

Vesa Leppänen

Det lilla extra

Om formella och informella relationer mellan personal och vårdtagare inom hemtjänsten

ARBETSLIV I OMVANDLING | 2007:10
ISBN 978-91-7045-834-7 | ISSN 1404-8426



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling. I dialog med arbetslivets aktörer verkar vi för ett arbetsliv med goda villkor, utvecklingsmöjligheter och en hälsosam arbetsmiljö för både kvinnor och män. Institutet har omkring 400 anställda och finns på flera orter i landet. Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information.

Arbetsliv i omvandling är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetsorganisation och arbetsmarknad. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och till andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse av arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktören som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs. I huvudsak publiceras bidrag från forskare med anknytning till Arbetslivsinstitutet.

ARBETSLIV I OMVANDLING

Redaktör: Eskil Ekstedt
Redaktion: Jonas Malmberg, Anders Neergaard,
Lena Pettersson, Ann-Mari Sätre Åhlander
och Annette Thörnquist

© Arbetslivsinstitutet & författare, 2007
Arbetslivsinstitutet,
113 91 Stockholm

ISBN 978-91-7045-834-7
ISSN 1404-8426
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Innehåll

Inledning	1
Syften	1
Miljö, metod och material	2
Det informellas villkor	4
Vårdtagarna	5
Självbestämmande	6
Grundläggande villkor för mötet	8
Arbetsuppgifter	9
Behovet av goda relationer	10
Det informellas beståndsdelar	10
Beskrivningar av informella relationer i tidigare forskning	11
Att utföra arbetet särskilt väl	13
”Det lilla extra”	13
Avsteg från formella regler	14
”Att stanna kvar en stund” och ”extrabesök” under arbetstid	15
”Att ställa upp” och ”att hälsa på” under fritid	16
”Att vara intresserad” av vårdtagaren	17
Beröring	18
”Att bjuda” och ”gåvor”	18
Att utpeka personal som ”speciella”	19
Att ge personal särskilda rättigheter	19
Informella benämningar på personal	19
Att berätta om sig själv	19
Att låta vårdtagare möta det egna privatlivet	20
När båda lämnar sina formella roller	20
Den asymmetriska informaliteten	21
Hur det informella används	21
Att uppnå formella mål	21
Som arena för egna känslor	23
Att uppnå syften i relation till organisationen	25
Sammanfattning och diskussion	26
Litteratur	30

Inledning

När vårdbiträden och undersköterskor inom hemtjänsten möter vårdtagare skapas vanligtvis en *formell relation*, vilken innebär att personalen intar en organisatoriskt definierad roll och utför officiellt sanktionerade arbetsuppgifter. Men ibland utvecklas en *informell relation* då personalen delvis lämnar den organisatoriskt definierade rollen och gör annat än de officiellt förväntade arbetsuppgifterna. Som exempel kan personal stanna kvar en stund extra hos vårdtagare, utföra arbetet särskilt väl och visa särskilt intresse för vårdtagarna och deras omständigheter.

Ofta upplevs de informella relationerna som önskvärda av både personal och vårdtagare. De förknippas med en god psykosocial arbetsmiljö och hög kvalitet på omsorgen. Men personal kan också uppleva dem som problematiska eftersom de kan innebära höga krav på emotionellt engagemang och arbetsinsatser. Därför diskuterar personalgrupperna ofta de informella relationerna. En ständigt återkommande fråga handlar om var gränserna för dem bör ligga.

Ofta ser även arbetsledare och andra beslutsfattare vinster med de informella relationerna. De kan innebära att personal anstränger särskilt sig för att ge en god omsorg. Samtidigt kan de upplevas som problematiska eftersom de kan innebära att omsorgens kvalitet varierar mellan olika vårdtagare och att personal ägnar tid och energi åt informellt arbete istället för officiellt förväntade arbetsuppgifter. De kan också upplevas som problematiska när personal, till följd av förhöjda krav på emotionellt engagemang och arbetsinsatser, upplever stress och blir frånvarande. Därför kan också arbetsledningen se sig föranledd att inleda diskussioner om var gränserna för de informella relationerna bör ligga och i vissa fall förhindra deras uppkomst.

Syften

Denna rapport undersöker olika aspekter av informella relationer mellan personal och vårdtagare inom den kommunalt organiserade hemtjänsten. Det första syftet är att undersöka vilka förhållanden som *gynnar* förekomsten av informella relationer. Det andra syftet är att *beskriva* de informella relationernas beståndsdelar. Det tredje syftet är att undersöka hur de informella relationerna *används* av personal för att uppnå olika syften. Avslutningsvis diskuteras vilka för- och nackdelar som förknippas med de informella relationerna samt hur nackdelarna kan motverkas. Observera att denna undersökning inte säger något om hur ofta de informella relationerna förekommer.

Miljö, metod och material

Empiriska data för denna undersökning insamlades inom ramen för ett forskningsprojekt om arbetsorganisation inom den kommunalt organiserade hemtjänsten i Skåne. Det syftade till att undersöka olika aspekter av den praktiska arbetsorganisationen inom personalgrupper bestående av undersköterskor och vårdbiträden. Det fokuserade hur personal förhandlar med varandra, med ledning och med vårdtagare om vilket arbete som ska utföras.

En viktig bakgrund är att personalen befinner sig *mellan* två verkligheter. Å ena sidan finns en omfattande politisk, administrativ och ideologisk styrning av arbetet. Å andra sidan möter personalen vårdtagare som lever under varierande omständigheter och med skilda behov. Därför behöver personalen förhålla sig både till den organisatoriska verkligheten och till vårdtagarnas vardag när arbetsinnehåll ska definieras. En följd av denna komplicerade situation är att personalen får ett ganska stort utrymme att *själv* bestämma innehållet i arbetet (Lipsky 1980, Barer 1992, Eustis m fl 1994, Johansson 1997, Twigg 2000, Leppänen 2006). Inom ramen för den övergripande undersökningen ställdes följande frågor: Hur tolkar personalen formella regler? Hur översätts reglerna till praktiskt handlande? Hur ”jämkas” reglerna mot de mångskiftande verkligheter personalen möter hos vårdtagarna? Hur skapar arbetsgrupperna egna normer när formella regler saknas?

Mot denna bakgrund valde jag att använda en kombination av kvalitativa metoder. Jag genomförde *deltagande observationer* av arbetet, både av möten där personal samordnade sitt arbete och deras möten med vårdtagare. Observationerna kompletterades med korta *kvalitativa intervjuer* med personal, vilka syftade till att blottlägga deras individuella förståelser av arbetet.

Empiriska data insamlades från och med mars 2002 till och med augusti 2003 under dagtid i tre olika grupper i tre kommuner i södra Sverige. Mellan åtta och tio vårdbiträden och undersköterskor arbetade i var och en av grupperna och de gjorde besök hos vårdtagare i ordinära boenden. Var och en hade fasta vårdtagare som de besökte och när någon var frånvarande delades vårdtagarna upp bland återstående personal.

Jag samlade också in data om hur personalen styrs formellt genom att kopiera olika dokument, till exempel anteckningsböcker, kalendrar, vårdtagarkort, biståndsbedömningar och skriftliga regler. Samtliga kopior avidentifierades. Jag genomförde även ljudinspelade intervjuer med personer som direkt styr personalens arbete. På den första arbetsplatsen intervjuade jag arbetsledaren, enhetschefen (två gånger), sektionschefen, en utvecklingsledare och en behovsbedömare. På den andra arbetsplatsen intervjuade jag enhetschefen (två gånger), en sjuksköterska, en arbetsterapeut och en behovsbedömare. På den tredje arbetsplatsen intervjuade jag enhetschefen, sektionschefen och en behovsbedömare.

Intervjuerna skrevs ut och ligger till grund för de beskrivningar som ges av organisationerna och deras medarbetare i denna text.

Det centrala forskningsredskapet i all kvalitativ forskning är forskaren själv (Hammersely & Atkinson 1995, Walsh 1998). I detta fall var det jag som formulerade problemet och forskningsstrategin, förhandlade om tillgång till det empiriska fältet, samlade in data, tolkade dem och skrev rapporterna. Resultaten som presenteras är ett resultat av en social process där mina för-förståelser mött och påverkats av informanternas sociala verkligheter (ibid). Därför är det relevant att beskriva egenskaper hos mig själv som har betydelse för tolkningarna som presenteras nedan. Jag har arbetat som sjukvårdsbiträde under cirka ett och ett halvt år, bland annat inom psykiatri och vid sjukhem. Min forskning har särskilt handlat om vårdpersonal och främst bestått av samtalsanalytiska undersökningar av social interaktion mellan primärvårdens sjuksköterskor och patienter. Empiriska data har bestått av intervjuer, observationer och ljud- och videoinspelningar (Leppänen 1998, 2002). Jag har också genomfört undersökningar av alternativa behandlingar och sjukdomsuppfattningar och då använt mig av kvalitativa intervjuer och observationer. Sammantaget har jag tidigare erfarenheter av forskningsmetoder och sammanhang som liknar det som undersöks här. Därför har jag kunnat vara mentalt förberedd för många aspekter av den verklighet jag skulle möta och hur jag skulle gå till väga metodiskt. Samtidigt var jag, när arbetet påbörjades, relativt okunnig om många delar av detta särskilda sammanhang, hemtjänsten.

Jag påbörjade datainsamlingen genom att kontakta enhetscheferna i respektive område. Samtliga var intresserade av att veta mer om undersökningen och vi bokade personliga möten så jag fick tillfälle att beskriva projektet ytterligare. Vid dessa möten berättade jag om projektet och gav dem ett skriftligt informationsblad, varefter jag intervjuade dem om hur hemtjänsten var organiserad. Jag frågade dem också om jag kunde få ”gå bredvid” någon av personalen under ett par dagar så jag kunde få tillfälle att beskriva mitt forskningsprojekt också för dem samt fråga om tillstånd att observera dem ytterligare. Dessutom kunde jag få möjlighet att avgöra om det var möjligt att skapa en tillräckligt tillitsfull relation till personalen, det vill säga att de mer eller mindre öppet kunde berätta om sitt arbete för mig. Enhetscheferna bad att få återkomma och efter ett par dagar fick jag namn och telefonnummer till personal som var villiga att låta mig ”gå bredvid”.

Under dessa första dagar presenterade jag mig själv och projektet för grupperna. Jag följde med i deras arbete, observerade och utförde en del arbetsuppgifter, till exempel städningar och hjälp med att bära matvaror. Var dag besökte vi mellan 10 och 20 vårdtagare. Besökens längd var mellan några få minuter och flera timmar. När vi kom till vårdtagarna presenterade personalen mig och min studie. Jag förde anteckningar öppet och skrev ner en stor mängd detaljer om vad som hände. I de fall personal eller vårdtagare undrade vad jag skrev läste jag upp

mina anteckningar för dem. Ofta skapade det en viss förundran över varför jag antecknade sådana ”banala” saker och ibland skrattade de igenkännande. I vissa fall upplevde jag att det hade varit ohövligt eller provocerande att föra anteckningar, till exempel när någon var i affekt eller de förde förtroliga samtal. I sådana fall summerade jag mina intryck först efter besöken. Observationerna handlade också om situationer i vilka vårdtagare inte var närvarande. Jag deltog vid frukostmöten, planeringsmöten och utbildningar. Jag åt också tillsammans med personalen och följde med dem under deras raster.

Personalen och vårdtagarna hade vana av att studenter ”gick bredvid”, vilket innebar att min roll kom att likna studentens. Öppet deklarerade jag min okunskap om arbetet inom hemtjänsten, vilket kan vara anledningen till att personalen gav mig tydliga instruktioner om förhållningssätt om hur jag skulle förhålla mig till vårdtagarna vid besök hos dem. Var gång vi skulle besöka en vårdtagare fick jag en kort resumé om sociala förhållanden, medicinska problem, relationen till personalen och vilken hjälp som skulle ges. Det var uppenbart att personalen var vana vid att förmedla dessa resuméer och att de användes för att skola in ny personal. De gav mig en god inblick i deras arbete och förståelse för deras upplevelser av relationer till vårdtagarna.

