

NR 2003:8

Relationer som arbete

Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten

Wanja Astvik



*Psykologiska institutionen
Stockholms universitet*

ARBETE OCH HÄLSA | VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-678-X ISSN 0346-7821



Arbetslivsinstitutet

Arbete och Hälsa

Arbete och Hälsa är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. Serien innehåller arbeten av såväl institutets egna medarbetare som andra forskare inom och utom landet. I Arbete och Hälsa publiceras vetenskapliga originalarbeten, doktorsavhandlingar, kriteriedokument och litteraturöversikter.

Arbete och Hälsa har en bred målgrupp och ser gärna artiklar inom skilda områden. Språket är i första hand engelska, men även svenska manus är välkomna.

Instruktioner och mall för utformning av manus finns att hämta på Arbetslivsinstitutets hemsida <http://www.arbetslivsinstitutet.se/>

Där finns också sammanfattningar på svenska och engelska samt rapporter i fulltext tillgängliga från och med 1997 års utgivning.

ARBETE OCH HÄLSA

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

© Arbetslivsinstitutet & författare 2003
Arbetslivsinstitutet,
113 91 Stockholm

ISBN 91-7045-678-X
ISSN 0346-7821
<http://www.arbetslivsinstitutet.se/>
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Förord

Jaha så var det äntligen klart! Avhandlingen är färdig för tryckning och det är dags att skriva förord och tacka alla människor som på olika sätt bidragit till att det faktiskt blev en avhandling - till slut!

Mina tankar går först och främst till alla de vårdbiträden, undersköterskor och boendestödjare runt om i Sverige som jag personligen träffat. Den största glädjen i mitt arbete har jag upplevt i mina möten med er. Utan er öppenhet och generositet att dela er tid, era erfarenheter och upplevelser hade det förstås aldrig blivit en avhandling. Jag tänker också tacksamt på all personal inom äldre- och handikappomsorgen som har tagit sig tid att fylla i frågeformulär och därmed även visat någon form av tilltro till meningsfullheten med enkätstudier. Jag är djupt tacksam för detta förtroende och min innerliga förhoppning är att mina studier ska bidra till en bättre förståelse för ert arbete och att arbetsvillkoren bättre skall kunna anpassas till det arbete ni ska utföra.

En annan person utan vars stöd det inte hade blivit en avhandling är min handledare Gunnar Aronsson. Det är många år nu som jag har haft glädjen att samarbeta med dig. Du har lärt upp mig från mina första stapplande forskningssteg och delat med dig av din erfarenhet och kunskap samtidigt som du uppmuntrat mig att gå mina vägar. Stort tack för att du funnits med mig under denna tid som handledare, kollega och vän.

Två andra personer som haft något av en handledares roll är Eva Bejerot och Michael Allvin. Michael, du har läst, kommenterat och bidragit med många kloka synpunkter, både vad gäller innehåll och form. Tack också för alla samtal om det moderna arbetslivet, om psykoanalytisk teori, kvalitativa forskningsmetoder och andra spännande saker. Eva, du har betytt mycket för mig på flera olika sätt. Förutom att du är medförfattare till en av artiklarna har du också läst och läst igen, kommenterat och bidragit till väsentliga kvalitetsförbättringar i stort och smått. Du har också uppmuntrat och tröstat i stunder av tvivel och otillräcklighet - ingen har som du envisats med att tala om för mig att min avhandling blir en bra avhandling. Mina varmaste tack till dig!

Jag vill också tacka mina medförfattare i olika delstudier. Ann-Britt Thulin som då fanns vid Stiftelsen Äldrecentrum i Stockholm. Du delade med dig av ett stort enkätmaterial och erbjöd ett samarbete som rymde många goda skratt. Ett stort tack också till Inga-Lill Pettersson för ett smidigt och trevligt samarbete.

Jag vill också tacka Svante Hovmark och Mats Granlund som granskat avhandlingsmanuset och bidragit med värdefulla synpunkter och kommentarer.

Jag började arbeta på Arbetslivsinstitutet (dåvarande Arbetsmiljöinstitutet) 1991, som forskningsassistent i ett projekt som handlade om äldre vårdbiträden och deras arbetsvillkor. Jag har därefter arbetat som assistent i ett flertal olika projekt som rör äldre- och handikappomsorgen. Mina erfarenheter under de här första åren ligger naturligtvis till grund för mitt avhandlingsarbete och därför vill jag

innerligt tacka alla er som fanns i min närhet då. Jag vill särskilt tacka Mary Freed Solfeldt som jag har spenderat många timmar tillsammans med att tala om, skriva om och diskutera hemtjänsten. Du är en viktigt inspiratör och jag har saknat dig mycket under mina sista doktorandår.

Jag har haft den stora turen och glädjen att befinna mig på en arbetsplats med många kunniga, trevliga och roliga kollegor. Mitt välbefinnande på jobbet har fått sin näring av alla skratt och alla små och stora insikter som jag vunnit genom korridorssnack, kaffe- och lunchrumsprat. Att avhandlingsarbetet har gått framåt har också berott på sådana saker som att jag har kunnat rådgöra med Katalin Bellagh och Margareta Dallner om titlar och ordval eller att jag har kunnat fråga Anders Kjellberg om metodologiska problem eller att jag kunnat låna statistikböcker av Klas Gustafsson, lika väl som de mer formella sammankomsterna vid olika seminarium där jag har fått mitt arbete kritiskt granskat av andra. Förutom Gunnar, Eva och Michael som jag redan nämnt är Kerstin Isaksson, Lennart Hallsten och Rolf Å Gustafsson några av dem som har läst, kritiserat och kommenterat. Tack till er!

Under mina sista år som doktorand har två personer kommit att betyda mycket för glädjen att gå till jobbet och lusten att jobba vidare trots att det känts tungt och motigt ibland. Jag tänker på mina kära vänner och doktorandkollegor (i samma båt) Marika Hansson och Cecilia Wadman. Jag vill särskilt tacka dig Marika för att du tog dig tid att läsa kappan i slutskedet och för dina kloka synpunkter och förbättringsförslag. Tack också för din värme och omsorg - att du i egenskap av sambo på jobbet delat mina avhandlingsvändor i stort och smått. Jag vill särskilt tacka dig Cecilia för din uppmuntran. Dina kommentarer när du hade läst min sista artikel "Svåra möten i omsorgsarbete" kändes som balsam för en kritiserad doktorandsjäl och ditt beröm blev till energi i slutspurten. Vänskapen med er båda har också fått näring genom våra samtal om livet och kärleken, skvaller, skratt, en och annan cigarrigarett med tillhörande calvados.

Det finns förstås mycket annat som ska till för att det ska bli en avhandling. Mitt arbete finansierades inledningsvis av Rådet för arbetslivsforskning för att sedan finansieras via en doktorandtjänst vid Arbetslivsinstitutet. En ovärderlig hjälp har också Arbetslivsbiblioteket stått för. En pärla bland bibliotek! Er hjälp har varit snabb, oerhört kunnig och alltid vänlig! Eric Elgemyr har stått för ett trevligt och proffsigt samarbete när det gäller frågor kring layout, tryckning etc. Tack till Jon Kimber som har översatt de engelska artiklarna och språkgranskat de engelska sammanfattningarna. Tack också till Gunn Johansson, andra lärare och doktorandkompisar vid Psykologiska institutionen - för inspiration, diskussion och en gedigen utbildning.

Många människor utanför mitt arbete har också bidragit till avhandlingens färdigställande. Gillan, utan att du hade funnits i mitt liv och bringat lite ordning i

kaos hade jag inte klarat av det här, i alla fall inte med ett öppet sinne. Tack för din klokskap och för att du finns med mig i det svåra.

Mamma, du har alltid uppmuntrat mig och trott på min förmåga. Ditt intresse och din lust att både läsa och diskutera mitt arbete har varit betydelsefullt. Janne, du har också läst och intresserat dig för hur mitt arbete fortskrider - tack för det! Bland mina kära syskon har Louise och Kristina varit särskilt engagerade - ni har funnits där med era erfarenheter och synpunkter som lett till många intressanta och roliga diskussioner i anknytning till mitt arbete.

Angela, du har genom ditt intresse och genom att dela med dig av dina erfarenheter av hemtjänsten också varit precis en sådan engagerad samtalspartner som jag ofta behövt. Mimmi, du har med din vänskap tillfört mitt liv så mycket glädje, trygghet och mening att avhandlingsvårdarna på något sätt blivit uthärdliga. Du har också med dina följeslagare Dan, Ruben och Klara gett mig och Ia en alldeles särskild och underbar familj att dela vår tid och våra liv med.

Till sist och kanske allra mest vill jag tacka dig Ia för att du vill leva ditt liv med mig och för att du stått ut med mig, uppmuntrat mig, trott på mig, lyssnat på mig och mycket, mycket mer!

Ödeshög i juli 2003

Wanja Astvik

Föreliggande avhandling baseras på följande studier:

- I. 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.
- II. Astvik, W. & Aronsson, G. (2000) *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet*. Arbete och Hälsa 2000:2, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- III. Astvik, W., Bejerot, E. & Petterson, I-L. Boundaries in home care work: A study of work division and its significance for work conditions and client relations. Submitted for publication.
- IV. Astvik, W. (2002) *Svåra möten i omsorgsarbete*. Arbete och Hälsa 2002: 17, Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Innehåll

Relationer som arbete	1
Introduktion	1
Äldre- och handikappomsorgen –arbetsinnehåll och organisation	2
Avhandlingens syfte	5
Avhandlingens teoretiska referensram	5
Forskning om omsorgsarbete	5
Arbetskrav, resurser och stöd	13
Strategier - coping och försvar	15
Metoder i avhandlingen	19
Sammanfattning av studierna	21
Studie I. Home-care workers: work conditions and occupational exclusion	21
Studie II. Specialister eller generalister?	23
Studie III. Boundaries in home care work	27
Studie IV. Svåra möten i omsorgsarbete	29
Diskussion	32
Allmän metoddiskussion	33
Coping och försvar i relation till hälsa och omsorgskvalitet	35
Arbetsorganisation och kvalifikation	37
Inflytande, krav och stöd	45
Sammanfattande kommentarer och praktiska slutsatser	51
Några forskningsfrågor och tankar om fortsatt forskning	53
Sammanfattning	55
Summary	57
Referenser	59

Relationer som arbete

Introduktion

Denna avhandling har sitt ursprung i ett antal studier om arbetsmiljö och arbetsvillkor i äldre- och handikappomsorgen som genomfördes under 1990-talets första hälft vid Arbetslivsinstitutet (dåvarande Arbetsmiljöinstitutet). Inom forskningsprogrammet "Arbete efter 45" studerades balansen mellan arbetskrav och kapacitet bland äldre yrkesverksamma med målet att anvisa vägar att gynna hälsa, personlig och yrkesmässig utveckling och produktivitet samt att förhindra utslagning. I programmet ansågs det angeläget att studera arbetsmiljö och arbetsvillkor för vårdbiträden och undersköterskor i hemtjänsten. Förutom att denna yrkesgrupp hörde till ett av Sveriges största kvinnoyrken med ett dokumenterat psykiskt och fysiskt påfrestande arbete, så var många medelålders eller äldre och andelen långtidssjukskrivna var stor inom gruppen (se Aronsson m.fl., 1994).

Dessa inledande studier om förhållanden mellan arbetsvillkor och omsorgspersonalens hälsa och välbefinnande visade att mötet med omsorgstagaren var en viktig del i omsorgsgivarnas arbetsmiljö. Vårdbiträdena upplevde ofta skuld- och otillräcklighetskänslor i förhållande till omsorgstagarna och många hjälpte omsorgstagare som de ogillade att arbeta med. Det fanns ett samband mellan sådana upplevelser i relation till klienterna och fysiska och psykiska ohälsosymtom (Astvik & Aronsson, 1994a). Även amerikanska studier om omsorgsarbete har pekat på relationernas betydelse när det gäller stress och hälsa. En studie (Bartoldus, Gillery & Sturges, 1989) om arbetsrelaterad stress hos omsorgsarbetare visade att den största källan till såväl arbetstillfredsställelse som stress kom ur relationerna till klienterna. De emotionella och relationella aspekterna av arbetet rapporterades som svårare och mer stressfyllt än de praktiska uppgifterna. En annan studie (Donovan, 1989) visade att psykisk stress var associerad med variabler så som ansvar för klienterna och upplevelser av kvalitetsbrister. Andra studier (Kaye 1986; 1989) visade att vårdbiträden upplevde att arbetets svåraste sidor, som de kände sig minst rustade att hantera, rörde problem i relationerna med klienterna och att de emotionellt behövande klienterna upplevdes som allra svårast.

Omsorgsgivarnas möte med omsorgstagarna framstod som allt mer centralt för förståelsen av arbetsmiljöproblem i detta yrke. En viktig insikt handlade också om den nära kopplingen som fanns mellan omsorgskvalitet och arbetsmiljö. Möjligheten att göra ett kvalitetsmässigt bra jobb var en arbetsmiljöfråga. En studie (Astvik & Aronsson 1994b) om vårdbiträdenas värderingar av arbetet visade att arbetets positiva aspekter handlade om att få göra gott och att hjälpa människor. Det vanligaste svaret angående arbetets negativa sidor berörde också relationen och kvaliteten men ur perspektivet att inte kunna göra mer eller tillräckligt för omsorgstagarna. Mötet mellan omsorgsgivare och klient framträdde alltså som en viktig källa till såväl motivation och arbetstillfredsställelse som stress och ohälsa.

Det dubbla perspektivet på både arbetsvillkor och omsorgskvalitet har inneburit att studierna i denna avhandling hämtat inspiration från och refererat till flera olika discipliner eller forskningstraditioner. En sådan finns i stressforskningen, där ett grundantagande är att stressreaktioner uppstår ur en obalans mellan å ena sidan omgivningens krav på exempelvis kunnsande och snabbhet och å andra sidan individens förmåga att leva upp till dessa krav. Det finns ett antal olika teorier eller forskningsstrategier byggda på obalansantagandet, såsom copingteori (Aldwin, 1994; Lazarus & Folkman, 1984), krav-kontroll (Karasek & Theorell, 1990), person-environment fit (Caplan, 1987). I avhandlingen har inte syftet varit att pröva någon explicit teori utan balansperspektivet har setts som ett verktyg för att identifiera och analysera förhållandet mellan de krav som ställs på vårdbiträdena och de resurser de förfogar över för att möta dessa krav (Aronsson, 1985). Avhandlingen refererar också till skandinavisk samhällsvetenskaplig omsorgsforskning som har det dubbla perspektivet - arbetsvillkor och omsorgskvalitet. Denna forskningstradition har bidragit med ett kvinnovetenskapligt perspektiv till traditionell arbetssociologisk och arbetspsykologisk forskning genom att synliggöra de speciella villkoren i omsorgsarbete jämfört med annat arbete.

I avhandlingens frågor om arbetsvillkor och omsorgskvalitet har också omsorgsgivarnas relationer med klienterna en central plats. För en interaktionistisk och dynamisk förståelse av omsorgsarbetet som ett relationsarbete har avhandlingen också inspirerats av copingteori och psykodynamisk teori om psykiska försvar i arbetet. Den teoretiska referensramen rör sig således mellan omsorgsforskning, arbets- och organisationspsykologi, copingteori och psykodynamisk forskning om försvar och omedvetna processer i arbetet.

Äldre- och handikappomsorgen –arbetsinnehåll och organisation

Dagens kommunala äldre- och handikappomsorg har sina rötter i den hemhjälp till äldre som började organiseras under 1950-talet. Hemsamariterna, som dåtidens vårdbiträden och undersköterskor kallades, var timanställda och saknade formell utbildning för arbetet. Då uppgifterna i huvudsak bestod av att hjälpa de gamla med matlagning, städning, tvätt och inköp rekryterades medelålders kvinnor med erfarenheter av eget hem och hushållsarbete. Enligt Szebehely (1995) var den tidiga hemtjänsten till stor del grundad på ideella insatser då arbetet byggde på den informella kompetens som kvinnor förvärvat genom eget hushållsarbete. Det var dessutom inte den ekonomiska ersättningen som skulle locka dessa kvinnor till verksamheten utan möjligheten att få göra en allmännyttig gärning. Med syftet att inte konkurrera om arbetskraft sattes hemsamariternas lön lägre än lönen på den vanliga arbetsmarknaden.

Ända fram till 1970-talet var hemsamariterna timanställda och i stort sett hela arbetstiden spenderades hemma hos de gamla. Szebehely (1995) menar att det var först i slutet av 1970-talet som hemsamariterna började få arbetsvillkor som lik-

nade andra yrkesgrupper, det vill säga att ha kontakter med arbetskamrater och arbetsledning och ha möjlighet till information och internutbildning på arbetstid.

När det gäller utbildning för denna yrkesgrupp har det från början till idag varit en stor andel utan grundläggande yrkesutbildning, även om andelen minskat över tid. I början på 1970 talet hade ungefär 25 procent av vårdbiträdena någon utbildning för yrket (SCB, 1991). År 1999 visar statistik från Svenska kommunförbundet och Statistiska centralbyrån att 47 procent av baspersonalen hade en gymnasial omvårdnadsutbildning och 12 procent hade någon annan typ av vårdutbildning såsom den kortare vårdbiträdesutbildningen men fortfarande är det så många som 40 procent av baspersonalen som inte har någon typ av vård- eller omsorgsriktad utbildning alls (Svenska Kommunförbundet, 2001).

Vårdbiträdesarbetet kan inte längre beskrivas som ett arbete som innebär att hjälpa ett antal gamla människor med hushållsuppgifter. Att arbeta som vårdbiträde eller undersköterska innebär att hjälpa människor med en differentierad problematik och med mycket mer än hushållets skötsel. 1990-talet innebar omfattande förändringar för hela vård- och omsorgssektorn. Sett utifrån äldre- och handikappomsorgens perspektiv innebar ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna ett utökat och förtydligat ansvar för klientgrupper som tidigare vårdats inom landstingens regi. Reformerna har alltså inneburit omfördelningar av ansvarsområden från landsting till kommun. Det utökade kommunala huvudmannskapet har inte bara inneburit en utökning av arbetsuppgifter, utan också en ökning av ambitionsnivån inom olika områden. De statliga motiven med reformerna var bl.a. att förbättra kvaliteten för de äldre och funktionshindrade omsorgstagarna (Bergmark, 2001).

Samtidigt med nämnda reformer har kommunerna utsatts för besparingskrav som resulterat i personalminskningar som även påverkat kriterierna för hjälptilldelning. Enligt Socialstyrelsen (2000c) kännetecknades 90-talets äldre- och handikappomsorg av en mer restriktiv hjälptilldelning som utgick från tillgängliga resurser snarare än befintliga behov. Studier pekar på att det skett en prioritering av de allra mest hjälpbehövande bland såväl äldre som funktionshindrade (Barron, m.fl., 2000; Szebehely, 2000). 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).

Kommunerna har också påverkats av ekonomiska åtstramningar och effektiviseringskrav inom landstingen. De allt kortare vårdtiderna inom den somatiska sjukvården har lett till att en stor del av eftervård och rehabilitering sker i hemmet med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård (Socialstyrelsen, 1997; 2000c).

Sammanfattningsvis kan sägas att dessa förändringar påverkat arbetet för vårdbiträden och undersköterskor inom äldre- och handikappomsorgen. Inom kommunerna får nu en mycket heterogen grupp av människor med ett differentierat vård- och omsorgsbehov stöd och hjälp för att klara sitt liv och boende. Från att ha varit

ett arbete som kunde utföras utan någon formell utbildning har vårdbiträdesarbetet utvecklats till att omfatta service och kvalificerad vård och omsorg för både riktigt gamla med många sjukdomar och för personer med allvarliga fysiska och psykiska handikapp, vilket ställer större krav på personalen (Svenska Kommunförbundet, 1999a). Samtidigt saknar som nämnts en stor del av omsorgspersonalen en grundläggande omsorgsutbildning, vilket kan ställas i kontrast till de förväntningar som uttrycks i socialtjänstlagen, där lagstiftarna utgår ifrån att utförarna har kunskaper och kompetens för att tillgodose varje individs unika behov. Ett flertal utredningar har också konstaterat att det finns ett stort behov av kompetensutveckling inom äldre- och handikappomsorgen (Socialstyrelsen, 1997a; 1999; SOU 1997:51).

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 problem är att långtidssjukskrivningarna inom sektorn ökar dramatiskt (Riksförsäkringsverket, 2001). Den ökade sjukfrånvaron gäller framförallt stressrelaterade belastningssjukdomar, vilket pekar på de psykiskt påfrestande arbetsförhållanden som vård- och omsorgspersonal verkar under.

Dagens ”hemsamariter” utgörs av drygt 200 000 vårdbiträden, undersköterskor, vårdare och skötare som ger vård, service och omsorg till ungefär 244 000 äldre och 38 000 funktionshindrade människor (Socialstyrelsen, 2000a; 2000b; Svenska kommunförbundet, 2000).

Omsorgsarbete är ett kvinnoyrke, 92 procent av alla anställda inom kommunernas verksamhet för äldre- och funktionshindrade är kvinnor (Socialstyrelsen, 2003). Statistik från Svenska kommunförbundet (2002) visar att en majoritet av vårdbiträdena är över 45 år, bara 17 procent av alla anställda inom vård och omsorg är under 35 år.

Andra yrkesgrupper som finns inom äldre och handikappomsorgen är sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och arbetsledare. En viktig förändring under 1990-talet gäller andelen baspersonal – arbetsledare. Siffror från Svenska kommunförbundet (2002) visar att under perioden 1995-2001 ökar antalet vårdbiträden/undersköterskor medan antalet arbetsledare minskar. Den så kallade delade organisationen som infördes i stor skala under 90-talet, innebar att behovsbedömning och biståndsbeslut skiljdes från utförande och verkställighet. Denna förändring innebar samtidigt en övergång till stora enheter i utförarledet. Det är inte ovanligt att arbetsledarna har 80 till 100 underställda att leda samtidigt som ansvaret för uppgifter av ekonomiskt-administrativ karaktär har ökat (Socialstyrelsen, 2003). Denna stordrift i kombination med ett förändrat arbetsinnehåll där administration och ekonomi tar allt mer tid i anspråk förefaller ha minskat arbets-

ledarnas tillgänglighet som stöd för personalen (Svenska kommunaltjänstemannaförbundet, 2000; 2002).

