser, övergångar eller annat som bekräftar relationernas betydelse. Eva-Britts kommentar till oordningen och bristen på kontinuitet i hennes arbetsgrupp är ”jag skiter i det nu”. Hon är besviken på den nonchalans som vårdbiträden och omsorgstagare utsatts för och hon svarar med en uppgivenhet där kontinuitet inte längre är ett viktigt värde att skydda.

Jag stödar åt dem och inget annat – om ansvar och skuld

En annan mycket svår sida i omsorgsarbetet är ansvaret för andra människors liv, hälsa och välbefinnande. Ansvaret för en annan människa kan väcka mycket ångest och skuldkänslor i omsorgsgivaren. Ansvaret blir särskilt stort och svårt i de omsorgsrelationer där klientens förmåga att ansvara för sitt eget liv och välbefinnande är reducerad. Relationerna blir än mer komplicerade och svåra då klienterna inte bara saknar förmågan att ta hand om sig själva utan även har ett självdestruktivt beteende som omsorgsgivarna måste förhålla sig till. Alexander och Marika arbetar i en vårdbiträdesgrupp som har inriktat sig på klienter med psykiska funktionshinder. En av deras omsorgstagare har en ganska allvarlig ätstörning som gör henne fysiskt mycket svag och sjukdomen utgör en fara för hennes liv. På grund av kvinnans självdestruktiva beteende blir vårdbiträdenas ansvar extremt tungt att bära. Den här typen av möten kan vara så ångestladdade för omsorgsgivaren att hon eller han, som ett försvar, helt enkelt reducerar sitt ansvar till de praktiska arbetsuppgifterna. Men Marika och Alexander finns kvar och försöker hantera ett större ansvar. För att klara av detta har de ett antal olika copingstrategier som handlar om att balansera och fördela ansvaret. I arbetet med kvinnan har Marika och Alexander ett delat kontaktmannaskap som syftar till att dela ansvarsbördan. Här har gruppen alltså organiserat in ett delat ansvar för en klient som är särskilt tung att arbeta med, och med syftet att finnas kvar i relationen och ta ansvar – inte fly ansvar. Ansvaret väcker omnipotensfantasier med ångest över att klientens liv hänger på en själv. Alexander tar upp detta i intervjun om att man som omsorgsgivare måste tänka ”att klienten också har ett eget ansvar”, vilket är en strategi att bearbeta omnipotensfantasierna. I sin relation med kvinnan har han gjort henne delaktig och medansvarig när det gäller hennes fysiska hälsotillstånd då han bland annat kommit överens med kvinnan om att ta kontakt med läkare om hennes tillstånd förvärras. Även om kvinnan är medveten om sin ätstörning så fokuserar hon sin uppmärksamhet på andra problem än själva ätstörningen och Alexanders strategi är att hålla sin verklighetsbild levande och envist påpeka klientens behov av att börja äta igen, samt att bistå kvinnan med den hjälp hon behöver för att ta itu med sina problem. Alexander säger att han inte kan fly ansvaret för då skulle han inte känna ett rent samvete.

”Skulle jag jobba på det sättet att jag skulle blunda för mycket, strunta i deras sjukdomar och bara tänka att jag ska städa och diska här – då skulle jag må dåligt.”

Till sin hjälp i arbetet har Alexander och Marika handledning en gång i veckan med en psykoterapeut. Handledningen skapar också förutsättningar att finnas kvar i mötet med klienterna och att hålla ansvaret levande. I handledningsgruppen får personalen möjlighet att tala om de svåra omsorgsrelationerna och få en bättre förståelse för alla de känslor som uppstår. Handledningsgruppen har också en hållande funktion för omsorgsgivarna, här finns tid och plats att ta upp de svårigheter och att få vara den som får hjälp och stöd av andra. Detta hållande som handledningen ger skapar möjligheter för vårdbiträdena att ha en hållandefunktion

i mötet med klienterna. Alexander som är mycket positiv till handledningen berättar hur han tidigare kunde reagera i möten som var svåra där ett försvar var att bli trött och uttråkad.

”Man hänger inte med riktigt och man förstår inte varför de betar sig så eller varför det blir så här nu då! Hur ska man göra? Och då blir det så att man inte orkar och att man tycker att det är tråkigt. Och då är det väldigt bra att ha den här handledningen som vi har en gång i veckan. /.../ Handledningen är kanonbra. Jag har tänkt ibland att det här klarar man väl själv men det är ju inte så. Det är bra att komma dit och prata och gå igenom hur det är med våra vårdtagare. Man berättar och hon frågar hur det känns, hur skulle du kunna tänka dig att gå fram, känner du si, känner du så? Ja det är sådana frågor som man kanske aldrig annars skulle ha reflekterat över. Man försöker bena upp sina tankar utifrån det vi berättar om oss och våra vårdtagare. Och vi kommer ju fram till mycket grejer plus att hon kan ge lite vägledning”.

Betydelsen av handledning framkommer också i Marikas berättelse. Hon arbetar även med en kvinna som periodvis blir inåtvänd och försunken i sin egen värld. I dessa lägen bryter hon kontakten med Marika och för istället någon slags kommunikation med sina egna inre röster. För Marika har detta arbete varit svårt, inte minst på grund av att kvinnans brott i kommunikationen lämnar Marika ensam och ansvaret för situationen blir hennes. Samtidigt har Marika känt osäkerhet och inte vetat vad hon bör göra eller om det hon gör kanske gör med skada än nytta. Vågar man försöka få kontakt och störa det pågående ”samtalet”? Hur skall man få kontakt? Här har handledningen också varit ett stöd att kunna diskutera vad och hur man kan göra i dessa situationer. Ett sätt att se det är att Marika måste hålla situationen med klienten men i handledningen så blir även Marika hållen. Handledningen minskar också pressen genom att ansvaret delas vilket gör att man i psykologisk mening känner sig mindre ensam i det svåra mötet.

”Och nu har vi ju handledning som sagt var, så då blir det ju på ett helt annat sätt. Man kan ju liksom fråga. Då har man ju någon som kan det här på ett annat sätt. För våra chefer vet ju lika lite som vi. Men i handledningen kan vi diskutera sådant som, hur gör vi då i den här situationen, ska man gå in och avbryta när hon sitter med rösterna, hur bär vi oss åt? Så man inte gör skada då.”

I Marikas berättelse framgår också hur handledningen kan hålla i tid och rum. Att det finns en särskild tid avsatt att reflektera över arbetet och de svårigheter man möter gör att fritiden bättre kan användas till återhämtning. Generellt sett tenderar ansvaret att inte vara kopplat till enbart arbetstid. Några respondenter berättar om hur man kan vakna på nätterna av lättare ångestattacker i rädslan av att man glömt något under arbetsdagen eller att tankarna på väg hem från jobbet kan ha en panikartad prägel då man bläddrar i minnet om man verkligen utfört alla de åtaganden man lovat. I flera intervjuer framgår hur kombinationen av hög kvantitativ arbetsbelastning och stort ansvar blir sten på börda. En hög kvantitativ belast-

ning kan leda till strategier som reducerar den kvalitativa belastningen, exempelvis att begränsa sitt engagemang och undvika ansvar.

Ett annat sätt att hantera det svåra ansvaret kan vara att formulera en omsorgsideologi som exkluderar ansvar. Boendestödjarna Gunilla och Barbro som tidigare varit vårdbiträden inom den vanliga hemtjänsten tar avstånd ifrån uppgifter som är inriktade på service och omsorg. Barbro säger att hennes arbete inte innefattar omsorg, hon ”tar inte hand om” människor som hon tidigare gjorde. Istället för att ta hand om, skall boendestödjarna lära klienterna att ta hand om sig själva.

”Jag jobbar inte med omsorg. Inom hemtjänsten tog vi ju hand om människor. Det gör i alla fall inte jag nu. /.../ Det här är som att jobba i en sexårsgrupp, en förberedande verksamhet för ett självständigare liv. Det är mycket pedagogiskt, varför och hur man går till väga för att göra olika saker.”

Denna omsorgsideologi innebär att klienterna själva skall vara aktiva medan omsorgsgivarnas roll är att finnas med i bakgrunden som stöd. Villkoret för hjälpinsatserna är att klienten dels uttrycker en vilja och dels att hon eller han själv är delaktig i de sysslor som skall utföras.

”Vi gör ingenting på eget initiativ. Det är brukarna som ska bestämma villkoren. Rent praktiskt handlar det om att personen ifråga ska ta första steget. Vi ska göra saker och ting tillsammans, vi är steget bakom. Det är de som gör och vi är bara där som stöd.”

I Gunilla och Barbros berättelser framkommer ett, jämförelsevis, mycket avgränsat ansvar för klienterna. De kan se behov som de inte tar hand om eller ens vidarebefordrar till någon annan eftersom det anses ligga utanför deras ansvar. 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 oförmåga att klara av ett eget boende. Gunilla och Barbro menar att deras insatser riktar sig till de friska sidorna hos klienterna och att psykiatrin skall ta hand om det ”sjuka”. I intervjun med Barbro ställs frågan om vad de gör när de tycker att klienterna behöver en annan slags vård eller hjälp, när deras pedagogiska insatser inte räcker till.

”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 förhållningssätt ska förstås utifrån omsorgsgivarnas inställning i ansvarsfilosofiskt hänseende. Stor vikt har lagts vid klientens eget 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!”

Om en klient äter dåligt, missköter sin hygien eller skötseln av sitt hem ser omsorgsgivarna detta som klientens *eget val* inte som en konsekvens av det psykiska funktionshindret. Boendestödjarna menar att alla insatser måste bygga på klienternas egna initiativ. Det ingår inte uppgifterna att utifrån egna initiativ ta över ansvaret ens temporärt. Att som hjälpare ”inte göra något på eget initiativ” kan ses som en försvarsstrategi att undvika ansvar i en annars mycket svår balansgång som ibland kräver att hjälparen blir mer aktiv. De talar alltså inte om klienternas *behov* utan om klienternas *vilja*, vilket är en strategi som ställer lägre krav på deras ansvar och aktivitet – att se behov. Gunilla och Barbro beskriver sin roll som att vänta in klientens uttryckta vilja och indirekt klientens ansvar. Själva vårdideologin handlar om att ”se det friska” och utveckla klienterna mot ett ”självständigare liv” vilket innebär att klienternas reella utsatthet och beroendebehov inte blir synliga. Vårdideologin erkänner bara en begränsad och idealiserad sida hos klienten.