Dessutom ställde jag, fortlöpande i det dagliga arbetet, frågor om olika aspekter av deras arbete. Frågorna ställdes under naturliga luckor; efter besök hos vårdtagare, vid resor till eller ifrån vårdtagare, och under kaffepauser. Dessa frågor kom, genom att de ställdes i omedelbar anslutning till de händelser som de handlade om, leda till engagerade och utförliga svar. I många fall kommenterade de själva händelserna utan att jag behövde fråga. Jag föreställer mig att dessa situerade fältintervjuer gav en mer autentisk bild av personalens upplevelser än intervjuer genomförda vid senare tillfällen skulle ha gjort.

När jag hade genomfört de inledande dagarnas observationer bad jag personalen att fråga övrig personalen om jag kunde följa med också dem i deras arbete. Några dagar senare ringde jag dem och då visade sig att det fanns andra som gärna lät mig följa med. Det tolkar jag som att de upplevde att mitt beteende inte underminerade deras arbete med vårdtagarna och att jag inte spred information till andra om vad jag observerat. När jag sedan gjorde observationer med nästa gruppmedlem frågade jag nästföljande om jag kunde följa med. Totalt genomförde jag deltagande observationer med 14 undersköterskor och vårdbiträden under i genomsnitt tre dagar vardera. I sin helhet tillbringade jag mer än sex veckor i varje grupp.

Det informellas villkor

Det finns en rad förhållanden som gynnar uppkomsten av det informella. Nedan beskrivs hur vårdtagarnas hjälpbehov stiger med ökande ålder, vilket kan föranleda försök att informalisera relationen. Sedan visas hur organisationen av arbetet

inom hemtjänsten ger personal och vårdtagare en hög grad av självbestämmande avseende den konkreta utformningen av hjälpen, vilket också skapar utrymme för informalisering. Därefter beskrivs hur grundläggande villkor för mötet (att man träffas ofta, över lång tid, etcetera) och personalens arbetsuppgifter (ofta mycket intima) skapar behov hos både personal och vårdtagare av att etablera goda relationer.

Vårdtagarna

Vårdtagarna är en heterogen grupp. Bland dem finns drogmissbrukare, personer med multipla handikapp och komplicerade psykiska och fysiska sjukdomstillstånd samt människor som befinner sig i livets slutskede. Men en del har enstaka handikapp och är i övrigt fullt friska. Vissa av dem är yrkesverksamma. Det innebär att mängden och slagen av vård och omsorg varierar mellan vårdtagarna.

En stor andel av vårdtagarna är äldre människor, vilket innebär att merparten av den sociala omsorgen återspeglar de behov som åldrande människor har, nämligen praktiskt hjälp med städ, tvätt, inköp, påklädning, social aktivering, med mera.

År 2003, när empiriska data för denna undersökning insamlades, var ungefär 17 procent av Sveriges befolkning 65 år eller äldre och 5,3 procent (469 500) var 80 år eller äldre (Sveriges kommunförbund 2003). I åldersgruppen 65–79 år var det ungefär 3,5 procent som fick hemtjänst år 2002. I åldersgruppen 80–84 var det 13,2 procent som fick hemtjänst och bland dem som var 85 eller äldre var det 25,6 procent som fick hemtjänst under samma år. Antalet personer som var 65 år och äldre och fick kommunal hemtjänst var år 2002 drygt 125 000 (Socialstyrelsen 2007).

De äldre vårdtagarna befinner sig i en fas av livet då de allt mer riskerar att drabbas av fysisk och psykisk sjukdom. Agahi med flera (2005) sammanfattar några allmänna iakttagelser om samband mellan ålder och sjuklighet: Nästan hälften av alla ålderspensionärer har någon form av hjärt-kärlsjukdom. Två tredjedelar av alla de som drabbas av cancer och ungefär åtta av tio som får stroke är över 65 år. Risken att få diabetes typ 2 ökar med stigande ålder och ungefär två av tio som är över 80 år drabbade. Var tredje kvinna i åldern 70–79 har benskörhet. I åldersgruppen 95 och över är varannan drabbad av demenssjukdomar. Syn- och hörselnedsättningar är mycket vanligt förekommande, liksom inkontinens, rörelsehinder och värk. Ungefär 10–15 procent av de äldre har depressiva symtom och ungefär 5 procent lider av mycket svår depression (se även Folkhälsoinstitutet 1998 och Berleen 2003). Dessutom förändras det sociala nätverket vid pensioneringen och många förlorar kontakten med tidigare arbetskamrater. Ofta minskar förmågan att upprätthålla sociala relationer över tid. Med stigande ålder förlorar många sina vänner (Folkhälsoinstitutet 1998). Många upplever sorg över förlorade relationer och känner sig ensamma.

Sammantaget innebär det att äldre vårdtagare successivt förlorar olika grundläggande förmågor som är förknippade med att vara ”vuxen” och ”självständig.” Många upplever ett ökat *beroende* av personalens hjälp (Barer 1992, Twigg 2003). De hamnar i en situation där de tvingas blotta sig kroppsligt, psykiskt och socialt. De tvingas släppa in personalen allt mer i sina liv för att ta emot hjälp med olika grundläggande funktioner.

Detta beroende, oavsett om det är ett faktiskt beroende eller ett hot om framtida beroende, kan medföra olika förhållningssätt. Vissa vårdtagare kan nära förhoppningar om att de ska få bättre eller mer service genom att utveckla informella relationer till personalen. Kanske tänker de sig att en informalisering kan leda till att personalen känner sig *personligen ansvariga* för omhändertagandet av dem, vilket kan tillgodose önskingar om hög kvalitet på hjälpen.

Hos andra vårdtagare kan beroendet medföra en motsatt strävan, nämligen ett slags *motstånd* mot hjälpen. Det sammanhänger med att de kan uppleva ångest över att förlora olika förmågor och bli beroende av hemtjänstens hjälp (Twigg 2000). Motståndet blir ett motstånd mot förlusten av de förmågor vuxna medborgare normalt har, det vill säga mot att bli infantiliserade och att tvingas ta emot hjälp som ytterligare förstärker känslan av hjälplöshet (Twigg 2000, s 45). Motståndet blir ett försök att upprätthålla en känsla av självständighet; ”vuxenhet”: ”Clients struggle to resist the domination of workers and to maintain a fragile sense of self in the face of erosions of disability and age” (Twigg 2000, s 179) (se även Barer 1992). Motståndet mot hjälpen kan yttra sig i att vårdtagarna endast tar emot minimal hjälp, att de försöker upprätthålla den formella relationen till personalen och motarbetar eventuella försök till informalisering, och genom en allmänt motvillig inställning till att ta emot hjälp.

Motståndet kan föranleda ytterligare försök från personalens sida att informalisera relationen, att lära känna vårdtagaren och ”bygga upp ett förtroende” till denne. Ibland upplever personal en slags yrkesstolthet över att de lyckats övertala vårdtagare att ta emot hjälp som de först tackat nej till.

Självbestämmande

Den totala mängden personal inom den kommunala hemtjänsten uppgick år 2002 till 256 000 (Sveriges kommunförbund 2003). Antalet undersköterskor, vårdbiträden och utbildad personal var då 192 200 (ibid). Bland vårdbiträdena var det år 2001 endast 46 procent som hade gymnasial vård- och omsorgsutbildning (Socialstyrelsen 2007). Andelen undersköterskor med sådan utbildning var år 2001 något fler, 79 procent (ibid). År 2001 var mer än 90 procent av personalen kvinnor (ibid).

Den kommunala hemtjänsten är föremål för en omfattande styrning som är politisk, ekonomisk och ideologisk. Motiveringar för den handlar om rättssäkerhet, optimalt resursutnyttjande och att uppnå grundläggande målsättningar med

arbetet, till exempel en viss kvalitet på den sociala omsorgen. I det följande visas hur styrningen lämnar delar av arbetet oreglerat. Det skapas en frizon där personalen har ett relativt stort självbestämmande och inom vilket det informella kan frodas.

Det finns en lång rad nationella normer som styr äldreomsorgen. Det finns en statlig reglering av den kommunala hemtjänsten där det viktigaste inslaget är socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Den ger Sveriges 290 kommuner ansvaret för att tillhandahålla social hemtjänst till sina invånare (Sveriges kommunförbund 2003). Den säger att varje kommun är ansvarig för att ha en nämnd som ansvarar för socialtjänsten inom kommunens område och att dess uppgift är att ”svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det” (SFS 2001:453, kap 3, §1). (Förutom denna paragraf, finns en rad andra som reglerar hemtjänstens verksamhet.) Dock är socialtjänstlagen ganska oprecis eftersom den inte säger exakt vad som ska kvalificera medborgarna till att få tjänsterna, vilka tjänster som ska levereras eller hur det skall ske. Snarare anger den allmänna mål. Besluten om detaljerna överläts till de kommunala nämnderna. Förutom socialtjänstlagen har kommunerna också att förhålla sig till andra statliga lagar och normer som påverkar arbetet inom hemtjänsten, till exempel lagstiftning om arbetsmiljö och journalhantering samt likställighetsprincipen (som innebär att ingen medborgare får särbehandlas om det inte finns objektiva grunder för det).

I många kommuner finansieras och utförs den sociala hemtjänsten av kommunerna själva medan andra kommuner valt att köpa den helt eller delvis av privata företag. De grupper som ingick i denna undersökning var både finansierade och organiserade av kommunerna själva.

Förutom den sociala hemtjänsten är kommunerna betalningsansvariga för den medicinska vården av patienter som är medicinskt färdigbehandlade inom landstingens akutsjukvård (Sveriges kommunförbund 2003). Kommunerna har därför sjuksköterskor och annan medicinsk personal som förser patienter i ordinära och särskilda boenden med omsorg och medicinska insatser. Ofta är den medicinska omsorgen och vården inlemmad med hemtjänstorganisationerna, vilket var fallet i de kommuner som här undersöktes.

De mer preciserade normerna utformas inom kommunerna. De viktigaste dokumenten är biståndsbesluten. I de flesta kommuner finns särskilda tjänstemän som intervjuar vårdtagarna, varefter de fattar beslut om vilken omsorg de ska er hålla. Biståndsbedömarna skickar sedan skriftliga uppdrag till organisationerna som ska utföra hemtjänsten. Kommunerna som ingick i denna studie hade ett system där olika ekonomisk ersättning knöts till olika hjälpnivåer. I en av dem rangordnades vårdtagarnas bistånd i fem olika nivåer, från noll till fyra. Vårdsnivå noll motsvarade ”telefonservice, trygghetslarm” medan nivå ett motsvarade ”städning, mattjänst, tvätt, inköp”, nivå två ”personlig hygien”, nivå tre ”på- och avklädning” och nivå fyra ”födointag”, toalettbesök, förflyttning”. Det fanns

yttre två vårdnivåer, fem och sex, men de berörde inte hemtjänsten eftersom de innebar att vårdtagarna flyttades till särskilda boenden. Insatserna kunde specificeras med korta anteckningar, till exempel ”personlig hygien, dusch 1 g/v”, ”städning var 14:e dag” eller ”promenader”.

Förutom biståndsbedömningarna styrs arbetet också direkt inom de utförande organisationerna. Det finns en formell ledning som styr arbetets innehåll genom skriftliga regler, handledning och observation av arbetet. Ibland finns en formell gruppleddare i arbetslaget som kan ha i uppgift att ansvara för schemaläggning, informationsspridning, leda gruppmöten, ansvara för inkommande telefonsamtal och hantera kontakter med överordnad chef, behovsbedömare och medicinska professionella (vilket var fallet i de arbetslag som deltog i denna undersökning).