Avhandlingens syfte

Det övergripande syftet med denna avhandling är att undersöka arbetsinnehåll och arbetsvillkor i äldre och handikappomsorgen utifrån ett perspektiv som beaktar både arbetsmiljö och omsorgskvalitet. Syftet är att identifiera och analysera hur arbetsförhållanden och villkor påverkar förutsättningar för goda möten mellan omsorgsgivare och omsorgsmottagare. Studierna avser att fördjupa förståelsen av de psykiska krav och belastningar omsorgsgivarna möter i sitt arbete genom att undersöka relationer och svåra möten med klienter, liksom att undersöka organisatoriska och individuella resurser att möta dessa krav. Krav och resurser undersöks också ur ett arbetsorganisatoriskt perspektiv, där främst olika typer av arbetsdelning studeras. På den individuella nivån syftar avhandlingen till att identifiera omsorgsgivares strategier i arbetet och att analysera vilka konsekvenser olika strategier har när det gäller omsorgskvalitet samt personalens stress och hälsa samt arbetstillfredsställelse. Med omsorgskvalitet avses kvalitetsaspekter som finns givna genom lagstiftning och tidigare forskning t.ex. personkontinuitet, individuell anpassning och brukarinflytande. Data om omsorgskvalitet kommer från vårdgivarna – inte klienterna. Delstudiernas specifika frågeställningar framgår i sammanfattningarna av studierna vilka presenteras längre fram.

Avhandlingens teoretiska referensram

Forskning om omsorgsarbete

Parallellt med samhällets utbyggnad av äldreomsorg och annan omsorg på 1980-talet utvecklas en skandinavisk omsorgsforskningstradition med fokus på det avlönade omsorgsarbetets innehåll, kvalifikationskrav, organisatoriska villkor och omsorgskvalitet. Pionjärer och förgrundsgestalter inom denna tradition är den norska sociologen Kari Wærness och Rosmari Eliasson Lappalainen - professor i socialt arbete¹. Denna forskning har vuxit fram i samspel med kvinnovetenskaplig och feministisk forskning. Ett uttalat syfte har varit att synliggöra och studera ett fenomen som av tradition tillhört kvinnors ansvar och kvinnors liv. Ett motiv som framhålls har varit den traditionella samhällsvetenskapens brist på kunskap om och ointresse för omsorg och omsorgsarbete (Eliasson Lappalainen & Nilsson Motevasel, 1997). Andra influenser kommer från arbetssociologin. Genom att

¹ För översikter av omsorgsforskning och jämförelser mellan anglosaxisk och skandinavisk omsorgsforskning se Szebehely (1995).

kontrastera omsorgsarbete mot varuproduktion har omsorgsarbetets särart och speciella villkor kunnat synliggöras. Studierna i föreliggande avhandling är inspirerade av omsorgsforskningens studier och diskussioner kring kompetens, kvalifikation och arbetsorganisation. Avhandlingens förhållande till denna teoribildning kring omsorgsarbetet är av det slaget att vissa antaganden och slutsatser undersöks närmare och kompletteras med arbetspsykologiska och psykodynamiska perspektiv.

Kunskap och kompetens i omsorgsarbete

Ett centralt tema i omsorgsforskningen har varit att identifiera, beskriva och därmed synliggöra den stora kunskapsmassa som finns bland vårdbiträden i form av erfarenheter och kunskaper om de enskilda klienterna. I en studie om norska vårdbiträden lyfte Wærness (1983) fram en av tradition förvärvad "husmorskompetens" och "husmorsideologi" som resulterade i en bred och allsidig hjälp till klienterna. Vårdbiträdena hade enligt Wærness andra normer för sin yrkesutövning än vad som vanligtvis gällde på arbetsmarknaden. Som yrkesgrupp ställde de inga eller låga krav på inflytande eller anseende och intresset för facklig organisation var lågt. Wærness beskrev detta yrke som en variant av en traditionell kvinnoroll, där andras behov bestämmer vad för slags arbete som skall utföras och denna behovsstyrning ställs i kontrast till professionaliserade yrkesgruppers mer avgränsade och specialiserade uppgifter. Med utgångspunkt från ett klientperspektiv pekade Wærness på behovet av en icke-professionaliserad yrkesgrupp vars arbete inte ska avgränsas och specificeras. "Det blir i hög grad klientens närliggande behov som måste avgöra vad hemsamariten skall göra vid varje särskilt tillfälle" (ibid. s. 128).

En viktig utgångspunkt och röd tråd i Wærness arbete är likheten mellan innehållet i vårdbiträdenas arbete och innehållet i husmoderns arbete². I intervjuerna med de norska hemsamariterna framgick att de inte följde de formella arbetsinstruktioner som framförallt innehöll regler om vad som inte skulle utföras, med motiveringen att reglerna inte tillät klienterna en ordentlig omvårdnad. Wærness menade att det var "normerna för husmorsrollen som på många sätt avgör vad för slags arbete som utförs" (ibid. s. 141). I intervjuerna framgick också att vårdbiträdena arbetade mer tid än vad de hade betalt för. Wærness beskrev en klientorientering hos vårdbiträdena som motsvarar en överordnad norm inom privatsfären, som exempelvis innebär att man inte lämnar en människa när hon behöver mer hjälp och tröst. Wærness såg stora likheter mellan vårdbiträdenas rationalitet som följde i orienteringen mot klienternas behov och den typ av ansvarsrationalitet som bl.a. Bjørg Aase Sørensen (1982) beskrivit i kvinnors praktik inom den privata oavlönade omsorgen om hem och familj.

² Likheten mellan det betalda omsorgsarbetet och kvinnors obetalda arbete med hem och familj är också centrala teman i flera senare avhandlingar om omsorgsarbete, se t.ex., Szebehely (1995), Franssén (1997) och Christensen (1998).

I en artikel som publicerades 1984 beskrev Wærness vårdbiträdenas handlingar och förhållningssätt med begreppet omsorgsrationalitet. Wærness (1984) menar att hon med omsorgsrationalitetsbegreppet går emot västerländsk "mainstream" filosofi och sociologi som betraktar rationalitet och emotionalitet som ömsesidigt uteslutande kvaliteter i mänskligt agerande. Med begreppet "omsorgsrationalitet" vill hon föra in bilden av den sociala aktören som medveten och kännande. Wærness ställer omsorgsrationaliteten i motsats till vetenskaplig och byråkratisk rationalitet som hon menar bygger på ett tankesätt som är *formellt och abstrakt* medan omsorgsrationaliteten har sin grund i ett tankesätt som är *kontextuellt och beskrivande*. Wærness menar vidare att omsorgsrationalitet inte kan tillägnas genom utbildning utan är beroende av praktisk erfarenhet av omsorgsarbete och kunskaper om den enskilde klienten. Wærness budskap handlar om att organisera det offentliga omsorgssystemet så att professionell och byråkratisk kontroll och makt minskar och att ett större inflytande istället ges till omsorgsgivare med praktisk erfarenhet av omsorgsarbete och personlig kunskap om enskilda klienter.

Även Eliasson-Lappalainen och hennes forskargrupper har belyst betydelsen av den erfarenhetsbaserade kunskapen i omsorgsarbete (Eliasson, 1987; Eliasson & Thulin 1989; Eliasson & Szebehely, 1991; Szebehely, 1995; Topor, 1987). I likhet med Wærness presenterar Eliasson och medarbetare studier som visar hur omsorgsarbetet bärs upp av praxiskunskap och kunskap om enskilda klienter. Här framgår relevansen av det unika och individuella perspektivet för att ett gott omsorgsarbete skall kunna utföras. Det handlar om en personbunden kunskap som inte kan tillägnas via formella utbildningar.

"Den kunskap som gör att vårdbiträdet förstår varför det är viktigt för Karl att få sitt kaffe kokt precis som han vill ha det eller gör att hon ser att hon måste bryta mot någon princip eller anvisning för att handla ansvarsfullt, humant och mänskligt förnuftigt gentemot en gammal människa, är ofta en tyst ordlös kunskap. En praxiskunskap som kanske inte ens betraktas som just kunskap, än mindre värdesätts jämfört med formell utbildning." (Eliasson, 1987, s. 154).

Ett huvudtema i Eliasson och medarbetares studier handlar om att visa hur vissa arbetsvillkor försvårar möjligheten att bedriva ett omsorgsfullt arbete och att utveckla kvaliteten i verksamheten. Tankegången som utvecklas kan beskrivas som att ett kvalitetsmässigt bra omsorgsarbete förutsätter "det slags kunskap som bara kan växa ur den egna praktiken och som rymmer kännedom om den enskilda hjälpbehövande människan, hennes livshistoria, vardag och drömmar" (Eliasson, 1992c, s. 217). Denna kunskap kan inte ersättas av teoretisk kunskap. Eliasson menar att hos de flesta som valt att arbeta inom äldreomsorgen finns tillräcklig kompetens och förmåga och att god kvalitet i första hand är en fråga om att "organisationen är så uppbyggd att den främjar ett tillvaratagande av och utveckling av denna kompetens" (Runesson & Eliasson Lappalainen, 2000, s. 15).

När hemtjänstorganisationer skapas med ovanifrånstyrning och specificerade kompetens- och kunskapskrav hotas den erfarenhetsbaserade kunskapen på två sätt. Den kan ”organiseras sönder” eller ”professionaliseras sönder” (Eliasson, 1992a, s. 63). Mycket av den omsorgsforskning om kompetenskrav, professionalisering och arbetsdelning som senare utvecklas relaterar sig på ett eller annat sätt till dessa två hotbilder.

Kvalifikation och arbetsorganisation i omsorgsarbete

Den skandinaviska omsorgsforskningens fokusering på omsorgskvalitet och omsorgsgivarnas möjligheter att utföra ett bra arbete har, som redan antytts, skett i samspel med arbetsorganisatorisk forskning, särskilt forskningen om arbetsdelning. Från Adam Smith över Marx, Taylor och Braverman till nutiden har arbetsdelning varit en fråga för samhällsvetenskaplig forskning och för praktiker som designat organisationer och verksamheter utifrån arbetsorganisatoriska principer. Intresset har mestadels fokuserat på samhällelig arbetsdelning och på arbetsmarknadens arbetsdelning där under senare år också genderaspekter fått utrymme.

Bravermans (1974) tes är att det över hela arbetslivet sker en dequalificering genom att taylorismens huvudmål - åtskiljandet av arbetets planering och utförande, huvudets och handens arbete - får allt vidare genomslag. Organisationer får en tydlig vertikal och horisontell arbetsdelning. Makten över beslut förs uppåt i organisationen och den horisontella arbetsdelningen innebär att det helhetliga arbetet delas upp på olika moment som sedan utförs av olika arbetare. Denna typ av arbetsdelning innebär en kunskapsutarmning eftersom individen förlorar kunskapen om helheten. Idealtypen i Bravermans analys är det ”traditionella hantverksarbetet”, där arbetaren är huvudaktör i hela produktionskedjan - han eller hon planerar arbetet, väljer arbetsmetod, utför arbetet och avgör själv kvalitetsnivå. Inom äldreomsorgen är analogin till det traditionella hantverksarbetet den ”traditionella modellen i den öppna hemtjänsten” (Eliasson, 1992b; Szebehely, 1995). När tayloristiska arbetsdelningsprinciper appliceras på de traditionella organisationsmodellerna blir resultatet att arbetet rutiniseras och utarmas. Under de senaste decenniernas fackliga reformsträvanden för arbetslivets förändring och utveckling har målet varit att upphäva den tayloristiska arbetsdelningen och att återförena huvudets och handens arbete (LO, 1991).

Omsorgsforskningen tar också arbetsdelningen som utgångspunkt för kritiken av införandet av tayloristiska principer inom äldreomsorgsverksamhet men ställer sig samtidigt kritisk till den enkla dikotomin, planering respektive utförande. I en begreppsbildning kring omsorgsarbete som bättre skall svara mot omsorgsarbetets särart så bör också arbetets emotionella sidor inkluderas. Eliasson (1992d) menar att ett förnuftigt och omsorgsfullt arbete kräver ”att förbindelsen mellan tanken, känslan och handens arbete inte kapas” (ibid. s. 175).

Omsorgsforskningen har vidare visat att en grundläggande förutsättning för god kvalitet är att organisera verksamheten så att det finns en kontinuitet i relationerna

mellan givare och mottagare av omsorg - vad som skulle kunna benämnas en *personbunden arbetsdelning*. Betydelsen av personkontinuitet har belysts i jämförande studier av omsorgsarbetet i den öppna hemtjänsten och vid servicehus (Eliasson & Thulin 1989; Eliasson & Szebehely, 1991; Freed Solfeldt, 1990; Thulin, 1987; Szebehely, 1995). Eliasson och Thulin (1989) har beskrivit arbetet i den öppna hemtjänsten som *personorienterat* medan en taylorisering av omsorgsarbetet vid servicehus har lett till ett *uppgiftsorienterat* arbetssätt. Eliasson (1992b) menar att standardiseringen av arbetsuppgifter enligt taylorismens principer har inneburit en de-personalisering i den meningen att yrkesinnehavaren görs utbytbar. Arbetsorganisationen vid servicehusen kännetecknades av olika typer av rotationsprinciper som motverkade personkontinuitet, vilket innebar att vårdbiträdena inte kunde förvärva tillräckligt mycket kunskap om de enskilda klienterna (se t ex Eliasson & Thulin 1989; Eliasson & Szebehely, 1991).

Szebehely (1995) påpekar att personkontinuitet i sig inte garanterar en individuellt anpassad hjälp, utan att omsorgsgivaren måste ha tillräckligt med eget handlingsutrymme för att kunna ge en individuell och flexibel hjälp i mötet. Det handlingsutrymme som Szebehely talar om handlar om den *vertikala arbetsdelningen*, det vill säga att arbetet inte ska vara styrt av strikta regler som begränsar personalens handlingsfrihet och omsorgstagarens inflytande över sin hjälp och sin vardag. Kritiken mot en på taylorismen grundad vertikal arbetsdelning har varit stark inom omsorgsforskningen. Wærness (1983) problematiserade omsorgsgivarnas begränsade inflytande när det gällde bedömning, planering och utvärdering av hjälpsatser och hon ifrågasatte vårdbiträdenas begränsade inflytande jämfört med mer professionaliserade yrkesgrupper inom omsorgen. Hon menade att vårdbiträdenas personliga kunskaper om klienterna borde motivera ett ökat inflytande, inte minst för att åstadkomma en individanpassad hjälp. Eliasson (1992b) beskriver den vertikala arbetsdelningen i termer av en sönderstyckning en uppifrån- och detaljstyrning av arbetet av samma slag som industrins löpande-band-princip. Vårdbiträdet får utföra i förväg angivna uppgifter och tvingas behandla de gamla som objekt. Löpande-band-organisationen bygger på uppifrån givna regler och instruktioner som innebär att både omsorgsgivarnas och hjälptagarnas inflytande minimeras. I en jämförelse mellan olika organisationsmodeller visar också Szebehely (1995) hur den traditionella personorienterade organisationsformen inom den öppna hemtjänsten innebar ett tillräckligt stort handlingsutrymme för att kunna ge en individuellt anpassad hjälp medan arbetet vid servicehus var styrt av strikta regler som begränsade både personalens och omsorgstagarens inflytande. Förutom personkontinuitet har således inflytande visats vara en av de viktigaste arbetsorganisatoriska variablerna som skapar förutsättningar för omsorgsrationella handlingar (Eliasson-Lappalainen & Motevasel 1997).

Ytterligare ett antagande och slutsats från omsorgsforskningen är att arbetsdelningsprinciper som leder till *specialisering* och uppstyckning av arbetsuppgifter

har negativa verkningar både ifråga om arbetsvillkor och omsorgskvalitet (Eliasson & Thulin 1989; Eliasson & Szebehely, 1991; Gardell, m fl., 1979; Wærness, 1983). I stället förespråkas en integration av arbetsuppgifter så att en helhetssyn i omsorgsarbetet skall vara möjlig. Ett tema som återkommer i Wærness skrifter (se t.ex., 1983; 1990) handlar om vikten att bryta trenden mot en ökande professionalisering och specialisering i vård och omsorg. Argument är att en större andel av de anställda i framtiden måste kunna erbjuda en mer flexibel, allsidig och mångsidig hjälp och service istället för de professionella yrkesgruppernas mer avgränsade insatser. Den tidiga hemtjänsten karaktäriserades av en funktionell bredd i arbetet genom att varje vårdbiträde utförde alla de uppgifter som hennes omsorgstagare behövde hjälp med. I svensk äldre- och handikappomsorg uppstod en ökad funktionell uppdelning i samband med servicehusens framväxt och de rationaliseringsambitioner som innebar att vissa servicefunktioner kollektiviserades (Gough, 1987). Den typ av funktionsuppdelning där hemtjänstinsatsen delas upp på ett antal uppgifter för olika vårdbiträden, till exempel städpatruller, matlådeutlämning eller medicinutdelning, benämns och kritiseras av flera omsorgsforskare som en specialiseringsprocess. Men en funktionsuppdelning av detta slag, som inte innefattar en kunskapsfördjupning inom ett visst område, kan snarare betraktas som en rutinisering av arbetet (Blau, 1977). Studier av servicehusens tayloristiska arbetsorganisation har visat rutiniseringens negativa konsekvenser för arbetsmiljö och omsorgskvalitet (Szebehely, 1995; Freed-Solfeldt, 1990). Däremot saknas empiriska studier som bekräftar kritiken mot en specialisering i ett mer ”professionellt” avseende, det vill säga avgränsning av ansvarsområde kombinerat med kunskapsfördjupning.

Gough (1987) har diskuterat den horisontella arbetsdelningen i hemtjänsten och introducerat en mer differentierad syn på specialisering. Gough talar om tre arbetsdelningsprinciper i hemtjänsten. Den första innebär en funktionsuppdelning, att olika vårdbiträden eller yrkesgrupper tar hand om olika uppgifter. Den andra kommer ur verksamhetens dygnet-runt karaktär, att olika grupper arbetar dag, kväll, natt och helg. Den tredje formen har sin grund i att olika grupper av klienter har olika behov, t.ex. alkoholister, psykiskt handikappade, senildementa etc. Goughs menar att de två första principerna innebär en uppgiftsorientering som försämrar kontinuiteten och därmed omsorgskvaliteten. Medan en specialisering utifrån klientgrupp, kan vara en alternativ utveckling som främjar såväl kontinuitet som klientorientering (Gough, 1987; 1990).

Professionalisering av omsorgsarbetet har vid sidan av tayloriseringen beskrivits som en förstörelseprocess som hotar omsorgsarbets särart. Många professionaliseringskritiska omsorgsforskare (se t.ex. Franssén, 1997; Johansson, 1991; 1997; Svensson, 1986) hänvisar till Wærness arbeten (1983; 1984) om professionalisering och omsorgsrationalitet. Med professionalisering menar Wærness (1983) en större betoning på formell utbildning baserad på vetenskap och teorier,

en avgränsning av arbetsuppgifterna samt yrkesmonopol på vissa arbetsuppgifter. Sociala konsekvenser som följer av en sådan professionalisering är enligt Wærness att mindre attraktiva uppgifter kommer att skiljas ut och överlåtas till mindre utbildad kvinnlig arbetskraft eftersom det inte är effektivt att utbildad arbetskraft utför det som oskolade arbetare kan utföra. Wærness menar vidare att en professionalisering innebär att omsorgen motiveras instrumentellt: ”Sjuksköterskans vänlighet mot patienten, socialarbetarens sympatiska förståelse för klienten, lärarens tålmod med eleven blir inte bara moraliska dygder utan professionellt erkända tekniker” (ibid. s. 32). Ytterligare konsekvenser av professionalisering av omsorgsyrken är vad Wærness kallar en avfeminisering, vilket innebär dels att yrkesrollen kräver mindre av de egenskaper som av tradition tillmätts kvinnorollen, dels att andelen män inom de ledande positionerna ökar. Konsekvenser handlar också om en ojämlik maktbalans mellan olika typer av kunskaper på så sätt att erfarenhetsbaserade kunskaper som förvärvas genom lyhördhet för klienters närliggande behov och problem inte får något inflytande.

Wærness (1983, s. 137) kritik mot professionalisering av omsorgsarbetet motiveras också genom de synpunkter som hemsamariterna i hennes studie gav uttryck för. Hemsamariterna var inte intresserade av teoretisk utbildning utan betonade ofta sin husmorskompetens som tillräcklig. De var inte heller intresserade av specialisering eller avgränsning av uppgifter. I en senare artikel om hemtjänstens utveckling skriver Wærness (1995) att den traditionella husmorskulturen, som innebär att hjälpgivarna strävar efter att ge en helhetlig och flexibel hjälp utifrån den enskilda individens önskemål, nu håller på att slås ut. I Norge är det en medicinsk byråkratisk kultur som tar över medan det i Sverige istället är en socialpedagogisk rehabiliteringskultur som blir allt mer dominant. Socialpedagogiken kommer till uttryck i nya omsorgsideologiska idéer som börjar göra sig gällande i Sverige under 1980-talet där hjälp till självhjälp och aktivering är viktiga inslag. Wærness (1995) är skeptisk till denna nya omsorgsideologi bland annat med motiveringen att det stora flertalet av hemtjänstmottagarna är äldre kvinnor som hela sitt liv ansvarat för hushållets uppgifter men på grund av svikande krafter behöver hjälp med tyngre hushållsarbete.

I Rosmari Eliassons förord till Wærness bok från 1983 tydliggörs ytterligare motiven bakom omsorgsforskningens professionaliseringskritik: ”I professionaliseringens spår följer en specialisering och hierarkisering som också går stick i stäv med mycket fagert tal om helhetssyn, närhet, jämlikhet, allsidighet och flexibilitet i vårdarbetet”. Ett professionellt förhållningssätt ställs således i motsats till kvaliteter som helhetssyn och jämlikhet i mötet med klienterna. Eliasson preciserar förstörelse genom professionalisering på följande sätt:

”Den andra tendensen som jag kallar *principstyrning* eller en *professionaliseringsliknande* tendens innebär också den en standardisering, där människor blir utbytbara: alla förväntas bete sig på samma sätt och alla ska behandlas lika. Det

viktiga blir att följa (internaliserade) enhetliga principer, vilket gör att personalens tolkningsföreträde och makt ökar i förhållande till pensionärerna. Den gamles önskningsväger lätt mot principer som säger vad som är rätt och riktigt, ofta i namn av vad som är bäst för den gamle” (Eliasson, 1996, s. 198).

Eliasson (1992b, s. 131) talar om en professionalisering och standardisering av kompetens som kommer till stånd genom utbildning, professionell socialisering och inskolning i gemensamma förhållningssätt (se även Eliasson & Thulin, 1989). Standardisering av arbetsuppgifter via taylorisering och standardisering av kompetens via professionalisering gör yrkesinnehavaren utbytbar och åstadkommer således en typ av de-personalisering i relationen mellan givare och mottagare av omsorg (se även Beckman, 1981; Franssén, 1997). En professionalisering med ökad tonvikt på formell utbildning, antas leda till att vårdbiträdenas position i förhållande till omsorgstagarna stärks (se t.ex. Eliasson & Thulin, 1989; Franssén, 1997; Svensson, 1986). Klienterna får anpassa sig till vårdideologiska principer och behandlingstekniker i stället för tvärt om. I kritiken mot professionalisering samt i betoningen på praxiskunskap har som jag menar tyvärr ett motsatsförhållande mellan utbildning och erfarenhetskunskap uppstått. Offentliga utredningar med slutsatser om behov av ökade utbildningssatsningar kritiseras³ trots att vårdbiträden i äldre- och handikappomsorgen är en yrkesgrupp där en mycket stor andel är hänvisade till enbart erfarenhetskunskap i arbetet. Som inledningsvis nämndes har endast 60 procent av baspersonalen någon form av vårdinriktad utbildning såsom den kortare vårdbiträdesutbildningen eller motsvarande omvårdnadsprogrammet (Svenska Kommunförbundet, 2001).