Det smittar av sig – om depressioner och nedstämdhet

Att arbeta med omsorgstagare som är deprimerade eller mycket nedstämda är något som de flesta av de intervjuade upplever som svårt. När Katarina började som boendestödjare kom hon till en verksamhet som var i omvandling från hemtjänst till boendestöd. De som arbetade då hade deltidstjänster och alla utom Katarina slutade vid halv tre. Gruppen hade lagt in hjälpen till en deprimerad kvinna på eftermiddagarna, vilket innebar att Katarina som nyanställd fick ta hand om denna kvinna helt ensam och utan annat stöd.

”I början hade jag en kvinna som jag gick till själv varje eftermiddag i två timmar. De andra slutade halv tre och hon skulle få hjälp på eftermiddagarna. Tidigare hade de jobbat extra då, så de tyckte väl att det var skönt att slippa det då när jag kom. Och det förstår jag! För det var jättejobbigt för hon var deprimerad och hon ville ha alla lampor släckta. Och jag gick där och försökte tända lampor och försökte prata med henne och liksom få henne att se lite ljusare på saker och ting. Men man kände att den här hopplösheten smittade av sig. Den gör det! Det var väldigt tungt.”

Katarinas kollegor såg sin chans att fly denna svåra relation. Det svåra kan sägas utgöra den hopplöshet som Katarina upplevde som om den smittade av sig. Liknande upplevelser finns i intervjuerna med andra boendestödjare och vårdbiträden, särskilt när de pratar om deras relationer med deprimerade eller nedstämda klienter. Det handlar om att personalen ”åker in i” klienternas känslotillstånd, arbetet med klienten blir tungt, meningslöst och hopplöst. När personalen inte får hjälp att försöka se och förstå vad klienten uttrycker med sin depression och därmed att separera ut klientens känslor från de egna upplever personalen istället liknande känslor, där de egentligen inte kan hjälpa på något meningsfullt sätt. Ambitionen att hjälpa klienten övergår till ambitionen att försöka undvika klienten.

Ett annat exempel hur personal kan förhålla sig i dessa svåra möten finns i Saras berättelse. Hon arbetar i en relativt nystartad boendestödsverksamhet. En av gruppens klienter har kommit att få större delen av sin hjälp från hemtjänsten. Genom sin depression är han i ett mycket stort behov av hjälp och stöd.

”Jag har haft så lite med honom att göra. Utan det är när jag träffar honom här, när han kommer och ska ha medicin. Men med honom är det ju så att jag får ju hemskt illa när han ringer och säger att han mår så dåligt. Man hör hur dåligt han mår. Man känner hur man börjar blöda för hans skull, åh, så ledsen man blir!”

Ett försvar i förhållande till denna mycket svåra klient är att resonera om syftet med boendestödet vilket, enligt Sara, inte matchar hans behov. För Sara är syftet med arbetet att aktivera klienterna, vilket inte är möjligt med denna man. Sara och hennes kollegor har kanske också genom att verksamheten är nystartad och under utformning en möjlighet att avsäga sig ansvaret för vissa klienter och hävda behovet av en annan typ av boendeform. Här blir det en slags kravspecifikation på klienterna som i detta fall sorterar ut den deprimerade mannen och som motiverar en ansvarsbefrielse för Sara och hennes kollegor.

”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. /.../Men vi har ju sagt det hela tiden redan när vi fick hand om medicinen, att det här är ingenting för honom, han mår så dåligt. /.../ Ja man måste ha en egen vilja. Viljan måste finnas där. Men det är jättesvårt med den här mannen, för det är knappt man får svar av honom.”

Det man inte ser finns inte – om ångest och utsatthet

En sida av omsorgsarbetet innebär att möta människor som är olyckliga, ensamma, ångestfyllda, aggressiva, bittra, rädda eller förvirrade. Dessa svåra sidor i omsorgens möten väcker ofta ångestfyllda känslor i omsorgsgivarna. En klients ensamhet och utsatthet kan väcka omsorgsgivarens egen skräck inför denna belägenhet. Inte så sällan bär klienterna på svåra erfarenheter som de på olika sätt vill berätta om. Dessa erfarenheter kan väcka så mycket ångest i omsorgsgivarna att de på olika sätt försöker undvika att ta del av det som klienterna berättar om. I intervjun med Sara framgår att en klient, en utvecklingsstörd kvinna, har berättat att hon har varit utsatt för övergrepp av en person på den ort hon tidigare bodde. Denna berättelse upprörde personalen som kontaktade personal på hennes tidigare boende. Då uppdagades, enligt Sara, att klientens historia var lögn och fantasi.

”Hon hade en historia om övergrepp. Och det började hon berätta för oss direkt hon flyttade hit. Och vi blev ju väldigt uppjagade och började leta och slita i den här historien, då det uppdagades att allt var en lögn. Allting var hennes egen fantasi som hon hade byggt ihop.”

Eftersom klienten då och då vill prata om detta har personalen kommit överens om att säga att det där var då, det pratar vi inte om nu.

”Men det där tar hon ju upp någon gång då och då, även fast vi har sagt att det där var gjort i xx (den andra orten). Så att det har hon börjat lämna nu. För där har vi varit stenhårda. För samtidigt går det inte att säga till henne, nu ljuger du! Hon lever ju i sin sanning.”

Detta traumatiska, sant eller inte, förnekas och motas bort genom en överenskommelse i gruppen ”att inte prata om det”. Detta kan ju också ses som ett sätt för personalen att slippa möta klientens svåra upplevelser och eventuell egen ångest som väcks i samband med övergrepp och utsatthet. När Sara beskriver sin relation med denna klient så framgår att hon kan känna sig så trött då hon upplever att klienten kan ”sitta och mala i timmar om samma saker”. Den trötthet som Sara och hennes kollegor upplever kan förstås i ljuset av att både klient och omsorgsgivare kämpar med att undvika det svåra och energin går åt att hålla detta borta.

En annan form av förnekande av klientens belägenhet finns i den idealbild en del vårdbiträden förmedlar av sig själva - som ständigt positiva och glada. Oavsett de egna känslorna eller klientens, så kräver yrkesrollen att man uppvisar ett positivt och glatt bemötande. Här kan vårdbiträdena uppleva att de ger och ger av sig själva, de försöker skoja och göra små extra saker för att klienten skall uppträda som om han eller hon var nöjd och tillfreds med sin situation. I de fall då dessa ansträngningar misslyckas kan vårdbiträdet dra slutsatsen att klienten i fråga är en hopplös person. Han eller hon tillskrivs ett personlighetsdrag som exempelvis bitter eller hopplöst negativ. En stereotyp bild gör att vårdbiträdet inte behöver möta klientens sanna belägenhet.

Klienters ångest och utsatthet kan också mötas med att omsorgsgivarna försvarar sig genom en tudelning av ont och gott, man förlägger allt det svåra och all utsatthet hos klienterna och det goda i sig själv. Tudelningen kan förstås utifrån svårigheten att hålla isär och möta klienterna i deras ångest och fortfarande ha sig själv i behåll. Barbro som arbetar med psykiskt sjuka gör sådana tudelningar när hon berättar om klienternas svåra öden. Det är synd om klienterna och själv har hon tur. Med kommentaren ”jag kan inte stava till ångest ens” betonar hon skillnaden mellan sig själv och sina klienter. Avståndet mellan hennes värld och hennes klienters värld blir gigantiskt.

”Det är ju hemskt för dem. (Vad är det som är hemskt?) Att de inte kan leva så gott som jag. De har ju otroligt mycket som är jobbigt, historien, sina liv, anhöriga, ångest och röster. Jag kan ju inte veta hur det är men jag hör ju dem berätta om hur det är att ha ångest. Och hur förskräckligt det måste vara att ha ångest. /.../ Det måste vara jättejobbigt. Jag har inte varit i sådan situation själv, jag kan inte stava till ångest ens, så jag vet inte hur det är inifrån. Men det är klart att det är jobbigt. /.../ Det är synd om dem och tur för mig att jag inte behöver leva på det viset.”

Tudelningen innebär att man förlägger det svåra och tunga hos klienten och ser sin egen belägenhet som en motsats till klientens. Skillnaden mellan hjälpgivare och hjälpmottagare blir maximal och möjligheten till empatisk förståelse går förlorad.

I samtalen kring svåra möten tar några av vårdbiträdena upp betydelsen av att få ”prata av sig” eller ”ösa ur sig” inför sina kollegor i gruppen. Vårdbiträdenas berättelser om svåra klienter har då en sidoberättelse som handlar om träffar i gruppen där man pratar av sig om den svåra klienten och detta mildrar den ångest och stress man upplever. Eftersom många vårdbiträden saknar handledning eller ens en avsatt tid för gemensam reflektion och diskussion kring arbetet, är de korta informella möten där man ”pratar av sig” av särskilt intresse. Vad är det som händer under dessa träffar? I intervjuerna framkommer att det centrala inslaget handlar om att vårdbiträdena som arbetar med den svåra klienten berättar om hur svår och hemsak personen ifråga är. Man berättar vad som händer där hemma, vad hon eller han sa och gjorde. Att ösa ur sig innebär att lägga allt det hemska man tagit emot i gruppen där en ensidig och överdrivet negativ bild av den svåra klienten i fråga skapas. Ett citat från intervjun med Eva-Britt säger något om denna process där kollegorna ”får lära känna” klienten fast de aldrig har träffat honom.

”XX han tog ju så mycket av oss. Men då har ju vi, alltså den här förmågan att kunna komma in här till grupplokalen och gapa och skrika och tjoa och hojta och svära och domdera och prata av oss, även med dem som inte har XX. Så de känner ju honom också. Fast de aldrig har varit hos honom och aldrig har sett honom. Men de känner honom, mycket väl!”

Att ”prata av sig” eller ”ösa ur sig” kan ses som en parallell process till det som händer i mötet med klienten. Klientens svåra känslor projiceras på vårdbiträdet, känslor som hon inte kan ta hand om och härbärgera, men som känns likafullt. Vårdbiträdet ”blir drabbad” av klientens svåra upplevelser och i gruppen försöker hon sedan göra sig av med sina känslor som inte heller här kan tas om hand. I gruppen förläggs all ångest till en stereotyp och överdriven bild av klienten som vårdbiträdena kan prata om och förhålla sig till.

Till slut stänger man av – om otillräcklighet

I intervjumaterialet framträder möten där omsorgsgivarna känner sig otillräckliga som en viktig källa till stress. Otillräcklighetskänslor härrör ibland från de snävt tilltagna tidsramarna som många vårdbiträden har att verka inom. Det kan handla om situationer där man känner att personen man är hemma hos behöver mer tid och mer hjälp, men att man är tvungen att gå därför att nästa klient väntar. Det kan också handla om en uppfattning att de gamla och funktionshindrade egentligen skulle behöva mer hjälp än vad de är beviljade. En annan typ av otillräcklighetskänslor handlar om en upplevelse av egen oförmåga, man vill hjälpa men vet inte hur och de egna ansträngningarna upplevs misslyckade och otillräckliga. Ibland uppstår otillräcklighetskänslorna ur en kombination av för lite tid och en upplevelse av en egen oförmåga. Astrid har arbetat i ungefär tio år i hemtjänsten och hon tycker att mycket har förändrats sedan hon började. De omsorgsgivare som nu

får hjälp är i mycket sämre skick, arbetet har rationaliserats och det nödvändigaste prioriteras menar Astrid. I intervjun framgår att hennes arbete bärs upp av och styrs av målet att hålla de överenskommelser som gjorts med vårdtagaren angående hjälpens vad, hur och när. Astrids berättelse visar hur nedskärningar och en ny ekonomisk retorik kan påverka vårdbiträdenas copingstrategier i en situation där de egentligen är av den uppfattningen att hjälpen de ger är otillräcklig. Astrid har på ett plan accepterat den nya "affärsmissigheten" som nu präglar hemtjänstens verksamhet. De snäva ekonomiska ramarna är ett faktum som hon inte råar över och därmed inte heller är ansvarig för.

"Jag tycker att det är jättebra att det inte är vi som ska gå och hjälpa dem varje dag som bestämmer för det skulle vara fruktansvärt. Vi möter dem ju varje dag och det är ju alltid svårt att säga nej till någon som man ser skulle behöva. Men nu är det bestämt att det och det ska de ha hjälp med och då menar jag att det kan vara skönt att bara vara vårdbiträde. /.../ nu är det ju mer målmedvetet - att det här är uppdraget. Det har blivit lite affärsaktigt där man får titta på uppdraget och vad som ingår i det."

Astrid tycker att helheten har gått förlorad och att det är många grundläggande behov som vårdtagarna inte får tillgodosedda. Trots missnöje och kritik gäller det att anpassa sig och försöka ändra sina värderingar.

"Ja det tycker jag är bedrövligt och tyvärr kommer vi nog att få fortsätta tycka det helt enkelt. För det kommer inte att finnas resurser. Så fort det är något så får man ju höra att det inte finns resurser till det. /.../ Det har hårdnat mycket mer. Man får anpassa sig hela tiden."

Astrid har alltså synpunkter på vad som egentligen är god kvalitet vilket rymmer mycket mer än vad hon kan ge och en övergripande copingstrategi för henne att hantera denna diskrepans är att gilla läget. Att följa överenskommelsen som gjorts i samband med biståndsbedömningen blir den mall som hon kan värdera sina insatser mot. Hon tydliggör därmed för sig själv att otillräckligheten finns i ett system som hon inte är ansvarig för.

"För att göra ett hemtjänstjobb så krävs det att du har ett bistånd. Du följer det biståndet och ser att den personen är nöjd och att det fungerar bra. Det tycker jag är kvalitet."

Astrids arbete präglas av tidsnöd vilket innebär att förmågan att organisera insatserna är en central kvalifikation. De snäva ramarna kräver en noggrann planering och organisering för att arbetsuppgifterna ska kunna bli utförda. Att hitta en effektiv organisation kräver framförhållning i genomförandet av överenskommelserna. Men detta kräver också av klienterna att de både kan komma fram till- och dessutom hålla överenskommelserna. En av Astrids tidigare klienter som hon återkommer till flera gånger under intervjun var psykiskt sjuk och ett centralt problem i arbetet med denna kvinna var hennes oförmåga att komma fram till överenskommelser som gällde från den ena dagen till den andra. I arbetet med denna kvinna krackelerade den copingstrategi som ju innebar att fullfölja avtalet.

Astrids arbete med denna kvinna präglades av konstant stress då hennes nyckfulla önskemål var omöjliga att tillgodose. Arbetsdagarna inleddes dessutom ofta med ett antal ångestladdade meddelanden på telefonsvararen om nattens plågor och dagens alla behov. Astrid 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.”

I arbetet med denna kvinna blev ansvaret till sist för tungt att bära och som ett försvar i detta omöjliga arbete stänger Astrid av känslomässigt och fokuserar sig 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 chefen) och tänkte att någon måste lyssna. 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.”

Kvinnan i fråga blev så dålig att hon så småningom blev intagen på en psykiatrisk avdelning. Det framgår att arbetet med denna klient har gjort starka intryck på Astrid. Även om hennes berättelse i huvudsak handlar om hur oerhört svårt och tungt och i många fall omöjligt arbetet med denna kvinna var så framgår det också att relationen bekräftade henne - hon var en av de få utvalda som kvinnan accepterade. (Det var bara Astrid och ytterligare ett vårdbiträde som hon släppte in.) Det är uppenbart hur Astrid också anstränger sig för att vara sin klient till lags och hon säger flera gånger i intervjun att hon lyckades mot alla odds att inte bli en av de onda i kvinnans ögon. Hur såg då Astrids arbetssituation ut? Ja förutom att

tiden på intet sätt räckte till och att de tidsmässiga ramarna inte vidgades i takt med de svårigheter hon hade att tillgodose klientens önskningar, så framträder också Astrid och hennes kollega som övergivna i sitt arbete, utan handledning eller annat stöd. Arbetsledaren och de andra vårdbiträdeskollegorna gav henne visserligen uppmaningen att ”sätta gränser” vilket hon försökte med föga framgång, men i övrigt var hon och hennes kollega lämnade att själva försöka förstå både sina egna känslor och klientens. Att inte få hjälp i en sådan här svår relation omöjliggör ett långsiktigt engagemang från vårdbiträdenas sida. Det är uppenbart att klienter med svåra och stora behov också väcker svåra känslor i omsorgsgivarna, vilka är svåra att se, separera ut och hantera utan handledning. Ofta försöker vårdbiträdena efter bästa förmåga att hantera relationerna på egen hand. Men av många vårdbiträdesintervjuer att döma så slutar tyvärr dessa engagerade insatser precis som i Astrids berättelse. Den omöjliga situationen gjorde att Astrid tvingades stänga av för att stå ut och de ”lärdomar” Astrid har med sig från denna relation är att i fortsättningen akta sig för engagemang.

”Jag åkte inte och hälsade på henne. Har man blivit uppäten en gång så gör man inte om samma misstag en gång till. Man kan inte bjuda på sig själv när det är en sådan som bara slukar en. Egentligen kände jag vid jul att det var bedrövt att man tvingas vara så. För jag hade velat skicka ett kort eller så. Men så tänkte jag att det ska jag nog inte göra, för jag vet inte hur det tas emot. Hon skulle ju kunnat se det som ett invitkort och det var ju inte meningen.”

En slutsats vi kan dra från Astrids berättelse är att klienter som har stora behov riskerar att inte få något alls eller att möta omsorgsgivare, som för att värja sig mot otillräcklighet, har utvecklat en slags känslomässig snålhet. Det handlar inte om illvilja utan om att överleva i rådande arbetssituation. I Astrids berättelse framgår också att uppdraget med klienten var mycket oklart. Trots att kvinnan hade ganska stora psykiska problem fanns bara de praktiska insatserna formulerade i uppdraget. Astrid skulle närvara vid bad och hjälpa till med städning och handling - vad som sedan utspelade sig i relationen mellan Astrid och hennes klient var och förblev osynligt så som arbetsuppgift.

Berättelserna om otillräcklighet berör ofta omsorgsgivarnas ensamma och utsatta position i sin organisation. Det kan handla om att vårdbiträdena kommer hem till klienter som mår fruktansvärt dåligt, fysiskt och/eller psykiskt och att vårdbiträdenas möjligheter att hjälpa upplevs som starkt begränsade. I Lottas berättelse framkommer hur dessa möten präglas av rädsla och osäkerhet huruvida man ”gör rätt eller fel”. Lotta talar om omsorgsgivarnas behov av att kunna ringa eller få kontakt med andra för stöd och konsultation. Hennes erfarenheter är dock att detta stöd fungerar dåligt. ”man ringer och man får ingen hjälp” Copingstrategin att söka stöd och hjälp är beroende av att det finns någon som lyssnar och tar förfrågan på allvar. Det händer att vårdbiträdena inför svåra uppgifter bemöts med kommentarer om att ”ni är så duktiga, ni klarar det här” med konsekvensen att vårdbiträdena hamnar i en övergivenhet där de svåra upplevelserna förnekas och istället skall de leva upp till bilden av att vara duktiga och tåliga. Här förmedlas

ett slags stoiskt ideal där omsorgsgivarna, berömmet till trots, känner sig osedda i det verkliga arbete de utför. Känslan av utsatthet kombinerat med känslan av att ”ansvariga personer” inte bryr sig lämnar en upplevelse av inte vara värdefull och viktig. Organisationens bristande stöd manifesteras också i en allt för hög arbetsbelastning. Lottas arbetssituation präglas av att organisationen bakom henne kräver mer och mer utan att samtidigt se till de förutsättningar som krävs för att arbetet skall kunna utföras. Att få nya uppgifter men ingen tid, ger bilden av ett arbete som inte upplevs vara värt att ta på allvar.

”Vi ska ju ordna och fixa så att vårdragarna får det bra. Deras vårdplanering och allt det här ska vi ordna. Det har lagts mycket mer på oss som vi ska klara av. /.../ I vår grupp har vi inte ens fått ihop vårt schema och vi får inte hjälp och det finns ingen tid så vi kan inte sätta oss och skriva ner ett schema så att vi får det att fungera. Vi har försökt i en månad och det går inte. Det är en massa såna saker som gör att man blir så trött.”

I relation till sin organisation känner sig Lotta osedd och övergiven. Lottas upplevelse av organisationen är att ”de lite högre upp egentligen inte bryr sig”. Bristen på engagemang avspeglar sig i Lottas försvar och de som drabbas är de som är beroende av hennes hjälp.

”Det går ju givetvis ut över vårdragarna också för man orkar ju inte engagera sig på samma sätt, det gör man inte./.../ Jag märker att man inte lyssnar på samma sätt längre. Förut hörde man mellan raderna på något sätt, men idag händer det att man inte orkar. Man hör det men man bryr sig inte om det, för man orkar på något sätt inte.”

Man tror de jävlas med en – om kunskapsbrist

Ett annat viktigt tema när det gäller aspekter i de svåra mötena handlar om osäkerhet som kommer av otillräckliga kunskaper. Omsorgsgivarna hamnar i många olika situationer i arbetet med klienterna där de inte har fått tillräckliga kunskaper för att känna en trygghet och säkerhet i de uppgifter som skall utföras. Det finns många exempel på uppgifter och situationer då den här typen av stress kan uppstå. Ett exempel är när vårdbiträdena kommit hem till personer med en komplicerad hjälpmedelsutrustning som exempelvis elektrisk rullstol och lift utan att de fått några förkunskaper varken om hur tekniken fungerar eller hur personen i fråga kan hjälpas på bästa sätt. Sådana erfarenheter har Eva-Britt som i citatet nedan berättar om när hon för första gången kom hem till en funktionshindrad man som även hade stora svårigheter att uttrycka sig verbalt.

”Vi hade ju en här uppe också, en man som var totalförlamad och bara kunde röra huvudet. Och jag menar, alla procedurer hit och dit, och fram och tillbaks och lift, vad han nu hade för lift och så skulle han ner i sin rullstol och upp på toa och gud vet vad! Jag kom ju upp dit till honom då, en eftermiddag. Och mata honom kunde jag ju. Men sedan skulle jag ju köra hans elektriska rullstol, som jag aldrig gjort förut. Det var fruktansvärt! Han

satt bara och hoppade och sedan körde jag in i väggen. Alltså det var knappar för ryggen hit och dit och han åkte som en jädra jojo. Då blev han ju jättearg på mig. Och då blev jag jättearg på honom. Och sa det, att jag gör så gott jag kan, jag har aldrig kört en rullstol. Och kan du inte ta det här, då går jag. Då skiter jag i dig. Och då förstod han det. För att jag var skitnervös och svetten nästan rann om mig.”

Eva-Britt tar också upp situationer som i ena fallet handlar om sjukvårdande uppgifter där hon på grund av för lite kunskaper gör ett misstag. Det andra fallet handlar om arbetet med en psykiskt sjuk klient. Vid ett tillfälle när klienten mår dåligt säger han saker om Eva-Britt och anklagar henne för saker som hon inte gjort. Eva-Britt blir till slut rasande på klienten och säger ifrån. Efteråt får hon dåligt samvete av att hon blivit arg på en människa som ”ju är sjuk”.

”Men då kände jag mig osäker i min roll, det känner jag. Det är likadant som när jag gick ut och skulle ge insulin. Och då tyckte jag att jag hade för lite kött på benen. Jag ville veta för att vara säker i min roll. Och jag råkade ju illa ut en gång. Jag körde i en spruta men då hade gubben dragit upp byxan så jag fick inte i något insulin. Jag trodde det var fel på sprutan. Och så försökte jag en gång till och jag får inte i någonting. Nej, det kom jag ju på sedan att han hade stasat. Jag menar, hade jag haft mer kött på benen, vid vissa tillfällen, så hade det inte hänt sådana här grejer. Och det kände jag också i det här med xx (en psykiskt sjuk klient), att kunde jag ha gjort annorlunda? Och detta förföljde mig hem. Jag mådde inte bra alltså. För att han är ju då sjuk! Men sedan kom jag ändå dithän, att nej, jag kan inte förändra mig som person. Och på något sätt så punktmarkerade jag honom, att nu djävlar, alltså nu går du inte längre. Sluta!”

Eva-Britts sätt att hantera den osäkerhet och stress hon känner i dessa situationer är att bli arg och möta klienten med denna ilska. Att bli arg i situationer där man i själva verket känner sig rädd, utsatt eller osäker verkar vara ett inte helt ovanligt försvar. Berättelser om osäkerhet på grund av otillräckliga kunskaper kom också upp under intervjuerna i samband med att vi talade om utbildningens betydelse, i flera fall var det kortare utbildningar i psykiatri som respondenterna hade deltagit i. I berättelserna framgår att omsorgsgivarna via utbildningen har fått möjligheter till omtolkningar av klienters sätt att vara, det kunde handla om klienter som man känt irritation, ilska eller rädsla inför. Efter kursen kunde ”beteendet” förstås som en del av det psykiska handikappet och inte som osympatiska eller 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”. Den här typen av omtolkningar av beteende fanns inte bara i anknytning till psykiskt funktionshinder och ökade sakkunskaper när det gäller dem, utan även när det gäller förståelsen av människor med andra typer av funktionshinder och sjukdomar. Av intervjuerna att döma verkar det som om utbildning kan stärka omsorgsgivarnas möjligheter till empatisk förståelse som copingstrategi. Kunskaperna ger vård-

biträdena ett utökat tolkningsutrymme i mötet med klienterna. Detta utrymme gör att vårdbiträdet kan få tillräcklig distans i mötet så att klientens belägenhet och behov blir tydligare. Med ett begränsat tolkningsutrymme ligger det nära till hands att reagera omedelbart och spontant med exempelvis irritation, frustration, osäkerhet eller att känna sig bortstött och kritiserad. Ökade kunskaper gör att förståelsen för klienterna ökar, vilket också hjälper omsorgsgivarna att separera ut sig själva från klienterna. Denna utseparering handlar också om att omsorgsgivarna utifrån mer kunskaper får mer realistiska förväntningar på de egna insatserna, vilket motverkar exempelvis otillräcklighetskänslor eller uppgivenhet efter välmående men misslyckade ansträngningar att hjälpa.

Diskussion

Denna studie tar sin utgångspunkt i omsorgsarbetets svåra möten. Ansatsen har inneburit ett nära studium av ett begränsat antal personer där några centrala aspekter i arbetet har fokuserats. Olika typer av svåra möten liksom omsorgsgivares strategier att hantera de svåra mötena har identifierats och analyserats. Resultatens generaliserbarhet kan diskuteras. En fråga rör urvalet av respondenter. Om andra omsorgsgivare med andra klientgrupper hade ingått, exempelvis personal och vårdtagare vid ålderdomshem eller särskilda boenden för demenssjuka, skulle sannolikt fler typer av svåra möten och strategier kunna identifieras. En annan fråga handlar om svårigheten att kontrollera respondenternas möjlighet och vilja att uppriktigt och öppet berätta om sina upplevelser och handlingar. Att studien inte har en klinisk ansats kan innebära vissa begränsningar när det gäller respondenternas möjlighet att ta upp svåra och kanske skuld- eller skamfyllda upplevelser. En studie som genomförs via exempelvis en handledningsgrupp skulle kunna ge ytterligare kunskaper om svåra möten och strategier. Den nu följande diskussionen, rekapituleringen av resultat och beskrivningar av svåra möten, strategier och ramvillkor får betraktas utifrån dessa begränsningar. Resultatpresentationen byggde på sammanhängande empiriska beskrivningar av studiens tre frågor, liksom deras inbördes relationer. I det följande ska de tre delfrågorna sammanfattas, diskuteras och tolkas var för sig.

De svåra mötena

Behov och behövande. En viktig och, som vi såg, komplicerad aspekt bakom omsorgens svåra möten handlade om klienternas faktiska behov och behövande. Klienternas utsatthet och beroende av andras omsorg för att få viktiga behov tillgodosedda påminner om ett litet barns beroende av sina föräldrar, det vill säga erfarenheter som vi alla har gemensamt. I objektrelationsteoretiskt tänkande är barnets tidiga beroendetillstånd en period i livet som har en avgörande påverkan på personlighetsutvecklingen. Grunden för psykopatologisk utveckling finns i den här perioden som kännetecknas av sårbarhet och utsatthet i beroendet av andra för att få viktiga behov tillgodosedda (Tudor-Sandahl, 1992). Såväl omsorgstagare

som omsorgsgivare kan ha ett komplicerat förhållande till sina egna beroende-behov vilket kan påverka mötet dem emellan. När det gäller omsorgsgivarna framgick att behoven väcker starka känslor, rädslor och fantasier.

Att känna sig använd. De svåra mötena kunde också handla om att känna sig använd i relation till klienterna. Mötet med klienten blir här präglad av misstänksamhet och kamp. Relationen har ett inslag av villkorlighet då omsorgsgivaren gärna ger men med ett underförstått krav på tacksamhet och uppskattning i gengäld. När klienterna inte tillgodoser omsorgsgivarnas bekräftelsebehov tolkas det som personliga angrepp eller ren illvillighet. En viktig aspekt bakom dessa möten handlar om svårighet att hålla isär och separera ut klienternas önskemål och behov från egna känslor som väcks. En annan viktig aspekt som kan bidra till den här typen av svåra möten handlar om den ringa uppskattning som omsorgsarbetet innebär i form av lön, status och professionell bekräftelse. Risken finns att omsorgsgivarna omedvetet kompenserar arbetsgivarens bristande bekräftelse i mötet med klienterna. Om arbetet blir ett icke-arbete genom att insatserna i första hand definieras som medmänskliga och altruistiska handlingar så är det klienten och inte arbetsgivaren som kan ge bekräftelse.

Kränkningar. Vi såg också att omsorgsgivarna kunde uppleva olika typer av sexuella anspelningar eller närmanden från klienter som mycket obehagliga kränkningar. Dessa handlingar blir till kränkningar då omsorgsgivarna underordnar sig utifrån en rädsla att det inte är möjligt att säga ifrån. Rädslan och utsattheten hanteras genom en sorts rationaliserad förståelse av klientens agerande som bortförklarar både klientens handlingar och de egna upplevelserna.

Närhet och beroende. Det svåra i arbetet handlade också om närhet och beroende. Det fanns en stark rädsla för att man som person skall bli "för" viktig för klienterna. Relationerna blir mindre skrämmande när klienterna inte ges möjligheter att knyta an och fästa sig vid en särskild omsorgsgivare. Dartington (1994) som studerat sjuksköterskor kopplar samman deras rädsla för närhet med rädslan för att bli överväldigad av emotionella krav som de inte kan ta hand om. Rädslan för närhet och beroende kan, i likhet med det som ovan sades om behov, förstås utifrån objektrelationsteorins insikter om det tidiga beroendetillståndets omedvetna påverkan på den vuxnes psykiska liv och interaktioner. Sett utifrån detta perspektiv är undvikandet av närhet med andra människor ett sätt att skydda sig mot besvikelser och svek (se t.ex. Guntrip, 1968/1992).

Ansvar. Vi såg också att omsorgsarbetet innebär ett stort ansvar för andra människors liv, hälsa och välbefinnande och att detta ansvar kan väcka mycket ångest och skuld känslor i omsorgsgivaren. I likhet med Menzies Lyth (1988a) sjuksköterskestudie hade omsorgsgivarna i denna studie olika strategier som syftade till att undvika individuellt ansvar. Omnipotensfantasier som väcks kan göra den här typen av möten så ångestladdade att omsorgsgivaren på olika sätt försöker fly ansvar. När det gäller problematiken kring ansvar är tidspress sten på börda, därför att förutsättningarna för att ta ansvar är starkt beskurna.

Depressioner och nedstämdhet. De svåra relationerna handlade också om det som ibland kallas för överidentifikation med klienterna. Exempel på detta kunde ses vid arbetet med deprimerade eller mycket nedstämda klienter där omsorgs-

givarna upplevde att depressionen ”smittade av sig”. Sverker Belin (1993) har beskrivit olika processer som kan vara verksamma i vårdpersonal utifrån mellanmänskliga fenomen så som parallellprocesser, projektiv identifikation och omedveten identifikation. Dessa processer har beskrivits och begreppen utvecklats utifrån relationerna mellan psykoterapeut och patient samt psykoterapeut och handledare. Belin (1993) vidgar dock relevansen av dessa begrepp till alla typer av vårdgivare i vård- och omsorg i allmänhet (se också Obholtzer & Roberts, 1994) och i vård av tidigt störda och psykotiska patienter i synnerhet. En viktig poäng är att när vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att känna igen plågade och förvirrade människors känslomässiga påverkan minskar möjligheten att vara till hjälp. Praktiska och teoretiska kunskaper om dessa processer kan användas för att hjälpa patienterna eftersom det till stor del handlar om en typ av kommunikation där patienten förmedlar något om sitt inre tillstånd. Vårdpersonal blir hjälpbärare av patienters svåra erfarenheter och känslor. I stället för att tala i termer av överidentifikation så som ofta görs inom psykiatri som något som vårdgivare skall akta sig för, talar Belin om omedveten identifikation där vårdgivarens upplevelser kan förstås som återspeglings av patienten. Handledning kan hjälpa vårdgivarna att särskilja de egna och patientens känslor och att förstå identifikationen utifrån de känslor som patienten väcker.

Ångest och utsatthet. I arbete med människor kan alltså insikter om omedvetna mellanmänskliga processer så som projektiv identifikation dels minska stress och ångest hos personalen men också hjälpa dem att förstå sina klienter bättre (se också Moylan, 1994; Mawson, 1994). I denna studie såg vi att till en av arbetets svårare sidor hör att möta människors ångest och utsatthet. Det svåra kan förstås dels utifrån omedveten identifikation med de projicerade känslorna, dels utifrån att klientens ångest och utsatthet väcker vårdbiträdet egen rädsla inför denna belägenhet. Omsorgsgivaren blandar samman sina egna känslor med klientens.

Otillräcklighet. Svåra möten i omsorgsarbetet handlade också om personalens otillräcklighet. Detta är föga förvånande då flera svenska enkätstudier om arbetsmiljö i äldre- och handikappomsorgen har visat att personalen ofta upplever otillräcklighet i arbetet (se t.ex. Thulin, 1987; Gustafsson & Szebehely, 2001). I studien såg vi också att det fanns två typer av otillräcklighet. Medan den ena härrör från tidsbrist – att man skulle vilja ge mer hjälp än vad tidsramarna tillåter, så handlar den andra om upplevelser av egen oförmåga - man vill hjälpa men vet inte hur. Otillräcklighet i omsorgsarbetet handlar med andra ord både om tid och om kunskaper.

Kunskapsbrist. En sista men inte minst viktig typ av svåra möten hade sin grund i osäkerhet på grund av kunskapsbrist. En relation med en klient kan vara svår därför att omsorgsgivaren känner sig osäker och otrygg i det arbete hon skall utföra. I studien framgick att omsorgsgivarna kan uppleva sig kunskapsmässigt illa rustade för konkreta uppgifter de skall utföra men också för förståelse och hantering av problematiken i den heterogena klientgrupp som de arbetar med. Mötet med en klient kan försvåras genom att otillräckliga kunskaper begränsar tolkningsutrymmet. Med ett begränsat tolkningsutrymme ligger det nära till hands att reagera omedelbart och spontant med exempelvis irritation, ilska eller rädsla.

Med otillräckliga kunskaper om klientens problematik kan hon eller han framstå som exempelvis svårbegriplig, elak, skrämmande eller osympatisk. Betydelsen av kunskap framgick också när vårdbiträdena via utbildning fick möjligheter till omtolkning av klienters beteende i riktning mot empatisk förståelse. Utbildning tycks alltså ha en viktig roll när det gäller vårdbiträdenas möjligheter att använda empatisk förståelse som strategi istället för mer avstängande, distansnerande och undvikande strategier. I linje med denna iakttagelse har Holm (2001) i en studie av personal inom socialt arbetet funnit signifikanta samband mellan utbildningsnivå och empati, liksom att personal med lägre utbildning hade signifikant mer utagerande och förnekande försvar jämfört med de mer utbildade.

Strategierna

Vi kan dela in personalens försvar och coping i konstruktiva respektive icke-konstruktiva strategier. Bägge typerna syftar till att omsorgsarbetaren skall överleva i det svåra omsorgsarbetet men på olika sätt och med olika konsekvenser. Konstruktiva strategier mobiliseras utifrån insikten att en situation är smärtsam eller omöjlig och strategierna syftar till att skydda sig själv för att kunna utföra arbetet. Icke-konstruktiva strategier mobiliseras för att på olika sätt förneka verkligheten vilket innebär att dessa omöjliga situationer kan fortgå och till och med förvärras. De icke-konstruktiva strategierna har konsekvenser för kvaliteten i såväl arbete som omsorg då de distansnerande, avstängande, och undvikande strategierna syftar till att minska kontakt, känslor och ansvar i relation till klienterna. I enlighet med Lazarus (1999) är inte avsikten att generellt säga vilka strategier som är bra utan det beror på en rad faktorer som strategierna kan utvärderas emot. Här används således ordet ”konstruktiva” inte för att klassificera olika strategier utan för att belysa strategier som kan leda till att de svåra mötena förändras i positiv riktning. De konstruktiva strategierna så som avses här, är strategier som syftar till att finnas kvar i mötet med hela sin person i meningen närvarande fysiskt, intellektuellt och emotionellt och att i detta möte hålla ansvaret levande.

Konstruktiva strategier

Ökat tolkningsutrymme. I studien såg vi att en strategi som kan förändra mötet i positiv riktning handlar om att söka och ta in ny kunskap. När omsorgsgivaren tillägnar sig relevanta kunskaper ökar hennes tolkningsutrymme vilket kan ge möjligheter till omtolkning av klienters beteende i riktning mot empatisk förståelse. Kompetensutveckling innebär också ökad säkerhet i arbetet och motverkar rädsla och otrygghet som kommer av otillräcklig kunskap för att kunna utföra arbetet.

Delat ansvar. I stället för att fly ett svårt möte såg vi att omsorgsgivarna kan välja att söka stöd och hjälp. Hjälpen kan handla om att andra omsorgsgivare, kollegor eller andra yrkesgrupper, på olika sätt delar ansvaret. Genom att fler är delaktiga och tar ett ansvar för klientens insatser blir omsorgsgivaren i psykologisk mening mindre ensam och hon kan därför vara kvar och ta sin del av

ansvaret. Hjälpen kan också handla om att få konkret hjälp där andra bidrar med sina kunskaper och erfarenheter.

Separera ut. En annan anledning att söka stöd och hjälp var för att försöka förstå varför mötet känns så svårt, att förstå och tolka de egna känslorna liksom klientens känslor och ageranden. Det handlar om att omsorgsgivaren separerar ut de egna känslorna från klientens känslor och därmed förändrar förståelsen i mötet. Att separera ut de egna känslorna innebär att stanna upp och fundera över och försöka förstå vad som händer i mötet, istället för att aningslöst agera i försvar.

Realistiska förväntningar. En annan strategi som innefattar både att ta in nya kunskaper och att separera ut, handlade om att ändra förväntningarna på de egna insatserna. Mötet blir mindre laddat därför att klientens verkliga belägenhet och behov blir tydligare och de egna insatserna kan bli mer realistiska och anpassade till klienten. Vi såg att realistiska förväntningar även handlar om omnipotensbearbetning där andra personer (inklusive klienten själv) också erkänns ett ansvar liksom att målet för de egna insatserna är möjliga att förverkliga. Det kan handla om att försöka stå ut med klientens svåra känslor och erfarenheter, snarare än att försöka eliminera dem.

Tydliggöra rollen. Till de konstruktiva strategierna hörde också att sträva efter tydliga gränser mellan jag och du. En sådan gräns handlar om att separera ut rollen där man som omsorgsgivare påminner sig själv om sin egen roll som professionell hjälpgivare, bland annat genom att reflektera över egna förväntningar och behov i mötet.

Rimliga resurser. Konstruktiva strategier var också att gentemot organisationen kräva rätt förutsättningar för ett uppdrag. Det kan handla om att kräva den tid som behövs för de åtaganden man har liksom att kräva och ta tid för reflektion och bearbetning. Konstruktiva gränser handlar också om att separera arbete från fritid så att fritiden verkligen blir fri tid och att återhämtning kan äga rum. Oroliga tankar och känslor kring arbetet hanteras inom ramen för betald arbetstid, inte under sömlösa nätter. Sammanfattningsvis kan sägas att de konstruktiva strategierna syftar till att i någon mening förändra det svåra mötet. Förändringarna kan gälla mötets mening och förståelse liksom mötets villkor och förutsättningar.

Icke-konstruktiva strategier

Konfrontativa strategier. Bland respondenterna var det många som ”satte gränser” i de svåra mötena. Att sätta gränser kunde handla om ganska konfrontativa strategier riktade mot klienternas uttryckta önskningar och behov. Exempelvis att sätta gränser genom att servera ett antal villkor för hur arbetet skall utföras. Vårdbiträdena håller sig till gruppens gemensamma regler om hjälpens vad, hur och av vem. Försvaren innebär en objektifiering där omsorgsgivaren ser på sig själv i mötet med klienten som ”vi mot dem” och alla omsorgstagare får hjälp i enlighet med vårdbiträdesgruppens regler. Klientens personliga behov liksom omsorgsgivarens personliga ansvar försvinner i bakgrunden. En uppgiftsorientering innebär vidare att personliga band och relationer mellan omsorgsgivare och omsorgstagare betraktas som oviktiga, huvudsaken är att uppgifterna utförs. Dessa gränser kombineras ofta med att omsorgsgivaren gör sig hård och tuff i mötet.

Hon är beredd, hon släpper inte på villkoren och passar det inte så går hon därifrån. Aggressivitet och ilska kan förstås dels som ett skydd mot rädsla och utsatthet men också utifrån att parallella processer kan uppstå där omsorgsgivare utvecklar samma typ av försvar som klienterna (se t.ex. Belin, 1993).

Ransonerande moraliserande strategier. Att sätta gränser kunde också ha innebörden att inte ge för mycket. Det vill säga att sätta gränser för sitt givande. Ett uttryck för detta är talesättet ”ger man lillfingret så tar de hela handen”. Innebörden är att vårdbiträdena tänker och förhåller sig som om att omsorgstagarna obönhörligen kommer att kräva mer och mer i den stund de får lite grann. När behoven tillgodoses finns en rädsla att klienter skall utnyttja givandet och att behoven dessutom skall växa. Behoven bemöts med misstänksamhet och skepsis. När klienter ger uttryck för sina behov kan detta upplevas som manipulationer då vårdbiträdena tänker att omsorgstagaren spelar sämre än vad han är för att få uppmärksamhet. Vårdbiträdena kan också värja sig mot behoven genom att moralisera, ”de är ju vuxna människor och får ta ansvar över sitt eget liv” eller genom att föra rättviseresonemang av typen ”han ska inte få extra hjälp eftersom ingen annan får det”. Avvärijandet av svåra känslor kan också uttryckas i raljerande eller bagatelliserande över klienters (och egna) behov och utsatthet.

Distanserande strategier. Andra strategier i omsorgens svåra möten kunde handla om att distansera sig, fysiskt och psykiskt. Omsorgsgivarna kan skapa distans genom att späda ut kontakten, exempelvis genom att arbeta två och två eller att organisera arbetet så att personkontinuiteten blir minimal. Enskilda omsorgsgivare kan försöka att arbeta så lite som möjligt eller inte alls hos de svåra klienterna. Omsorgsgivarna kan också utöva en psykisk distansering i sitt förhållningssätt. Man är formell och håller sig till strikta gränser inom yrkesrollen som inte tycks inkludera personen. Distansering kan också handla om att inte tillåta klienter att knyta an till en särskild omsorgsgivare. En annan typ av distansering med inslag av hämnd är när vårdbiträden ger minsta möjliga och blir artigt formella och avståndstagande.

Förnekande strategier var ytterligare ett sätt att hantera svåra känslor såsom exempelvis klienters ångest, utsatthet eller depressioner. Vårdbiträdesgruppen kan göra en kollektiv överenskommelse att inte prata om det svåra. Ett annat sätt att förneka och hålla svåra känslor ifrån sig är en tudelning av ont och gott. Klienten blir bärare av allt svårt och tungt medan det goda och friska finns i omsorgsgivaren. Klyvningen kan förstås utifrån svårigheten att hålla isär och möta klienterna i deras ångest och fortfarande ha sig själv i behåll. Försvaret skapar en stereotyp bild av klienten som bär det ”onda” och avståndet mellan omsorgsgivare och klient blir så stort att möjligheten till empatisk förståelse går förlorad. Tudelningen är ett sätt att värja sig mot de egna känslorna som påminner om klientens. Det finns exempel på andra studier (Roberts, 1994; Speck, 1994) som beskriver liknande typer av splittingprocesser bland vård och omsorgspersonal.

Kompensatoriska strategier. Överlevnad i omsorgsarbete handlade också om att hantera otillräcklighetskänslor. En strategi kan vara att försöka kompensera systemets brister genom maximal ansträngning, man gör allt som står i ens makt och alla gränser suddas ut – ”man trollar med knäna”, som många vårdbiträden

uttrycker det. I relation till klienten kan denna strategi handla om att vårdbiträdet anpassar sig till underordning och eventuellt självförtryck och de egna upplevelsorna bagatelliseras. Det omöjliga målet att göra omsorgstagaren frisk, glad och nöjd blir vårdbitrådets otillräcklighet. Dessa kompensatoriska ansträngningar riskerar att leda till utmattning och eventuell utslagning ur yrket (Aronsson m.fl., 1998; Dartington, 1994).

Avstängande och ansvarsbefriande strategier. Ett annat sätt att värja sig mot otillräckligheten kan vara att ta till mer avstängande och undvikande strategier. Omsorgsgivaren gör sig okänslig för klienternas behov och reducerar ansvaret till de praktiska uppgifterna. I förebyggande syfte undviks engagemang och känslomässig närvaro. I relation till organisationen kan det handla om att vårdbiträdet kapitulerar, hon ger upp och placerar otillräckligheten i systemet. Hon anpassar sig efter systemet och blir en utförare utan ansvar. Ett annat sätt att hantera svåra relationer kan vara att fly dem genom att avsäga sig ansvar för en viss kategori klienter. Omsorgsgivarna formulerar en kravspecifikation på klienterna där de svåra faller utanför och när omsorgstagaren egentligen borde få hjälp någon annanstans motiverar det en ansvarsbefrielse.

Vårdideologiska strategier. Omsorgsforskaren Rose-Marie Eliasson (1992b) och filosofen Uffe Juul-Jensen (1991) har talat om halverade människosyner i omsorgens praktik, teori och politiska retorik. Eliasson menar att en helhetssyn inom vård och omsorg innebär att hantera den svåra balansgången mellan att se sitt ansvar för den andre och att respektera hennes självbestämmande och integritet. De bägge författarna menar dock att det tyvärr utvecklas antingen/eller ideologier inom vård och omsorg som innebär att personalen förhåller sig till sina patienter eller klienter antingen som om de enbart vore passiva objekt utan eget ansvar, eller som om de enbart vore aktiva autonoma subjekt som har att ansvara för sitt eget liv. Miller och Gwynne (1974) som studerat institutioner för handikappade urskilde två distinkta och motsatta omsorgsideologier som förstods som psykologiska försvar. I den så kallade "lagerideologin" (warehousing ideology) betraktades de boende som enbart sjuka och icke-fungerande och institutionens uppgift var att förlänga det fysiska livet. I "växthusideologin" (horticultural ideology) betraktades istället de boende som egentligen oberoende och institutionens uppgift var att ta fram och utveckla de boendes dolda resurser. Medan lagermodellen förnekade de handikappades kvarstående kompetenser och skapade ett regressivt beroende, så innebar växthusmodellen istället förnekande av de handikappades faktiska handikapp och därmed att beroendebehov inte blev tillgodosedda. I vår studie kunde vi se exempel på Eliassons halverade människosyner liksom Miller och Gwynnes lager- respektive växthusideologi. Dessa avgränsade vårdideologier förstås här som försvarstrategier att undvika aspekter i de svåra mötena som rör behov och ansvar och många av de inbyggda konflikter och orosmoment som finns i ett mer helhetligt omsorgsarbete.

Arbetsvillkor och organisation

I studien har olika arbetsvillkor identifierats som viktiga när det gäller omsorgsgivarnas strategier att hantera svåra möten. I studien framgår att många av de svåra mötena kan underlättas eller hanteras genom att omsorgsgivarna får olika typer av organisatoriskt stöd. När den bakomliggande organisationen ger stöd så innebär det att repertoaren av möjliga strategier ökar. I det följande sammanfattas och diskuteras de olika typer av organisatoriskt stöd som hjälper omsorgsgivarna i de svåra mötena, inte minst genom att skapa möjligheter för konstruktiva strategier.

Kunskaper som motsvarar uppgifterna

En obalans mellan krav och resurser som framkom i denna studie handlade om omsorgsgivarnas kunskaper och kompetens att hantera uppgifterna. Ofta saknades utbildning och fortbildning som motsvarade de arbetsuppgifter de förväntades utföra. Beträffande val av strategier i de svåra mötena, så ökar relevanta kunskaper tolkningsutrymme i mötet med klienten. Kunskaper är en viktig del i möjligheten till empatisk förståelse. Relevanta kunskaper motverkar också rädsla och otrygghet när omsorgsgivaren exempelvis behöver sakkunskaper för att veta att, liksom procedurkunskaper för att veta hur. Specialisering mot olika klientgrupper kan i detta sammanhang vara ett organisatoriskt alternativ där bredd och djup i kompetens blir ett realistiskt mål (Astvik & Aronsson, 2000). Kunskaper kan hjälpa omsorgsgivaren till ett professionellt förhållningssätt genom att klienternas belägenhet och behov tydliggörs. 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”. Den professionella hjälparen måste således acceptera att relationen till patienten inte är jämlik och ömsesidig eftersom patientens behov har företräde, dessutom måste den professionelle hjälparen ha en medvetenhet om sina egna behov och känslor (Holm, 1995). Avgörande för att klienternas behov skall få företräde är att omsorgsgivarna har tillräckliga kunskaper att se och förstå klienternas behov liksom kunskaper att särskilja och förstå egna behov och känslor som väcks i mötet. I psykodynamiskt orienterad litteratur och forskning kring processer mellan hjälpare och klienter finns kunskaper som omsorgsarbetare kan dra nytta av för att bedriva ett professionellt arbete. Omsorgsarbetare förväntas inte bedriva psykoterapi med sina omsorgstagare, dock handlar arbetet om att hantera relationer. Kunskaper om och handledning för att förstå och hantera dessa processer ökar möjligheterna för hjälpgivarna att ha vad Bion (1993) kallar en hållande funktion, eller med Winnicotts (1965/1990) terminologi, en hållande funktion i relation till sina klienter.

Arbetets emotionella och intellektuella krav

Vi har sett att omsorgsarbete innebär stora psykologiska krav att finnas i och hantera relationer på lång sikt och utifrån en bred hjälparroll (se också Astvik & Aronsson, 2000). Eftersom omsorgsarbete alltid utförs i en relation till en annan

människa bestäms omsorgskvaliteten inte bara utifrån omsorgsgivarnas kompetens i utförandet av olika uppgifter utan kanske framförallt utifrån deras kompetens att hantera relationer. I denna studie har vi sett exempel på hur omsorgsgivares formella uppdrag formuleras utifrån de praktiska uppgifterna medan det intellektuella och emotionella arbetet mer har karaktären av informella kvalifikationskrav. I vilken grad dessa kvalifikationskrav är synliga i organisationen påverkar omsorgsgivarnas val av strategier. Om organisationen erbjuder stöd och kompetensutveckling som innefattar arbetets emotionella och intellektuella krav ökar sannolikt förmågan att använda konstruktiva strategier i de svåra mötena. Kahn (2001) menar att i hållande organisationer skapas psykologiska utrymmen där svåra och ångestfyllda frågor kan tas upp och att när människor har möjligheter konfronteras med svåra känslor och erfarenheter har de större möjligheter att medvetet välja hur de skall fortsätta. När omsorgsarbetet förstås som ett relationsarbete framträder nödvändigheten av tid för reflektion och eftertanke liksom nödvändigheten av kontinuerlig handledning där relationerna kan bearbetas, förstås och utvecklas.

Ansvarsfördelning

Omsorgsgivarnas strategier påverkas också av hur ansvarfrågor i organisationen hanteras. Arbetslivet har de senaste decennierna utvecklats mot minskad detaljstyrning och att krav och ansvar skjuts neråt i organisationerna. Denna trend gäller även för omsorgsarbetare där allt mer uppgifter och ansvar har tilldelats varje enskild person (se också Astvik & Aronsson, 2000). Självständighet förväntas av omsorgsarbetare. Dock finns en paradox i självständighetens väsen. Bowlby (1994) menar att människor har störst möjligheter att vara genuint självständiga när de har en trygg relation till tillitsfulla andra. Denna paradox framkommer i de svåra möten som vårdbiträdena förväntas att självständigt klara av. Utan stöd och utan känsla av att någon annan delar ansvaret kan det självständiga ansvaret bli omsorgsgivaren övermäktigt. När detta sker är vanliga strategier att undvika och reducera ansvar. I studien har vi sett att omsorgsarbetarnas möjligheter att arbeta självständigt och att finnas kvar och hålla ansvaret levande kan stärkas genom möjligheter att dela ansvaret med exempelvis kollegor och handledargrupp. Det delade ansvaret med tillitsfulla andra gör vårdbiträdet i psykologisk mening mindre ensam i det svåra och ansvarstyngda mötet.

Tid och resurser

I studien har vi sett att tidsbrist, underbemanning och överbelastning är faktorer som i sig kan ge upphov till svåra möten. Klienters behov blir än mer komplicerade och besvärliga i arbetssituationer som präglas av konstant tidsbrist. ”Att inte ge lillfingret” som försvar kan vara ett adekvat svar på en inadekvat arbetssituation. Att ta ansvar för andra människors liv, hälsa och välbefinnande när tiden faktiskt inte räcker till skapar stress, bättre då fly än illa fåkta. En annan konsekvens av tidsbrist är de nödvändiga prioriteringar som innebär att vissa ”mindre viktiga” hjälpbehov väljs bort men eftersom behoven inte är mindre viktiga för de enskilda klienterna blir omsorgsgivarnas otillräcklighet också ett resultat. Under-

bemannning innebär vidare att en mycket stor del av arbetstiden används i direkt klientarbete och att tid för reflektion och samtal minimeras vilket i sin tur undergräver möjligheter till konstruktiva strategier. Tids och resursbrist underminerar också det kollegiala stödet omsorgsgivarna emellan, då varken tid eller energi finns att stödja varandra (se också Kahn, 1993).

Värderingen av arbetet

Den så kallade baspersonalen inom kommunernas äldre- och handikappomsorg utgörs av vårdbiträden, undersköterskor, mentalskötare m.fl. Tillsammans hör dessa omsorgsarbetare till de största kvinnoyrkena i Sverige, men också de lägst betalda. Den ekonomiska värderingen av utfört arbete som lönen utgör är en viktig del i yrkets lågstatusprofil, liksom en allmän inställning till arbetet som relativt okvalificerat. I studien framkom många exempel på hur omsorgsgivarna upplevde att arbetet nedvärderades genom de låga lönerna. Vi kunde också se att de psykologiska och mellanmännsliga konsekvenserna av denna nedvärdering på olika sätt präglade mötet mellan omsorgsgivare och omsorgsmottagare. Ett centralt problem handlar om parallella processer där arbetsgivarens värderingar av omsorgsgivarens insatser förs över i mötet med klienterna. När vårdbiträdet speglar sitt arbete i arbetsgivarens inklusive ansvariga politikers ögon och finner att det inte är viktigt så kan denna värdering föras över i mötet med klienterna där deras behov blir mindre och mindre viktiga. En annan konsekvens av att arbetet inte värderas som viktigt och värdefullt handlar om hur arbetet förvandlas till ett icke-arbete. När förväntningarna är att verksamheten skall bäras upp av omsorgsgivarnas altruism och omsorgstagarnas tacksamhet är det dessa parter som kommer i kläm. Bilden av det altruistiska vårdbiträdet och den tacksamme omsorgstagaren är en idealiserad bild, som ger grogrund för konflikter och besvikelser. Att värdera arbetet genom adekvata löner är en viktig förutsättning för god kvalitet i äldre- och handikappomsorgen. Lönen speglar samhällets bedömning av nyttan och värdet på det arbete som utförs. En omvärdering av arbetet handlar också om att förändra synen på detta arbete som ett relativt okvalificerat och enkelt hushållsarbete. När värderingen stämmer överens med det faktiska arbetsinnehållet kan adekvata organisatoriska insatser formas som utgör ett reellt stöd för ett professionellt omsorgsarbete.

Avslutningsvis

I denna studie har det svåra i omsorgsarbetet varit i fokus eftersom avsikten var att särskilt belysa dessa sidor i arbetet. Bilden av omsorgsarbete kan därför framstå och upplevas som ensidigt negativ. Som inledningsvis sades hör mötet och relationerna med klienterna även till arbetets positiva sidor. Naturligtvis finns mycket att berätta om de relationer som inte kan karaktäriseras som svåra vilket emellertid faller utanför syftet med denna studie.

Resultaten i denna studie pekar på vikten av att de svåra mötena i omsorgsarbetet synliggörs då det är en förutsättning för att omsorgsarbetare och andra aktörer i organisationen skall kunna hantera problemen på konstruktiva och

medvetna sätt. Det är kanske i detta sammanhang man skall se de kränkningar av vårdtagare, vilka rapporterats om i pressen under senare tid. Dessa är naturligtvis oacceptabla men kan också ses som mycket allvarliga varningssignaler för vad som kan ske i omsorgsrelationer när icke-konstruktiva strategier tar över. Att betrakta sådana händelser som enbart individuella lämplighetsfrågor kan leda helt fel. Studien syftar till att fördjupa förståelsen av omsorgens svåra möten och att säga något om hur och varför relationerna kan bli svåra. I studien framgår också att de svåra mötena kan hanteras på olika sätt. Avstängande, distansering och förnekande strategier innebär allvarliga kvalitetsförluster i omsorgen såväl som i arbetet. I studien framgår att arbetsvillkoren dels skapar svåra möten och dels påverkar omsorgsgivarnas handlingsrepertoar i val av strategi. Det svåra mötet är inte bara en sak mellan den direkta omsorgsgivaren och klienten, utan de indirekta omsorgsgivarna, d.v.s. aktörer i den bakomliggande organisationen har också en stor betydelse. Viktiga uppgifter för aktörerna i den bakomliggande organisationen handlar om att skapa förutsättningar för goda möten mellan omsorgsgivare och mottagare. Det handlar om att ge omsorgsarbetarna tillräckliga resurser i form av tid, kunskaper och psykologiskt stöd för att utföra ett professionellt omsorgsarbete. Lyhördhet och dialog förväntas av organisationens frontpersonal i mötet med klienterna – motsvarande förväntningar bör kunna ställas på den bakomliggande organisationen i relation till omsorgsgivarna. En förhoppning är att denna studie kan utgöra ett bidrag i diskussionen om hur äldre- och handikappomsorgen skall klara av utmaningen att både behålla och nyrekrytera personal. När välfärdsstatens omsorgspersonal får offra sig i form av låga löner och dåliga arbetsvillkor betalas priset också av alla de samhällsmedborgare som för egen eller andra del är beroende av en god äldre- och handikappomsorg.

Sammanfattning

Astvik W. *Svåra möten i omsorgsarbete*. Arbete och Hälsa 2002:17, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Denna studie handlar om svåra möten i omsorgsarbete. Syftet med studien var att identifiera olika typer av svåra möten; att undersöka omsorgspersonalens strategier att hantera dessa svåra relationer samt att undersöka hur arbetsvillkor påverkar personalens strategier. Med stöd av copingteori och psykodynamisk teori om försvar analyserades 16 djupintervjuer med omsorgsgivare inom äldre- och handikappomsorgen. Nio olika typer av svåra möten beskrivs, liksom konstruktiva och icke-konstruktiva strategier i de svåra mötena. De icke-konstruktiva strategierna innebär allvarliga konsekvenser för kvaliteten i arbete och omsorg eftersom de bl.a. syftar till att minska kontakt, känslor och ansvar i relation till klienterna. De konstruktiva strategierna syftar till att förändra det svåra mötet så att omsorgsgivaren kan finnas kvar i mötet och hålla ansvaret levande. Förändringarna kan gälla mötets mening och förståelse liksom mötets villkor och förutsättningar. Avslutningsvis diskuteras de arbetsvillkor som möjliggör konstruktiva strategier.

Summary

Astvik W. *Managing stressful encounters in care work*. Arbete och Hälsa 2002:17, National Institute for Working Life, Stockholm.

This study examined stressful client relations in care work. The objective of the study was to identify different types of stressful encounters, to investigate caregivers' strategies (coping and defense) in these encounters and finally to examine how work conditions influence these strategies. In-dept interviews were conducted with 16 care workers within the social services and home care for the elderly and functionally impaired. Coping theory and psychodynamic theory were used in the analyses. Nine different types of stressful encounters were identified and different constructive and non-constructive strategies were described. The non-constructive strategies involve different means to reduce psychological and physical contact, emotions and responsibility in relation to the caretakers leading to an impairment of the quality of care. The constructive strategies on the other hand, allow the caregiver to remain an active part in the relationship with the caretaker and to be able to uphold responsibility. Finally, different types of work conditions that enable care workers to employ constructive strategies are discussed.

Referenser

- Aldwin, C M. (1994) *Stress, coping, and development. An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- 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) *Hälsomässiga, psykologiska och organisatoriska aspekter på vårdbiträdesarbetet i hemtjänsten*. Arbete och Hälsa 1994: 32, 20-48, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994b) *Det goda arbetet i hemtjänsten*. Arbete och Hälsa 1994: 32, 92-103, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (2000) *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet*. Arbete och Hälsa 2000:2, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, W., Bejerot, E. & Petterson, I-L. (2001) *Gränser i omsorgsarbete. En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet*. Arbete och Hälsa 2001:16, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bartoldus, E., Gillery, B. & Sturges, P. J. (1989) Job-related stress and coping among home-care workers with elderly people. *Health and Social Work*, 14: 204-210.
- Belin, S. (1993) *Vansinnets makt. Parallellprocesser vid arbete med tidigt störda och psykotiska patienter*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Braxton, E T. (1995) Angry children, frightened staff: Implications for training and staff development. *Residential Treatment for Children & Youth*, 13 (1) 13-28.
- Bowlby, J. (1994) *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bion, W R. (1975) Selections from: Experiences in Groups. I Colman, A.D. & Bexton, H.B. eds. *Group relations reader 1*. Washington: A.K. Rice Institute.
- Bion, W R. (1993) *Vid närmare eftertanke*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlberg, G. (1994) *Dynamisk utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (1999) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cox, T. (1987) Stress, coping and problem solving. *Work and Stress*, 1, 5-14.
- Dartington, A. (1994) Where Angels fear to tread. Idealism, despondency and inhibition of thought in hospital nursing. In Obholtzer, A. & Roberts, V S. eds. *The unconscious at work*. London: Routledge.
- Dewe, P. (1993) Coping and the intensity of nursing stressors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 3(4): 299-311.
- Dewe, P. (1991) Primary appraisal, secondary appraisal and coping: Their role in stressful work encounters. *Journal of Occupational Psychology*, 64, 331-351.
- Dewe, P., Cox, T., Ferguson, E. (1993) Individual strategies for coping with stress at work: A review. *Work and Stress*. Vol 7(1): 5-15
- Donovan, R. (1989) Work stress and job satisfaction: A study of home care workers in New York city. *Home Health Care Services Quarterly*, Vol 10 (1/2) 97-114
- Diamond, M A. (1984) Bureaucracy as externalized self-system. *Administration and society*, 16(2) 195-214.

- Edwards, J.R. (1988) The determinants and consequences of coping with stress. In Cooper C.L. & Payne R. eds. *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: Wiley.
- Eliasson, R. (1992a). Omsorg som lönearbete: om taylorisering och professionalisering. I Eliasson, R. red. *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag,.
- Eliasson, R. (1992b). Om positioner och perspektiv i forskningen. I Eliasson, R. red. *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag,.
- Eliasson, R. & Szebehely, M. (1991) Äldreomsorgens särart och särbehandling. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2-3, 69-77.
- 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.
- Fairbairn, W R D. (1943) The repression and the return of bad objects (with special reference to the war neuroses). *British Journal of Medical Psychology*, Vol 19.
- Folkman, S., Lazarus, R.S, Dunkel-Shetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986a). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50,992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S, Gruen, R. & DeLongis, A. (1986b). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 572-597.
- Franssén, A. (1997). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Akad avh. Lund: Arkiv förlag.
- Freud, A. (1966/1993) *The ego and the mechanisms of defence*. (revised edition) London: Karnac Books.
- Gardell, B., Gustafsson, R Å., Brandt, C., Tillström, I. & Torbiörn, I. (1979) *Sjukvård på löpande band*. Stockholm: Prisma.
- Guntrip, H. (1968/1992) *Schizoid phenomena, object relations and the self*. London: Karnac Books.
- Gustafsson, G. (1999) *En omsorgstriad. Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter*. Akad avh. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Gustafsson, R Å. & Szebehely, M. (2001) *Arbetsvillkor och välfärdsopinion inom äldreomsorgen – en enkätbaserad fallstudie bland personal och politiker*. Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport 2001:9.
- Haan, N. ed. (1977) *Coping and defending. Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Holm, U. (1987). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holm, U. (1995). *Det räcker inte att vara snäll*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holm, U. (2001) *Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården*. Forskningsrapport nr 3 2001, Statens institutionsstyrelse.
- James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness*, 14 (4) 488- 509.
- Juul-Jensen, U. (1991). *Moraliskt ansvar och människosyn. Attityder till social- och hälsovård*. Lund: Studentlitteratur.

- Kahn, W A. (1993) Caring for the caregivers: Patterns of organizational caregiving. *Administrative Science Quarterly*, 38, 539-563.
- Kahn, W A. (2001) Holding environments at work. *Journal of Applied Behavioral Science*. Vol 37(3): 260-279.
- Kaye, L W. (1986) Worker views of the intensity of affective expression during the delivery of home care services for the elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 7 (2) 41-54.
- Kaye, L W. (1989) Role divergence and complexity in gerontological home care. *Home Health Care Services Quarterly*, 10 (1/2) 177-191.
- Larsson, P. (1996) *Hemtjänsten ur tre perspektiv – en studie bland äldre, anställda och ledning*. Akad avh. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Lazarus, R S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R S. (1999) *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R S. & Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Mawson, C. (1994) Containing anxiety in work with damaged children. In Obholtzer, A. & Roberts, V S. eds. *The unconscious at work*. London: Routledge.
- Menzies Lyth, I. (1988a) The functioning of social systems as a defence against anxiety (1959, 1961 [1961b], 1970). A report on a study of the nursing service of general hospital I Menzies Lyth, I. *Containing anxiety in institutions. Selected Essays 1*. London: Free association books.
- Menzies Lyth, I. (1988b) Staff support systems: task and anti-task in adolescent institutions. I Menzies Lyth, I. *Containing anxiety in institutions. Selected Essays 1*. London: Free association books.
- Menzies Lyth, I. (1988c) The development of the self in children in institutions (1985). I Menzies Lyth, I. *Containing anxiety in institutions. Selected Essays 1*. London: Free association books.
- Meyer, W S. (1993) In defense of long-term treatment: On the vanishing holding environment. *Social Work*. 38(5): 571-578.
- Miller, E.J. & Gwynne, G.V. (1974). *A life apart: A pilot study of residential institutions for the physically handicapped and the younger chronic sick*. London, Tavistock.
- Moylan, D. (1994) The dangers of contagion. Projective identification processes in institutions. In Obholtzer, A. & Roberts, V S. eds. *The unconscious at work*. London: Routledge.
- Newton, T. (1989) Occupational stress and coping with stress: A critique. *Human relations*, 42, 441-461.
- Obholtzer, A. & Roberts, V S. eds. (1994) *The unconscious at work*. London: Routledge.
- O'Driscoll, M P. & Cooper, C L. (1994) Coping with work-related stress: A critique of existing measures and proposal for an alternative methodology. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. Vol 67(4): 343-354
- Parker, J.D.A & Endler, N.S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In Zeidner, M. & Endler, N. S. eds. *Handbook of coping: Theory, research, application*. New York: Wiley.

- Rinnan, T. & Sylwan, U. (1994) *Hjälparens utsatthet. Psykiska påfrestningar i social omsorg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Roberts, V S. (1994) Till death us do part. Caring and uncaring in work with the elderly. In Obholtzer, A. & Roberts, V S. eds. *The unconscious at work*. London: Routledge.
- Speck, P. (1994) Working with dying people. On being good enough. In Obholtzer, A. & Roberts, V S. eds. *The unconscious at work*. London: Routledge.
- Socialstyrelsen. (1997) *Äldreuppdraget. Årsrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2001) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska kommunförbundet. (2001) *Rekrytera och behålla - en utmaning*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- 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. Lund: Arkiv förlag.
- Thulin, A-B. (1987) *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. Rapport n 80, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån.
- Tudor-Sandahl, P. (1992) *Den fängslade verkligheten. Objektrelationsteori i praktiken*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism. *Archives of General Psychiatri*, 24, 107-118.
- Wærness, K. (1983). *Kvinnor och omsorgsarbete*. Prisma, Stockholm.
- Wærness, K. (1995). En offentlig tjänstene i spenningsfeltet mellom ulike kulturer. I Johansson, S (red.) *Sjukhus och hem som arbetsplats*. Stockholm: Bonnier Utbildning & Universitetsförlaget.
- Whalley, P. (1994) Team approach to working through transference and countertransference in a pediatric/psychiatric milieu. *Issues in Mental Health Nursing*, 15: 457-469.
- Winnicott, D W. (1965/1990) *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac Books.