En viktig iakttagelse är att normerna är förhållandevis *oprecisa*. En ”städning” eller ett ”födointag” kan betyda olika saker och det lämnas utrymme för personal och vårdtagare att skapa egna överenskommelser. En annan viktig iakttagelse är att normerna särskilt betonar de *manuella arbetsuppgifterna*, till exempel inköp, städ och hjälp med personlig hygien. Det arbete som kallas ”socialt” och ”existentiellt” (se nedan) lämnas i hög grad *opreciserat*. En viktig anledning är att många aspekter av arbetet svårligen låter sig kortfattat beskrivas i offentliga dokument. Vårdtagarna har varierande fysiska och psykiska tillstånd och personliga preferenser samt lever under olika omständigheter som svårligen låter sig sammanfattas i typfall. Det betyder att personalen behöver kunna mediera mellan organisationens och klientens verkligheter. De får en hög grad av *självbestämmande*, vilket alltså yttrar sig i de *oprecisa* beskrivningarna av arbetet (Barer 1992, Twigg 2000, Lipsky 1980, Johansson 1997, Leppänen 2006, Eustis m fl 1994). Detta självbestämmande ger handlingsfrihet och skapar därmed utrymme för uppkomst av det informella.

Det pågår en fortlöpande diskussion inom många kommuner om hur man mer detaljerat kan beskriva och styra hemtjänstarbetet. Motiv som anges brukar handla om styrbarhet, kostnadseffektivitet och rättssäkerhet, men även om personalens psykosociala arbetsmiljö. Personalen sägs då vara i behov av mer preciserade behovsbedömningar så att de inte hamnar i tids- och samvetsnöd eller upplever osäkerhet om hur mycket eller vad som ska göras.

Grundläggande villkor för mötet

Det finns en rad grundläggande villkor för mötet, vilka skapar ett behov av att ha en ”god” relation: Personal och vårdtagare träffas *regelbundet*, vanligtvis varje vecka. Personal träffar många vårdtagare *ofta*, ibland flera gånger om dagen. Relationen är ofta *långvarig* och kan sträcka sig över årtionden. Dessutom utförs arbetet *i vårdtagarnas hem*, vårdtagarens privata område som de bestämmer över och som ger dem en maktresurs (Twigg 2000). Vidare är personal ofta *ensam* med vårdtagarna när de utför arbetet (Barer 1992, Eustis m fl 1994). Arbetet är

ofta också *intimt*. Personal gör saker som under många andra omständigheter skulle bli betraktade som överträdelser av den andres personliga integritet, till exempel vid hjälp med toalettbesök (Barer 1992, Twigg 2000, 2003).

Dessutom är personal och vårdtagare i hög utsträckning *låsta* till varandra. Om det uppstår konflikter kan relationen inte alltid avslutas snabbt och enkelt, vilket man kan göra i vissa andra organisationer (Emerson m fl 1983). Kommunen är, å ena sidan, skyldig att tillhandahålla vård och omsorg till vårdtagaren. Vårdtagaren har, å andra sidan, sällan möjlighet att erhålla hemtjänst från andra leverantörer. De kan klaga hos ledningen och få den aktuella personalen utbytt mot någon annan, men blir ofta tvungna att möta annan personal ur samma arbetslag.

Arbetsuppgifter

En av personalens viktigaste arbetsuppgifter består av att ge vårdtagarna *praktisk hjälp*, vilket tar det mesta av deras tid (Szebehely 1995, Gustafsson 1999, Astvik m fl 2001). Den praktiska hjälpen består av vardagligt *hushållsarbete*, till exempel att dammsuga golv, torka damm, diska, tvätta, laga mat, bära ut sopor, handla mat, utföra ärenden på bank eller apotek, byta gardiner eller batterier i hörapparater. Den praktiska hjälpen kan också vara riktad mot *vårdtagarnas kroppar* och bestå av till exempel påklädning, bad, tandborstning, insmörjning, blöjbyte, toalettbesök och matning.

Personalen ger också olika former av *social hjälp*. Den kan bestå av småprat med vårdtagare eller uppmuntran om att upprätthålla ett aktivt socialt liv, till exempel genom att underlätta deltagande i föreningsliv. Arbetet kan också bestå av *existentiell hjälp* som när personal pratar med vårdtagare om deras bekymmer eller fungerar som en mellanhand till andra personer och organisationer som erbjuder sådan hjälp. Den sociala och existentiella hjälpen kan både vara en formell arbetsuppgift, det vill säga något som beslutats inom organisationen, eller informell, det vill säga något personalen utför utan att den är officiellt sanktionerad.

Personalens arbete består också av *medicinska arbetsuppgifter*. De hjälper vårdtagare att ta mediciner och mäter blodtryck och blodsockernivåer. Detta arbete sker under överinseende av sjuksköterskor.

Ofta är det svårt att skilja de olika formerna av hjälp från varandra. Samtidigt som personal lagar frukost eller hjälper en vårdtagare med frukost kan de ventilera något bekymmer eller småprata om väder och vind, vad som står i tidningen eller gårdagens teveprogram. I dessa situationer kan personalen också försöka motivera vårdtagare att skapa eller upprätthålla sociala relationer.

Förutom dessa vårdtagarorienterade arbetsuppgifter utför personalen olika *administrativa arbetsuppgifter*, till exempel att delta i möten och att utföra

diverse pappersarbete. De ägnar också tid åt *resor* mellan grupplokalen och vårdtagarnas hem.

En annan viktig arbetsuppgift består av att *prata om klienterna* och deras omständigheter med annan personal. De uppdaterar varandra om vad som hänt med vårdtagare, vad de gjort hemma hos dem och vad som behöver göras. Detta koordineringsarbete upptar en betydande del av personalens tid och utförs då och då under arbetsdagarna, till exempel vid morgonmöten, kaffepauser, rökpauser ute på gatan och när de träffas hemma hos vårdtagare.

Behovet av goda relationer

Sammantaget ser vi att både personal och vårdtagare har anledningar att upprätthålla sociala relationer som gör det möjligt att utföra arbetet utan att parterna känner sig förnedrade eller kränkta (se även Aronson & Neysmith 1996, Neysmith & Aronson 1996, Larsson 1996, Ingvad & Olsson 1999, Twigg 2000).

I tidigare undersökningar ger vårdtagare uttryck för ett behov av goda relationer till personalen (Eustis & Fisher 1991, Barer 1992, Eustis m fl 1994, Kane m fl 1991, Olsson & Ingvad 2001). Personal säger ofta att goda relationer ökar deras arbetsglädje (Brun m fl 1984, Eustis & Fisher 1991, Eustis m fl 1994, Astvik & Aronsson 1994, Furåker & Mossberg 1997). Personal säger också ofta att de får ett betydande socialt stöd från vårdtagarna (Thulin 1987, s 96, Jönsson m fl 2003). Goda relationer kan också öka personalens vilja att stanna kvar inom yrket (Brun m fl 1984, Jönsson m fl 2003) och deras faktiska förmåga att göra det (Aronsson m fl 1998).

Detta innebär att en central del av personalens arbete består av att hantera de känslor som uppkommer hos dem själva och vårdtagarna i anslutning till arbetets genomförande. Arbetet inom hemtjänsten är i hög grad ett ”känslorarbete” (Hochschild 1983, Fineman 1993). Waerness (1983) beskriver arbetet inom hemtjänsten som bestående av att ”sörja för” (att hjälpa) och ”sörja med” (medkänsla). Unger-son (1983) beskriver arbetet som ”caring for” (sörja för; att tillfredställa behov) och ”caring about” (att bry sig om; ett mer långsiktigt åtagande som inbegriper engagemang). En rad andra forskare har på liknande sätt beskrivit dessa beståndsdelar i hemtjänstpersonalens arbete (Kaye 1986, Parker & Lawton 1990, Eustis & Fisher 1991, Barer 1992, James 1992, Parker 1992, Eustis m fl 1993, Davies 1996, Aronson & Neysmith 1996, Neysmith & Aronson 1996, Fahlström 1999, Gustafsson 1999, Eliasson 2000, Astvik 2000, 2003, Ellström m fl 2003, Leppänen 2006).

Det informellas beståndsdelar

I det följande redogörs för tidigare beskrivningar av informella relationer varefter mina egna iakttagelser presenteras.

Beskrivningar av informella relationer i tidigare forskning

Under de senaste trettio åren har det genomförts en stor mängd undersökningar om personal inom hemtjänsten (Nordiska ministerrådet 2005). En stor del berör relationer mellan personal och vårdtagare och i många har man använt kvalitativa metoder. Även om flera av dem använder metoder som liknar de som används i denna och handlar om samma del av verkligheten, relationer mellan personal och vårdtagare, fokuseras ofta inte dimensionen formalitet-informalitet. Dock finns det några undantag.

Eustis och Fisher (1991) genomförde en undersökning i USA om hur personal och vårdtagare inom hemtjänsten upplevde relationerna. De gjorde kvalitativa intervjuer med 54 vårdtagare och deras personal. Det övergripande syftet var att undersöka deras upplevelser av vad som är hög kvalitet i omsorgen.

Eustis och Fisher (ibid) avrapporterar sina resultat relativt kortfattat, på några få sidor, men deras iakttagelser ger ändå ett visst jämförelsematerial till denna undersökning. De beskriver hur relationen kan innebära olika grad av *engagemang*. För det första beskriver de hur personal utförde *extra arbete*. Två tredjedelar av vårdtagarna uppgav att personal utförde mer än vad som officiellt förväntades av dem och en fjärdedel sade att personal ibland eller ofta stannar en stund extra hos dem. I de exempel som ges beskrivs hur personal tar med godsaker och blommor till vårdtagare, ringer till dem eller gör inköp till dem under sin fritid. För det andra kunde personal och vårdtagare etablera en *kamratlig* relation som innebar att de småpratade, spelade kort, åt lunch och såg på film tillsammans. För det tredje kunde personal och vårdtagare *bli involverade* i varandras liv på mer omfattande sätt. Personalen kunde få inblick i vårdtagarnas bekymmer och familjerelationer. De kunde bli involverade i hur vårdtagarna använde sina pengar och de kunde etablera känslomässiga band till dem.

I en annan undersökning, baserad på 30 kvalitativa intervjuer med personal inom hemtjänsten i Kanada, gjorde Aronson och Neysmith (1996) liknande iakttagelser. Det övergripande syftet med deras undersökning var att undersöka om och hur personalens förståelser av vad de gör i sitt arbete står i strid med de beskrivningar som ges av politiker och finansiärer. Även Aronson och Neysmith (ibid) redovisar en begränsad mängd empiriska data. I deras undersökning beskrev relationerna till vårdtagarna som *vänskapliga* och familjära. De beskrev också hur de ägnade *extra tid* åt vårdtagarna och gjorde *mer* och *annat* än officiellt förväntat. De klippte gräsmattor, satt och pratade med vårdtagarna, ringde dem under sin fritid och köpte presenter till dem.

En svensk undersökning, baserad på kvalitativa intervjuer med 58 vårdtagare och deras vårdbiträden, gör en indelning i sex olika typer av omsorgsrelationer (Gustafsson 1999). För det första beskrivs en "uppgiftsorienterad relation" där betoningen ligger på att de praktiska sysslorna ska bli utförda. För det andra en "ömsesidigt vänskaplig relation" där betoningen ligger både på de praktiska

sysslorna och vänskapen. I denna typ av relation umgås personal med vårdtagare, utför extra arbete och parterna utpekar varandra som icke utbytbara. För det tredje urskiljs en ”stödande och social omsorgsrelation” som karakteriseras av att vårdbiträdet gör visst praktiskt arbete enligt biståndsbeslutet. Men arbetet syftar också till att ge vårdtagaren stöd att klara sin egen vardag. Vårdtagarna består ofta av psykiskt sjuka, dementa eller missbrukare. För det fjärde beskrivs en ”samtalsorienterad relation” som till skillnad från den vänskapliga relationen inte är ömsesidig eftersom personalen inte upplever relationen som vänskaplig. Till skillnad från den stödande relationen, karakteriseras den av att vårdtagarna klarar många vardagssysslor själva. Samtalet syftar till att stödja vårdtagaren att själv klara sitt vardagliga liv. För det femte en ”obalanserad men praktisk-social omsorgsrelation” där vårdtagaren tycker om personalen men personalen har blandade känslor för vårdtagaren. För det sjätte en ”oförstående omsorgsrelation” som karakteriseras av oenighet, misstro och i vissa fall öppen konflikt.