Sammanfattningsvis kan sägas att kritiken mot formell utbildning tycks handla om farhågor att de unika behoven hos varje enskild klient ska trängas tillbaka till förmån för abstrakta teorier och generella förklaringsmodeller⁴.

³ I Wærness (1983) studie finns denna kritik mot förslag om teoretisk utbildning för hemsamariterna. I Sverige har Stina Johansson (1991, s. 347) kritiserat en rapport från Socialstyrelsen (1988) som behandlar personalförsörjningen och de växande omsorgsbehoven inom äldre- och handikappomsorgen. De åtgärder som föreslås utgör, enligt Johansson, ett stöd för en ”professionalisering i traditionell mening” (s. 347). Bland dessa förslag finns; självständiga arbetslag, tydliga yrkesroller, höjda tjänstgöringsgrader samt fortbildning och handledning. Det är framförallt de senare två aspekterna, höjda tjänstgöringsgrader och utbildning som Johansson ifrågasätter.

⁴ I Wærness (1984) artikel om omsorgsrationalitet skriver hon att utbildning kan socialisera individerna till att tänka och agera enligt vetenskaplig rationalitet och att omsorgsrationaliteten förlorar i värde. Wærness menar att formell utbildning baserad på vetenskaplig kunskap sannolikt i någon grad kommer att främja ett mer instrumentellt förhållningssätt: ”The way the head-heart duality is accepted in all sciences, it seems probable that any kind of formal education based on scientific knowledge will to some degree promote a more instrumental attitude towards work, at the expense of the expressive” Wærness 1984, s. 200-201).

Arbetskrav, resurser och stöd

Balans mellan arbetskrav och resurser – stress och lärande

Arbets sociologiska influenser på den skandinaviska omsorgsforskningen har som nämnts framförallt handlat om arbetsdelning, kvalifikationer, styrning och kontroll. Dessa begrepp är också centrala i den arbetspsykologiska forskningen men dessa fenomen har då framförallt placerats in i en stress- och hälsomodell.

I arbetspsykologin har arbetsdelning och kvalifikation viktiga kopplingar till stress och hälsa liksom till lärande och utveckling. En sådan koppling finns i den välkända krav-kontroll-modellen (Karasek & Theorell 1990). Modellen bygger på två olika forskningstraditioner inom arbetspsykologin, nämligen forskning om beslutsinflytande och kvalifikationsnivå respektive forskningen om belastningar och stressorer i arbetslivet (Karasek, 1979). Psykisk påfrestning och ohälsa uppstår enligt denna modell ur obalansen mellan arbetskrav och handlingsmöjligheter. Kombinationen av höga krav och låg kontroll genererar stress och ohälsa medan höga krav i kombination med hög kontroll är gynnsamt ur stressynpunkt (aktiva arbeten). Den optimala situationen är när kraven något överstiger individens kontroll/resurser/kompetens. Då skapas en situation som leder till lärande och utveckling och som även antas ha en långsiktig positiv effekt på individens förmåga och kompetens att hantera framtida belastningar (Karasek 1979; Aldwin, 1994; Aronsson, 1985; Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkman, 1984). Därigenom förändras upplevelsen av arbetskraven och de kommer att uppfattas som mindre stressfyllda (Karasek & Theorell, 1990). Det motsatta förhållandet gäller för de arbeten som karaktäriseras av höga krav men låg kontroll (anspant arbete). Individens samlade erfarenhet av stress leder till höga ångestnivåer som hämmar lärande och förmåga att hantera belastningar (Karasek & Theorell 1990).

Inom arbetspsykologin finns utöver krav-kontroll-modellen ett antal olika teorier eller forskningsstrategier som bygger på obalansantagandet och obalanserna uttrycks på olika sätt: resurser för kontroll av belastning (Aronsson, 1985) person-environment fit (Caplan, 1987), effort-reward (Siegrist, 1996). I denna avhandling har balansperspektivet setts som ett generellt verktyg för att identifiera och analysera förhållanden mellan de krav som ställs på vårdbiträdena och de resurser de förfogar över för att möta dessa krav.

Socialt stöd – professionellt stöd

Ett annat centralt begrepp i den hälsoinriktade arbetspsykologiska forskningen är socialt stöd. Kontroll ses inte som den enda resurs individen förfogar över för att hantera belastningar och stöddimensionen kan därför komplettera krav-kontroll-dimensionerna. I forskningen om omsorgsarbete har otillräckligt inflytande, ovanifrån styrt arbete och för hög kvantitativ arbetsbelastning lyfts fram som centrala problem. Betydelsen av stöd i arbetet har dock inte närmare undersökts.

Socialt stödperspektivets inbrytning i den arbetspsykologiska forskningen kom framförallt genom boken *Work Stress and Social Support* av James House (1981) och Jeffrey Johnsons avhandling från 1986 (se också Johnson & Hall, 1988). House typologiserar socialt stöd utefter två dimensioner: stödets ursprung (i nio källor alltifrån de närmaste i familjen, arbetskamrater, närmaste chef till samhällets professionella stödinsatser) och typen av stöd (emotionellt, värderande, informativt och instrumentellt). House forskningsfråga kan sägas vara: vilken typ av stöd från vilken källa är effektivt med avseende på ett visst problem - vad som också kallas specificitetshypotesen. Jeff Johnson diskuterar vilken funktion stöd kan fylla för den enskilde och till vilken klass av teorier som forskningen om socialt stöd hör. Han identifierar åtminstone fyra forskningstraditioner med vilket socialt stödperspektivet är besläktat och inom vars ramar forskning om socialt stöd kan tolkas. Forskningsperspektiven sträcker sig från den individuella till den kollektiva nivån. Socialt stöd kan tillgodose människors grundläggande behov av gemenskap och gruppmedlemskap (behovsteori), det kan också utgöra en resurs för att dämpa genomslagskraften i arbetsbelastning (resursteori), det kan för det tredje ge individen erfarenheter från samverkan med andra människor (socialisations-teori). Ett fjärde perspektiv är besläktat med resursteorin men handlar om den strukturella nivån - hur ett kollektivt försvarssystem kan fungera som skydd mot det industriella systemets prestationskrav (kollektivitetsteori).

Sammanfattningsvis kan man säga att socialt stöd perspektivet expanderar kravkontroll-modellen från betoningen på den enskildes förhållande till sitt arbete till relationer och interaktion mellan människor. Hur det sociala stödet är relaterat till hälsa har varit föremål för mycken forskning och diskussion. Forskningstraditionen har en påtaglig kvantitativ inriktning. Olika hypoteser om direkt, modererande och medierande inverkan har prövats. I en metaanalys konstateras både direkta och indirekta effekter (Viswesvaran m.fl., 1999). Inte helt oväntat är ett resultat att många studier haft en design och uppläggning som inte tillåter slutsatser om de förväntade komplexa samspelet mellan olika typer av stöd, stödkällor och olika slag av utfall.

I föreliggande studie har syftet inte varit att pröva hypoteser om hur socialt stöd fungerar i förhållande till krav eller hälsoutfall. Utgångspunkten har varit att sådana positiva samband finns. Socialt stödansatsen har i första hand setts som ett hjälpmedel för att identifiera personalens tillgång till eller brist på stödssystem och stödstrukturer i arbetsmiljö och organisation. Socialt stöd har därutöver i denna studie betraktats som ett medel för att påverka balansen mellan krav och resurser. Den kvalitativa ansatsen har därvidlag fungerat så att den kunnat ge konkret information om vilken typ av stöd som fattas liksom om möjligheterna och begränsningarna i stöd från arbetskamrater och närmsta chef. Tidigt i intervjuer och kvalitativa analyser framstod behovet av att fokusera stödinsatser också utanför kretsen arbetskamrater och närmaste chef. Intresset kom därför att riktas mot ut-

bildning, handledning, och organisatoriska avgränsningar och förutsättningar för stöd.

Den kvantitativt inriktade forskningen om socialt stöd med arbetsplatsfokus handlar som nämnts framförallt om stöd från kamrater och överordnade (närmaste chef). Det har varit få försök att inom den traditionen att utveckla teori och begreppsapparat i förhållande till vård- och omsorgsarbete med dess speciella krav och villkor. Till särarten i detta slag av arbete hör ju att det inom vård- och omsorgsorganisationer byggs upp professionella stödfunktioner med många av de kännetecken som inkluderas i House fyra typer av stöd (House, 1981). Detta professionella stöd riktas i första hand mot de mest kvalificerade yrkesgrupperna. En grund för att tillskapa sådana professionella stödsystem kan antas vara observationen eller slutsatsen att kamrat- och chefsstöd är otillräckligt i förhållande till de problem som skall lösas. Mest uttalat och utvecklat är detta vid handledning i terapeutiska relationer.

Detta frågekomplex har inte behandlats inom den hälsoinriktade arbetspsykologiska forskningen, men om man går utanför denna till psykodynamiskt inriktad organisationsforskning finns viktiga rön om organisering och betydelsen av professionellt stöd. I föreliggande studie har framförallt William Kahn (2001) med sin teori om "hållande arbetsorganisationer" bidragit med begrepp och tolkningsstöd i analyserna av det empiriska materialet. I avsnittet om coping och försvar presenteras innebörden i och betydelsen av hållande organisationer.

Strategier - coping och försvar

Som inledningsvis nämndes har tidigare studier om förhållanden mellan arbetsvillkor och omsorgspersonalens hälsa och välbefinnande visat att relationen med omsorgstagaren är en viktig del i omsorgsgivarnas arbetsmiljö (Astvik & Aronsson, 1994a; 1994b; Bartoldus, m.fl., 1989; Donovan, 1989; Kaye 1986; 1989). Mötet mellan omsorgsgivare och klient framträder som den sannolikt viktigaste källan till såväl motivation och arbetstillfredsställelse som stress och ohälsa. Med ett stressteoretiskt språkbruk skulle man kunna säga att relationerna med klienten är omsorgsarbetets potentiellt starkaste stressor. I denna avhandling söks en fördjupad förståelse av omsorgens svåra möten. Omsorgsgivarnas upplevelser av och sätt att hantera de svåra mötena studeras med stöd av copingteori och psykodynamisk teori om försvar. Med det dubbla perspektivet på arbetsvillkor och omsorgskvalitet är förhållandet mellan coping och försvar å ena sidan och organisatoriska resurser å andra sidan av stort intresse. Organisatoriska system för stöd kan antas skapa möjligheter för individen att hantera arbetskraven medan avsaknaden av detsamma kan hänvisa individen till mer kortsiktigt ångestreducerande försvar (se också Aronsson, 1987). I översiktsartiklar om coping framträder olika ansatser (se t.ex. Aldwin, 1994; Dew, m.fl., 1993; Lazarus & Folkman, 1984; Parker & Endler, 1996) där en skiljelinje handlar om coping som i huvudsak

medvetna strategier att hantera stress respektive psykodynamiska ansatser med fokus på omedvetna psykologiska försvar.

Medvetna strategier

I copingforskningen finns ansatser som betraktar coping som relativt stabila personlighetskaraktäristika där antagandet är att människor kan klassificeras efter en bestämd copingstil som de använder för att hantera stress. Vårt intresse riktar sig dock till definitioner av coping som flexibla och föränderliga sätt att handskas med stress som påverkas av individens bedömning av den särskilda situationen (Lazarus & Folkman 1984). 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 i denna ansats är att människor värderar sin relation med omgivningen avseende konsekvenser för deras välbefinnande (Lazarus & Folkman, 1984). 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 tankeinhåll 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 enligt Newton kräver alternativa undersökningsinstrument.

Lazarus & 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, det vill säga 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). Lazarus (1999) menar att ingen copingstrategi kan klassificeras som generellt bättre eller sämre, utan effektiviteten beror på typ av person, typ av hot, vilket stadium i det stressfyllda mötet och även på om bedömningsperspektivet är exempelvis subjektivt välbefinnande, socialt fungerande eller hälsa. Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till är vilka konsekvenser en individs strategier har för andra individer i mötet. När det gäller vård- och omsorgspersonal påverkas naturligtvis klienterna av personalens strategier och vice versa.

Omedvetna strategier

Inom psykodynamisk teoribildning finns väsentliga skillnader mellan olika psykoanalytiska riktningar när det gäller att förstå och förklara de psykiska försvarens funktioner och ursprung. I Sigmund Freuds klassiska driftsteori och hos jagpsykologer som exempelvis Anna Freud (1966/1933) betraktas försvarerna som jagets kamp att hålla undan otillåtna driftimpulser och aspekter av överjaget. I de brittiska objektrelationsteoretiska riktningarna med representanter som D. W. Winnicott och W. R. D. 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 försvarerna betraktas här som sätt att hantera de inre onda objekten (Fairbairn, 1943; Guntrip, 1968/1992). I psykodynamiska studier görs ofta en åtskillnad mellan coping och försvar och försvarerna 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 avser 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 (se exempelvis Bion, 1975; Miller, 1993; Menzies Lyth, 1988). Detta synsätt kan komplettera traditionell arbetspsykologiskt stress- och coping-forskning (se också Newton, 1989) som fokuserar på medvetna upplevelser och strategier att hantera stress. Psykodynamiskt orienterade studier om försvar har också vidgat förståelsen av försvar som sociala fenomen. I en studie av en sjuksköterskeorganisation visade exempelvis psykoanalytikern Isabel Menzies Lyth (1988) hur olika sociala försvarsstrukturer utvecklades för att lindra och dämpa 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 stor likhet med de fantasituationer 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 och beroende med egna inre objektrelationer. Vård-situationen väcker även primitiva fantasier i patienterna och deras anhöriga.

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 fenomenen 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 fenomen som konsekvenser eller aspekter av taylorisering, professionalisering eller byråkratisering (se t.ex. Eliasson, 1992b; 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 inverkar på hur organisationen utformas (se också Diamond, 1984).

Psykodynamiskt orienterad organisationsforskning (Menzies Lyth, 1988; 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 för tidigt behöva ge upp sina beroendeböbehov 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 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, 1988; 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 men 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 eftersom 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. Delstudie IV syftar till att närmare granska omsorgsarbetets centrala stressor, dvs. relationerna med klienterna och att undersöka omsorgsgivarnas strategier (coping och psykologiska försvar) att hantera de svåra relationerna. I studien undersöks också relationen mellan coping och försvar i förhållande till olika organisatoriska villkor och stödssystem.

Metoder i avhandlingen

Avhandlingens fyra delstudier är genomförda med både kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder. Delstudie I bygger på data insamlade via enkät med en undersökningspopulation bestående av ett slumpmässigt stratifierat urval av vårdbiträden i Stockholms kommun. Via diskriminantanalys jämfördes vårdbiträden som gått i förtids- eller sjukpension med vårdbiträden som gått i vanlig ålderspension med syftet att identifiera förhållanden bakom för tidig avgång ur yrket. Resultaten i studie I som visade att copingstrategier och upplevelser i relation till vårdtagarna signifikant diskriminerade mellan grupperna motiverade fördjupade studier om relationer till klienterna och vårdbiträdenas copingstrategier. Studie IV utgör en sådan fortsättning och fördjupning. Syftet var att identifiera svåra möten i omsorgsarbete och att undersöka omsorgsgivarnas strategier i dessa möten samt att undersöka hur olika arbetsförhållanden påverkar omsorgsgivarnas val av strategi. Data utgörs av djupintervjuer (som delvis styrdes av dagboksanteckningar och deltagande observation) med 16 vårdbiträden/boendestödare från tre olika kommuner. Intervjuerna har analyserats med stöd av copingteori och psykodynamisk teori om omedvetna försvar. Utvecklingen i studie I till studie IV innebar att kvalitativa metoder erfordrades för att fördjupa kunskaperna om relationerna till

klienterna och omsorgsgivarnas strategier som i sig framstod som intressanta att studera. Den kvalitativa ansatsen i studie IV har inte hälsa/ohälsa som utgångspunkt eller utfallsvariabel utan fokuserar på de aspekter som befunnits ha en betydelse för hälsa och arbetstillfredsställelse.

Rörelsen från kvantitativ till kvalitativ metod i studie I till IV är den omvända när det gäller studie II och III. Bägge studierna syftar till att undersöka betydelsen av specialisering eller avgränsning när det gäller omfattningen av uppgifter och ansvarsområden och klientgruppens profil. Studie II är en kvalitativ studie som bygger på ett strategiskt urval av 10 vårdbiträdes-/boendestödsgrupper från tre olika kommuner. I studie II undersöks betydelsen av specialisering i omsorgsarbete genom att arbetsgrupper med olika typer av avgränsning när det gäller klientgrupper och arbetsuppgifter jämförs. Vårdbiträdesgrupper och boendestödsgrupper som var specialiserade på klientgruppen psykiskt funktionshindrade jämfördes med vårdbiträdesgrupper som arbetade med en blandad klientgrupp. Huruvida grupperna även skilde sig åt när det gäller avgränsning av arbetsuppgifter var en undersökningsfråga för kvalitativ analys. Specialisering var således både ett urvalskriterium (specialist/generalist avseende klientgrupp) och ett undersökningsobjekt (specialist/generalist avseende uppgifter). Omsorgsgivarna kategoriserades sedan till en av fyra kombinationer, det vill säga generalist/specialist avseende klientgrupp respektive uppgifter med syftet att analysera hur avgränsning av arbetsinnehåll kunde förstås i förhållande till omsorgskvalitet och arbetsvillkor.

För att pröva resultaten i studie II och vidare undersöka betydelsen av avgränsning när det gäller klientgrupp och uppgifter genomfördes en enkätstudie där urvalet var en totalundersökning av vårdbiträden och undersköterskor i en storstadskommun. Mot bakgrund av de identifierade arbetsområdena i studie II operationaliserades arbetsuppgifterna till ett antal frågor om olika arbetsuppgifter som ingår i arbetet. I enkäten ställdes också frågor om vilka klienter respondenten arbetade med. Respondenterna kunde kategoriseras enligt en av tre typer av klientgrupper: 1) en grupp respondenter arbetade enbart med omsorgstagare med demenssjukdomar, 2) en grupp respondenter arbetade med enbart äldre omsorgstagare med alla sorters sjukdomar och funktionshinder och 3) en tredje grupp respondenter arbetade med en blandad klientgrupp där omsorgstagarna var såväl äldre som yngre och hade olika sorters sjukdomar och handikapp. För kategorisering av respondenterna enligt avgränsning/gränslöshet i arbetsuppgifter användes en kombination av ett kvalitativt och kvantitativt kategoriseringsförfarande. Syftet vara att försöka renodla grupper så att betydelsen av avgränsning i arbetsuppgifter skulle kunna undersökas. Varken i studie II eller III fanns någon extern standard som avgränsningen kontrollerades eller jämfördes med, utan i bägge studierna konstruerades jämförelsegrupperna i relation till varandra för att kunna studera betydelsen av avgränsning eller gränslöshet i omsorgsarbete.

Utvecklingen från kvalitativ metodik i studie II till kvantitativ metodik i studie III handlade om att pröva betydelsen av avgränsning/gränslöshet på ett större urval och även att undersöka eventuella ohälsokonsekvenser vilka är svåra att upptäcka med kvalitativa data som omfattar ett relativt litet antal personer.

Avhandlingens fyra delstudier, vilka nu följer i sammanfattning, relaterar sig på olika sätt till de presenterade teoretiska referensramarna. Studie I innebär en ansats där krav, kontroll, stöd och coping undersöks i förhållande till hälsa och förtidspensionering. Studien bygger därutöver på omsorgsforskningens insikter kring omsorgsarbetets emotionella krav. Studie II, III och IV relaterar sig till omsorgsforskningen i meningen att vissa slutsatser och antaganden problematiseras. Det handlar dels om att problematisera och undersöka omsorgsarbete utifrån att vårdbiträdet skall fungera som generalist eller specialist, dels om att problematisera och undersöka erfarenhetskunskapens eventuella otillräcklighet. Samtidigt bildar omsorgsforskningens dubbla perspektiv på arbetsvillkor och omsorgskvalitet en teoretisk förståelseram i studierna. Samtliga studier refererar också till ett arbetspsykologiskt balansperspektiv där förhållandet mellan å ena sidan individuella och organisatoriska resurser och å andra sidan arbetets krav utgör en teoretisk förståelsemodell. Teoretisk referensram och tolkningsverktyg i studie IV utgörs av copingteori och psykodynamisk teori om försvar och omedvetna processer i arbetet.

Sammanfattning av studierna

Studie I. Home-care workers: work conditions and occupational exclusion

Denna studie genomfördes inom ramen för forskningsprogrammet ”Arbete efter 45” vid Arbetslivsinstitutet och i samarbete med Stiftelsen Äldrecentrum i Stockholm. Inom Äldrecentrums dåvarande forskningsprogram ”Äldreomsorgens vardag och villkor” fanns ett delprojekt ”Omsorgsarbete: arbetsmiljö och bemästringsstrategier vid påfrestningar” som hade samlat in enkätdata från ett stratifierat slumpmässigt urval av vårdbiträden i Stockholms kommun. Föreliggande studie utgörs således av sekundärbearbetningar av ett enkätmaterial som primärt insamlades i syfte att belysa påfrestningar och bemästringsstrategier i vårdbiträdesarbetet. De uppgifter, som fanns i enkäten, om pensionering, omplaceringar och långtidssjukskrivningar gjorde dock materialet användbart även för en studie med inriktning på förhållanden bakom utslagning.

Syfte och frågeställningar

Studiens syfte var att identifiera förhållanden som kan vara förenade med förtids- och sjukpensionering i vårdbiträdesyrket. För detta syfte analyserades situationen för en grupp förtids-/sjukpensionerade vårdbiträden och en grupp vårdbiträden

som gått i vanlig ålderspension. För att undersöka om och i vilka avseenden de två grupperna skiljde sig åt användes diskriminantanalys. Frågeställningarna var:

Finns det systematiska mönster beträffande arbetsvillkor, relationen till hjälpågarna, bemästringsstrategier och hälsa som diskriminerar mellan de två pensionsgrupperna och som är möjliga att tolka som förhållanden bakom utslagning från vårdbiträdesyrket?

Har dessa eventuella mönster funna genom diskriminantanalysen i äldregruppen prediktionsförmåga för ohälsa i andra vårdbiträdesgrupper, det vill säga kan resultaten därmed användas för att identifiera risker för utslagning?