Även om Gustafsson inte strukturerar sin framställning i enlighet med dimensionen formalitet-informalitet, görs en rad iakttagelser om informella relationer. Den mest informella relationen är ”den ömsesidigt vänskapliga”, eftersom både vårdbiträde och vårdtagare i dem benämner varandra som vänner eller använder benämningar som i används på familjemedlemmar. I dessa relationer kan vårdtagare be personal om extra arbetsuppgifter och personal utför också sådana frivilligt. De kan sitta ner och dricka kaffe, röka och småprata tillsammans.

Men det informella återfinns också i andra av de beskrivna relationstyperna – i ”den stödande och sociala”, ”den samtalsorienterade” och ”den obalanserade men praktisk-sociala”. Men i dessa fall *används* informaliteten av personal för att uppnå olika syften i samspelet, till exempel när personal ”lirkar” med vårdtagare för att förmå dem att göra saker själva.

Det finns en rad andra kvalitativa forskningsrapporter som, i likhet med Gustafssons (ibid), beskriver relationer mellan personal och vårdtagare med där fokus inte legat på dimensionen formalitet-informalitet. De återger en lång rad intervjuer och iakttagelser som kan tolkas i termer av formalitet-informalitet. Därför är de en rik källa att ösa ur och kompletterar mina egna data (se till exempel Brun m fl 1984, Thulin 1987, Qureshi 1990, Braithwaite 1990, Barer 1992, Lee Treweek 1996, Fahlström 1999, Nordiska ministerrådet 2005). I det följande presenteras både observationer från denna undersökning och iakttagelser och intervjuer hämtade från dessa andra undersökningar. De visar att fenomenet har iakttagits av andra forskare och uppenbarligen är vanligt förekommande.

I det följande beskrivs olika delar av de informella relationerna. Beskrivningarna kan inte med säkerhet uttala sig om den faktiska *informaliseringsprocessen*. Den kartlägger inte hur aktörerna med konkreta handlingar närmar eller fjärnar sig från en informell relation. Den visar inte hur aktörer, uttalat eller uttalat, föreslår för varandra att relationen ska informella och hur den

successivt informaliseras allt mer. För en sådan undersökning skulle man behöva genomföra återkommande intervjuer och observationer med vårdtagare och personal under förhållandevis lång tid, från deras inledande kontakter fram till att relationen informaliseras. Följande beskrivning är mer begränsad och fokuserar det informellas *beståndsdelar*. Först presenteras de ”minst informella” slagen av informalitet och sedan de ”mer informella”. Därigenom kan texten också läsas som en *hypotetisk* beskrivning av informaliseringsprocesser.

Att utföra arbetet särskilt väl

Det är uppenbart att personal ibland anstränger sig för att utföra det praktiska arbetet särskilt väl. Ett exempel är när personal ska städa. Jag kunde iaktta att personal som dammar bokhyllor ofta inte flyttar på fotografier och andra prydnadsföremål, vilket i sin tur betyder att det lämnas dammiga områden kvar omkring dem. Men ibland kunde jag se att personal lyfte på saker och dammade under dem. Ett annat exempel är när personal handlar mat till vårdtagarna. Jag kunde se att de ofta besöker närmaste affär och lägger första bästa matpaket i shoppingkorgen. Men det finns också personal som tar en extra titt på sista förbrukningsdag och, när den är nära förestående, väljer att gå in i en annan affär för att köpa mjölk. De utför då arbetet särskilt väl.

”Det lilla extra”

Det händer också att personal gör annat än det som förväntas av dem formellt. Ett exempel är när personal dukar till måltider. Många gör rutinmässiga ”vardagsdukingar” och använder samma porslin vid varje tillfälle. Men jag såg att det finns personal som ibland dukar med finporslin, till exempel vid högtidsdagar. Det finns också personal som, när de har tid över, inventerar linneskåp och dukar med matchande dukar. Ibland händer det att personal plockar blommor och ställer fram dem i en vas på middagsbordet.

Ett annat exempel på när personal gör mer än förväntat är när de anstränger sig extra för att upprätthålla vårdtagarens personliga fasad. Jag kunde se att personal ofta upprätthåller en slags miniminivå när det gäller personlig hygien och klädsel. De använder samma kläder om och om igen. Men det finns också personal som anstränger sig extra för att vårdtagarna ska ha rena kläder på sig, regelbundet få nya kläder inköpta, ha rena klippta naglar, vara välrakade och välfriserade. I en tidigare undersökning säger ett vårdbiträde att det kan skänka en viss tillfredställelse:

”... som nu på kvinnor, att man kan göra dem snygga i håret, man duschar dem och klär på dem rena och snygga kläder ... piffa till dem lite grand och tycka att de är fina, och det är väldigt trevligt. Och de ser sig i spegeln och tycker: – Javisst, det blev ju bra, jag blev ju snyggare, och sådär kan de

säga. Och det är väldigt roligt och få dem på gott humör” (Ingvad & Olsson 1999, s 12).

När personal utför arbete särskilt väl eller gör ”det lilla extra” bryter de inte mot organisationens skriftliga eller muntliga regler om arbetets innehåll. Tvärtom kan de fungera som ”goda exempel” på hur omsorgen bör fungera. Men samtidigt gör de avsteg från den gängse standarden på omsorgen. Därigenom markerar de för vårdtagaren att de bryr sig särskilt mycket om denne.

Avsteg från formella regler

Ibland gör personal avsteg från formella regler om vad eller hur mycket de ska göra. De kan dammsuga vid andra tillfällen än de formellt beslutade eller göra inköp oftare än vad som bestämts.

När de gör avsteg från formella regler behöver de bedöma vilken risk det finns att vårdtagaren kan vända deras avsteg emot dem själva. En del vårdtagare är medvetna om vad som ingår i hjälpnormen och vad som är avsteg, vilket också visats i en tidigare undersökning:

”Beth putsar fönster fast hon inte får det men grannen matar duvorna så mina fönster blir så smutsiga och jag sitter hela dagen och tittar ut genom fönstret ... Hon skakar mina mattor utanför, det får hon nog inte. Förr så hängde de ut dem och piskade dem. Hon gör det någon gång ibland också, fast hon inte får” (Gustafsson 1999, s 136).

I denna situation behöver personalen ställa sig följande frågor: Kommer vårdtagaren att berätta för övrig personal och ledning att avsteg görs? Kommer vårdtagaren kräva än mer hjälp? Kan det leda till en slags utpressning?

Personalen behöver också förhålla sig till vad den övriga personalen anser när de gör avsteg. Ett sätt är att fråga arbetsledare, biståndsbedömare eller de andra vårdbiträdena och undersköterskorna om vad de anser. I bästa fall kan avstegen sanktioneras.

Ett sätt att göra avstegen acceptabla är genom att omdefiniera dem, vilket uttrycks av personal i en tidigare undersökning:

”... en del tar det där bokstavligt, vi får inte baka och dom bakar inte ... men jag har hört att man får baka som terapi. Jag har en farbror som har blivit änkling precis efter jul. Jag sätter honom vid köksbordet, han får sprida formar och så bakar vi muffins, terapibakar” (Fahlström 1999, s 46).

I detta exempel omdefinieras den manuella arbetsuppgiften ”bakning” (som inte ingår i biståndsbedömningen) till ”terapi” som är en aktivitet som ingår i det psykosociala arbetet. Därigenom blir baket legitimt.

Ibland händer att personalens avsteg blir ifrågasatta inom organisationen. Ett exempel var när ett vårdbiträde blev upplyst av en vårdtagare om att en annan av

personalen hade lyft undan mattorna och dammtorkat under dem när denne städade. Eftersom det stred mot normen att lyfta på mattorna uppstod diskussioner vid nästföljande gruppmöte. Ett annat exempel var när ett vårdbiträde hade dammtorkat ”över axelhöjd”, vilket också var utanför normen. Den övriga personalen hävdade då att det fanns formella regler, som fick stöd av Arbetsmiljöverkets föreskrifter (vilket undertecknad inte undersökt om de stämmer) om att man inte skulle torka över axelhöjd. Ett tredje exempel var när ett vårdbiträde frivilligt hade städlat en trerumslägenhet. Övrig personal, med stöd av enhetschefen, hävdade att normen anger att man endast ska städa två rum och kök. De sade att vårdtagarna, om de vill få ett tredje rum städlat, får anlita städfirma och bekosta det själv.

”Att stanna kvar en stund” och ”extrabesök” under arbetstid

Ett annat slags avsteg sker när personal, under arbetstid, stannar kvar längre hos vårdtagare än de formella reglerna anger. Ibland kunde jag se att personal stannade kvar en stund för att ägna extra omsorg åt någon vårdtagares morgontoilett eller för att småprata. I följande citat, hämtat ur en studie om personal i hemsjukvård och hemtjänst, uttrycker en intervjuperson hur detta kan glädja vårdtagarna och, därigenom, också dem själva:

”Man hinner inte färdigt riktigt, man skulle behöva sitta och då blir det ju ofta man sitter över ändå ... är man så här ofta hos dem som man är då blir man nästan litet bekant med dem och då stannar man en liten stund för egen skull också ... Man märker när man kommer så där, ja obestämt dyker upp, då ser man det i ögonen på dem att de blir glada” (Fahlström 1999, s 57).

En liknande typ av avsteg sker när personal, då de har en stund över, besöker en vårdtagare utan att ha någon formellt bestämd arbetsuppgift att utföra. Ett exempel var ett vårdbiträde som vissa veckodagar köpte kvällstidningar till en vårdtagare och levererade dem när denne fick en stund över.

När personal stannar kvar en stund eller gör extrabesök kan det möta starka reaktioner från ledning och arbetslag, särskilt när det medför att andra arbetsuppgifter åsidosätts. Men även om så inte är fallet kan reaktionerna bli starka. I en av de undersökta kommunerna uttalade sig en högt uppsatt chef inom äldreomsorgen i lokalpressen om att det är oacceptabelt att de kommunala resurserna ägnas åt ”småprat vid kaffebordet”. Om detta sa en undersköterska:

”Det känns hemskt att vi inte får sitta ner och prata med dem när de äter om vi har 10 minuter över, men politikerna har ju sagt att skattebetalarnas pengar inte får användas till att dricka kaffe och skvallra.”

En annan ansåg att arbetet under senare år allt mer fokuserats på att leverera praktisk hjälp: ”Det känns som man är en brevbärare, man kastar in lite post här

och lite post där” (visar med armarna hur hon kastar) (se även Freed Solfeldt 1995, Neysmith & Aronson 1996, Aronson & Neysmith 1996).

Genom att personal bryter mot regler markerar de för vårdtagare att deras möten ”inte bara är frågan om arbete.” Att bryta mot reglerna blir en metod att visa att ”man bryr sig” mer om vårdtagaren än som ett föremål för formellt definierat arbete. Regelbrottet blir ett sätt att informalisera relationen.

”Att ställa upp” och ”att hälsa på” under fritid

Det finns också personal som ägnar sin fritid åt vårdtagarna. Det kan ske genom att de stannar kvar efter arbetstidens slut eller besöker dem under sin fritid.

Ofta definieras dessa besök som att de ”ställer upp.” Detta ”fritidsarbete” kan bestå av att personal ”i förbifarten” gör något åt vårdtagaren. Ett exempel var en undersköterska som, när hon gjorde sina privata inköp av livsmedel, ”passade på” att ringa till en vårdtagare och fråga om han ville ha tobak eller kvällstidningar. I en annan studie beskriver en intervjuperson hur hon ”ställde upp” och hjälpte den övriga personalen under sin fritid:

”... det krävs att man är två för att få med NN i bilen, förklarade Martina, så då har jag ställt upp någon gång också och följt med [på en utflykt]. Det har varit på fritid, det är roligt” (Fahlström 1999, s 57) (se även Gustafsson 1999, s 142).

Fritidsarbetet kunde också utföras i det egna hemmet, vilket också observerats i tidigare undersökningar:

”Marianne gör ytterligare en sak som inte ’märks’ och det är att hon lagar maten åt Knut. Han tycker inte om den färdigköpta maten som levereras i aluminiumformar och äter knappt när han får sån mat. Därför gör Marianne varje kväll i ordning matlåda åt Knut. Det är egentligen inte så mycket extra besvär, eftersom de alltid äter middag i familjen men för Knut är det både billigare och mycket uppskattat. Hon hälsar på honom då och då, utanför arbetstid” (Freed Solfeldt 1995, s 116).

I detta citat ser vi att fritidsbesöken också kan definieras som att personalen ”hälsar på” hos vårdtagaren. Detta ”hälsa på” är en benämning som ofta används för en mer ”privat” relation till skillnad från ”att ställa upp” eller ”jobba” under sin fritid. I en annan undersökning sägs följande:

”Ett vårdbiträde berättade att hon brukade gå hem till en hjälptagare på fritiden och hälsa på. Hon kunde ha med sig en blomma någon gång, och det hände att hon lade upp håret på hjälptagaren. Men vårdbiträdet märkte att gruppen reagerade negativt på hennes besök, mest genom antydningar” (Svensson 1986, s 142).

”Att vara intresserad” av vårdtagaren

Det är tydligt att personal i varierande utsträckning intresserar sig för vårdtagarnas personer och omständigheter. Samtidigt som det finns personal som är fokuserade på att endast utföra det formellt definierade arbetet så finns det personal som intresserar sig för vårdtagarna på ett fördjupat sätt.

Ett sätt att intressera sig för vårdtagarna är att vara observant. Ibland var det tydligt att personal saknade elementär kunskap om vårdtagarna, trots att de besökt dem under flera års tid. Vid ett besök hos en äldre dement man kunde jag iakttä de fotografier som hängde på väggarna i hans hall. Där såg jag att han hade ett förflutet som politiskt aktiv och hade träffat många högt uppsatta politiker – både nationellt och internationellt. När jag frågade vårdbiträdet om denna man visade det sig att hon inte uppfattat att hans politiska karriär varit en viktig del av hans liv. Hon hade också en oklar bild av hans sociala relationer, till exempel vilka personer hans familj bestod av. För mig framstod det som märkligt att hon inte hade lagt märke till alla fotografierna i hans hall, som hon passerat flera gånger varje vecka under många års tid.

Ett annat sätt att intressera sig är genom att lyssna. Naturligtvis lyssnar personal på vårdtagarnas instrumentella prat, det vill säga det som är av relevans för hur arbetet ska utföras. Det kan vara frågan om instruktioner om vad som ska köpas i affären, vilken mat de önskar eller hur bostaden ska städas. När det gäller mer sociabelt prat om levnadshistorier, sociala nätverk och vardagliga bekymmer, är det uppenbart att personalens intresse varierar. Det finns personal som är uppenbart ointresserade av vårdtagarnas försök till sociabel konversation. De kan lyssna, yttra uppbackningar som ”ja”, ”jaha”, ”jasså” och ”mm-hm” men utan att aktivt föra samtalsämnen vidare. Men det finns också personal som lyssnar mer aktivt och för samtalen vidare genom att yttra emotionellt laddade utrop och berättelser om egna erfarenheter. De släpper fram vårdtagarnas personliga förhållningssätt genom att aktivt intressera sig för dem.

Det finns också personal som aktivt söker information om vårdtagarnas personer, omständigheter och upplevelser, vilket kan signalera att de är beredda att informalisera relationen ytterligare.

Det aktiva lyssnandet och informationssökandet har också andra funktioner, varav en är att bekräfta vårdtagarens person, omständigheter och perspektiv. Personalen visar då att vårdtagarens yttranden tas på allvar och att personalen är beredd att bemöta vårdtagaren som social individ med egna ställningstaganden. En annan effekt av den aktiva hållningen är att den alltid yppar ett eller annat förhållningssätt till det vårdtagaren säger. Vårdtagarens perspektiv blir då brutet mot det som personalen yppar. Denna brytning kan bestå av att personalen håller med, inte håller med, visar uppskattning, yppar beröm, skepsis eller något annat förhållningssätt. Oavsett vilket så blir vårdtagaren bekräftad som en individ vars ställningstagande är socialt meningsfulla.

Beröring

En del av arbetet inom hemtjänsten består, som ovan nämnts, av att ge praktisk hjälp som riktas mot vårdtagarnas kroppar, till exempel påklädning, bad och matning. Denna hjälp kan, å ena sidan, ges på ett avskalat sätt och beröringarna begränsas till att på de mest effektiva sätten uppnå målen med aktiviteterna. Å andra sidan kan personalen utföra arbetet på ett sensuellt sätt. De kan, när håret tvättas, schamponera skalpen med mjuka masserande rörelser varefter det långsamt sköljs och omsorgsfullt torkas för att sedan läggas upp. När de ska hjälpa vårdtagare ta på strumpor kan de dröja kvar med handen på foten under ett kort ögonblick. När de byter blöja kan de i förbifarten smeka höften lätt.

Men förutom dessa beröringar, vilka sker ”i förbifarten”, händer det också att personal mer aktivt tar på vårdtagare. Jag kunde se hur personal kramade, höll i handen och pussade på kinden. I en tidigare undersökning berättar ett vårdbiträde följande:

”När vi kommer tillbaka från promenaden går han alltid och byter om och tar på sig badbyxor och så hjälper jag honom att duscha. Framförallt är det på fötterna och ryggen han behöver hjälp med. Jag hjälper honom litet extra för det märks så tydligt att det är kroppskontakt som han vill ha, mer än hjälp med dusch. Efter duschningen smörjer jag hans ben och fötter. Det är i den personliga kroppskontakten som jag ger honom något som han inte kan få av någon annan. Är jag borta så är det ingen annan som duschar honom och med dottern har han inte kroppskontakt på det viset. Det tycks vara det allra väsentligaste för honom. Vi har också en ritual då vi alltid dricker kaffe tillsammans och då vill han sitta så att han kan hålla mig i handen hela tiden och klappa den. Han kysser mig på handen också. Det gäller hela tiden att balansera mellan var jag kan tillåta i kroppskontakt och var gränsen för närgångenhet går” (Gustafsson 1999, s 160).

”Att bjuda” och ”gåvor”

Ovanstående beskrivningar handlar i hög utsträckning om personalens handlande i vårdtagarens sfär. Ett sätt för vårdtagare att informalisera relationen är genom ”att bjuda” på något. Ofta handlar detta bjudande om kaffe, the, kakor eller söt-saker, men det kan också bestå av att vårdtagare låter personalen hugga en julgran i deras skog eller att de har anhöriga som kan hjälpa personalen med något. Informaliseringen kan också bestå av att vårdtagare ger personalen *gåvor*, vilket studier genomförda under 1980-talet visade var vanligt (Lundberg 1986, Svensson 1986).

Att utpeka personal som ”speciella”

Vårdtagare kan också informalisera relationen genom att endast låta vissa utvalda bland personalen utföra vissa arbetsuppgifter. Många av personalen sa att det var vanligt att vårdtagarna hade vissa utvalda som fick hjälpa dem med de mest intima sakerna, till exempel dusch och bad (se även Gustafsson 1999, s 141).

Att ge personal särskilda rättigheter

Informaliseringen kan också bestå av att vårdtagaren ger personalen rätt att använda vårdtagarens hem på sätt som inte denne fått inom den formella relationen. Personalen kan då få rätt använda vårdtagarens toalett eller på eget initiativ brygga kaffe.

Informella benämningar på personal

Ytterligare ett steg i informaliseringen kan vara att vårdtagarna använder benämningar som speglar en mer informell relation eller på andra sätt utpekar relationen som informell. Ett vårdbiträde säger följande:

”NN har faktiskt sagt att han tycker vi är närmare än vad de [anhöriga] är. För det är vi som är här och det är ju sant ... Man har lust att göra lite mer än vad man kan ... vi har haft lätt att prata ... om det är något känsligt som ska dras upp så blir det vi som pratar ... det är den som går där mest, det blir ju den alltså ... man tycker nästan det har blivit som en släkting, han lyser upp när han får se en ...” (Fahlström 1999, s 52) (se även Waerness 1983, Warren 1988, Eustis & Fisher 1991, Barer 1992, Gustafsson 1999).

Att berätta om sig själv

Ovanstående redogörelse har handlat om informalisering av vårdtagarens sfär. Men personal kan också ”släppa in” vårdtagarna i sina egna liv.

Det är tydligt att personal berättar om sina egna omständigheter i varierande utsträckning. Samtidigt som det finns personal som inte släpper ifrån sig information om förehavanden utanför arbetet så finns det också personal som gör det (Svensson 1986, s 131). Det finns personal som berättar allmänna saker om sig själva, till exempel om sin egen bakgrund och uppväxt, var och hur man bor, sina fritidssysselsättningar och andra sociala omständigheter. Andra berättar om sina egna barn, till exempel vad de heter och hur gamla de är, men även allmänna iakttagelser om deras beteenden och göranden. Ytterligare andra berättar om sina makar och makor, till exempel vad de arbetar med och om deras bakgrunder, liksom de berättar om släktingar, vänner och bekanta. Denna information är begränsad i så måtto att den avspeglar en slags ”officiell version” av det sociala livet. Den rymmer inte särskilt många värderingar eller beskrivningar av problem

eller annat som skulle kunna minska personalens ”sociala värde” i vårdtagarens ögon.

Men samtidigt finns det också personal som avslöjar förtroenden om sitt privatliv, till exempel om relationer med barn och makor/makar eller föräldrar och svärföräldrar. De släpper då in vårdtagarna i sin egen ”backstage” (Goffman 1959). Det finns också personal som avslöjar förhållanden om den egna arbetsplatsen, på så sätt att de berättar om relationer till arbetskamrater men också andra vårdtagare. (Det är uppenbart att personal upplever det som riskabelt att avslöja för mycket om relationerna till andra vårdtagare och därför anonymiserar dessa berättelser.)

Att låta vårdtagare möta det egna privatlivet

Det finns personal som låter vårdtagare möta sin egen privatsfär direkt. Ett exempel är när personal lämnar ut privata telefonnummer. I en studie säger ett vårdbiträde, som vid intervjutillfället hade bytt arbetsplats från den öppna hemtjänsten till ett servicehus:

”Då var det annorlunda när jag var i hemtjänst. Därför att de pensionärerna fick jag en helt annan kontakt med. Det tog jag mer med mig hem. Det blev mera personligt, så det kunde jag även ha på min fritid. Jag gav ut mitt telefonnummer, och så var det en liten tant som fick ringa när hon ville. Och det tyckte hon var väldigt skönt. Och hon blev god vän med min man och så där. Det blev på ett annat sätt. Men här är det så opersonligt” (Thulin 1987, s 62) (se även Svensson 1986, Lundberg 1986).

Ett annat exempel är när personal tar med sig barn och anhöriga hem till vårdtagare. Det kan vara frågan om korta besök för att gratulera på födelsedagar eller önska god jul och då ha med sig make och barn. Det förekommer också att personal tar med sig äkta makar hem till vårdtagare för att installera TV-antennor eller reparera fönster. I ett fall var det en undersköterska vars son regelbundet klippte vårdtagarens gräsmatta. Men det kan också vara frågan om att vårdtagaren besöker personalen i deras hem: ”I somras bjöd jag ut mina tanter på mat till våran stuga, och det gjorde jag på min lediga dag” (Fahlström 1999, s 57).