Deltagare

Deltagare i studien bestod av vårdbiträden inom hemtjänsten i Stockholms kommun 1990. Från populationen som bestod av 4184 fast anställda vårdbiträden, inklusive vårdbiträden som gått i ålders- eller förtidspension under året gjordes ett stratifierat urval av sju grupper vilket gav totalt 1104 personer. För pensionerade och de som gått ned i arbetstid gjordes ett totalurval medan urvalet för övriga grupper var slumpmässigt. Svarefrekvensen var 60 procent (n=667). Bortfallsanalysen visade att bortfallet inte var systematiskt relaterat till ålder, anställningstid, studieledighet, föräldraledighet, eller sjukfrånvaro. I denna studie avgränsades studiegruppen till de vårdbiträden som var 45 år eller äldre (n=346). Respondenterna delades in i följande jämförelsegrupper: 1) Heltidsanställda, 2) Deltidsanställda, 3) Omplacerade, kvar med lättare vårdbiträdesarbete, 4) Omplacerade, heltid/deltid med andra arbetsuppgifter, 5) Sjuka sedan mer än sex månader, deltid sjukpensionär/sjukbidrag, 6) Tidigare omplacerade, sjukskrivna mer än sex månader/helt sjukpensionerade, 7) Ålderspensionärer.

Metod

För att identifiera vilka oberoende variabler, som bäst diskriminerade mellan den dikotoma beroendevariabeln, ålderspensionärer respektive förtids-/sjukpensionärer, användes stegvis diskriminantanalys. Wilks' metod för variabelselektion användes, vilken innebär att varje steg styrs av minimering av totala Wilks lambda (kvoten mellan inomgrupps- och totalvariansen) efter reevaluering av de variabler som ingår i regressionen. Den stegvisa diskriminantanalysen ger en vägd summering av variabler, associerade med beroendevariabeln. För varje person beräknas en diskriminantpoäng, som är en vägd summering av de oberoende variablerna, där varje variabels vikt beräknats av dess förmåga att diskriminera mellan grupperna. Sammanvägningen görs alltså så att poängen på bästa möjliga sätt avspeglar sannolikheten att tillhöra den ena eller andra gruppen.

De variabler som valdes för prövning i diskriminantanalysen var: arbetsvillkor (krav, kontroll, stöd), förhållningssätt/bemästringsstrategier och reaktioner i arbetet, psykosomatiska besvär, muskuloskeletala besvär, funktionella hinder och uppfattning om den totala arbetsbelastningen (i och utanför arbetet). Eftersom det

interna bortfallet på frågorna om socialt stöd var stort användes inte dessa i diskriminantanalysen. Ett t-test genomfördes dock på de återstående individerna i de två grupperna vilket inte visade några signifikanta skillnader beträffande stöd.

Resultat

Sju av de 14 ingångsvariablerna bidrog inte signifikant (fem procent nivå) till diskrimineringen mellan grupperna (kvalitativa och kvantitativa krav, inflytande, utvecklingsmöjligheter, att skämma bort hjälptagarna, smärta i nedre delen av ryggen, och hur man allmänt sett tycker att man sköter allt det man har att göra). Resultaten visade att kombinationen funktionella hinder, psykosomatiska besvär samt förhållningssätt/bemästringsstrategier och relationen till hjälptagarna signifikant skilde grupperna åt.

Grupperna skiljde sig på följande sätt: Förtids-/sjukpensionärsgruppen hade i större utsträckning än ålderspensionärerna psykosomatiska besvär, liksom muskel- och ledbesvär med åtföljande funktionella hinder. Vad gäller förhållningssätt innebar förtidspensionärernas strategier att anpassa sig efter vårdtagarnas behov för att bevara ett bra förhållande samt att tänka att det inte är ett jobb för evigt, medan ålderspensionärerna istället utmärktes av att sätta gränser och behandla alla lika. 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. Med hjälp av denna variabeluppsättning kunde hela undersökningsgruppen (förtids- och ålderspensionärer) utom tre prediceras till rätt grupp (94 procent). Eftersom diskriminantfunktionens prediktionsförmåga alltid är övervärderad i en modell är det önskvärt att modellen prövas på en ny grupp. Om undersökningsgruppen är tillräckligt stor utförs diskriminantanalysen först på halva materialet för att därefter valideras på återstående grupp. Eftersom undersökningsgruppen i föreliggande studie var för liten för ett sådant förfarande gjordes en modifierad typ av sådan analys för att få en uppfattning om den externa validiteten, nämligen genom en prövning på övriga urvalet. När diskriminantkoefficienterna applicerades på andra grupper äldre - hel- och deltidsanställda, omplacerade, långtidssjuka - blev rangordningen mellan grupperna den förväntade. Denna prövning stöder antagandet att den kombination av variabler som skapades av den ursprungliga diskriminantanalysen har generell förutsägelseförmåga visavi utslagning från vårdbiträdesyrket.

Studie II. Specialister eller generalister?

Denna studie genomfördes inom ramen för projektet "Hemtjänsten möter psykiatrin – arbetsmiljö och omsorgskvalitet" som startades vid Arbetslivsinstitutet i samband med psykiatireformens genomförande. Projektet avsåg följa upp hemtjänstens arbete och arbetsvillkor speciellt med fokus på mötet med de psykiskt

funktionshindrade. Hemtjänstens arbete och arbetsvillkor antogs vara särskilt problematiska, inte minst mot bakgrund av flera andra stora förändringar under 90-talet. Vårdbiträdena hade fått nya klientgrupper och nya arbetsuppgifter utan att i motsvarande grad rustas för detta kompetensmässigt.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie var att undersöka organisatoriska modeller i omsorgsarbete där både arbetsvillkor och omsorgskvalitet beaktas. En utgångspunkt var att det senaste årtiondets kommunaliseringsreformer har medfört att hemtjänstens klientgrupp blivit alltmer heterogen, med ett allt större och differentierat vård- och omsorgsbehov. Ur arbetspsykologisk synpunkt fanns anledning att intressera sig för de nya krav som omsorgspersonalen möter och vilka resurser som står till buds för att hantera dessa krav. Vårdbiträden har traditionellt byggt sitt yrkesutövande på i huvudsak erfarenhetskunskaper då kravet på formell utbildning varit lågt. Ett antagande i studien var att en möjlig utvecklingsväg för hemtjänsten är en ökad specialisering vad gäller exempelvis olika klientgrupper⁵ och ett ökat professionellt stöd med exempelvis utbildning och handledning. Samtidigt finns en kritik mot professionalisering och specialisering i omsorgsarbete. Utgångspunkten i denna undersökning var att studera arbetsgrupper, som var specialiserade på klientgruppen psykiskt funktionshindrade och jämföra dem med arbetsgrupper som arbetade med olika klientgrupper, inklusive de psykiskt funktionshindrade. En frågeställning var om det också existerade en specialisering vad gäller uppgifter, det vill säga om det fanns skillnader mellan de olika gruppernas avgränsning i arbetsuppgifter och ansvarsområden. Specialisering var således ett urvalskriterium (klientgruppspecialisering eller ej) och ett undersökningsobjekt (uppgiftsspecialisering eller ej). Syftet var att undersöka vilka negativa och positiva konsekvenser specialisering i dessa två avseenden kan innebära för omsorgspersonalens arbetsvillkor och för omsorgskvaliteten.

Deltagare

I studien ingick vårdbiträdes- och boendestödsgrupper som specialiserat sig på psykiskt långtidssjuka och vårdbiträdesgrupper inom äldreomsorgen som i princip arbetade med alla typer av klientgrupper inklusive de psykiskt sjuka. Urvalet av kommuner var strategiskt eftersom syftet var att jämföra olika modeller att organisera omsorgsarbetet. I studien ingick tre kommuner med personal från tio olika arbetsgrupper, fem vårdbiträdesgrupper (11 vårdbiträden) och fem boendestödsgrupper (8 boendestödjare). De tre kommunerna som valdes ut hade olika strategier för att organisera boendestöd för de psykiskt långtidssjuka. En kommun hade valt att behålla den kommunala psykiatrin inom hemtjänstens organisation. Två

⁵ Med klientgrupp avses här en grupp klienter som har likartade problem och behov av hjälp och stöd t.ex., psykiskt funktionshindrade, människor med demenssjukdomar, missbrukare, fysiskt funktionshindrade etc. Klientgrupp refererar alltså inte till grupper i socialpsykologisk mening.

av kommunerna hade istället utvecklat en särskilt boendestödsorganisation för psykiskt funktionshindrade men i bägge fallen tog hemtjänsten fortfarande hand om klienter med psykiska funktionshinder. Därför ingick både boendestöd och vårdbiträdesgrupper från dessa kommuner.

Metod

Studien genomfördes med fallstudiemetodik och kvalitativa datainsamlingsmetoder. Omsorgspersonalen skrev först dagbok under en arbetsvecka. Därefter genomfördes deltagande observation med varje respondent under en arbetsdag och sist genomfördes individuella intervjuer. Syftet med dagböckerna och deltagande observation var att undvika en alltför teoretisk styrning och att kunna genomföra intervjuer som anknöt till den aktuella personalens vardagsverklighet och tala om konkreta exempel, dels att öka tillförlitligheten i intervjuerna och åstadkomma fylligare beskrivningar. Intervjuerna varade mellan en och en halv timme och cirka tre timmar och de utskrivna intervjuerna omfattar cirka 1100 sidor. Analyserna var inspirerade av omsorgsforskning och stressteoretiskt orienterad arbetspsykologisk forskning där balansen mellan individens resurser och de krav han eller hon ställs inför är central. Ambitionen var inte att identifiera samband mellan enskilda variabler utan snarare att undersöka komplexa helheter där innehållet i arbetet, villkoren för arbetet och utfallet av arbetet (omsorgskvalitet) fanns med. Analyserna sammanfattades därför på gruppnivå. Tre frågeområden ur det totala intervjumaterialet utgjorde underlaget för analyserna: 1) Yrkesrollens innehåll och gränser, 2) Arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse och 3) Omsorgskvalitet. Analyserna av omsorgskvalitet relaterades till de övergripande målen i socialtjänstlagen om helhetssyn och flexibla och individuellt anpassade hjälpinsatser. Underlaget för analysen var personalens konkreta beskrivningar av arbetet med klienterna, inte personalens egna värderingar av omsorgskvaliteten.

Resultat

I studien identifierades klientrelaterade arbetsuppgifter i tre olika typer av uppgiftsområden. Det första området kan ses som hemtjänstens mer traditionella ansvarsområden med arbetsuppgifter inriktade på service och omsorg. Uppgifterna innefattade hemmets skötsel inklusive tvätt och mat, ärenden och inköp, personlig omsorg såsom att hjälpa klienterna att duscha, klä sig, gå på toaletten, tandhygien etc. Uppgifter var också ombudsfunktioner och ledsagning samt uppgifter som syftar till att tillgodose sociala och emotionella behov, att lyssna, trösta och samtala, ta en kopp kaffe tillsammans eller spela något spel. Ett andra uppgiftsområde utgjordes av sjukvårdande och fysiskt rehabiliterande uppgifter. Uppgifterna innefattade exempelvis sårvård, medicinutdelning och kateterbyten men också att bevaka klienternas hälsotillstånd och kontakta sjukvård vid behov. Fysiskt rehabiliterande uppgifter var massage, sjukgymnastiska övningar och gångträning. Ett tredje uppgiftsområde representerade en mer socialpedagogisk inriktning där in-

satserna syftar till att stödja och utveckla klienternas egna resurser. Det handlar om hjälp till självhjälp med syftet att öka klienternas oberoende och självständighet.

Med utgångspunkt från vilken klientgrupp och vilka uppgifter som ingick i vårdbiträdenas arbete jämfördes fyra typer av grupper med olika arbetsinnehåll eller olika typer av arbetsdelning enligt figur 1 nedan.

		Specialisering - uppgifter	
		Ja	Nej
Specialisering – klientgrupp	Ja	Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har avgränsade ansvarsområden	Arbetsgrupper som är specialiserade på psykiskt funktionshindrade och har breda ansvarsområden
	Nej	Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har avgränsade ansvarsområden	Arbetsgrupper som arbetar med olika klientgrupper och har breda ansvarsområden

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

I studien analyserades hur avgränsningen av arbetsinnehåll kunde förstås i förhållande till omsorgskvalitet och arbetsvillkor. Jämförelsen mellan de olika kombinationerna visade att arbetsvillkoren ur flera synpunkter var sämst för de vårdbiträden som arbetade som ”generalister” både vad gäller klientgrupper och uppgifter. Den största obalansen mellan arbetskrav och resurser fanns här. Den sammanlagda kravnivån som generalistarbetet innebar blev mycket hög samtidigt som omsorgsgivarna stod ensamma utan stöd i det svåra arbete de var satta att utföra. I denna modell var arbetsinnehållet gränslöst såtillvida att omsorgsgivarna inte såg möjligheter till avgränsning i förhållande till arbetsgivarens krav. En viss typ av avgränsning kunde däremot ske i förhållande till klienternas uttryckta behov och önskemål genom mer eller mindre medvetna psykologiska strategier att hantera psykisk påfrestning.

Uppgiftsspecialisering visade sig fördelaktig ur arbetsmiljösynpunkt då ett avgränsat arbetsområde gav rimliga arbetskrav. Detta var tydligt både beträffande kvantitativa och kvalitativa krav. Omsorgsgivarna upplevde att de hann göra vad de skulle och att de kunde ge en god kvalitet. Baksidan av denna typ av specialisering handlade om negativa konsekvenser för omsorgskvalitet. Omsorgsgivarnas möjlighet att leva upp socialtjänstlagens mål om helhetssyn samt flexibel

och individuellt anpassad hjälp begränsades av den funktionella avgränsningen. Det fanns också tendenser som tydde på att personalens inriktning styrde, snarare än klienternas behov liksom att personalens inriktning kunde innebära en utsortering av klienter.

Den kombination som bäst balanserade god omsorgskvalitet med bra arbetsvillkor var den arbetsdelning som innebar att vårdbiträdesgrupper kunde specialisera sig på en särskild klientgrupp men med bredd i uppgifter. Klientspecialisering framträdde som en möjlig väg att direkt åstadkomma en bättre balans mellan arbetskrav och resurser och indirekt skapa förutsättningar för en god omsorgskvalitet. Specialiseringen medförde fördjupade kunskaper om klientgruppens problematik och möjliggjorde också en kontinuitet i kontakter, metoder, problem och samarbetspartners. Att vårdbiträdena arbetade som generalister när det gäller uppgifter innebar, trots klientspecialiseringen, ett brett och komplext ansvar. Detta innebar också att en väl fungerande stödstruktur framstod som viktig för att vårdbiträdena skulle kunna hantera uppgifternas komplexitet och utveckla såväl bredd som djup i kompetens.

Studie III. Boundaries in home care work

Denna studie bygger på enkätdata insamlade inför ett förändringsprojekt i Solna kommun. Utvärderingar av studier inom ramen för projektet har skett i samarbete mellan forskare vid Stockholms läns landstings Yrkesmedicinska enhet, Arbetslivsinstitutet och Karolinska institutet (Petterson, 2002). Genom att frågor om klientgrupper och arbetsuppgifter kunde inkluderas i den enkät som konstruerades för projektet gavs ett tillfälle att pröva resultaten i studie II med en annan forskningsmetod och på en större undersökningsgrupp. Datainsamlingen genomfördes under perioden november 1999 till februari 2000.

Syfte och frågeställningar

I denna studie undersöktes olika typer av arbetsdelning för vårdbiträden/undersköterskor inom äldre- och handikappomsorgen inom en kommun. Arbetsdelning refererar här till bredden i ansvar för olika arbetsuppgifter respektive klientgrupper. Syftet med studien var att pröva om olika typer av arbetsdelning har betydelse för omsorgsarbetarnas upplevelse av arbetsvillkor (krav, kontroll, stöd), deras hälsa och välbefinnande liksom deras bedömning av klientrelationer och omsorgskvalitet.

I enlighet med resultaten i studie II ställdes hypoteserna att 1) uppgiftsspecialisering och även 2) klientgruppspecialisering samvarierar med bättre arbetsvillkor. Eftersom bättre arbetsvillkor kan förväntas generera bättre hälsa ställdes även hypotesen att 3) specialisering i uppgifter och/eller klientgrupper skall vara associerad med en högre grad av hälsa och välbefinnande. I linje med kritiken mot specialisering inom omsorgsforskning - att funktionell specialisering motverkar

individuell anpassning, helhetssyn etc. - ställdes hypotes att 4) uppgiftsspecialisering samvarierar med ett *negativt utfall* beträffande omsorgskvalitet och klientrelationer. I linje med resultaten i studie II och även Goughs (1987) diskussion ställdes hypotesen att 5) klientspecialisering samvarierar med ett *positivt utfall* när det gäller klientrelationer och omsorgskvalitet.

Deltagare

Enkät och svarskuvert distribuerades till all personal, 883 anställda vid 14 arbetsplatser inom äldre- och handikappomsorgen i en storstadskommun. Arbetsplatserna fanns inom öppen hemtjänst, vid servicehus och äldreboenden. Tre enheter drevs i privat regi och övriga i kommunal regi. Svarefrekvensen var efter tre påminnelser 68 procent (n= 601). Av de svarande var 80 procent vårdbiträden eller undersköterskor, resterande var sjuksköterskor, verksamhetschefer och övrig personal. I studien ingick enbart de undersköterskor och vårdbiträden som arbetade dag eller dag/kväll (387 personer). Ytterligare 46 personer togs bort under kategoriseringen, vilket gav 341 personer i studiegruppen.

Metoder

Inledningsvis kategoriserades respondenterna som mer eller mindre specialiserade avseende uppgifter respektive klientgrupper. Analyser av frågor om vilka klienter respondenterna arbetade med visade tre typer av klientgrupper: Blandad, Äldre och Demenssjuka. Beträffande kategorisering av respondenterna avseende uppgifter kombinerades ett kvalitativt och ett kvantitativt förfaringsätt där hänsyn togs till både antal uppgifter och typ av uppgiftsområde. Tre olika uppgiftsområden, service/omsorg, sjukvård och socialpedagogik, representerade möjliga avgränsningar i arbetet. Eftersom bara ett fåtal individer hade uppgifter inom ett uppgiftsområde blev jämförelsegrupperna generalister, med uppgifter inom samtliga tre block och specialister med uppgifter inom ett eller två områden. Ordet "specialister" används sålunda i meningen ett mer avgränsat uppgiftsområde. För att pröva om arbetsdelningen hade betydelse för personalens arbetsförhållanden i nämnda avseenden användes tvåvägs variansanalys. Oberoende variabler i variansanalysen var klientgrupp (blandade, äldre, dementa) samt arbetsuppgifter (generalister, specialister). Prövningar av medelvärdeskillnader för klientgruppsvariabeln genomfördes med Scheffe's post-hoc test.

I tabell 1 visas antal individer i de sex undergrupper som blev resultatet av kategoriseringen utifrån klientgrupper och arbetsuppgifter.

Tabell 1. Urval och kategorisering av undersköterskor/vårdbiträden. Antal respondenter i de sex undergrupperna.

Arbetsuppgifter	Klientgrupp			Total
	Blandad	Äldre	Dementa	
Generalister	78	131	36	245
Avgränsade	11	60	25	96
Total	89	191	61	341

Resultat

Resultaten bekräftade hypoteserna att uppgiftsspecialisering och klientgruppspecialisering var associerad med bättre arbetsvillkor. Variansanalysen bekräftade också hypotesen om specialisering och hälsa. Klientspecialisering hade en positiv effekt när det gäller fysisk utmattning och uppgiftsspecialisering hade en positiv effekt när det gäller arbetsrelaterad stress. I studien ställdes också hypoteserna att klientgruppspecialisering skulle vara associerad med ett positivt utfall vad gäller omsorgskvalitet och klientrelationer medan det omvända gällde för uppgiftsspecialisering. Resultaten bekräftade att klientspecialisering var relaterat till positiva klientrelationer medan inga skillnader fanns i omsorgsgivarnas upplevelse av omsorgskvalitet. Omsorgsgivare som arbetade med en blandad klientgrupp skiljde sig från de andra två genom att de oftare arbetade med klienter de ogillar och att de mer sällan hade personliga relationer med sina klienter. Däremot kunde hypotesen att uppgiftsspecialisering skulle vara associerad med en mer negativ bedömning av omsorgskvalitet och klientrelationer inte bekräftas. Interaktionseffekten beträffande variabeln, arbete med klienter man ogillar, visade att mönstret mellan uppgiftsspecialister och generalister i de tre klientgrupperna skilde sig åt. Uppgiftsspecialisering resulterade sålunda i mer problematiska klientrelationer endast bland klientspecialiserade omsorgsgivare, medan motsatsen gällde för personal som arbetade med en mer heterogen klientgrupp. Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten visar ett genomgående mönster som pekar på den särskilt svåra kombinationen att vara generalist i uppgifter och arbeta med en blandad klientgrupp. Det är personal med detta breda arbetsinnehåll som genomgående uppger svårare arbetsvillkor, rapporterar om stress och trötthet och i större utsträckning upplever klientrelationer som problematiska.

Studie IV. Svåra möten i omsorgsarbete

Denna studie genomfördes i (likhet med studie II) inom ramen för projektet ”Hemtjänsten möter psykiatri – arbetsmiljö och omsorgskvalitet” som startades vid Arbetslivsinstitutet i samband med psykiatireformens genomförande. Respondenterna i studie IV är således desamma som i studie II med undantag för att tre omsorgsgivare inte inkluderats i denna studie. Ett vårdbiträde togs inte med då

cirka 30 minuter av hennes intervju (som till stor del handlade om relationerna till klienterna) inte blev inspelad. Två boendestödare togs inte heller med då de tillhörde en nystartad verksamhet och de hade ännu inte så många egna klienter. Deras framtida roll var att ha egna klienter och att fungera som handledare till andra boendestöds- och vårdbiträdesgrupper. Intervjuerna med dem hade därför en något annorlunda karaktär och en större tyngdpunkt på arbetsorganisation.

Syfte och frågeställningar

I forskningen om arbete och arbetsvillkor i äldre och handikappomsorgen har relationer till klienter framstått som en viktig källa till såväl motivation och arbetstillfredsställelse som stress och ohälsa. Relationerna har främst belysts från ett "utifrån och in perspektiv" där diskussionen har handlat om hur yttre villkor underminerar möjligheten för omsorgsgivare att etablera fungerande relationer med omsorgstagarna. Flera studier (Astvik & Aronsson, 1994 a; 1994b; Larsson, 1996; Thulin, 1987) har visat att det finns svåra relationer, däremot är kunskaperna mindre om hur dessa svåra relationer ser ut och varför relationerna är svåra. I denna studie var de svåra relationerna i fokus. Studien kan delas in i tre huvudfrågor. Utifrån omsorgspersonalens beskrivningar av svåra klientrelationer identifierades aspekter som gör en relation svår. En andra fråga handlade om omsorgspersonalens strategier (coping och psykologiska försvar) att hantera dessa svåra relationer. En tredje fråga handlade om vilken betydelse arbetsvillkor såsom tillgång till olika typer av stöd, handledning, konsultation och utbildning har för omsorgsgivarnas sätt att hantera svåra relationer. Studien avsåg med andra ord att undersöka svåra möten i omsorgsarbete, personalens strategier i dessa möten samt hur vissa arbetsvillkor påverkar personalens strategier.

Deltagare

I studien ingår 16 omsorgsgivare inom äldre- och handikappomsorgen, tio vårdbiträden och sex boendestödare från tre olika kommuner och nio olika arbetsgrupper. Boendestödarna och tre av vårdbiträdena arbetade i huvudsak med personer som har en psykiatrisk problematik, medan resterande vårdbiträden arbetade med flera olika klientgrupper såsom fysiskt sjuka och funktionshindrade, äldre med olika ålderssjukdomar, människor med utvecklingshandikapp men även människor med psykiatrisk problematik. Alla respondenter utom en hade någon form av vård- eller omsorgsutbildning, såsom vårdbiträde, undersköterska, mentalskötare, fritidsledare eller den nyare gymnasieutbildningen social omsorgslinje. Respondenterna var mellan 25 och 55 år och hade jobbat mellan 5 och 25 år i någon form av vård/omsorgsarbete.

Metoder

Studien bygger på kvalitativa datainsamlingsmetoder. Personalen skrev först dagbok under en arbetsvecka. Därefter genomfördes deltagande observation med

varje respondent under en arbetsdag och sist genomfördes individuella intervjuer. Syftet med dagböckerna och deltagande observation var att undvika en alltför teoretisk styrning och att kunna genomföra intervjuer som anknöt till den aktuella personalens vardagsverklighet och tala om konkreta exempel, dels att öka tillförlitligheten i intervjuerna och åstadkomma fylligare beskrivningar. Intervjuerna varade mellan en och en halv timme och cirka tre timmar och de utskrivna intervjuerna omfattar cirka 600 sidor, varav uppskattningsvis hälften mer direkt berör frågeställningarna i denna studie. 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. Innehållet i berättelserna abstraherades sedan till ett antal temata. 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. Intervjuerna analyserades således horisontellt/tematiskt och vertikalt för en sammansatt förståelse av varje enskild person. Analyserna var inspirerade av copingteori och psykodynamisk teori.

Resultat

Möten. I studien identifierades nio olika typer av svåra möten som sammanfattningsvis kan sägas handla om: 1) Behov och behövande 2) Att känna sig använd i relation till klienterna 3) Kränkningar och att inte kunna säga ifrån 4) Närhet och beroende 5) Ansvar och skuld 6) Depressioner och nedstämdhet 7) Ångest och utsatthet 8) Otillräcklighet 9) Kunskapsbrist.

Strategier. Omsorgsgivarnas försvar och copingstrategier delades i konstruktiva respektive icke-konstruktiva strategier. Bägge typerna syftade till att omsorgsarbetaren skulle överleva i det svåra omsorgsarbetet men på olika sätt och med olika konsekvenser. *Konstruktiva strategier* mobiliseras utifrån insikten att en situation är smärtsam och strategierna syftar till att skydda sig själv för att kunna utföra arbetet. De konstruktiva strategierna syftar till att i någon mening förändra det svåra mötet för att finnas kvar och hålla ansvaret levande. Förändringarna kan gälla mötets mening och förståelse liksom mötets villkor och förutsättningar. De konstruktiva strategierna handlade om att: 1) *öka sitt tolkningsutrymme* genom att söka och ta in ny kunskap för förståelse i det svåra mötet; 2) *dela ansvar* med kollegor, andra yrkesgrupper eller handledare; 3) *separera ut* egna känslor från klientens och tolka svåra känslor; 4) skapa mer *realistiska förväntningar* i arbetet genom att modifiera och verklighetsanpassa krav på egna insatser och klienternas prestationer; 5) *tydliggöra rollen* genom att reflektera över hjälparollen och egna

förväntningar i mötet och 6) *kräva rimliga resurser*, tid och förutsättningar att utföra ett uppdrag.

De icke-konstruktiva strategierna mobiliseras för att på olika sätt förneka verkligheten vilket innebär att omöjliga situationer kan fortgå och till och med förvärras. De icke-konstruktiva strategierna har konsekvenser för kvaliteten i såväl arbete som omsorg då de distanserade, avstängande och undvikande strategierna mer eller mindre medvetet syftar till att minska kontakt, känslor och ansvar i relation till klienterna. De icke-konstruktiva strategierna kunde vara: 7) *konfrontativa* - omsorgsgivarnas villkor eller regler styrde mötet, reglerna innebar en objektivering och i stället för att mötas som subjekt skapades ett "vi mot dem"; 8) *ransonerande och moraliserande* - att akta sig för att ge för mycket eller att bagatellisera egna och klienters behov och upplevelser liksom att förhålla sig till klientens behov genom att moralisera och föra rättviseresonemang; 9) *fysiskt och psykiskt distanserande* - att undvika personkontinuitet och att skapa distans genom formellt och distanserat förhållningssätt i mötet; 10) *förnekande* - svåra saker förtegs och undveks, tudelning av ont och gott för att öka avståndet mellan klienternas svåra belägenhet och den egna; 11) *kompensatoriska* - med maximal ansträngning försöka göra klienterna nöjdare, friskare och gladare; 12) *avstängande och ansvarsbefriande* - omsorgsgivarna undvek engagemang och ansvar; 13) *vårdideologiska* - olika typer av vårdideologier kunde innebära en reducerad och förenklade människosyn vilket skyddar omsorgsgivare från ansvar.

Arbetsvillkor. I studien framgick att många av de svåra mötena kunde underlättas eller hanteras genom olika typer av organisatoriskt stöd. Olika typer av stöd som hjälper omsorgsgivarna i de svåra mötena, inte minst genom att skapa möjligheter för konstruktiva strategier handlar om att organisationen: 1) ger kunskaper som motsvarar uppgifterna via utbildning, fortbildning och handledning 2) uppmärksammar arbetets emotionella, intellektuella krav och ger stöd och tid för relationsarbetet, det vill säga en hållande organisation 3) möjliggör ansvarsfördelning som mildrar den enskildes börda 3) ger tid och resurser som motsvarar de krav som ställs och 4) uppvärderar omsorgsarbetet både vad gäller synen på insatserna och lönen.

Diskussion

Denna avhandling syftar till att undersöka omsorgsarbetets arbetsinnehåll och arbetsvillkor och ställa detta i relation till stress och hälsa liksom omsorgskvalitet. Diskussionen av studiens resultat kommer att fokuseras kring tre teman som haft varierande utrymme i de genomförda studierna. Ett första tema fokuserar individuella strategier och diskuterar coping och försvar i relation till hälsa och omsorgskvalitet, ett andra tema är det arbetsorganisatoriska där arbetsdelning, kun-

skap och kvalifikation utgör huvudfokus. I det tredje temat diskuteras studierna utifrån en arbetspsykologisk balansmodell. Inledningsvis skall dock några generaliserings- och metodfrågor diskuteras.

Allmän metoddiskussion

Arbetsorganisatoriska frågor

Studierna i denna avhandling genomfördes under den andra halvan av 1990-talet, med undantag för studie I som genomfördes tidigare. Under denna period har äldre- och handikappomsorgen blivit mera heterogen både ifråga om driftsformer, organisation och hjälptagare. Detta ger anledning till att något närmare försöka diskutera och relatera resultaten till en äldre- och handikappomsorg som över tid mer och mer kommit att präglas av mångfald. Frågeställningarna i studie II och III är influerade av 1990-talets verksamhetsförändringar, speciellt de kommunaliseringssreformer som inneburit ett förändrat och utökat ansvar för klientgrupper och uppgifter som tidigare varit inom landstingens huvudmannaskap. Resultaten i Studie II och III som talar för behovet av avgränsning eller någon typ av specialisering tar upp frågeställningar som tidigare studier bara sparsamt berörts. Kraven på generalistkunnande och en bred hjälparroll har tidigare inte studerats som en eventuell belastning utan den allsidiga och icke-specialiserade hjälparrollen har beskrivits som förutsättningar för god omsorgskvalitet (se t.ex. Wærness, 1983). Många av dessa studier är gjorda under 1980-talet och tidigt 90-tal, och slutsatserna måste betraktas i ljuset av den tid när studierna genomfördes.

I denna avhandling problematiseras det icke-specialiserade arbetet som också kan sägas vara en tendens i det moderna arbetslivet som innebär en utveckling från väl avgränsade eller specialiserade uppgifts- och ansvarsområdet till breda och mer generalistinriktade uppgifter. Slutsatserna i avhandlingen har givetvis relevans främst för de verksamheter där nya arbetsuppgifter och ansvar förts till organisationens frontpersonal och där klientgruppen är heterogen.

Studierna II och III genomfördes som ett urval av naturliga arbetsgrupper inom tre kommuner, vilka utformat omsorgsarbetet på olika sätt, respektive en totalundersökning av äldre- och handikappomsorgen i en storstadskommun. Det finns hitintills ingen statistik som ger en samlad bild av hur arbetet är fördelat i olika kommuner med avseende på specialist/generalistinriktning. Generaliseringar och slutsatser rörande förhållanden på nationell nivå kan därför inte göras. Studiernas syfte och viktigaste resultat handlar om identifiering av arbetsinnehåll, kunskaps- och kompetensbehov, liksom konsekvenser av olika avgränsningar för omsorgskvalitet och arbetsvillkor. Frågan om specialisering eller avgränsning utgör ingen enkel kausal organisationsprincip som i alla lägen fungerar i en viss riktning utan det beror på en rad faktorer. Specialisering kan medföra en ökad synlighet vad beträffar den aktuella klientgruppen och för de omsorgsgivare som arbetar med dem. Studie II inkluderar inga data om huruvida de omsorgsgivare som arbetade

med dementa hade mer resurser för sin verksamhet. Därför bör resultaten tolkas med viss försiktighet. Specialisering kan betraktas som en process som kännetecknas av flera karaktäristika – ökade resurser och synlighet, fördjupade kunskaper och avgränsade arbetskrav- som sammantaget leder till en bättre arbetssituation. I ett senare avsnitt där olika typer av avgränsningar diskuteras är avsikten att peka på faktorer som påverkas och är viktiga att ta hänsyn till vid olika typer av specialisering.

Avhandlingen gör inte heller anspråk på att greppa hela problematiken med arbetsorganisationsfrågor som kan vara viktiga ur ett arbetsmiljö- och omsorgskvalitetsperspektiv. Arbetsorganisatoriska förändringar som inte studerats i denna avhandling handlar bland annat om beställare - utförarmodellen som infördes i stor skala under 1990-talet, privatisering och bolagisering och överhuvudtaget nya styrsystem inom vård och omsorg. Slutsatserna ifråga om specialisering kan dock i princip gälla oavsett om det handlar om delade organisationer (beställning - utförande) eller privat - offentligt utförande. Generalist- och specialistfrågan är ju inte heller specifik för äldre- och handikappomsorgen utan finns mer eller mindre närvarande i all organisering av arbete.

Omsorgskvalitetsbegreppet

I avhandlingen undersöks arbetsinnehåll och arbetsvillkor utifrån ett perspektiv som beaktar både arbetsmiljö och omsorgskvalitet. Utgångspunkten för detta dubbla perspektiv har varit studier som visat en nära koppling mellan omsorgskvalitet och arbetsmiljö (Astvik & Aronsson 1994b). I delstudie I framkom också att kvalitetsbrister i form av omsorgsgivarnas upplevelser att inte räkna till för vårdtagarna var associerad med utslagning genom förtids- eller sjukpension. Enkätstudiens form gav begränsade möjligheter att djupare analysera organisatoriska och andra förhållanden som formade sambandet mellan arbetsmiljö och omsorgskvalitet. I de fortsatta studierna har detta samband framstått som viktigt att studera och detta har främst skett med kvalitativ metodik i delstudierna studie II och IV.

Slutsatser om omsorgskvalitet baseras på personalens utsagor. En kompletterande ansats vore att även använda klienterna som informanter. Ett motiv för detta kan vara att det kan finnas en diskrepans mellan vårdbiträdenas utsagor och klienternas upplevelser. Ett annat fall som motiverar klientintervjuer kan vara att personalen inte varseblir vissa aspekter av verkligheten, vilka är betydelsefulla för klientens upplevelse av god omsorg. Samtidigt finns ju självklara svårigheter med att ha klienter med exempelvis minnestörningar som informationskällor och uppgiftslämnare. I avhandlingens delstudier har därför omsorgskvalitet undersökts och diskuterats i första hand utifrån vad som kan kallas objektiva kriterier, det vill säga kvalitet förstås utifrån tidigare forskning där olika kvalitetsaspekter identifierats. Kvalitet definieras också utifrån de officiella förväntningar som finns formulerade bland annat i socialtjänstlagen. Varken klienternas eller omsorgsgivarnas subjektiva värderingar av omsorgskvalitet bildar således underlag för ana-

lyserna, utan angreppssättet har varit att relatera de studerade omsorgsgivarnas berättelser om hur arbetet utförs och organiseras till olika kvalitetsaspekter som de finns givna genom lagstiftning och tidigare forskning.

De kvalitetsaspekter som främst behandlas handlar om personkontinuitet, flexibilitet och individuell anpassning, helhetssyn och brukarinflytande. Dessutom framkommer kvalitetsaspekter som inte i någon större omfattning uppmärksammats i tidigare forskning om omsorgsarbete. Sådana aspekter handlar om omsorgsgivarnas psykologiska närvaro i mötet (Kahn, 1990; 1992) och möjlighet till professionell hållning (Holm, 1987; 1995; 2001) i relation till klienterna.

Svåra möten och strategier

När det gäller resultat och slutsatser i studie IV är en fråga i vilken utsträckning resultaten är präglade av klientgruppens problematik. Ansatsen i studie IV har inneburit ett nära studium av ett begränsat antal personer där några centrala aspekter i arbetet fokuserades. Olika typer av svåra möten liksom omsorgsgivares strategier att hantera de svåra mötena identifierades och analyserades. 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. Här finns utrymme för fortsatt forskning med såväl andra klientgrupper som studier av hur personalens utbildning och organisatoriska förhållanden påverkar vad som kommer att betraktas som svåra möten och vilka strategier som kommer till användning. 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. Studier som genomförs via exempelvis handledningsgrupper skulle kunna ge ytterligare kunskaper om svåra möten och strategier. Studien gör således inte anspråk på att identifiera alla möjliga typer av svåra möten i omsorgsarbete utan resultaten skall snarare betraktas som *exempel* på svåra möten och strategier i omsorgsarbete.

Coping och försvar i relation till hälsa och omsorgskvalitet

I tidigare avsnitt har en allmän introduktion till forskning om copingstrategier och psykologiska försvar presenterats. Coping och försvar som tillhör ett psykologiskt interaktionistiskt forskningsperspektiv har inte haft någon framträdande plats i den skandinaviska omsorgsforskningen som mer haft ett sociologiskt perspektiv. I denna avhandling har coping och försvar undersökts i studie I, II och framförallt i studie IV. Delstudie I som hade ett särskilt fokus på hälsa identifierade faktorer associerade med sjuk/förtidspensionering. Förutom funktionella hinder och psykosomatiska besvär var det omsorgsgivarnas copingstrategier och upplevelser i

relation till klienterna som diskriminerade mellan de bägge grupperna. Det faktum att arbetsvillkorsvariablerna, kontroll, krav och utvecklingsmöjligheter inte diskriminerade mellan grupperna kan vara ett uttryck för att arbetet var organiserat så att skillnader i objektiva arbetsvillkor var små. Med begränsad variation i arbetsvillkor kommer omsorgsgivarnas individuella förhållningssätt gentemot hjälptagarna att få en relativt stor vikt. Förväntningar och uppfattningar om vilka behov som skall tillgodoses kommer från hjälptagare och från vårdbiträdet själv, utifrån egna ideal om en god omsorg. Utifrån organisatoriska förhållanden och den egna föreställningen om vad arbetet går ut på handlar vårdbiträdena på olika sätt. Resultaten antyder två motsatta strategier att hantera de krav arbetet ställer med konsekvenser för hälsa och omsorgskvalitet. Å *ena sidan* kan vårdbiträdena bemöta hjälptagarna genom att sätta gränser och utföra hjälpen utifrån regler och principer och utan hänsyn till individuella behov. Problemet med detta förhållningssätt är att hjälptagarna har varierande behov, krav och förväntningar, som inte alltid överensstämmer med den föreskrivna hjälpinsatsen och mötet med klienten blir därför mer konfliktfyllt. Förutom att gränssättande strategier påverkar mötet i negativ riktning förstörs sannolikt också arbetets främsta källa till motivation och tillfredsställelse. Å *andra sidan* kan vårdbiträdena försöka att bemöta och tillgodosätta hjälptagarnas behov och önskemål, även om detta innebär att gå utöver vad arbetet formellt kräver och trots detta upplever vårdbiträdena otillräcklighet och skuld över att inte räcka till. Anpassning och underordning i förhållande till klienternas behov kan ses som att vårdbiträdena kompenserar organisationens brister med egna insatser - en strategi som ur hälsosynpunkt förefaller problematisk. Resultaten i studie I tyder alltså på två, på varsitt sätt, problematiska strategier i arbetet.

Resultaten i studie I motiverade fördjupade studier av strategier, vilket har skett med kvalitativ metodik i studie II och IV. I studie IV var syftet att fördjupa förståelsen av omsorgens möten genom att särskilt fokusera svåra möten och omsorgsgivarnas försvar och copingstrategier i dessa möten. I studien identifieras ett flertal olika strategier varibland de två strategierna i studie I kan urskiljas, närmast då under de icke-konstruktiva strategierna. Gränssättande strategier exemplifierades under strategier som jag benämner *konfrontativa* (villkor/regler styr mötet, vi mot dem, objektifiering), *ransonerande* (ge så lite som möjligt, jämföra, bagatellisera) *distansnerande* (undvika personkontinuitet, formellt/distanserat förhållningssätt), det vill säga strategier som syftar till att minska kontakt, känslor och personligt ansvar i relation till klienten. I studien identifierades också en typ av strategi som kan tänkas motsvara det underordnande förhållningssättet som var utmärkande för de förtidspensionerade vårdbiträdena. De *kompensatoriska* strategier som innebär att vårdbiträdena anstränger sig maximalt och försöker arbeta hårdare, snabbare och bättre för att försöka tillgodosätta omsorgstagarens behov tycktes ändå leda till en form av utmattningstillstånd där andra typer av strategier tar vid. När man,

trots ansträngningar, inte kan hjälpa kan *avstängande och ansvarsbefriande* strategier skydda omsorgsgivaren från fortsatt engagemang och ansvar. I studie IV framkom också andra icke-konstruktiva strategier som hade konsekvenser för omsorgskvaliteten, nämligen omsorgsgivarnas *förnekande* där svåra känslor och upplevelser förtigs och stöts bort samt strategier som skyddade personalen från ansvar via en formulerad *vårdideologi*.

En viktig slutsats från studie IV handlar om hur arbetsvillkoren skapar svåra möten men också att arbetsvillkoren påverkar omsorgsgivarnas handlingsrepertoar i val av strategi. Hur organisationen bakom vårdbiträdena är utformad har alltså stor betydelse för vad som händer i mötet mellan vårdbiträde och klient. Olika typer av organisatoriskt stöd - tid, kunskaper, psykologiskt stöd – är viktiga förutsättningar för omsorgsgivarnas möjligheter till konstruktiva strategier i de svåra mötena.

Att skapa organisationer som ger förutsättningar för konstruktiva strategier i mötet med klienterna är givetvis angeläget ur ett omsorgskvalitetsperspektiv men även ur ett arbetsmiljöperspektiv. När omsorgsarbetare "tvingas till" icke-konstruktiva strategier undermineras eller skadas en del av arbetets inneboende goda kvaliteter. Ur ett arbetsmiljöperspektiv kan det således sägas vara angeläget att ta vara på och skapa förutsättningar för omsorgsgivarna grundläggande motivation för arbetet, nämligen att kunna hjälpa andra människor.

I nästa avsnitt om arbetsorganisation kommer ytterligare aspekter av strategiperspektivet diskuteras, på det sätt strategierna framträdde i studie II, så som avgränsningar och sätt att hantera arbetsbelastning.

Arbetsorganisation och kvalifikation

Hemtjänstens arbetsorganisation och personalens yrkeskunnande formas på en övergripande nivå för att uppfylla socialtjänstlagens mål. Där heter det bl. a att verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Det heter vidare att insatserna för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och organisationer. Vidare skall socialnämnden verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. De äldre som behöver skall få stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Den arbetsorganisatoriska utmaningen handlar om att skapa en organisation som kan svara upp mot socialtjänstlagens mål om en flexibel och individuellt anpassad hjälp. Kravet tillspetsas genom den ökande heterogeniteten i klientgruppen. Ett kriterium på hög kvalitet i vård och omsorgsverksamheter är att organisationen kan hantera individuell och social variation bland hjälptagare. I det följande skall arbetsorganisation, kompetenskrav, arbetsmiljö och omsorgskvalitet diskuteras med utgångspunkt från begreppet arbetsdelning. Här fördjupas den i inledningen

antydde arbetsdelningen utifrån tre olika perspektiv som alla är av betydelse för att skapa en väl fungerande arbetsorganisation i äldreomsorgen. Delstudiernas resultat relateras till tidigare forskning om arbetsorganisationsfrågor inom äldre- och handikappomsorgen

Arbetsdelning med fokus på personliga relationer

En grundläggande förutsättning för god kvalitet är att organisera verksamheten så att det finns en kontinuitet i relationerna mellan givare och mottagare av omsorg (Edebalk m.fl., 1992; Ström, 1997). Äldre- och handikappomsorgen utmärker sig kanske mer än andra människovårdande verksamheter genom att personkännedom och personliga relationer är ett så viktigt kriterium för att omsorgen ska fungera tillfredsställande. Eftersom arbetet sker i ett personligt möte – i en relation - kan inte omsorgsgivarna bytas ut utan att omsorgsinsatsen förändras. Men att organisera för personkontinuitet kräver omsorgsgivarnas aktiva delaktighet. Det handlar om omsorgsgivarnas vilja och förmåga att upprätthålla denna typ av arbetsdelning. I delstudie IV framgick hur svåra möten kan leda till att omsorgsgivarna försöker späda ut kontakten genom olika distanserade strategier (se också Rinman & Sylwan, 1994; Menzies Lyth, 1988) Bristande personkontinuitet måste således även förstås utifrån ett psykologiskt perspektiv där kontinuitet och närhet i relationerna till klienterna ställer andra typer av psykologiska krav på personalen. De svåra sidorna i arbetet blir så mycket mer ett personligt ansvar för det enskilda vårdbiträdet. I studie II och IV framgår betydelsen av olika typer av organisatoriskt stöd för att personalen skall kunna upprätthålla långvariga relationer med klienterna.

Betydelsen av personkontinuitet kan också uttryckas som att en viktig kvalifikation i omsorgsarbetet är klientkunskap, det vill säga kunskapen om varje enskild omsorgsmottagare (Aronsson m.fl., 1995; Eliasson, 1987; Szebehely, 1995; Silfverberg, 1996). Denna kunskap förvärfvas i huvudsak i den pågående relationen med den enskilda klienten men bidrag till denna kunskap kan också förvärfvas genom omsorgstagarens närstående och anhöriga och genom samverkande kollegor. Denna kunskap är således unik för varje enskild klient vilket innebär att en organisation som inte tar hänsyn till personkontinuitet bortser från en av de mest grundläggande kunskaperna i omsorgsarbetet. Att organisera arbetsinsatserna med utgångspunkt från de personliga relationer som skapas mellan givare och mottagare av omsorg innebär exempelvis att personalen inte utan vidare kan byta arbetsplats. Att föra in olika typer av rotationssystem som förstör personkontinuiteten medför således väsentliga kompetensförluster.

Arbetsdelning med fokus på planering och utförande

Den tidiga öppna hemtjänsten hade en mycket enkel organisation med liten administrativ överbyggnad och ett svagt utvecklat styrsystem. Ett timanställt vårdbiträde hade "sina" pensionärer som hon hade hela ansvaret för. Servicehusen inne-

bar en rationalisering av omsorgen utifrån tayloristisk industriorganisation och även från sjukvårdens "löpande-band-system" (Gustafsson, 1987). Genom att dela arbetet i många arbetsmoment, i form av korta insatser, skulle verksamheten effektiviseras. Problem med arbetsmiljö och omsorgskvalitet i denna organisationsform blev alltmer uppenbara och har dokumenterats i en rad studier (se t.ex. Aronsson, m.fl., 1994; Szebehely, 1995; Freed-Solfeldt, 1990; Thulin, 1987). Det senaste decenniet har det sannolikt skett en reträtt från denna typ av organisation och arbetsdelning men det saknas representativa studier som beskriver situationen i detta avseende. Enligt Svenska kommunförbundets statistik (2001) har antalet arbetsledare har minskat medan antalet baspersonal har ökat under perioden 1995 till 1999. Strukturförändringarna under 1990-talet kan sägas ha ökat omsorgspersonalens inflytande i meningen att de kan påverka sitt dagliga arbete när det gäller att planera och organisera arbetet på kort och lång sikt. Att personalen upplever ett stort inflytande av detta slag framkommer i studie II och III och flera andra studier (se t.ex. Aronsson, m.fl., 1995; Larsson 1996; Olsson & Ingvad, 2000).

En annan inflytandefråga handlar om baspersonalens möjligheter att påverka vilka och hur mycket hjälpinsatser klienterna behöver. Studie II visade att omsorgspersonalen uppfattade att de kunde påverka den biståndsbedömda hjälpinsatsen för sina klienter. De flesta ansåg också att en del av ansvaret i arbetet var att uppmärksamma och påtala såväl ökade som minskade behov hos sina klienter. Andra studier under 1990-talet (Aronsson, m.fl., 1995; Olsson & Ingvad, 2000) har visat olika tendenser i fråga om medverkan och deltagande i biståndsbedömning. Å ena sidan finns exempel som visar att personalens inflytande minskat då de förväntas vara "utförare" av beviljade insatser utan att ta aktiv del i själva bedömningen. Vårdbiträdenas erfarenheter av om hjälpen är tillräcklig eller om tiden räcker till tillvaratas inte. Å andra sidan finns exempel på att vårdbiträdenas kunskap tas till vara vid biståndsbedömningen och i uppföljningen. Kontaktmannaskapet, det vill säga att ett vårdbiträde har huvudansvar för en omsorgstagare, inkluderar ofta ett aktivt deltagande i biståndsbedömning och i uppföljning av densamma.

Frågan om arbetets planering och utförande berör även vård- och omsorgsplanering för enskilda klienter. Denna planering kan genomföras av olika yrkesgrupper beroende på vårdtagarens problematik. Trots att vårdbiträden och undersköterskor är den personal som skall förverkliga en stor del av omsorgsplanernas innehåll är det inte självklart att de inbjuds att delta i besluten om dessa (se också Olsson & Ingvad, 2000). I studie II och även i en tidigare studie av 16 kommuner där utvecklingsarbete bedrevs inom hemtjänsten (Aronsson, m.fl., 1995) framgick att personal som tog en mer aktiv del i omsorgsplanering upplevde att deras kunskaper och arbetsinsatser blev synliga och värdesatta i organisationen. De vårdbiträden i studie II som arbetade som generalister avseende både uppgifter och

klientgrupper uppgav i minst utsträckning att de deltog i vård- och omsorgsplanering. Resultaten i studie III visade att omsorgsgivarna som arbetade med en blandad klientgrupp uppgav lägre inflytande i fråga om deltagande i vård- och omsorgsplanering än de omsorgsgivare som arbetade med äldre respektive dementa. De som arbetade med dementa deltog i störst utsträckning i omsorgsplaneringen.

Ur kvalitetssynpunkt uppstår ett kunskapsbortfall i vård- och omsorgsnätverket kring klienten när baspersonalen inte tar aktiv del i vård- och omsorgsplanerna. Det handlar om att sjukgymnaster, arbetsterapeuter, hemtjänstchefer, sjuksköterskor, psykiatri m.fl., inte får ta del av de kunskaper som vårdbiträdena förvärvar genom sitt nära och kontinuerliga arbete med klienterna.

Arbetsdelning med fokus på uppgifter och klientgrupper

Eftersom vårdbiträdesarbetet blivit allt mer komplext med nya klientgrupper och fler ansvarsområden är det relevant att diskutera arbetsdelning också utifrån de olika uppgifter som skall utföras och de olika klientgrupper som skall hjälpas. Här handlar det om möjligheten till avgränsningar genom specialisering – antingen på vissa arbetsuppgifter eller på klientgrupper med likartade behov. Detta innebär att vi behöver veta vad det är för slags arbete som utförs i äldre- och handikappomsorgen, vilka uppgifter och vilka ansvarsområden som ingår i detta arbete. Denna fråga har fokuserats i delstudie II och III. I den inledande kvalitativa studien identifierades tre olika typer av ansvarsområden.

- *Service och omsorgsuppgifter:* Ersätta eller komplettera klienternas bristande mentala och fysiska förmågor och funktioner i det vardagliga livet (bl.a. hemmets skötsel, inköp, personlig omsorg såsom att hjälpa klienterna att duscha, klä sig, tandhygien etc.) samt att agera som ställföreträdare och stöd i sociala sammanhang (ombudsfunktioner och ledsagning). Här finns också uppgifter som syftar till att tillgodose sociala och emotionella behov, att lyssna, trösta och samtala, ta en kopp kaffe tillsammans osv.
- *Sjukvårdande och fysiskt rehabiliterande uppgifter:* Exempelvis sårvård och medicinutdelning men också att bevaka klienternas hälsotillstånd och kontakta sjukvård vid behov. Det fysiskt rehabiliterande arbetet kan innefatta massage, sjukgymnastiska övningar, gångträning m.m.
- *Socialpedagogiskt inriktade uppgifter:* Insatser för att stödja och utveckla klienternas egna resurser och undvika passivisering. Uppgifterna handlar om hjälp till självhjälp med syftet att öka klienternas oberoende och självständighet.

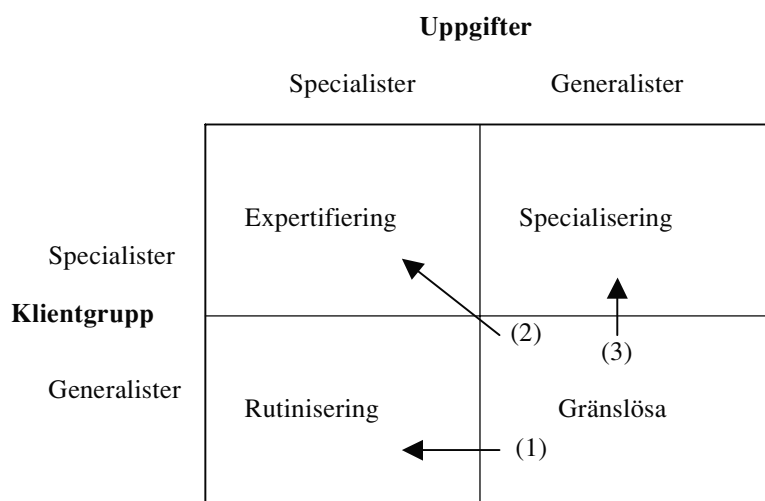
Den efterföljande enkätstudie som omfattade samtliga anställda vårdbiträden och undersköterskor i en kommun visade att 72 procent av personalen kunde klassi-

ficeras som generalister avseende arbetsuppgifter då deras arbetsområde inkluderade de flesta av ovan angivna uppgifter. Personalen hade med andra ord en bred rolldefinition som stämmer väl överens med den helhetssyn som eftersträvas i alla hjälp- och stödinsatser inom socialtjänstens verksamheter (SOU 1997:170; SOU 1999:97). Jämförelser av arbetsgrupper med olika kombinationer av specialist/generalistinriktning avseende klientgrupp och arbetsuppgifter visade att den modell som bäst balanserade god omsorgskvalitet och bra arbetsvillkor var en arbetsdelning som innebar specialisering på en klientgrupp med bredd i uppgifter. Enkätstudien bekräftade resultaten i den kvalitativa studien. Arbetsvillkoren var genomgående mest påfrestande för de vårdbiträden och undersköterskor som arbetade med en blandad klientgrupp och var uppgiftsgeneralister. Den klientspecialisering som kunde identifieras i studie III var inriktningen mot dementa omsorgstagare. Trots den vård- och omsorgstyngd som demenssjukdomar medför (se t.ex. Melin Emilsson, 1998) rapporterar alltså denna personal om relativt bättre arbetsvillkor och relationer med klienterna. Att vara generalist i uppgifter och arbeta med en mycket heterogen klientgrupp innebär en särskild belastning. I det följande skall detta resultat – identifieringen av organisatoriska förhållanden för en överbelastad grupp – tas som utgångspunkt för en diskussion om förändring av arbetsdelningen.

Organisationsval- en skiss om arbetsmiljö och kvalitet

Med hjälp av figur 1 skall jag nu resonera om olika sätt att avgränsa arbetsinnehållet i äldre- och handikappomsorgen och diskutera konsekvenser för kvalitet i arbetet och omsorgen. Figuren bygger på reellt observerade organisationslösningar som här typifierats (se studie II).

Rutan i det nedre högra hörnet illustrerar en situation där varje vårdbiträde och undersköterska förväntas kunna arbeta med i princip alla klientgrupper och dessutom i yrkesrollen inkludera traditionellt service- och omsorgsarbete, sjukvård och fysisk rehabilitering samt socialpedagogiskt arbete. Arbetssituationen kan därför betecknas som gränslös. Konkret kan det innebära att ett vårdbiträde är kontaktperson för och arbetar med en äldre kvinna med demens, en annan äldre kvinna med hjärtbesvär och astma som ofta drabbas av depressioner, en medelålders kvinna med ganska stora funktionshinder på grund av den neurologiska sjukdomen MS, en stroke-drabbad äldre man som har talsvårigheter och vissa fysiska funktionshinder samt en yngre psykiskt sjuk man. Därutöver hjälper hon ett antal andra omsorgstagare som hon inte är kontaktperson för. Hon förväntas hjälpa dessa människor med service och omsorg, att bevaka deras hälsa och medverka i ett fysiskt, psykologiskt och socialt rehabiliterande arbete. Det är uppenbart att hennes arbete ställer krav på kunskaper inom ett extremt brett fält. Resultaten i studie II och III tyder på att de samlade kraven skapar en arbetssituation präglad av kvantitativ och kvalitativ överbelastning.



Figur 2. Exempel på olika sätt att avgränsa arbetsinnehållet och förändringsvägar.

Den första pilen (1) illustrerar en utveckling mot en funktionell arbetsdelning. Här arbetar hjälpgivarna fortfarande med alla sorters klienter men med skillnaden att de nu endast tillgodoser vissa bestämda behov. I praktiken innebär denna modell att hjälptagarna får träffa många fler hjälpgivare och vice versa att hjälpgivarna träffar många fler hjälptagare. Bristen på kontinuitet försvårar vårdbitrådets möjligheter att förvärva kunskap om de enskilda klienterna. Arbetet är uppgiftsstyrt och begränsar vårdbitrådets möjligheter att svara på de behov som hjälptagaren har i mötet. Med andra ord kan det bli svårt för personalen att leva upp till målen om en flexibel och individuellt anpassad hjälp. En utveckling som innebär att olika vårdbitråden tar hand om olika typer av behov skulle sänka arbetets utvecklings- och lärandepotential. Arbetet rutiniseras och arbetsinnehållet utarmas⁶. Arbetsmiljöproblem handlar om kvantitativ snarare än kvalitativ belastning.

En annan förändringsstrategi innebär en avgränsning när det gäller uppgifter och klientgrupper (pil 2). Denna strategi innebär att vissa hjälpgivare blir ”experter” på en mer avgränsad uppgift för en särskild klientgrupp. Exempel är boendestödsgrupper för psykiskt sjuka som profilerar sig på socialpedagogiskt arbete (studie II). Ett problem med uppgiftsavgränsning är att den leder till att fler hjälpgivare måste involveras för att tillgodose de samlade vård- och omsorgsbehoven. I fallet med boendestödsgrupperna för psykiskt funktionshindrade i studie II fick hemtjänsten ta hand om klienternas service- och omsorgsbehov. En sådan uppdelning av omsorgsarbetet riskerar också att hemtjänstens insatser ses som mer rutinbetonade och mindre kvalificerade.⁷ Ytterligare en konsekvens av uppgifts-

⁶ Arbetsmiljöproblem och kvalitetsproblem med den här typen av tayloristisk horisontell arbetsdelning finns som redan nämnts dokumenterade i en rad studier (Aronsson, m.fl., 1994; Szebehely 1995; Freed-Solfeldt, 1990; Thulin, 1987)

⁷ Arbetsmiljö- och omsorgsforskare (Gardell, m.fl., 1979; Gough, 1987; Wærness, 1983) har diskuterat hur specialisering inom vård och omsorg kan ha de negativa konsekvenserna att okvalificerade och rutinbetonade uppgifter koncentreras till en grupp.

avgränsning kan bli att vissa klienter inte passar in i ”experternas” inriktning på arbetet. Studie II visade att boendestödsgruppers inriktning på socialpedagogiskt arbete ledde till att några av de svåraste klienterna hamnade hos hemtjänsten, samtidigt som boendestödsgrupperna hade mer gynnsamma villkor med avseende på personalresurser och professionellt stöd. Detta paradoxala resultat pekar på vikten av en helhetssyn även när det gäller arbetsvillkor för olika personalgrupper inom en kommuns äldre- och handikappomsorg. En specialiseringsprocess kan leda till att vårdbiträdena i hemtjänsten, som kvarblivande generalister, blir bortglömda i en mycket ogynnsam arbetssituation både ifråga om arbetsbelastning och i tillgängliga resurser för stöd. Organisationsmodellen har således konsekvenser för omsorgskvaliteten och riskerar dessutom att skapa ett A och B-lag i fråga om arbetsvillkor (jmf Gardell m.fl., 1979; Wærness, 1983)

Den tredje förändringsstrategin (pil 3) innebär avgränsningar så att vårdbiträdena kan fördjupa sig mot en klientgrupp med en likartad problematik, exempelvis personer med demenssjukdomar, psykiska funktionshinder, neurologiska sjukdomar eller äldre multisjuka. Denna typ av avgränsning har inte de negativa effekter som finns inbyggda i en funktionsuppdelning med minskad kontinuitet och uppgiftsorientering. Det är en specialisering i meningen avgränsning av ansvarsområde kombinerat med kunskapsfördjupning. Fokusering på en någorlunda avgränsad klientgrupp möjliggör en kompetensutveckling, som gör att vårdbiträdena kan förvärva och underhålla kunskaper som är tillräckligt djupa för att ge dem en säkerhet och trygghet i arbetet och samtidigt bidra till en bättre vård- och omsorg för var och en av de klienter de hjälper. Fördjupade kunskaper erhålls exempelvis genom att vårdbiträden kan ta del av kunskapsutvecklingen som rör den aktuella klientgruppen och ha kontakter med eventuella intresse- och anhörigföreningar. Vårdbiträdena kan vidare på ett helt annat sätt än vid andra typer av arbetsdelning ha en kontinuerlig samverkan och dialog med andra aktörer i klienternas nätverk av vård- och omsorgsgivare. Vårdbiträdena kan ha en sammanhållande roll som ”spindlar i nätet” utifrån kombinationen av specifika kunskaper om den enskilda klientens behov, önskemål och sätt att leva och mer generella kunskaper om klientens problematik utifrån det helhetsperspektiv som en allsidig och långsiktig hjälp i hemmet innebär.

Praxiskunskap och utbildning

I den skandinaviska omsorgsforskningen har som tidigare nämnts omsorgspersonalens kunnande och yrkeskompetens fått stor uppmärksamhet. Personkännedom har framhållits som kanske den viktigaste faktorn för kvalitet i omsorgen. I enlighet med detta har den erfarenhetsbaserade kunskapen betonats, framhävt och försvarats mot rationaliseringsstrategier, vilka å ena sidan syftat till att sönderstycka arbetet (tayloriseringen) och å andra sidan drivit en utveckling där vårdbiträdenas vardagserfarenheter hotats trängas undan genom vetenskapliggörande av arbetet. Farhågorna har då varit att det sker en distansering i förhållandet om-

sorgsgivare - omsorgstagare. Resultaten i studie I, som har ett hälsoperspektiv, antyder att det finns situationer där vårdbiträdenas erfarenhetsbaserade kunskaper är otillräckliga och att distansering framträder som en försvarsstrategi för att skydda vårdbiträdet. Studie I gav anledning att närmare undersöka de arbetskrav som ställs på personalen och den kompetens som behövs för att svara mot dessa krav. Den utveckling som pågått och pågår inom omsorgsverksamhet mot en alltmer heterogen klientgrupp, bland annat genom psykiatrireformen, var ytterligare ett motiv för att närmare undersöka kompetenskrav. I studie I som var en kvantitativ enkätstudie, med betoning på individuella arbetsvillkor, strategier och hälsa, undersöktes som tidigare nämnts inte det organisatoriska sammanhanget. I studie II som genomfördes med fallstudiemetodik och kvalitativa datainsamlingsmetoder kunde utöver arbetsvillkor också organisationsaspekter som arbetsdelning liksom omsorgskvalitetsaspekter inkluderas, vilket gav möjligheter att också dra vissa slutsatser om organisationsformer och arbetsdelning. Ett huvudsyfte i studie II var att hitta avgränsningar i uppgifter som skapade balans mellan resurser och arbetskrav och mellan bra arbetsvillkor och god omsorgskvalitet. Analysen ledde fram till en typologisering och avgränsning baserad på klientgrupp och arbetsuppgifter, där slutsatser kunde dras kring kunskaps- och kompetensaspekterna men med samtidigt beaktande av omsorgskvalitet och arbetsbelastning

I studie II och IV framgick att utbildning och handledning hjälpt vårdbiträdena i svåra möten och utvecklat klientkännedomen. Kunskaperna har understött ett mer empatiskt bemötande. Exempelvis kunde beteenden som vårdbiträdena tidigare upplevt som svårhanterliga personlighetsdrag förstås som en del av det psykiska handikappet. Professionellt stöd i form av exempelvis handledning verkar vara en förutsättning för att vårdbiträdet skall kunna hålla ett psykologiskt utrymme mellan sig själv och klienten och därigenom undvika distanserande försvarsstrategier.

Studierna i denna avhandling har visat att vårdbiträdenas arbete är både intellektuellt och emotionellt krävande och att osäkerhet och brist på kunskaper framstår som viktiga anledningar till stress. Att förlita sig på vårdbiträdenas erfarenhetskunskap som en tillräcklig vägledning i arbetet kan inte ses som en rimlig utgångspunkt⁸. Att ha likhetsperspektivet som utgångspunkt – det vill säga att vårdbiträdena utför samma arbete hemma som på jobbet och att det är samma kompetens som krävs – kan föra till att viktiga kvalifikationskrav och de svårare sidorna i omsorgens möten inte uppmärksammas. Kanske har betoningen av vårdbiträdenas erfarenhetskunskap också medfört en fokusering på att beskriva vad vårdbiträdena redan kan, medan kvalifikationskrav som kräver nya och fördju-

⁸ Att det finns ett stort behov av kompetensutveckling inom äldre- och handikappomsorgen konstateras även i ett flertal uppföljningsstudier i samband med de olika kommunaliseringssyftena. Både personal och klientorganisationer upplever att behovet av kompetensutveckling är stort (Socialstyrelsen 1997:9; 1998:9, 1999:1; SOU 1997:51; Svenska Kommunförbundet, 1999).

pade kunskaper inte lyfts fram. Slutsatsen av studierna är inte en nedgradering av värdet och betydelsen av praxiskunskap utan att peka på komplexiteten i arbetet och poängtera samspelet mellan den erfarenhetsbaserade kunskapen och utbildnings- och handledningsinsatser till stöd för professionellt utövande och utveckling.

Inflytande, krav och stöd

I det följande skall jag summera och diskutera studiernas resultat med utgångspunkt ifrån ett arbetspsykologiskt balansperspektiv. Utgångspunkten är den tidigare skisserade referensramen med huvudaspekterna inflytande, arbetskrav och stöd. Ett resultat i studien är att inflytande och krav i arbetet är dynamiskt sammanvävda och dessa aspekter behandlas därför samtidigt i texten.

Inflytande och krav

I arbetslivsforskningen liksom i det praktiska utformandet av arbetsplatser har ett stort inflytande setts som en viktig del av det goda arbetet (för en diskussion av det goda arbetet se SOU, 1990:49; Grenholm, 1987; LO, 1991). Organisations-trenderna i dagens arbetsliv med långtgående decentralisering och ökat inflytande för organisationens frontpersonal rimmar väl med "det goda arbetets" idéer, där den enskilda arbetstagaren själv får styra, utforma och ansvara för sitt arbete. Även inom omsorgsforskning har stor vikt lagts vid inflytande som en förutsättning för omsorgsgivare att kunna ge en individuellt anpassad omsorg (James, 1992; Szebehely, 1995; Wærness, 1983; 1984; Eliasson, 1987). Inom omsorgs-verksamhet har decentraliseringstrenden inneburit att nya arbetsuppgifter och ansvar har lagts ut på varje vårdbiträde. Det är omsorgsgivarnas ansvar att själva organisera och planera arbetet på kort och lång sikt, inom ramen för de resurser som står till buds. De studerade verksamheterna (studie II, III och IV) var präglade av denna decentraliseringsidé.

I studierna (II, IV) framgick att inflytande i omsorgsarbetet kan betraktas både som en resurs som ger handlingsutrymme och som ett arbetskrav i meningen krav på att fatta beslut och ta ansvar för dessa. Omsorgsarbetet som det framstår främst i studierna II och IV kan alltså knappast karaktäriseras som tayloristiskt detaljstyrt med en klar åtskillnad mellan arbetets planering och utförande. Den decentraliserade organisationen innebär andra typer av problem. Stort ansvar och krav på beslutsfattande kombinerat med svåra arbetsuppgifter kan skapa en arbetssituation som ibland är svår att hantera med de resurser som de anställda har. Stress förmedlas här via upplevelser av otillräcklighet. Psykisk påfrestning och stress kan vara en följd av att inte hinna men även av att inte veta, kunna eller förstå.

Konsekvenserna av en decentralisering som skapar en obalans mellan resurser och arbetskrav har inte fått så stor uppmärksamhet i arbetslivsforskningen. En ingång till problematiken finns i forskningen om gränslöshet och gränslösa orga-

nisationer (Ashkenas, m.fl., 1997) eller det gränslösa arbetet (Allvin, m.fl., 1999). Arbetsituationen för de enskilda individerna innebär ökad autonomi och självbestämmande i arbetet vilket också ställer ökade krav på individerna på att utveckla oberoende och tillit till egen förmåga (Allvin, m.fl., 1998). Författarna menar att autonomi kräver av individen att veta vad hon ska göra och hur hon ska göra. I studie IV som behandlade svåra möten framgick att omsorgsgivarna hamnade i situationer som de förväntades att självständigt klara av men att de ibland saknade de förutsättningar som Allvin och medförfattare menar är avgörande för autonomi. Trenden mot en allt högre grad av självständighet i organisationer följs av individuell osäkerhet och ångest (Kegan 1994) och upplevelse av att vara utelämnad (Allvin m.fl., 1999). Psykodynamiskt orienterade forskare (Hirschorn, 1990; Diamond, 1984) har pekat på hur de traditionella hierarkiska organisationerna rutinmässigt hanterade ångest genom förutsägbarhet och säkerhet. Kahn (2001) menar att den minskade tryggheten från de hierarkiska systemen reser frågan om alternativa strukturer som kan tillgodose människans behov av trygghet. En sådan struktur är den "hållande organisationen" (Kahn, 2001).

Även om inflytande således i vissa avseenden kan ses som belastning är dock omsorgsgivarnas inflytande en förutsättning för ett rationellt utfört arbete. Omsorgsforskningen har visat att en flexibel och individuellt anpassad hjälp inte är möjlig utan att omsorgsgivarna har ett relativt stort handlingsutrymme i varje enskilt möte (se t.ex. Szebehely, 1995).

Att undersöka omsorgsarbetets krav har varit ett centralt tema i denna avhandling. I studie II och III undersöktes omsorgsarbetets krav med fokus på arbetsinnehåll- vilka klientgrupper och vilka uppgifter och ansvarsområden som ingår i arbetet liksom vad detta innehåll innebär ur belastningssynpunkt. Att vara uppgiftsgeneralist innebär att arbetet innefattar service- och omsorgsuppgifter, sjukvårdande och fysiskt rehabiliterande uppgifter samt socialpedagogiska uppgifter. Resultaten i studie II och III visade dock att det innebär en belastning att vara generalist i uppgifter. På liknande sätt framgår att en heterogen klientgrupp verkar som en belastning och att specialisering mot en särskild klientgrupp verkar fördelaktig ur belastningssynpunkt. Resultaten tyder på att arbete med en heterogen klientgrupp innebär svårigheter för personalen att förvärva tillräckligt med kunskap och förståelse för de vitt skilda problem som finns hos hjälptagarna. Att arbeta med en heterogen klientgrupp kan medföra att vårdbiträdena blir tvungna att lära sig lite om mycket och inte får möjlighet att fördjupa sina kunskaper. En obalans mellan krav och resurser i omsorgsarbete handlar således om personalens kunskaper och kompetens i förhållande till komplexiteten i arbetet som kommer å ena sidan av krav på en allsidig och bred hjälp och å andra sidan krav på omsorgsgivarna att hantera en mycket heterogen klientgrupp. Studierna visar att omsorgsgivarna saknade utbildning och fortbildning för många av de uppgifter som de förväntades utföra. En bättre balans mellan kunskapsmässiga krav och resurser,

som inte hotar omsorgskvaliteten, kan åstadkommas med specialisering mot olika klientgrupper där bredd och djup i kompetens blir realistiska mål.

För att förstå omsorgsarbetets krav och belastningar är det nödvändigt att studera omsorgsgivarnas relationer med klienterna. Tidigare studier har som nämnts identifierat mötet som en viktig källa till såväl motivation och arbetstillfredsställelse som till stress och ohälsa (Astvik & Aronsson, 1994a; b; Bartoldus, m.fl., 1989; Donovan, 1989; Kaye 1986; 1989). I studie IV identifierades nio olika typer av svåra möten. Studien visade att relationerna till omsorgstagarna väcker komplicerade känslor som kan vara mycket svåra att hantera på egen hand, utan professionellt stöd. Omsorgsarbetet framträder som ett *kvalificerat relationsarbete* som ställer stora psykologiska krav på omsorgsgivarna att finnas i och hantera relationer på lång sikt. De psykologiska kraven försvåras då de organisatoriska stödinsatserna utgår och formas utifrån en definition av omsorgsarbetet som i huvudsak ett praktiskt hushållsarbete. I studierna (II och IV) finns exempel på att omsorgsgivares formella uppdrag formuleras utifrån de praktiska uppgifterna medan det intellektuella och emotionella arbetet mer har karaktären av informella kvalifikationskrav. I de statliga utredningar som har behandlat bemötandefrågor av äldre respektive funktionshindrade (SOU 1997:170; SOU 1999:21) betonas också att mötet mellan den som ger och den som tar emot hjälp är avgörande för kvalitet. Stor vikt läggs vid personalens förmåga att upprätthålla goda relationer och föra en dialog som förmedlar en respekt för klientens integritet, självbestämmande, trygghet och värdighet. Studierna (II och IV) visar dock att dessa kvaliteter riskerar att bli de enskilda omsorgsgivarnas personliga ansvar, det vill säga att omsorgsgivarna inte får organisatoriskt stöd och resurser att förverkliga dessa relationella kvalitetsmål.

I studierna framgår att uppgifter och ansvar i omsorgsarbete inte är helt och hållet på förhand givna. Söderfeldt och medarbetare (1996) påpekar att det i allmänhet finns en viss frihet för human-service arbetare att påverka arbetskraven. Arbete inom human-service kännetecknas ofta av en låg grad av övervakning och otydliga eller vaga förväntningar på yrkesrollen vilket ger utrymme för individuella rolldefinitioner. Studie II visade att gemensamt för arbetsgrupperna inom samtliga organisationsmodeller var ett stort individuellt inflytande och ansvar. Detta innebar också att den enskilda omsorgsgivaren eller arbetsgruppen kan försöka skapa balans genom att sänka eller modifiera kraven. I studie II och IV framkom ett antal exempel på hur arbetskraven kan påverkas via mer eller mindre medvetna strategier. Ett sätt att påverka kraven är när vårdbiträdena kommer överens om gemensamma förhållningsregler i relation till svåra klienter. Reglerna blir ett medel att reducera det egna ansvaret i mötet med klienten. Mindre medvetna strategier att påverka arbetskraven kan hänföras till olika psykologiska försvarsstrategier att hantera psykisk påfrestning. Omsorgsgivarna försöker skydda sig genom att undvika eller distansera sig i komplicerade och svåra klientrelatio-

ner och resultatet blir att vårdbiträdena ger upp ambitionen att skapa bra relationer. Arbetskraven i omsorgsarbete måste alltså även förstås i relation till de strategier som personalen tar till i situationer av obalans mellan deras resurser och upplevda inre eller yttre krav. Dessa strategier har dessutom direkta implikationer för klienterna och omsorgskvaliteten. Studierna visar således att kraven i omsorgsarbete bäst förstås som en dynamisk relation mellan arbetskrav och individens upplevelser och försvars- och copingstrategier.

Arbetskrav skall, som tidigare nämnts, inte enbart betraktas som stressorer utan även som förutsättningar för utveckling och lärande (Aldwin, 1994; Aronsson, 1985; Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkman, 1984). Viss obalans mellan individens resurser och upplevda krav skapar stimulans och leder till lärande och utveckling. Därmed förändras upplevelsen av arbetskraven och de kommer att uppfattas som mindre stressfyllda (jmf Karasek & Theorell, 1990). Om omsorgspersonalen inte upplever någon möjlighet att hantera de arbetskrav som ställs och istället tar till mer defensiva bemästringsstrategier blir däremot obalanssituationens lärandepotential mer tveksam. Sådant bemästrande kan dämpa den akuta stressen men hämmar lärandet. Även om vårdbiträdet exempelvis försöker stänga av känslomässigt och koncentrera sig på det praktiska arbetet, förblir den svåra klienten en svår klient genom att de defensiva strategierna förhindrar insikter och kunskaper om klienten. Utifrån detta dilemma, som berör omsorgsarbetets krav, skall nu omsorgsgivarnas behov av stöd för professionellt utövande och utveckling diskuteras.

Stöd för professionellt utövande och utveckling

Utifrån ett dynamiskt perspektiv på individ och arbetsvillkor och i termer av balans mellan krav och resurser i omsorgsarbete blir stöddimensionen viktig. Som inledningsvis sades har socialt stödansatsen setts som ett hjälpmedel att identifiera personalens tillgång till eller brist på stödssystem och stödstrukturer i arbetsmiljö och organisation.

Stöd har därutöver i denna avhandling betraktats som ett medel för att påverka balansen mellan krav och resurser. Stöd fokuseras i bemärkelsen *stöd för professionellt utövande och utveckling* och kan ses som ett medel att öka omsorgsarbetsresurser att hantera kraven och därmed minska stressen och bidra till lärande men det kan också ses som ett medel att indirekt förbättra omsorgskvaliteten. Att balansera krav och resurser genom att utveckla stödjande strukturer och processer kring omsorgspersonalen kan bidra till bättre omsorgskvalitet genom att personalen i mindre grad tvingas till försvarsstrategier som har negativa konsekvenser för klienterna (Kahn, 1993; 2001). Med utgångspunkt från resultaten i studie IV skall i det följande olika typer av organisatoriskt stöd diskuteras. I studien identifierades flera olika typer av stöd som viktiga när det gäller omsorgsgivarnas strategier att hantera svåra möten. När den bakomliggande organisationen ger stöd så innebär det att repertoaren av möjliga strategier ökar. Den typ

av stöd som här identifierats som problematiskt och där utveckling kan bidra till både en bättre arbetssituation och högre omsorgskvalitet kan i House (1981) terminologi benämnas informativt och instrumentellt stöd. Det förstnämnda kännetecknas bland annat av att det handlar om hjälp till självhjälp - hjälp och insatser som kan användas för att bemästra problem medan det senare är ett mer handgripligt direkt stöd.

En sådan viktig typ av stöd handlar om att hos omsorgsgivarna utveckla *kunskaper som motsvarar uppgifterna*. En obalans mellan krav och resurser som framkom handlade om omsorgsgivarnas kunskaper och kompetens att hantera uppgifterna. I studien framkom att omsorgsgivarna ofta saknade utbildning och fortbildning som motsvarade de arbetsuppgifter de förväntades utföra. Beträffande val av strategier i de svåra mötena, så ökar relevanta kunskaper tolkningsutrymmet 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*. Kunskaper kan hjälpa omsorgsgivaren till ett professionellt förhållningssätt genom att klienternas belägenhet och behov tydliggörs. Holm (1987, s. 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 i meningen att 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 härbärgande funktion, eller med Winnicotts (1965/1990) terminologi, en hållande funktion i relation till sina klienter.

En andra typ av stöd för professionellt utövande handlar om att se omsorgsarbetet som ett *relationsarbete där arbetets emotionella och intellektuella krav* bildar utgångspunkt för hur arbetet organiseras. 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 att 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.

En tredje typ av stöd är relaterad till *ansvarsfördelningen* inom organisationen. Detta har både ett informativt och instrumentellt innehåll. Arbetslivet har de senaste decennierna utvecklats mot minskad detaljstyrning och att krav och ansvar förflyttats neråt i organisationerna. Denna trend gäller även för omsorgsarbetare där allt mer uppgifter och ansvar har tilldelats varje enskild person. 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 ansvaret bli omsorgsgivaren övermäktigt. När detta sker är vanliga strategier att undvika och reducera ansvar. 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 ansvarstygda mötet. En intressant forskningsfråga handlar om i vilken utsträckning individen redan i den primära värderingen av situationen eller mötet påverkas av hur organisationen är utformad när det gäller exempelvis ansvarsfördelning och olika typer av stödsystem.

En fjärde typ av stöd för professionellt utövande rör *tid och resurser*, det vill säga en form av instrumentellt stöd för omsorgsarbetets utförande. 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. Underbemanning 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).

Ytterligare en aspekt som indirekt faller inom ramen för vad House (1981) benämner värderande stöd handlar om *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. Flera studier under 1990-talet har visat ett stort missnöje bland personalen när det gäller låga löner (se t.ex. Larsson, 1996; Astvik & Aronsson, 1994b). I studie IV framkom hur omsorgsgivarna upplevde att arbetet nedvärderades genom de låga lönerna. De psykologiska och mellanmännsliga konsekvenserna av denna nedvärdering präglade på olika sätt 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 politikernas 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 formos som utgör ett reellt stöd för ett professionellt omsorgsarbete.

Sammanfattande kommentarer och praktiska slutsatser

En utgångspunkt och ett resultat i denna studie är att vårdbiträdenas möjligheter att utföra sitt arbete på ett kvalitativt bra sätt också är en viktig del av arbetsvillkoren och därmed också av betydelse för arbetstillfredsställelse, stress och hälsa.

Det studerade omsorgsarbetet har till sin grundkaraktär många kvaliteter som överensstämmer med det "Goda arbetet". Arbetet ger möjlighet att se resultatet av de egna insatserna, det innebär att de personliga insatserna är betydelsefulla och det erbjuder direkt feedback i mötet med klienter. Å andra sidan finns problem som har med osynliggörandet av arbetets svåra sidor och krav och en bristande balans där motsvarande resurser inte ställs till omsorgsgivarnas förfogande.

De finns höga samhälleliga förväntningar på kvalitet i äldre- och handikappomsorg uttryckta i socialtjänstlag och i kommunala mål. För att uppnå målen formas olika slag av organisationer och styrsystem. Såväl omsorgsforskning som arbetspsykologisk forskning tyder på att vägen till ökad omsorgskvalitet och samtidigt goda arbetsvillkor går över decentralisering av beslutsfattande till mötet och till vårdens och omsorgens frontpersonal. En förväntad ökad heterogenisering bland framtida vårdtagare kommer sannolikt att än mer öka behovet av att beslut fattas i organisationens front. Det handlar om ökad andel mycket gamla och om att omsorgstagargruppen blir alltmer heterogen ifråga om bakgrund, livsstil, sjukdomar etc.

För att målen mot ökad kvalitet genom delegering av beslut och ansvar skall kunna nås måste dock vissa förutsättningar uppfyllas både vad gäller organisationsutformning och personalens yrkeskompetens. I studien har bland annat följande organisatoriska förutsättningar framkommit som nödvändiga för att skapa omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Utifrån olika aspekter av *arbetsdelning* drogs slutsatsen att det goda och produktiva arbetet bäst förverkligas inom en verksamhet som har ett antal organisatoriska kännetecken. Det handlar för det första om att arbetet organiseras med syftet att skapa och underhålla kontinuitet i relationer mellan omsorgsgivare och mottagare. Det handlar för det andra om att planering och utförande hänger nära samman, planering och beslut om hjälpinsatser vilar på omsorgsgivarnas kunskaper och erfarenheter i det konkreta arbetet. Det handlar för det tredje om att organisationen är öppen för verksamhetens komplexitet och skapar möjligheter för omsorgsgivarna att fördjupa sina kunskaper, arbetsmetoder och samarbetsrelationer. En organisationsmodell som föreslås benämns klientgruppsspecialisering. Detta arbetssätt möjliggör att klienternas samlade behov kan tillgodoses och kan bidra till långsiktig höjning av yrkeskunnandet, där bredd och djup i kunskaper är realistiska mål.

På den individuella nivån förefaller villkoren för utveckling mot en decentraliserad organisationsform vara att uppmärksamheten i långt större utsträckning riktas mot frontpersonalens arbete, dess förutsättningar och de kvalifikationskrav som ställs genom de samhälleliga kvalitetsanspråken formulerade genom lagstiftning, statliga utredningar, externa och interna kvalitetsmätningar etc. Omsorgsverksamhet med hög kvalitet ställer krav på många olika sorters kunskaper inom olika områden. Inte minst innebär arbetet stora psykologiska krav på vårdbiträdena - att finnas i och hantera relationer utifrån de särskilda och i många avseenden gränslösa villkor som omsorgsarbete innebär. Omsorgsarbetet bör därför i ökad utsträckning förstås som ett relationsarbete. Av detta följer krav på ökade kunskaper i psykologi och utveckling av förmågan att analysera relationer mellan människor och egna förhållningssätt i psykologiskt krävande situationer. Eftersom relationer är i en ständig utvecklingsprocess innebär det att kunskapsstödet har karaktär av ett processinriktat lärande. En kontinuerlig psykologisk handledning

ger stöd för en fortgående kunskapsutveckling inom den mellanmännsliga sfären, som för in, utvecklar och frigör psykologiskt kunnande.

Om nämnda förutsättningar inte uppfylls finns som studien visat risker med decentralisering och delegering. Sådana organisationsprinciper kombinerade med en arbetsbelastning som överstiger hjälpgivarnas individuella resurser kan skapa arbetssituationer med starka känslor av otillräcklighet, övergivenhet och av att vara utlämnad (Allvin m.fl., 1999). Det är arbetsförhållanden som förefaller ha ett högt pris både ur arbetsmiljö och ur kvalitetssynpunkt. De individinriktade ansatserna i delstudie I och IV som fångade individers sätt att hantera svåra arbetssituationer visade två olika typer av strategier med allvarliga konsekvenser. *Å ena sidan de strategier där de enskilda omsorgsgivarna kompenserar med individuella ansträngningar som på sikt kan leda till utmattning* och ökad risk för utslagning ur yrket genom långtidssjukskrivningar och förtidspension. *Å andra sidan finns risken att omsorgsgivarna skyddar sig själva genom strategier som allvarligt skadar kvaliteten* i de tjänster de förväntas utföra.

I denna studie har enbart omsorgsarbetare i äldre och handikappomsorgen studerats men frågan kan ställas om inte samma mekanismer och risker finns i andra former av välfärdstjänstearbete med krävande relationer när organisationer decentraliserar beslut och ansvar utan en adekvat uppbyggnad av förutsättningar och resurser för frontlinjepersonalen. En god kvalitet i mötet mellan omsorgsgivare och omsorgstagare och en utveckling mot det goda arbetet är beroende av att organisationen säkrar att omsorgsgivarna får tillräckliga resurser i form av tid, kunskaper och psykologisk stöd för att utföra ett professionellt omsorgsarbete.

Några forskningsfrågor och tankar om fortsatt forskning

Tidigare i diskussionen har några olika forskningsfrågor väckts. Det har bland annat handlat om omsorgskvalitetsbegreppet och den begränsning ansatsen att enbart använda omsorgsgivarna som informanter innebär. Den nära kopplingen mellan arbetsmiljö och omsorgskvalitet utmanar framtida forskning att i högre grad utveckla och använda forskningsmetoder som inkluderar flera parter perspektiv.

En annan fråga rör begränsningar i traditionell enkät- och intervjumethodik när det gäller förståelse av ett relationsarbete som kan innehålla många svåra och kanske skuld- och skamfyllda upplevelser. Kliniska forskningsansatser skulle här kunna berika och utveckla en arbetspsykologisk förståelse av arbete och arbetsvillkor i typiska relationsarbeten, såsom hemtjänstens arbete är.

En ytterligare forskningsfråga handlar om den horisontella arbetsdelningen. Den aktualiseras bland annat av organisationstrender, som lyfter fram generalistkompetens som det önskvärda (Svenska Kommunförbundet, 1999a; 1999b). Avhandlingen pekar på betydelsen av specialist – generalistinriktning på arbetet när det gäller effekter på arbetsmiljö och omsorgskvalitet. Självklart finns det många

olika kombinationer och sätt att avgränsa arbetsinnehållet inom omsorgsarbete, vilka inte inkluderas inom ramen för denna avhandling. Olika organisatoriska lösningar i detta avseende är sålunda frågor för framtida forskning inom äldre- och handikappomsorgen.

Frågan om specialisering kan också kopplas till diskussionen och forskningen om flexibilitet och flexibla arbetsvillkor (Karlsson & Eriksson 2000). Ur arbetsmiljösynpunkt förespråkas en kombination av numerisk, arbetstids- och funktionell flexibilitet (Håkansson & Isidorsson, 1997; Aronsson, 1999; Ds, 2001). För den enskilde har funktionell flexibilitet betraktats som fördelaktig. Mångkunnighet stärker individens position på arbetsplatsen och i arbetslivet och den funktionellt flexibla kan byta mellan olika arbetsuppgifter och därigenom få variation i arbetet. Forskningen om flexibilitet har dock ägnat liten uppmärksamhet åt att försöka fastställa när variationen eller kraven på mångkunnighet blir till en belastning för arbetstagaren. Vidare har tyngdpunkten i denna forskning varit på varuproduktion – det vill säga där arbetsobjektet är ett ting eller en uppgift knuten till ett ting - och inte på verksamheter som handlar om relationer mellan människor. I sådana verksamheter är kontinuitet i relationen ett av de främsta kvalitetskriterierna. Det finns därmed en latent eller manifest motsättning mellan funktionell flexibilitet och kontinuitet, som sällan har uppmärksammats inom flexibilitetsforskningen. Ett sätt att närma sig denna problematik i forskningen går genom dikotomin klientspecialisering och uppgiftsspecialisering. Fortsatt forskning från denna utgångspunkt kan ge underlag för de val och avvägningar, som måste göras när en omsorgsorganisation skall skapas, som svarar såväl mot klienternas som mot omsorgsgivarnas behov.

Sammanfattning

Astvik W. *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Arbete och Hälsa 2003:8, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Det övergripande syftet med denna avhandling är att undersöka arbetsinnehåll och arbetsvillkor i äldre- och handikappomsorgen utifrån ett perspektiv som beaktar både arbetsmiljö och omsorgskvalitet. Studierna avser att fördjupa förståelsen av de psykiska krav och belastningar omsorgsgivarna möter i sitt arbete genom att undersöka relationer och svåra möten med klienter, liksom att undersöka organisatoriska och individuella resurser att hantera dessa krav. Omsorgsgivarnas olika strategier i arbetet analyseras med avseende på konsekvenser när det gäller omsorgskvalitet samt personalens hälsa och arbetstillfredsställelse. Krav och resurser undersöks ur ett arbetsorganisatoriskt perspektiv, där främst olika typer av arbetsdelning studeras.

Studie I bygger på data insamlade via enkät med ett slumpmässigt stratifierat urval av vårdbiträden i Stockholms kommun. I en grupp av 346 vårdbiträden fanns 18 nyblivna sjuk-/förtidspensionärer och 28 nyblivna ålderspensionärer som via diskriminantanalys jämfördes med syftet att identifiera förhållanden bakom ohälsa och utslagning ur yrket. Resultaten visade att kombinationen funktionella hinder, psykosomatiska besvär samt omsorgsgivarnas strategier och upplevelser i relation till klienterna signifikant skilde grupperna åt.

Studie II och III syftade till att undersöka betydelsen av specialisering eller avgränsning när det gäller uppgifter och klientgruppens profil. Studie II genomfördes med kvalitativa metoder och bygger på ett strategiskt urval av 10 vårdbiträdes-/boendestödsgrupper från tre olika kommuner. Arbetsgrupper som var specialiserade på klientgruppen psykiskt funktionshindrade jämfördes med arbetsgrupper som arbetade med en blandad klientgrupp. Huruvida grupperna även skilde sig åt när det gäller avgränsning av arbetsuppgifter var en undersökningsfråga för kvalitativ analys. Omsorgsgivarna kategoriserades till en av fyra kombinationer, dvs. generalist/specialist avseende klientgrupp respektive uppgifter med syftet att analysera hur avgränsning kunde förstås i förhållande till omsorgskvalitet och arbetsvillkor. För att pröva resultaten i studie II och vidare undersöka betydelsen av avgränsning när det gäller klientgrupp och uppgifter genomfördes en enkätstudie där urvalet var en totalundersökning av vårdbiträden och undersköterskor i en storstadskommun (n=341). Resultaten i studie II och III visade att den avgränsning som bäst balanserade god omsorgskvalitet med bra arbetsvillkor innebar klientgruppspecialisering men generalistinriktning när det gäller uppgifter.

Resultaten i studie I ledde till en fördjupad studie om omsorgsgivarnas relationer till klienterna och deras psykologiska strategier i arbetet, vilket genomfördes i

Studie IV. Syftet var att identifiera olika typer av svåra möten i omsorgsarbete och att undersöka omsorgsgivarnas strategier (coping och försvar) att hantera dessa svåra relationer samt att undersöka hur olika arbetsförhållanden påverkar omsorgsgivarnas val av strategi. Med stöd av copingteori och psykodynamisk teori om försvar analyserades 16 djupintervjuer med vårdbiträden och boendestödare. Nio olika typer av svåra möten beskrevs liksom konstruktiva och icke-konstruktiva strategier att hantera svåra möten. Studien visar hur arbetsvillkoren, dels skapar svåra möten, dels påverkar omsorgsgivarnas handlingsrepertoar i val av strategi. Viktiga uppgifter för aktörer i den bakomliggande organisationen handlar om att ge omsorgsarbetarna tillräckliga resurser i form av tid, kunskaper och psykologiskt stöd för att utföra ett professionellt omsorgsarbete.

I avhandlingen diskuteras hur vägen till god omsorgskvalitet och samtidigt goda arbetsvillkor går via decentralisering av beslutsfattande till mötet och till omsorgens frontpersonal. Utifrån olika aspekter av arbetsdelning dras slutsatsen att det goda och produktiva arbetet bäst förverkligas inom en verksamhet som kännetecknas av att: 1) arbetet organiseras med syftet att skapa och underhålla kontinuitet i relationer mellan omsorgsgivare och mottagare, 2) bedömning och planering av omsorgen hänger nära samman med omsorgsarbetets utförande och 3) organisationen skapar möjligheter för omsorgsgivarna att fördjupa sina kunskaper, arbetsmetoder och samarbetsrelationer. En organisationsmodell baserad på klientgruppspecialisering föreslås.

Avhandlingen pekar vidare på att omsorgsverksamhet med hög kvalitet ställer krav på många olika sorters kunskaper inom olika områden. Inte minst innebär arbetet stora psykologiska krav på vårdbiträdena - att finnas i och hantera relationer. Av detta följer krav på ökade kunskaper i psykologi och utveckling av förmågan att analysera relationer mellan människor och egna förhållningssätt i psykologiskt krävande situationer. Om nämnda förutsättningar inte uppfylls kan decentralisering och delegering innebära risker. Dessa organisationsprinciper kombinerade med en arbetsbelastning som överstiger hjälpgivarnas individuella resurser kan skapa starka känslor av otillräcklighet och övergivenhet och kan leda till att omsorgsgivarna tvingas till icke-konstruktiva strategier som får negativa konsekvenser för både omsorgskvalitet och arbetstillfredsställelse och hälsa.

Summary

Astvik W. *Relating as a primary task. Prerequisites for sustainable caring relations in home-care service*. Arbete och Hälsa 2003:8, National Institute for Working Life, Stockholm

The overall purpose of this thesis is to examine job content and work conditions in home care for the elderly and disabled from a perspective that considers both occupational health and quality of care. The studies are designed to provide in-depth understanding of the psychological demands and strains carers encounter in their work – by investigating relationships and “difficult” meetings with clients, and also by examining organisational and individual resources to handle demands of this kind. The various strategies adopted by carers in their work are analysed with regard to their consequences for the quality of care, and the health and job satisfaction of personnel. Demands and resources are considered from a work-organisational perspective, with special attention paid to various kinds of work division.

Study I is based on data collected by a questionnaire to a random stratified sample of home-care workers in the Municipality of Stockholm. In the group of 346 carers, there were 18 who had recently taken disability/early-retirement pensions and 28 who had recently retired from the service. A discriminant analysis was conducted to identify conditions that differentiated the two groups. It was found that there were significant differences between groups with regard to the combination of functional impairment and psychosomatic complaint, and the strategies and experiences of carers in relation to their clients.

Study II and Study III were designed to investigate the importance of specialisation or demarcation with regard to tasks and client-group profiles. Study II was performed using qualitative methods, and based on a strategic sample of 10 caring/residential-support groups from three Swedish municipalities. Work groups specialising in clients with a psychiatric diagnosis were compared with those working with a mixed group of clients. Also, the issue of whether the groups differed with regard to demarcation of job tasks was subjected to qualitative analysis. Carers were allocated to four categories, according to whether or not they were specialists in terms of client group and job tasks, so as to analyse how specialisation might be understood in relation to quality of care and work conditions. In order to test the findings of Study II and to further examine client-group and task specialisation, a total population questionnaire-based survey was conducted of home-care workers in an urban municipality (n=341). According to Study II and Study III the best balance between good quality of care and healthy work condi-

tions was found in a work division that combines client specialisation with a generalist approach to tasks.

The findings of Study I prompted an in-depth study of carers' relationships with clients and their psychological strategies at work (Study IV). The objective of Study IV was to identify different types of difficult encounters in caring work, to examine carers' strategies in terms of coping and defence, and to study how various work conditions affect choice of strategy. With the aid of coping theory and psychoanalytic theory concerning defence, in-depth interviews with 16 home-care workers were performed. Nine different types of difficult encounters were identified, and were divided according to a categorisation of constructive and non-constructive strategies. The study shows how job conditions both create difficult situations and also impact on carers' action repertoire with regard to choice of strategy. Key tasks for actors involved in the background organisation are to give carers sufficient resources, namely time, knowledge and psychological support.

The thesis discusses how high quality of care and good work conditions can be accomplished through the decentralisation of decision-making to the front-line caring personnel and to the encounter with the client. On the basis of various aspects of work division the conclusion is drawn that healthy and productive work is best realised within an organisation characterised by the following: 1) work is organised for the purpose of creating and maintaining continuity in relationships between carer and care recipient; 2) assessment and planning of care are closely linked to implementation of the work itself; and, 3) the organisation creates opportunities for carers to deepen their knowledge and expertise, and enhance their working methods and collaborative relationships. An organisational model based on client-group specialisation is proposed.

The thesis further indicates that caring activities of high quality require a wide range of knowledge and expertise within a variety of areas. Not least, caring work imposes considerable psychological demands on carers with regard to being in and managing personal relationships. From this it follows that there are increased demands for knowledge in the arena of psychology, and the development of the ability to analyse interpersonal relationships and one's own personal stances in psychologically demanding situations. If these prerequisites are not met, decentralisation and delegation can involve risks. Such organisational principles, combined with a workload that might exceed the individual carer's resources, may create intense feelings of insufficiency and abandonment, and might prompt carers to adopt coping strategies that are deleterious to both quality of care and personal job satisfaction and health.

Referenser

- Abrahamsson, B. & Söder, M. (1977) *Makten och verksamheten*. Stockholm: Stiftelsen ALA.
- Aldwin, C M. (1994) *Stress, coping, and development. An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Allvin, M., Aronsson, G., Hagström, T., Johansson, G., Lundberg, U. & Skärstrand, E. (1998) *Gränslöst arbete eller arbetets nya gränser*. *Arbete och Hälsa*, 1998:21. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Allvin, M., Wiklund, P., Härenstam, A. & Aronsson, G. (1999) *Frikopplad eller fränkopplad. Om innebörder och konsekvenser av gränslösa arbeten*. *Arbete och Hälsa*, 1999:2. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G. (1985). *Arbetsinnehåll - handlingsutrymme - stressreaktioner. Teorier och fältstudier, del 1 och 2*. akad. avh. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Aronsson, G. (1987) *Arbetspsykologi. Stress- och kvalifikationsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Aronsson, G. (1999) *Arbetslivets förändring – flexibilitet på gott och ont. I Försäkringskassaförbundet. Den gamla socialförsäkringens nya kläder*. Fakta 1:1999. Stockholm: FKF:s förlag.
- Aronsson, G, Astvik W, Kilbom Å, Nygård C-H, Petersson N F, Torgén M. (1994) *Vårdbiträde i öppen hemtjänst och vid servicehus. En studie av fysiska, ergonomiska och psykosociala faktorer i arbetet och deras relation till fysisk funktionsförmåga, hälsa, välbefinnande och ålder*. *Arbete och hälsa* 1994:32.
- Aronsson, G., Astvik, W., Freed Solfeldt, M. & Svensson, G. (1995) *Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ashkenas, R., Ulrich, D., Jick, T. & Kerr, S. (1997) *Den gränslösa organisationen*. Lund: Studentlitteratur
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994a) *Hälsomässiga, psykologiska och organisatoriska aspekter på vårdbiträdetsarbetet 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.
- Bartoldus, E., Gillery, B. & Sturges, P. J. (1989) *Job-related stress and coping among home-care workers with elderly people*. *Health and Social Work*, 3 (14) 204-210.
- Barron, K., Michailakis, D. & Söder, M. (2000) *Funktionshindrade och den offentliga hjälpapparaten. I Valfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38, Stockholm: Fritzes.
- Beckman, S. (1981). *Kärlek på tjänstetid - om amatörer och professionella inom vården*. Rapport 17, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Bergmark, Å. (2001) *Den lokala välfärdsstaten. Decentraliseringstrender under 1990-talet*. I M. Szebehely (red), *Välfärdstjänster I omvandling*. SOU 2001:52 Stockholm: Fritzes
- Bion, W R. (1975) *Selections from: Experiences in Groups*. I A.D. Colman & H.B. Bexton. (red), *Group relations reader 1*. Washington: A.K. Rice Institute.
- Bion, W R. (1993) *Vid närmare eftertanke*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Blau, P. M. (1977) *Inequality and heterogeneity*. New York: The Free Press.
- Bowlby, J. (1994) *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Braverman, H. (1974) *Arbete och monopolkapital*. Stockholm: Raben & Sjögren.
- Braxton, E T. (1995) Angry children, frightened staff: Implications for training and staff development. *Residential Treatment for Children & Youth*, 13 (1) 13-28
- Caplan, R D. (1987) Person-environment fit in organizations: theories, facts, and values. I A W. Riley & S J. Zaccaro (red), *Occupational stress and organizational effectiveness*. Praeger, New York.
- Christensen, K. (1998). *Omsorg og arbejde. En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg*. akad avh. Sociologisk institutt, Univeristetet i Bergen.
- Cox, T. (1987) Stress, coping and problem solving. *Work and Stress*, 1 (1) 5-14.
- Dewe, P. (1993) Coping and the intensity of nursing stressors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3 (4) 299-311.
- Dewe, P. (1991) Primary appraisal, secondary appraisal and coping: Their role in stressful work encounters. *Journal of Occupational Psychology*, 4 (64) 331-351.
- Dewe, P., Cox, T., Ferguson, E. (1993) Individual strategies for coping with stress at work: A review. *Work and Stress*, 7 (1) 5-15
- Diamond, M A. (1984) Bureaucracy as externalized self-system. *Administration and society*, 16 (2) 195-214.
- Donovan, R. (1989) Work stress and job satisfaction: A study of home care workers in New York city. *Home Health Care Services Quarterly*, 10 (1/2) 97-114
- Ds (2001:28) *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv. En handlingsplan för att förnya arbetsmiljöarbetet*. Stockholm: Näringsdepartementet.
- Edebalk, P G., Ingvad, B. & Samuelsson, G. (1992) Kvalitet i social hemtjänst - några svenska erfarenheter. *Socialmedicinsk tidskrift*, 69 (3-4) 186-192.
- Edwards, J.R. (1988) The determinants and consequences of coping with stress. In C.L. Cooper & R. Payne (red), *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: Wiley.
- Eliasson, R. (1987). *Forskningsetik och perspektivval*. FoU-rapport 7 A. FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning.
- Eliasson, R. (1992a). Om positioner och perspektiv i forskningen. I R. Eliasson (red), *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Eliasson, R. (1992b). Omsorg som lönearbete: om taylorisering och professionalisering. I R. Eliasson (red), *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Eliasson, R. (1992c). Omsorg och rationalitet. I R. Eliasson (red), *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Eliasson, R. (1992d). Kvinnors arbete, omsorgsapparaten och välfärdsstaten. I R. Eliasson (red), *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Eliasson, R. (red) (1996). *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson R & Thulin A-B. (1989) Psykiska påfrestningar i hemtjänsten. *Socialmedicinsk tidskrift*, 66 (5-6) 245-254.

- Eliasson, R. & Szebehely, M. (1991). Äldreomsorgens särart och särbehandling. *Socialmedicinsk tidskrift*, 68 (2-3) 69-77.
- Eliasson Lappalainen, R. & Nilsson Motevasel, I. (1997) Ethics of care and social policy. *Scandinavian journal of social welfare*, 3 (6) 189-196.
- Eliasson-Lappalainen, R. & Szebehely, M. (1998) Omsorgskvalitet i svensk hemtjänst - hotad eller säkrad av att mätas? I R. Eliasson-Lappalainen & M. Szebehely (red), *Vad förgår och vad består? En antologi om äldreomsorg, kvinnosyn och socialpolitik*. Lund: Arkiv förlag.
- 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*, 19, 327-341.
- 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*, 5 (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*, 3 (50) 572-597.
- Franssén, A. (1997). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. akad avh. Lund: Arkiv förlag.
- Freed Solfeldt, M. (1990). *Tyvärr, jag hinner inte... Om arbetet vid servicehus och om olika faser i en arbetsprocess*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- 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.
- Grenholm, C H. (1987) *Arbetets mål och värde. En analys av ideologiska uppfattningar hos LO, TCO och SAF i 1970-talets debatt om arbetsorganisation och datorisering*. Uppsala studies in social ethics. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Guntrip, H. (1968/1992) *Schizoid phenomena, object relations and the self*. London: Karnac Books.
- Gustafsson, R Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Stockholm: Esselte studium.
- Gough, R. (1987) *Hemhjälp till gamla*. Forskningsrapport 54, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Gough, R. (1990) *Arbetsorganisation och samverkan*. I L. Johansson & G. Alaby (red), *Den nya äldreomsorgen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Haan; N. (red) (1977) *Coping and defending. Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hirschhorn, L. (1990) Leaders and followers in a postindustrial age. *Journal of Applied Behavioral Science*, 4 (26) 529-542.
- 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.
- House, J S. (1981) *Work stress and social support*. London: Addison Wesley.
- Håkansson, K. & Isidorsson, T. (1997) *Flexibla tider. En studie av arbetstidsflexibilitet och andra flexibilitetsstrategier inom verkstadsindustrin*. Rapport IAS. Göteborg: Göteborgs universitet.

- James, N. (1992) Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness*, 14 (4) 488- 509.
- Johansson, S. (1991). Avlönat och oavlönat omsorgsarbete i hemmet. Kvinnostrategier och politiska motsättningar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 68 (7-8) 344-354.
- Johansson, S. (1997). Hälsoprofessioner i välfärdsstatens omvandling. I E Sundin (red), *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. SOU; 1997:3. Stockholm: Fritze.
- Johnsson, J V. (1986) *The impact of work social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden*. akad. avh. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Johnsson, J V. & Hall, E. (1988) Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 10 (78) 1336-1342.
- Kahn, W A. (1990) Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of management journal*, 33 (4) 692-724.
- Kahn, W A. (1992) To be fully there: Psychological presence at work. *Human relations*, 45 (4) 321-349.
- Kahn, W A. (1993) Caring for the caregivers: Patterns of organizational caregiving. *Administrative Science Quarterly*, 4 (38) 539-563.
- Kahn, W A. (2001) Holding environments at work. *Journal of Applied Behavioral Science*, 37 (3) 260-279.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 4 (24) 285-308.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karlsson, J Ch. & Eriksson, B. (2000) *Flexibla arbetsplatser och arbetsvillkor. En empirisk prövning av en retorisk figur*. Kungälv: Arkiv förlag.
- 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.
- Kegan, R. (1994) *In over our heads*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Larsson, P. (1996) *Hemtjänsten ur tre perspektiv – en studie bland äldre, anställda och ledning*. Akad avh. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- 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.
- Lo (1991) *Det utvecklande arbetet. Människor och möjligheter*. Stockholm: LO.
- Melin Emilsson, U. (1998) *Vardag i olika världar. Om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. akad avh. Lund: Arkiv förlag.
- Menzies Lyth, I. (1988) *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. (1993) *From dependency to autonomy: Studies in organization and change*. London: Free association books.
- Newton, T. (1989) Occupational stress and coping with stress: A critique. *Human relations*, 5 (42) 441-461.
- Obholtzer, A. & Roberts, V S. (red) (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*, 67 (4) 343-354.
- Olsson, E. & Ingvad, B. (2000) *Köp, sälj och platta till! Organisationsförändringar, arbetsmiljö och omsorgskvalitet i hemtjänsten under 1990-talet*. Meddelanden från Socialhögskolan, 2000:7. Lunds universitet.
- Parker, J.D.A & Endler, N.S. (1996). Coping and defense: A historical overview. I M Zeidner & N. S. Endler (red), *Handbook of coping: Theory, research, application*. New York: Wiley.
- Petterson, I-P (2002) *Ökat inflytande genom empowerment. Utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg*. Rapport från Arbets- och miljömedicin, 2002:4.
- Riksförsäkringsverket (2001) *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbetet. En jämförelse mellan 1999 och 2000*. RFV redovisar 2001:11. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rinnan, T. & Sylwan, U. *Hjälparens utsatthet. Psykiska påfrestningar i social omsorg*. Stockholm: Natur och Kultur. 1994.
- Runesson, I. & Eliasson Lappalainen, R. (2000) *Att sörja för äldre. En översikt*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- SCB (1991) *Socialtjänststatistik 1982-1989*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Siegrist, J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1) 27-41.
- Silfverberg, G. (1996) *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik och praktik*. Nora: Nya Doxa.
- Socialstyrelsen (1997a) *Äldreuppdraget. Årsrapport 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1999:1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000a) *Vård och omsorg till äldre 1999*. Statistik Socialtjänst 2000:5. Sveriges officiella statistik, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000b) *Insatser till personer med funktionshinder*. Statistik Socialtjänst 2000:7. Sveriges officiella statistik, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000c) *Äldreuppdraget. Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000: 4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Lägesrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003) *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1990:49) *Arbete och hälsa*. Bilagedel B Till Arbetsmiljökommissionens betänkande. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SOU (1997:51) *Brister i omsorg –en fråga om bemötande av äldre*. Delbetänkande av utredningen om bemötande av äldre, 1997:51 Stockholm: Socialdepartementet

- SOU (1997:170) *Bemötande av äldre*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre. Stockholm: Fritzes.
- SOU (1999:97) *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från socialtjänstutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU (1999:21) *Lindqvists nia –nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av utredningen om bemötande av personer med funktionshinder, Stockholm: Socialdepartementet.
- Ström, P. (1997) *Förändringsarbete och lärande. Om utveckling av förändringspraktik bland vårdbiträden i hemtjänsten*. akad avh. Lund: Lund university press.
- Svenska kommunaltjänstemannaförbundet. (2000) *Röster från 137 chefer inom äldreomsorgen*. Stockholm: SKTF
- Svenska kommunaltjänstemannaförbundet. (2002) *1000 chefer kan inte ha fel. Om utvecklingssamtal, antal medarbetare och andra förutsättningar för ett gott ledarskap*. Stockholm: SKTF.
- Svenska Kommunförbundet (1999a) *Vår framtid: Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Äldreberedningens slutrapport. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svenska kommunförbundet (1999b) *Personal och kompetens i förändring*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svenska kommunförbundet (2000) *Kommunal personal 1999*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svenska kommunförbundet. (2001) *Rekrytera och behålla - en utmaning*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svenska kommunförbundet (2002) *Aktuellt om äldreomsorgen*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svensson, L. (1986) *Grupper och kollektiv. En undersökning av hemtjänstens organisation i två kommuner*. Utredningsrapport 2, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Szebehely, M. (2000) *Äldreomsorg i förändring –knappare resurser och nya organisationsformer*. I *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38, Stockholm: Fritzes.
- Szebehely, M. (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. akad avh. Arkiv förlag, Lund.
- Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O'Campo, P., Warg, L.-E. & Ohlson, C.-G. (1996) Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model. *Social Science and Medicine*, 42 (9) 1217-1226.
- Sørensen, B A. (1982) Ansvarsrasjonalitet: om mål-middeltenking blant kvinner. I H. Holter (red), *Kvinner i fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Topor, A. (1987) *Vårdbiträdenas samlade tystnader*. Rapport nr 32, FoU-byrån, Stockholms Socialförvaltning.
- Thulin, A-B. (1987) *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. Rapport n 80, FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism. *Archives of General Psychiatry*, 2 (24) 107-118.
- Whalley, P. (1994) Team approach to working through transference and countertransference in a pediatric/psychiatric milieu. *Issues in Mental Health Nursing*, 5 (15) 457-469.
- Winnicott, D W. (1965/1990) *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac Books.

- Viswesvaran, C, Sanches, J I, Fisher (1999) The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, 54 (2) 314-334.
- Wærness, K. (1983) *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma.
- Wærness, K. (1984) The rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5 (2) 185-211.
- Wærness, K (1990) Informal and formal care in old age: What is wrong with the new ideology in Scandinavia today? I C. Ungerson (red), *Gender and caring*. London:Harvester Wheatsheaf.
- Wærness, K. (1995) En offentlig tjenstene i spenningsfeltet mellom ulike kulturer. I S. Johansson (red), *Sjukhus och hem som arbetsplats*. Stockholm: Bonnier Utbildning & Universitetsförlaget.