När båda lämnar sina formella roller

Informaliseringen av relationen innebär att aktörerna successivt lämnar sina formella roller, vilket i extrema fall innebär att relationen blir symmetrisk avseende det informella innehåll. Den kan till exempel innebära att båda får rätten att klaga och gnälla på varandra. Personal och vårdtagare kan få rätten att gnabbas och skälla på varandra på ett sätt som, för utomstående, kan verka malplacerat och borde reserveras för mer privata situationer.

Den asymmetriska informaliteten

Grunden för relationen mellan personal och vårdtagare är alltid formell, men, som ovan visats, kan den utökas med olika informella dimensioner. Vanligtvis är formaliseringen asymmetrisk och fokuserar vårdtagarens omständigheter. En anledning är att mötet i förväg är bestämt att handla om vårdtagarnas hjälpbehov. En annan anledning är att personalen förväntas upprätthålla en gräns mellan sina egna privatliv och de själv de involverar i möten med vårdtagarna. Men formaliseringen kan också involvera personalens liv och omständigheter och då närma sig en genuint ”sociabel” eller ”privat” relation där båda har rättigheter och skyldigheter som liknar de relationer som förekommer i icke-organisatoriska sammanhang.

Dock kan asymmetrin aldrig helt undvikas eftersom grunden för relationen, det formella, alltid är överordnat den informella relationen (Eustis & Fisher 1991). Det innebär att vårdtagarens hjälpbehov och personalens formella skyldighet att tillhandahålla viss hjälp alltid kan åsidosätta den informella relationen. Det innebär också att personalen kan känna sig förhindrade att låta relationen bli alltför informell. Som exempel kan regler om tystnadsplikt hindra dem från att berätta vissa saker. Därmed överskuggar det formella alltid det informella. Det som ibland upplevs som ”vänskap” är en bräcklig konstruktion.

Hur det informella används

Ovanstående beskrivningar av hur informaliteten utförs väcker en annan fråga, nämligen hur personalen använder sig av det informella.

Att uppnå formella mål

Som ovan nämndes, är arbetet i hemtjänsten ett känslorarbete (Hochschild 1983, Waerness 1983, Kaye 1986, Parker & Lawton 1990, Eustis & Fisher 1991, Barer 1992, James 1992, Parker 1992, Fineman 1993, Eustis m fl 1993, Davies 1996, Aronson & Neysmith 1996, Neysmith & Aronson 1996, Fahlström 1999, Gustafsson 1999, Eliasson 2000, Astvik 2000, 2003, Ellström m fl 2003, Leppänen 2006). När personal utför sitt arbete använder de sig av känslor som arbetsredskap. De får betalt för att trösta, krama, uppmana, förbjuda, förbanna, och så vidare och använder då känslor för att uppnå organisatoriskt uppställda mål.

Som exempel kan personal göra tillfälliga avsteg från det formella och utföra informellt arbete med syftet att bibehålla en existerande god relation (se även Bartoldus m fl 1989). En morgon följde jag med en undersköterska till en äldre kvinnlig vårdtagare, som hon besökte var morgon för att se till så hon tar sina mediciner. Denna vårdtagare är en av hennes ”favoriter”. Vårdtagaren är vid god vigör och får ingen annan hemtjänst än denna tillsyn. Just denna morgon har

hennes ytterdörr gått sönder, så hon kan inte gå till affären för att handla. Hon ber därför undersköterskan om inte hon skulle kunna handla åt henne. Undersköterskan säger då att hon ”inte får, för Johanna [arbetsledaren] blir jättearg då”. Men hon fortsätter sedan med att säga att hon ändå kan gå och handla eftersom det rör sig om sådana småsaker. Undersköterskan markerar för vårdtagaren att hon gör ett tillfälligt avsteg från sina formellt tilldelade arbetsuppgifter. Även om vi aldrig kommer att få veta exakt vilka de olika anledningarna är till att hon går med på att göra ett tillfälligt avsteg från det formellt bestämda, så kan vi förmoda att en av anledningarna är att hon vill behålla relationen som god.

Ett annat exempel på tillfälliga avsteg är när personal ”lirkar” och ”trixar” med vårdtagare för att förmå dem att göra olika saker, till exempel småprata med dem, klappa dem och uppmuntra dem på olika sätt för att förmå dem att klä på sig, komma upp ur sängen, äta upp sin mat, och så vidare. Ibland kan sådant lirande och trixande bli till mer permanenta företeelser i relationen, vilket visas i en tidigare undersökning:

”Jag diskar och sitter och pratar lite. Det är sagt att vi bara ska gå in och servera maten och sedan gå igen, men då skulle hon inte äta. Jag sitter med henne när hon äter och då äter hon upp utan att tänka på det” (Gustafsson 1999, s 137).

Ett annat exempel är en vårdtagare som fått rätten att ringa hem till personalen:

”Denise säger att fru Liljeqvist ringer i stort sett varje kväll. ’En kväll är hon kissnödig. En kväll talar hon om hur ont hon har, i går ringde hon visst fyra gånger.’ Denise har inte själv gett henne telefonnumret. Det står i katalogen, bara att slå upp det för den som kan och vill. Även om det ibland kan vara jobbigt när pensionärerna ringer, gör det inte så mycket, tycker Denise. Det ingår i den förtroendebank som Denise försöker bygga upp runt sina besvärliga pensionärer. En del av dem har bara hjälp varannan dag och tillhör man den kategori människor som inte litar på och känner tilltro till sin omgivning, kan dessa samtal ha en avgörande betydelse” (Freed Solfeldt 1995, s 32).

Det informella kan också bli ett mycket kraftfullt maktmedel som personal kan använda mot vårdtagaren. Om personal har etablerat en informell relation och relationen försämras, det vill säga att vårdtagaren på något sätt blir besvärlig, kan personalen ”dra in” det informella. Personal kan då ”bli formella” och endast utföra det som står i biståndsbesluten. De upphör med att fråga om vårdtagarens liv och leverne, uppmärksamma födelsedagar, ta med blommor, duka fint, berätta om sig själva, etcetera. De låter relationen kallna. (Denna typ av sanktioner är förmodligen vanliga även i privatlivet. När en make upphör att krama maken eller fråga hur dagen varit, kommer maken sannolikt att uppleva det som att ”något har hänt.”) I en tidigare studie noterade ett vårdbiträde följande:

”Ja, då blir man mer, man tar lite mer avstånd och så där. Intervjuare: Ja. Intervjuperson: Ja man svarar mer liksom rakt på en sak sådär. Intervjuare: Ja just det. Då måste man själv också bli ... Intervjuperson: Då blir man mer opersonlig ju. [...] Han gör man liksom inte det där lilla extra till” (Ingvad & Olsson 1999, s 16).

I en annan undersökning säger ett vårdbiträde att

”Jag svarade aldrig utan jobbade bara på och försökte ha kontakt med min arbetskamrat. Jag kände att det inte gick att säga någonting utan vi fick kommunicera genom ögonen. Var vi två vana så funkade det” (Rinnan & Sylwan 1992, s 39).

I ytterligare en annan undersökning säger ett intervjuat vårdbiträde följande:

”Vi har ju grattat honom när han fyller år och plockat blommor till honom och gett honom andra saker. Och han ger liksom aldrig någonting tillbaks, och då tänkte vi att då skiter vi i det [Och senare:] Man skojar och försöker och allt det här. Då får jag ingenting tillbaks, då blir jag likadan! Då säger jag inte mycket heller. Då gör jag mitt jobb, Jag är ju inte otrevlig eller så, men det går till en viss gräns att jag kan bjussa på mig själv” (Astvik 2003, s 15).

Som arena för egna känslor

Som inledningsvis nämndes kan arbetet med vårdtagare ge upphov till egna känslor hos personalen (Twigg 2000, Leppänen 2006). Det sammanhänger med att det kan vara svårt att distansera sig emotionellt:

”Emotional labour inevitably calls for some self-investment in the role. As such, the ability to “psych one’s self up (or down),” “to put one’s heart into it,” “to get tough,” “to have an iron gut,” “to be warm (or cold),” “to show concern for the misfortunes of others” become artful performances that over time may become self-defining” (Van Maanen & Kunda 1989, s 55).

Personal kan uppleva olika känslor gentemot vårdtagare, men en som ofta uppväcks är sympati. (Motsatsen kan också bli aktuell. Se till exempel James 1989, Lee Treweek 1996 och Leppänen 2005.) En anledning till att sympatier väcks är att personalen ofta får stor inblick i vårdtagarnas liv, vilket också sammanhänger med personalens arbetsuppgifter och de grundläggande villkoren för mötet. Många klienter är socialt utsatta – äldre, fattiga, ensamma – och ofta upplever personal att de är deras enda trygghet. En annan anledning är att många som söker sig till utbildningar och yrken inom den sociala omsorgen bär på en vilja att hjälpa andra människor. En tredje anledning är att det inom många av yrkesutbildningarna förmedlas normer om empati och godhet, vilket förstärker dessa känslor. När studenterna påbörjar sin yrkesverksamhet kan dessa normer för-

stärkas ytterligare genom regler, policies, arbetsledares instruktioner och medarbetares synpunkter och värderingar. I denna bemärkelse kan organisationen ställa krav på vilka känslor personalen ska uppleva och vilka emotionella självpresentationer personalen som ska uttryckas (Goffman 1959, Hochschild 1983, James 1989, Rafaeli & Sutton 1989, Ehrlich Martin 1999, Abiala 2000, Van Maanen & Kunda 1989).

Personal upplever ofta en tillfredställelse över att glädja vårdtagarna. Ett exempel:

”Man hinner inte färdigt riktigt, man skulle behöva sitta och då blir det ju ofta man sitter över ändå ... är man så här ofta hos dem som man är då blir man nästan litet bekant med dem och då stannar man en liten stund för egen skull också ... Man märker när man kommer så där, ja obestämt dyker upp, då ser man det i ögonen på dem att de blir glada” (Fahlström 1999, s 57).

När vårdtagarna, som dessa citat antyder, visar sin glädje eller tacksamhet, så kan det medföra att personalen också upplever tillfredställelse över sitt arbete.

Men det kan också vara så att informaliseringen kan resultera i en sociabel relation som kan upplevas som tillfredställande i sig: ”Det är bra att gå till samma, även om det är besvärliga fall. Man kan lirka med dom. Att lära känna dom är en del av jobbets charm” (Brun m fl 1984, s 170). En informell och sociabel relation innebär att personalen och vårdtagarna träder fram som ”privatpersoner” och därmed kan spela ut ett större register där de ger uttryck för egna föreställningar, tankar, åsikter och känslor.

Den informella relationen kan också innebära att personalen kan koppla av:

”Det är inte som om detta är en vårdtagare utan som vilken bekant som helst. Det är roligt att gå dit, det är lite avkoppling för mig också. Jag känner mig som att jag vore hemma där, som att gå till en släkting” (Gustafsson 1999, s 142).

I vissa extrema fall kan informaliserade relationer leda till rollomkastning där personalen blir en slags ”vårdtagare” som är föremål för vårdtagarens omsorg. Detta kan illustreras med citat från tidigare studier:

”Eftersom jag har jobbat så många år har jag vart med om mycket. Bland annat hade jag en liten farbror som tog hand om mig när jag fick migränanfall och han pysslade om mig på bästa sätt. Med säng plus hink och nerdragen rullgardin. Och sedan åkte han hem med mig med sitt färdkort. Vi fick vara tillsammans nio och ett halvt år till han dog” (Freed Solfeldt 1995, s 96).

Ett annat exempel: ”Klara ser om jag är trött och det är skönt. Hon kan direkt säga att det gör vi en annan gång” (Gustafsson 1999, s 140). Ytterligare ett exempel: ”En av Kerstins pensionärer, Elsa som dog, upplevdes av Kerstin som en

släkting. Hon var som en släkting till sist. Hon kunde se när jag inte mådde bra. Då sa hon: 'Kerstin, sätt dig en stund', och så lättade Kerstin sitt hjärta för Elsa" (Freed Solfeldt 1995, s 96). Ett fjärde (extremt) exempel var när jag, tillsammans med ett vårdbiträde, besökte en vårdtagare som på fullt allvar tyckte att vårdbiträdet skulle flytta in i hennes hem. Vårdbiträdet hade besökt kvinnan under många år och tidigare fick kvinnans syster, som bodde i samma bostad, också hjälp av henne. Nu satt vårdtagaren där vid köksbordet, med vårdbiträdet bredvid sig, såg in i hennes ögon, klappade hennes hand och tyckte att hon kunde flytta in hos henne. Efteråt berättade vårdbiträdet att relationen till denna kvinna naturligtvis hade blivit djup efter alla år och att hon faktiskt menade allvar med sitt förslag.

Att uppnå syften i relation till organisationen

Som inledningsvis nämndes ger organisationen personalen en relativt hög grad av självbestämmande. Därför bestäms arbetets innehåll i hög grad i dialog med vårdtagarna. En följd blir då att personalen kan påverka sitt arbetsinnehåll och arbetsmängd genom att hantera den sociala relationen med vårdtagaren.

En informell relation kan ibland medföra att personalen upplever att kraven på deras arbetsinsatser sänks. Vårdtagare kan önska att personalen, istället för att städa, ska sätta sig ner och prata med dem. Det har också noterats i en tidigare studie:

"Deras intressen sammanföll genom att bägge strävade efter att få vardagen att fungera. Detta innebar att vårdbiträdena och omsorgstagarna kunde alliera sig i vardagen. Vårdbiträdena bröt ofta mot verksamhetens regler för att på ett bra sätt kunna utföra omsorgsarbetet, men också för att kunna skapa rimliga arbetsförhållanden för sig själva. Att tillsammans med omsorgstagare bestämma arbetsinnehåll och undvika att synliggöra arbetet för ledningen och hemtjänstassistenter kan vara en taktik från vårdbiträdenas sida för att skydda sitt arbetsinnehåll och sina arbeten från insyn och kontroll" (Nordström 1998, s 89).

En illustration på detta fenomen är ett vårdbiträde som arbetat flera decennier i samma arbetslag. Hon var mycket noga med vilka vårdtagare hon tog in i sitt schema. Vid ett samtal sa hon att denna fråga var avgörande för hur väl hon trivdes i arbetet. Hon var också noga med att stanna kvar hos vårdtagarna exakt så lång tid som var avsatt enligt behovsbedömningarna och enligt de normer som fanns för hur lång tid olika arbetsuppgifter fick ta. Eftersom dessa normer är relativt generöst tilltagna, med tanke på att de ska ge utrymme för oväntade händelser, innebar det att hon ofta fick tid över till annat än arbetsuppgifterna. Hon använde denna tid till att umgås med vårdtagarna, till exempel titta på TV, baka eller ta hand om deras husdjur. Naturligtvis var hon mycket omtyckt och vård-

tagarna var medvetna om att de fick något som andra vårdtagare inte fick. Naturligtvis avslöjade de inte för annan personal hur de använde den tid som blev över. Åtminstone två av hennes vårdtagare hade ringt till enhetschefen och berömt henne, vilket annars är ganska ovanligt att vårdtagarna gör. Enhetschefen och arbetsledaren var medvetna om denna allians och ogillade den, men kunde inte ”komma åt” henne.

Sammanfattning och diskussion

Grunden för mötet mellan personal och vårdtagare inom hemtjänsten är en formell relation som innebär att personalen intar en organisatoriskt definierad roll och utför officiellt sanktionerade arbetsuppgifter. Men ibland informaliseras relationen så att personalen delvis lämnar den organisatoriskt definierade rollen och gör annat än officiellt förväntade arbetsuppgifter.

Denna undersökning syftar till att beskriva vilka förhållanden som gynnar förekomst av informella relationer, deras beståndsdelar samt hur de används av personal. Empiriska data består i huvudsak av deltagande observationer av vårdbiträden och undersköterskor samt av korta fältintervjuer i anslutning till observationerna.

Först visas att det finns en rad förhållanden som *gynnar förekomsten* av informella relationer. Organisationen ger personal och vårdtagare en hög grad av frihet att själv fatta beslut om den konkreta utformningen av hjälpen, vilket skapar utrymme för informella relationer. Vårdtagarna består främst av äldre människor vars hjälpbehov stiger med ökande ålder. Det kan föranleda försök från deras sida att försäkra sig om en god omsorg, vilket kan innebära etablering av informella relationer. Grundläggande villkor för mötet (att de träffas ofta, över lång tid, och så vidare) samt arbetsuppgifternas natur (ofta intima) skapar behov hos både personal och vårdtagare att etablera goda relationer, vilket sker genom informalisering.

Sedan undersöktes de informella relationernas *beståndsdelar*. Det finns några tidigare kvalitativa undersökningar som beskrivit olika aspekter av informella relationer inom hemtjänsten (Eustis & Fisher 1991, Aronson & Neysmith 1996). De är genomförda i USA respektive Kanada och beskriver summariskt de informella relationernas beståndsdelar. Det finns även svenska undersökningar av relationer inom hemtjänsten där det informella berörs, men där man inte lagt huvudfokus på denna dimension (se till exempel Gustafsson 1999). I denna undersökning visas att de informella relationerna bland annat består av att personal utför arbetet särskilt väl, utför extra arbetsuppgifter, gör avsteg från normer om hjälpens innehåll, stannar kvar en stund extra, hälsar på under sin fritid, berättar om sig själva och sitt arbete samt låter vårdtagarna träffa sina egna anhöriga. Även vårdtagare kan utföra aktiva handlingar för att informalisera

relationerna, till exempel använda informella benämningar på personal och ge dem gåvor.

Därefter visas hur personal *använder* de informella relationerna. De använder dem för att uppnå formella mål i arbetet med vårdtagarna, till exempel att ”lirka” med dem för att förmå dem att göra olika saker. De använder också de informella relationerna som en arena för egna känslor. De använder även informella relationerna för att uppnå olika syften i relation till organisationen.

Inledningsvis nämndes att det informella kan förknippas med både för- och nackdelar. Låt mig nu återuppta denna diskussion för att sedan avsluta med några reflektioner om möjliga åtgärder som organisationen kan vidta för att minimera nackdelarna.

De informella relationerna har olika betydelser för vårdtagare, personal och arbetsledning. Ur vårdtagarnas perspektiv kan informella relationer innebära fördelar i form av god omsorg. En nackdel kan vara att de kan förlora kontrollen över det formella arbetet (Eustis & Fisher 1991).

Ur personalens perspektiv kan fördelar med de informella relationerna (som sagt) vara att de kan användas för att uppnå formella mål i arbetet med vårdtagarna, för att tillfredställa egna emotionella behov, samt uppnå egna mål i förhållande till organisationen. Men de informella relationerna kan också upplevas som problematiska. De kan innebära att vårdtagarna delger dem sina problem och bekymmer oftare och öppnare:

”... många gånger så hamnar man för långt in i den är familjen än vad man verkligen skulle vilja. När de då kommer ... man är inte säker själv, men dottern har kommit någonting och ska ha råd och hjälp till pappa. Och det känns jobbigt när man kommer så långt in, man är hemskt engagerad i deras familj” (Fahlström 1999, s 50).

Personal kan också uppleva att vårdtagarnas beroende av dem ökar, vilket också kan innebära en känsla av ökat ansvar för deras välbefinnande:

”Hon säger: Tänk om du inte kommer, och tänk om jag inte får behålla dig. Som då jag var och hälsade på henne på sjukhuset. Då säger hon: Å, tänk att det är du som kommer, å, vad jag har längtat efter dig! Och det är klart att det är roligt att de tycker om en, men det blir så tungt att bära på det där. Att jag är så viktig för henne. Hon har inga släktingar och så gott som ingen som hon har kontakt med över huvud taget” (Thulin 1987, s 73f).

Upplevelsen av ökat beroende och ansvar kan också manifesteras i att personal upplever att vårdtagare ställer allt högre krav och ibland dåligt samvete över att de inte kan ge dem mer hjälp:

”Ibland får man samvets kval, speciellt hos dem man tycker jättemycket om. Men de som är litet gnälliga och elaka, blir man bara förbannad på och vill gå därifrån. Om man då går litet tidigare så känns det ingenting. För man

vet att många sitter där nästan 24 timmar ensamma och stirrar in i en vägg” (Thulin 1987, s 86).

Det kan också leda till att personal upplever att de får svårt att säga nej till vårdtagarnas önsknings (Eustis & Fisher 1991, Brun m fl 1984). Ett därmed sammanhängande problem är att personal kan uppleva att de inte kan ta ledigt (se även Qureshi 1990, Freed Solfeldt 1995, Ingvad & Olsson 1999, Astvik 2002, 2003). Ur detta perspektiv kan den informella relationen också leda till en känsla av känslomässig utpressning:

”Det finns känslomässiga utpressningar på många sätt. De ger en massa saker och bjuder på kaffe och en kaka. Sedan lite längre fram så tycker den handikappade ’Varför kommer du inte hit? Jag som varit så hygglig.’ De tycker att man är lite sopig som inte kommer dit lite oftare. Där kan även anhöriga trycka på. Det blir nästan som mutor. Man ska smälta som smör och pyssla om den där personen extra” (Rinnan & Sylwan 1992, s 46).

Den informella relationen kan bli särskilt besvärlig när det uppstår konflikter i relationen. En konflikt som uppkommer i en formell relation kan vara lättare att hantera än en konflikt som uppkommer när relationen är informell (Eustis & Fisher 1991, Leppänen 2005).

Ur arbetsledningens perspektiv kan en fördel med de informella relationerna vara att de innebär en hög kvalitet på omsorgen. Nackdelar kan vara att de får liten kontroll över vad personalen gör och att hjälpen riskerar bli ojämnt fördelad. En annan nackdel kan vara att personalen upplevs som stressade av dem, vilket kan leda till ökad personalomsättning och därmed sammanhängande kostnader.

När beslutsfattare och arbetsledning ser att de informella relationerna innebär ojämnt fördelad omsorg, personal gör fel saker, och så vidare, kan en spontan reaktion bli ökad kontroll av arbetet. Ledningen kan försöka minska den informella arenan genom att ytterligare formalisera relationen mellan personal och vårdtagare. Det kan ske genom utbildning, detaljreglering, förfinade biståndsbedömningar, direkt övervakning, och så vidare. Men en uppenbar risk är att relationen till vårdtagarna blir stelbent och att de upplever lägre grad av tillfredsställelse med omsorgen. Dessutom skapar den en inhuman arbetssituation där personal kan uppleva att de vill hjälpa men känner sig förbjudna att göra så.

I stället för att formalisera relationen finns det en annan möjlig väg, nämligen att i *dialog* med personalen blottlägga vad de informella relationerna består av och hur de kan och bör hanteras. En sådan dialog kan bidra till att gemensamt formulera normer om hur det informella ska hanteras. Fördelen med en sådan dialog är att personalen, som har störst detaljkännedom om vårdtagarnas behov och omständigheter, blir delaktiga i utformandet av dessa normer.

När man följer personalgrupperna ser man att det redan nu finns en ständigt pågående dialog om hur relationer till vårdtagarna ska hanteras. Eftersom vårdtagarna och deras omständigheter förändras från dag till dag har personalen behov av att fortlöpande samla in och sprida information om vad som hänt, tolka dessa händelser, skapa nya överenskommelser om vad som behöver göras, och så vidare. Naturligtvis sker denna dialog i formella sammanhang, till exempel vid morgonmöten. Men den sker också informellt; före och efter morgonmöten, under pauser, när personalen tillsammans är på väg till och från vårdtagares hem, när de råkar träffas på gatan eller i affären, när de äter lunch, bakom ryggen på vårdtagare i deras hem, och så vidare.

Detta prat har flera olika funktioner, varav en handlar om att skapa överenskommelser om *gränser* mellan det formella och det informella. Vid observationerna deltog jag i en mängd samtal som handlade om var gränserna går för vilka arbetsinsatser som skall göras och inte göras samt vilka informella relationer som är acceptabla eller oacceptabla. I en undersökning säger ett vårdbiträde följande:

”Man måste ju som sagt sätta gränser. Man måste veta var gränserna går någonstans. Annars kan man nog inte jobba med det här. Man får inte ta med sig jobbet hem. Utan man måste ju stänga av alltså, aldrig lämna ut telefonnumret, hur mycket man än bryr sig om någon tant så kan du ju inte göra det. För hon tapetserar ju väggarna med telefonnumret sen. Det är ju det sista de gör innan de dör, så är det ditt telefonnummer de tänker på” (Astvik 2002, s 12).

Det är uppenbart att personalen upplever ett stort behov av att samtala om gränserna. Det sammanhänger som sagt med att vårdtagarnas omständigheter ständigt förändras. Det sammanhänger också med att regler och normer, oavsett hur detaljerade de är, alltid kommer att behöva tolkas i relation till vårdtagarnas specifika omständigheter. Det vore mycket svårt, förmodligen omöjligt, att skapa en samling regler och normer som täcker varje tänkbar situation personalen möter i sitt arbete. Ytterligare en anledning till att personalen upplever ett behov av att samtala om gränserna är att de ofta känner ett behov av att ha en ”enad front” gentemot vårdtagarna och att skilda förhållningssätt skulle innebära att arbetet försvårades.

Istället för att ytterligare formalisera relationen mellan personal och vårdtagare, kan ledningen välja att ta tillvara den redan pågående dialogen om gränserna mellan det formella och det informella. Om ledningen vill öka sin insyn i personalens arbete, öka medvetenheten om metoder, skapa ökad likabehandling av vårdtagarna, höja kvaliteten på omsorgen och samtidigt förbättra personalens psykosociala arbetsmiljö, kan den välja att skapa ett regelbundet återkommande forum där personal under handledning får reflektera över relationer till vårdtagarna och var gränserna för dem bör vara. Genom att gemensamt formulera vad

man gör i sitt arbete, var gränserna bör ligga och vilka avsteg som är acceptabla, ökar sannolikt självinsikt och trygghet i arbetssituationen.

Litteratur

- Abiala C (2000) *Säljande samspel. En sociologisk studie av privat servicearbete*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, Stockholm studies in Sociology nr 9.
- Agahi N, Lagergren M, Thorslund M & Wånell S E (2005) *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Aronson J & Neysmith S M (1996) ”’Youre not just there to do the work’: depersonalization policies and the exploitation of home care workers’ labor”, *Gender and Society*, vol 19, 1, s 59–77.
- 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), s 71–91.
- Astvik W (2000) *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst och boendestödsverksamhet*. Arbete och Hälsa 2000:2, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik W (2002) *Svåra möten i omsorgsarbete*. Arbete och Hälsa 2002:17, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik W (2003) *Relationer som arbete: Förutsättningar för omsorgsfulla möten inom hemtjänsten*. Arbete och Hälsa 2003:8, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik W & Aronsson G (1994) *Det goda arbetet i hemtjänsten*. Arbete och Hälsa 1994:32, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik W, Bejerot E & Petterson I-L (2001) *Gränser i omsorgsarbete En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet*. Arbete och Hälsa 2001:16, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Barer B M (1992) ”The Relationship Between Homebound Older People and Their Home Care Workers, or ’The Pas de Deux’ of Home Care”, *Journal of Gerontological Social Work*, vol 19(1).
- Bartoldus E, Gillery B & Sturges P J (1989) ”Job-related stress and coping among home-care workers with elderly people”, *Health and Social Work*, August, s 204–210.
- Berleen G (2003) *Bättre hälsa hos äldre!* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Braithwaite V A (1990) *Bound to Care*. Sydney: Allen & Unwin.
- Brun C, Fagerstedt B, Sternberg I & Eliasson R (1984) *Att arbeta inom äldreomsorgen att vara pensionär och att möta varandra*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsbyrån/Äldre.
- Davies K (1996) *Önsknings och realiteter: om flexibilitet, tyst kunskap och omsorgsrationalitet inom barnomsorgen*. Stockholm: Carlsson.

- Ehrlich Martin S (1999) "Police Force or Police Service? Gender and Emotional Labour", *The Annals of the American Academy*, vol 561, January, s 111–126.
- Eliasson R (2000) "Inledning", i Runesson I & Eliasson R. *Att sörja för äldre – Hur ta tillvara kompetens inom äldreomsorgen?* Åjour en serie kunskapsöversikter från svenska kommunförbundet, nr 4.
- Ellström E, Ekholm B & Ellström P-E (2003) *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur.
- Emerson R, Burke Rochford E & Shaw L L (1983) "The Micropolitics of Trouble in a Psychiatric Board and Care Facility", *Urban Life*, vol 12 (3), s 349–367.
- Eustis N N & Fisher L R (1991) "Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care", *The Gerontologist*, vol 31(4), s 447–456.
- Eustis N N, Kane R A & Fischer L R (1993) "Home care quality and the home care worker: beyond quality assurance as usual", *The Gerontologist*, vol 33, 1, s 64–73.
- Eustis N N, Fischer L R & Kane R A (1994) "The home care worker: on the front line of quality", *Generations*, XVIII 3, Fall.
- Fahlström G (1999) *Ytterst i organisationen Om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg*. Uppsala: Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för socialmedicin.
- Fineman S (1993) "Organizations as Emotional Arenas" i Fineman S (red) *Emotion in Organizations*. Newbury Park: SAGE.
- Folkhälsoinstitutet (1998) *Liv till åren. Om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre*. Stockholm: Kommentus.
- Freed Solfeldt M (1995) *Vårdbiträde arbete i eget och andras hem*. Stockholm: Bonnier.
- Furåker B & Mossberg A-B (1997) "Arbetsglädje bland anställda anhörigvårdare", *Socialvetenskaplig tidskrift*, vol 4 (4), s 305–318.
- Goffman E (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.
- Gustafsson G (1999) *En omsorgstriad – Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Hammersley M & Atkinson P (1995) *Ethnography. Principles in Practice*. London: Routledge.
- Hochschild A (1983) *The Managed Heart: the Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Ingvad B & Olsson E (1999) "Det känslomässiga utbytet och omsorgskvalitet i hemtjänsten", *Socialvetenskaplig tidskrift*, vol 6:1, s 3–26.
- James N (1989) "Emotional labour: skill and work in the social regulation of feelings", *Sociological Review*, vol 37, 1, s 15–42.
- James N (1992) "Care = Organization + Physical Labour + Emotional Labour", *Sociology of Health and Illness*, vol 14, nr 4, s 488–509.

- Johansson R (1997) *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkiv.
- Jönsson S, Tranquist J & Petersson H (2003) *Mellan klient och organisation. Psyko-social arbetsmiljö i arbete med människor*. Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd.
- Kane R A, Illston L H, Eustis N N & Kane R L (1991) *Quality of home care: Concept and measurement*. Minneapolis: University of Minnesota, School of public health.
- Kaye L W (1986) "Worker views of the intensity of affective expressions during the delivery of home care services for the elderly", *Home Care Services*, vol 7, s 41–54.
- Larsson P (1996) *Hemtjänsten ur tre perspektiv. En studie bland äldre, anställda och ledning*. Karlstad: Högskolan i Karlstad, Samhällsvetenskap.
- Lee Treweek G (1996) "Emotion work, order and emotional power in care assistant work" i James V & Gabe J (red) *Health and sociology of emotions*. Oxford: Blackwell.
- Leppänen V (1998) *Structures of district nurse-patient interaction*. Lund: Lund dissertations in Sociology 25, Department of Sociology.
- Leppänen V (2002) *Telefonsamtal till primärvården: Problem, utforskning, åtgärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Leppänen V (2005) *Kategorisering och hantering av besvärliga vårddagare inom hemtjänsten*. Arbetslivsinstitutet Malmö 10 maj 2005 Webbpublicerad rapport http://www.arbetslivsinstitutet.se/pdf/050510_Leppanen.pdf
- Leppänen V (2006) "Känslor i arbete med människor" i Petersson H, Leppänen V, Jönsson S & Tranquist J (red) *Villkor i arbete med människor – en antologi om human servicearbete*. Arbetsliv i omvandling 2006:4, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lipsky M (1980) *Street-Level Bureaucracy*. New York: SAGE.
- Lundberg L (1986) *Livet inom hemtjänsten. En undersökning om serviceinnehåll och arbetssätt bland vårdbiträden och hjälpmottagare i Uppsala*. Uppsala: Uppsala kommun, Socialförvaltningen, Planeringsavdelningen.
- Neysmith S & Aronson J (1996) "Home care workers discuss their work: The skills required to 'use your common sense'", *Journal of Aging Studies*, vol 10, s 1–14.
- Nordiska ministerrådet (2005) *Äldreomsorgsforskning i Norden En kunskapsöversikt*. Tema Nord 2005:508, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet,
- Nordström M (1998) *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation*. Göteborg: Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen.
- Olsson E & Ingvad B (2001) "The emotional climate of care-giving in home-care services", *Health and Social Care in the Community*, vol 9:6, s 454–463.
- Parker G (1992) "Counting care: numbers and types of informal carers", i Twigg J (red) *Carers – Research & Practice*. London: HMSO.
- Parker G & Lawton D (1990) *Further Analysis of the 1985 General Household Survey. Data on Informal Care. Report 1: A Typology of Caring*. York: Social Policy Research Unit, University of York.

- Qureshi H (1990) "Boundaries between formal and informal care-giving work", i Ungerson C (red) *Gender and Caring Work and welfare in Britain and Scandinavia*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Rafaeli A & Sutton R I (1989) "The expression of emotion in organizational life", *Research in organizational behaviour*, vol 11, s 1–42.
- Rinnan T & Sylwan U (1992) *Varför händer inget när det händer – om våld och hot inom hemservice*. Stockholm: Stockholms socialförvaltning, Forsknings- och utvecklingsbyrån, Rapport nr 1992:11.
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*
- Socialstyrelsen (2007) *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapporter 2006. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges kommunförbund (2003) *Swedish elderly care – 2003*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svensson L (1986) *Grupper och kollektiv En undersökning om hemtjänstens organisation i två kommuner*. Stockholm: Arbetslivscentrum, Utredningsrapport 2.
- Szebehely M (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv Förlag.
- Thulin A-B (1987) *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. Stockholm: Stockholms socialförvaltning, Forsknings och utvecklingsbyrån, FoU-rapport 80.
- Twigg J (2000) *Bathing – the Body and Community Care*. New York: Routledge.
- Twigg J (2003) "The body and bathing: Help with personal care at home", i Faircloth C (red) *Aging bodies: Images and everyday experience*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.
- Ungerson C (1983) "Why do women care?", i Finch J & Groves D (red) *A Labour of Love: Women Work and Caring*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Van Maanen J & Kunda G (1989) "'Real feelings': Emotional expression and organizational culture", *Research in organizational behaviour*, vol 11, s 43–103.
- Walsh D (1998) "Doing ethnography", i Seale C (red) *Researching Society and Culture*. London: SAGE.
- Warren L (1988) *Home care and the elderly people: the experience of home helps and older people in Salford*. PhD thesis presented at the university of Salford.
- Waerness K (1983) *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma.