

# Vårdtagaren som arbetsmiljöproblem?

Kategorisering och hantering av besvärliga  
vårdtagare inom den öppna hemtjänsten

10 maj 2005

Vesa Leppänen  
Arbetslivsinstitutet Syd  
20506 Malmö

Telefon: 040-109512  
Elektronisk post: [vesa.leppanen@arbetslivsinstitutet.se](mailto:vesa.leppanen@arbetslivsinstitutet.se)



# INNEHÅLL

INLEDNING	4
SYFTEN	7
METOD	10
ARBETETS INRAMNING	18
Intressenter	18
Organisation	24
Självbestämmande	27
ARBETETS INNEHÅLL	29
Vad man gör	29
Praktiskt hjälp	30
Vård	32
Social och existentiell hjälp	32
Kringarbete	33
Prat om vårdtagare	35
Ett relationsarbete	36
Mötets grundläggande villkor	36
Ett moraliskt arbete	38
Asymmetrisk fördelning av makt	40
Emotionellt arbete	41
Behovet av goda relationer	42
BESVÄRLIGA VÅRDTAGARE	45
Inledande om kategorisering	45
Kategorisering av vårdtagare inom hemtjänsten	47
Tidigare studier av besvärliga vårdtagare	49
Kategorin besvärliga vårdtagare	50
HANTERING AV BESVÄRLIGA VÅRDTAGARE	66
Om hantering	66
Fem strategier	74
Att undvika vårdtagaren	74
Att undanhålla det besvärliga	78
Att förstå och förklara vårdtagarens beteende	83
Att förändra vårdtagaren	86
Att ventiler	93
Diskussion	98
SAMMANFATTNING	101
DISKUSSION	104
LITTERATUR	109

## INLEDNING

Den kommunala hemtjänsten är en stor och viktig del av välfärden vars övergripande målsättning är att ge vård och omsorg till en stor mängd funktionshindrade, äldre och sjuka medborgare. Inom hemtjänsten arbetar en stor mängd lågt betalda kvinnor som vårdbiträden och undersköterskor. Ofta ligger en air av medmänsklighet, generositet och uppoffring över verksamheten. Det är vanligt att man föreställer sig vårdtagarna som en samling snälla tanter och farbröder som tacksamt tar emot den hjälp de kan få. Denna rapport beskriver en annan sida av verksamheten, nämligen när vårdtagarna upplevs som krångliga, hotfulla, smutsiga, äckliga eller på andra sätt besvärliga. Denna rapport beskriver också hur personalen använder olika metoder för att hantera denna verklighet, d.v.s. hur de undviker arbete med besvärliga vårdtagare, försöker stå ut med dem, försöker förstå dem, försöker förändra dem och ventilerar sina upplevelser med arbetskamrater. De besvärliga vårdtagarna är en del av personalens dagliga arbetsmiljö och ibland kan de bli ett psykosocialt arbetsmiljöproblem.

Denna rapport handlar om den öppna hemtjänsten, där personalen gör besök i vårdtagarnas vanliga hem. Den är baserad på observationer och intervjuer med personal och ledning samt på resultat från andra studier där man noterat förekomsten av besvärliga vårdtagare. Med en lång rad citat och beskrivningar speglas denna del av arbetet så konkret det låter sig göras.

Arbetet inom hemtjänsten är ett relationsarbete. Relationen mellan personal och vårdtagare är intim. Man träffas regelbundet, med korta intervaller och över lång tid. Ofta inriktas arbetet på vårdtagarnas kroppar, hem och andra privata omständigheter. Förväntningar riktas på personalen om att utföra arbetet med respekt och hänsyn till vårdtagarnas integritet och personliga önsknings. Personalen har därför ett behov av att upprätthålla goda relationer med vårdtagarna, d.v.s. relationer som gör det möjligt för dem att genomföra arbetet utan att de själva eller vårdtagarna upplever sig förnedrade, kränkta, hotade, o.s.v. Den nära relationen medför att svårigheter upplevs som särskilt svåra när de uppkommer.

De besvärliga vårdtagarna är en naturlig del av arbetet, d.v.s. ett inslag som hör till villkoren för arbetet inom hemtjänsten. Man anser ofta att det är en självklar del av arbetet att få möta ett visst mått av bitterhet, elakhet, krångel, o.s.v. från vårdtagarna. Med detta perspektiv kan man anse att de som söker arbete inom hemtjänsten också bör tåla det.

Men ibland kan det besvärliga bli för besvärligt. Det kan bero på att antalet besvärliga vårdtagare ökat eller att personalen som rekryteras inte klarar av att hantera dem. De besvärliga vårdtagarna riskerar då medföra en tung psykosocial arbetsmiljö. Dess yttringar kan vara att personalen söker andra arbeten, sjukskriver sig eller upplever fysiska eller psykiska sjukdomstecken.

Denna text är disponerad på följande sätt: Efter en presentation av syftet presenteras de metoder som använts för att samla in empiriska data. Sedan visas hur arbetet påverkas av olika samhällsliga och organisatoriska förhållanden, vilket följs av ett kapitel där innehållet i personalens arbete diskuteras, d.v.s. vad man faktiskt gör när man träffar vårdtagare. Särskilt fokuseras de krav som arbetet med vårdtagarna ställer på relationen. Därefter följer ett kapitel där olika slags besvärliga vårdtagare presenteras och ytterligare ett kapitel där personalens hanteringsmetoder presenteras. Slutligen diskuteras resultaten av denna studie med särskild tonvikt på olika organisatoriska förhållanden som kan återverka på förekomsten av besvärliga vårdtagare och hanteringsmetoder.

Låt mig här betona två saker: För det första, "det besvärliga" hos en vårdtagare betraktas här inte som en inneboende egenskap hos denna person. I en bemärkelse skulle man kunna säga att vårdtagaren "faktiskt" är en besvärlig person och att detta besvärliga yttrar sig i olika sammanhang. Man skulle då kunna undersöka vad som orsakar det besvärliga, hur det manifesterar sig och hur man kan eliminera det. Men det perspektivet tas inte denna rapport. Istället betraktas "det besvärliga" som något som uppkommer i mötet mellan organisationen och vårdtagaren. Den besvärliga relationen hade inte existerat om inte organisationen mött vårdtagaren för att göra vissa bestämda saker.

För det andra, syftet med denna text är inte att kritisera personalen inom hemtjänsten avseende hur de bemöter eller benämner vårdtagarna. När jag observerade personalens arbete blev jag ofta häpen över deras tålamod och styrka att bemöta vårdtagare vänligt trots allt de fick ta emot. Det är just det som denna rapport till stor del handlar om: Hur står personalen ut? Om man vill skapa en grund för en konstruktiv dialog om hur man kan förbättra personalens arbetsituation och kvalitén på den vård och omsorg som vårdtagarna får behöver man uppmärksamma frågan om besvärliga vårdtagare och hanteringsmetoder med så öppna ögon som möjligt.

## SYFTEN

Denna rapport syftar för det första till att beskriva några grundläggande egenskaper hos relationen mellan personal och vårdtagare. För det andra syftar rapporten till att beskriva de olika slagen av vårdtagare som personalen upplever som besvärliga. För det tredje syftar den till att beskriva personalens olika metoder för hantering av besvärliga vårdtagare.

Syftena med denna rapport är begränsade på så sätt att här endast ges en kartläggning av grundläggande egenskaper i relationen, typer av problematiska vårdtagare och typer av metoder för hantering av dem. Tydligare framkommer begränsningarna om man betänker vad som *inte* undersöks.

I anslutning till det första syftet, att undersöka relationen mellan vårdgivare och vårdtagare, beskrivs endast dess typiska egenskaper. Däremot undersöks inte variationer avseende dessa relationer. Som exempel kan personal variera avseende grad av emotionellt engagemang i arbetet med vårdtagarna. Vissa engagerar sig i lägre utsträckning. (Kanske de definierar arbetet som bestående av att leverera vissa bestämda tjänster. Möjligen sätter de tydligare gränser gentemot vårdtagarnas behov och önskningsar. Sannolikt de har en förmåga att glömma vårdtagarna när de lämnar dem.) Andra engagerar sig i högre utsträckning. (Kanske de inte ser arbetet som enbart bestående av praktiska sysslor utan också försöker bygga upp relationer med vårdtagarna och investerar egna känslor. Möjligen är de mer gränslösa i sitt förhållningssätt till vårdtagarna. Kanske de engagerar sig mer i vårdtagarnas liv och omständigheter.) Dessa variationer undersöks inte. Inte heller undersöks hur mindre variationer avseende organisatoriska förhållanden återverkar på relationerna mellan personal och vårdtagare, t.ex. vilka lokala regler som gäller för vad man får och inte får göra hos vårdtagare, mängden exakt tid som organisationerna tilldelar olika insatser, närvaron av arbetskamrater och ledning eller förekomsten av handledning och utbildning. Denna rapport begränsas till att beskriva typiska egenskaper hos relationerna och hur de skapar ett behov av att upprätthålla goda relationer med vårdtagarna.

Om vi går över till det andra syftet, att beskriva de olika typerna av besvärliga vårdtagare, kan vi också här konstatera att denna rapport har begränsningar. En begränsning är att här inte redovisas några data om hur vanligt förekommande de besvärliga vårdtagarna är. En annan begränsning är att här inte diskuteras hur påfrestande personalen upplever de besvärliga vårdtagarna. Förmodligen skiljer sig personal åt avseende hur påfrestande de upplever arbetet med de besvärliga vårdtagarna. Förhållanden som kan vara avgörande för upplevelserna kan vara hur många besvärliga vårdtagare personalen har hand om, graden av emotionellt engagemang i arbetet, den individuella förmågan att hantera det besvärliga och vilka föreställningar man har om "vad man ska tåla." Förmodligen skiljer sig personal avseende hur de upplever relationer som, på ytan, kan verka lika påfrestande. För den ene är det besvärliga mötet ett naturligt inslag i arbetet medan det för den andre är ett psykosocialt arbetsmiljöproblem. Denna rapport visar inte hur påfrestande personal upplever att de besvärliga vårdtagarna är. Här ges en beskrivning av vilka vårdtagare personal kan uppleva som mer eller mindre besvärliga.

Om vi går över till det tredje syftet, att beskriva de metoder som personalen använder för att hantera besvärliga vårdtagare, kan vi också här anta att det varierar. Förmodligen påverkar individuella förhållanden såsom kön, ålder, utbildning och personlighet vilka hanteringsmetoder som används liksom organisatoriska förhållanden såsom närvaro/icke närvaro av arbetsledare, förekomst av personalmöten, regler, utbildning, handledning och hur tillåtande samtalsklimatet är på arbetsplatsen. Denna undersökning handlar inte om hur vanligt förekommande de olika typerna av hanteringsmetoder är, vilka individuella variationer som finns avseende bruket av dem eller vilka specifika organisatoriska mekanismer som hindrar eller gynnar deras förekomst. Denna rapport ger en bred beskrivning av metoder som återfinns bland personalen inom hemtjänsten.

En förhoppning är att rapporten ska nyansera och fördjupa tidigare studier av relationer mellan personal och vårdtagare inom hemtjänsten, särskilt de som undersökt besvärliga vårdtagare och hantering av dem. Förhoppningsvis kan den, genom att den är kvalitativ och återger mängder av konkreta beskrivningar och intervjuer, ge en fördjupad förståelse av problematiken och bilda grund för en konstruktiv dialog om



hur hemtjänstens organisation kan hantera den. Många bland personalen har ju, vilket vi kommer att se, hittat individuella metoder för att göra relationerna till de besvärliga vårdtagarna hanterbara. De använder sig av de möjligheter som det organisatoriska ramverket ger. Vilka är då de organisatoriska förhållanden som kan påverka förekomsten av besvärliga vårdtagare och hanteringsmetoder? Vi närmar oss en diskussion om det i det avslutande kapitlet.

## METOD

Under slutet av 2001 formulerades en sex sidor lång beskrivning av ett forskningsprojekt med rubriken ”Mellan samhälle och klient – förhandlingar och definitioner av behov och arbetsuppgifter inom hemtjänsten”. Det syftade till att undersöka grundläggande arbetsorganisatoriska processer inom hemtjänsten. Särskilt fokus lades vid hur arbetets gränser formuleras i olika formella och informella möten. Bakgrunden var att hemtjänstens personal befinner sig i ett organisatoriskt sammanhang som förändras dagligen avseende resurser för arbetets genomförande och vårdtagargruppens sammansättning. Därför behöver personalen fortlöpande definiera hur denna verklighet är beskaffad och vad som bör göras. En central fråga blev därför hur första linjens chefer och de som arbetar direkt med vårdtagare dag för dag definierar vad arbetet skall bestå av. Projektet syftade också till att utforska hur dessa förhandlings- och definitionsprocesser sammanhänger med den psykosociala arbetsmiljön bland personalen.

Empiriska data skulle insamlas genom kvalitativa intervjuer och deltagande observationer. För att få en bild av arbetets organisation, t.ex. avseende vilka som arbetar i grupperna och vilka regler som strukturerar möten med klienter, skulle intervjuer genomföras med arbetsledare, enhetschefer, behovsbedömare och i förekommande fall också andra som hade inflytande över personalens arbete. För att få kunskaper om hur personalen fortlöpande definierar sitt arbete skulle deltagande observationer göras samt korta intervjuer i anslutning till det.

Datainsamlingen påbörjades i mars 2002 och avslutades i augusti 2003. Den kom att fokusera tre olika arbetsgrupper inom den öppna hemtjänsten i tre olika kommuner i sydvästra Skåne. Med ”öppen hemtjänst” avses hemtjänst riktad till vårdtagare i ordinära boenden (icke institutionsboenden). Totalt gjordes deltagande observationer med 14 olika vårdbiträden och undersköterskor under c:a tre dagar vardera.

Det första arbetslaget är verksamma i ett bostadsområde i en större stad där befolkningen uteslutande bor i hyreshus och bostadsrätter. Personalen har nära till vårdtagarna och förflyttar sig till fots eller med cykel. Vårdtagarna består till stor del

av arbetarklass och en stor andel är invandrare. Många har olika sociala problem. I gatumiljön finns prostitution och langning av narkotika. Under samma period som studien genomfördes blev en man misshandlad till döds ute på gatan bara hundra meter från grupplokalen.

När data insamlades fanns tio vårdbiträden och undersköterskor i arbetslaget. Antalet personal varierade över tid beroende på hur många vårdtagare man hade och hur arbetskrävande de var. I gruppen fanns också en arbetsledare som hade ansvar för den dagliga fördelningen av arbetet och själv också arbetade direkt med vårdtagare. Arbetsledaren var underställd enhetschefen, som också hade ansvaret för andra grupper med totalt 50-60 anställda. Enhetschefen arbetade i huvudsak med övergripande administrativa frågor (liksom enhetscheferna för de andra grupperna som ingår i denna studie), t.ex. utbildningar, löner, rehabilitering, nyanställningar, etc. Denne var inte särskilt ofta involverad i ledningen av det dagliga arbetet.

Det andra arbetslaget är verksamma i ett bostadsområde som ligger i utkanten av en mindre stad. En större del av befolkningen bor i villor från nittonhundrafemtio- till sjuttiotalen och en mindre del bor i hyreshus från nittonhundrafemtioalet. Till området hör också landsbygd. Befolkningen bestod till stor del av arbetarklass och många hade varit yrkesverksamma i någon av fabrikerna i närheten. Personalen förflyttade sig till fots, med cykel eller, när de skulle ut på landsbygden, med bil. I arbetslaget fanns totalt åtta vårdbiträden och undersköterskor. I arbetslaget fanns ingen särskild arbetsledare. Istället fördelade gruppen själva arbetet, vilket var möjligt genom gruppens ringa storlek och det faktum att enhetschefen hade något färre grupper och anställda än i det första arbetslaget, drygt 30 stycken.

Det tredje arbetslaget är verksamma i ett mindre samhälle som är en förort till flera närbelägna städer dit befolkningen pendlar till skolor och arbetsplatser. Den största delen av befolkningen bor i villor som byggdes under nittonhundrasjuttioalet och en mindre del i något äldre villor. Till området hör också ren landsbygd. Personalen förflyttade sig med cykel eller bil. Befolkningen består till stor del av ekonomiskt ganska välmående arbetarklass och lägre medelklass och där finns relativt få

invandrare. Området kan mest beskrivas som en sömnig förort. I arbetslaget fanns tio undersköterskor och vårdbiträden.

Alla empiriska data insamlades av undertecknad. Eftersom fältarbetet genomfördes på samma sätt i de tre grupperna beskrivs här endast hur det gick till i den första gruppen. (För den som vill veta mer om fältintervjuer och deltagande observationer rekommenderas Hammersley & Atkinson 1995.)

Jag påbörjade arbetet genom att kontakta enhetschefen för den första gruppen och berättade då om mig själv och projektet. Vi kom överens om att jag skulle skicka den skriftliga projektbeskrivningen och vi bestämde tid för ett möte där jag personligen skulle presentera studien. Vid detta möte kom vi överens om att chefen skulle fråga någon bland personalen om det gick bra att jag ”gick bredvid” under några dagar och om jag då kunde föra anteckningar om ”allt som händer under dagen”. Redan efterföljande dag ringde chefen och sa att jag kunde följa med en av personalen under en dag. Sedan kunde vi bestämma om jag fick ”gå bredvid” ytterligare dagar. Förmodligen var detta förbehåll ett sätt att testa i vilken mån jag störde personalen i deras arbete. Efter den första dagens observationer frågade jag om det gick bra att jag följde med ytterligare ett par dagar, vilket jag fick. Efter några dagar frågade jag en annan av personalen om jag kunde få gå bredvid denne. Vid denna tidpunkt hade man lärt känna mig, fått höra hur observationerna gick till och upptäckt att jag inte störde dem.

Frågan om tillgång till fältet var alltså inte löst en gång för alla. Jag förhandlade vid ett flertal tillfällen varje dag om rätten att delta i olika situationer och att föra anteckningar om vad som hände. Dessa förhandlingar gjordes både med personalen som jag följde med, annan personal som vi mötte och vårdtagarna. Snabbt lärde jag mig att använda följande fras: ”forskare från Arbetslivsinstitutet som undersöker hur personalen arbetar och är särskilt intresserad av hur personalen organiserar sitt arbete men också deras psykosociala arbetsmiljö”. Eftersom det är ganska vanligt att personal har med sig extra personer (t.ex. arbetskamrater, elever och ny personal) var det ganska vanligt att vårdtagarna inte själva aktivt intresserade sig för vem jag var. I dessa situationer försökte jag ändå fånga deras uppmärksamhet och presentera mig. I

de fall då vårdtagarna visade intresse för studien frågade jag om de ville ha ett exemplar av projektbeskrivningen. Men det fanns också situationer då jag aldrig blev presenterad för vårdtagarna. Det kunde bero på att personalen ansåg att de inte var mottagliga för sådana presentationer, t.ex. på grund av demens. Personalen kunde också uttryckligen be mig att inte presentera mig, vilket förklarades med att ”besöket ändå är så kort” eller att ”vårdtagaren blir så orolig”.

Min fysiska närvaro var alltså föremål för löpande förhandlingar, men det var också min rätt att föra anteckningar. Redan från början sade jag tydligt, till både enhetschef och personal, att jag tänkte göra skriftliga anteckningar i en anteckningsbok ”hela tiden och så länge det inte stör arbetet med vårdtagarna”. Det innebar att jag hade med mig en svart anteckningsbok i storleken A5 där jag till en början nedtecknade ”det mesta” och ”hela tiden” utom i vårdtagarnas omedelbara närvaro. Jag antecknade tidpunkter när jag kom till grupplokalen, när morgonmötet började, när det avslutades, när man begav sig till den första vårdtagaren, när man anlände dit och när man lämnade denne. Jag antecknade också vilka personer som närvarade, var man befann sig, vilka aktiviteter man ägnade sig åt och vad som sades (så gott det nu gick). Dessa anteckningar fördes under hela arbetsdagarna från och med att jag anlände till grupplokalerna till jag lämnade personalen på eftermiddagarna. Anteckningar gjordes om alla möjliga situationer, t.ex. om besök hos vårdtagare, formella och informella möten med arbetskamrater, transporter, luncher och pauser.

Det fanns dock begränsningar för antecknandet. En begränsning var min egen iakttagelseförmåga och hastighet med vilken jag kunde skriva. En annan var att jag ofta upplevde det som ”olämpligt” eller ”stötande” att göra anteckningar, t.ex. om någon i personalen beklagade sig eller var ledsen inför någon annan personal, om en vårdtagare angrep ett vårdbiträde verbalt eller om en vårdtagare inte hade blivit tillfrågad om jag fick vara med. I dessa situationer väntade jag med att göra anteckningar till vi hade lämnat situationen. Tursamt nog fanns det naturliga luckor i arbetet då jag retroaktivt kunde föra ner anteckningar i min bok, t.ex. medan vi förflyttade oss från en vårdtagare till en annan.

De observerade vårdbiträdena och undersköterskorna ägnade inte all sin tid åt att interagera med vårdtagare, kollegor och andra. Det fanns luckor i det dagliga arbetet som innebar att de kunde tala enbart med mig, t.ex. när vi förflyttade oss mellan vårdtagare, vid fikapauser, vid arbete som inte direkt berörde vårdtagare (t.ex. inköp) eller vid arbete hemma hos vårdtagare som inte var direkt närvarande (t.ex. befann sig i ett annat rum). Vid dessa tillfällen kunde jag intervjua personalen. Jag ställde frågor om sådant som hur länge de arbetat i yrket, vilken utbildning de har, hur de ser på sin framtid inom yrket, vilka problem de upplever, vilka fördelar de ser med arbetet och hur de ser på olika typer av vårdtagare. Ofta uppkom samtalsämnen naturligt, genom att vi började prata om något som vi upplevt gemensamt under arbetsdagen, t.ex. att en vårdtagare varit besvärlig. Intervjuerna gav ett mycket rikt material just därför att de var situerade, d.v.s. spontana. De var inte resultat av direkta frågor från mig till dem och de handlade om sådant som hade hänt omedelbart före. De gav en inblick i de tolkningar som personalen gjorde i de aktuella situationerna.

Under dessa luckor i arbetet samlade jag också in andra typer av empiriska data. Jag kopierade olika skriftliga dokument som personalen använder i sitt dagliga arbete, t.ex. personalscheman, vårdtagarkort, regelsamlingar, kort för beställning av mat och beställningar från behovsbedömare. Jag återkom också vid särskilda tillfällen för att kopiera olika dokument.

Förutom deltagande observationer med personalen under vanliga arbetsdagar har jag deltagit i utvecklingsdagar, personalkonferenser, möten där man lagt scheman och andra extra ordinarie sammanhang när frågor om arbetets organisering berörts av ledning och personal.

När observationsdagarna var avslutade gick jag direkt hem och började antingen renskriva fältanteckningarna på datorn eller tala in dem på ljudband. Renskrivandet brukade ta mellan två och fyra timmar och resulterade i mellan åtta och tio sidor maskinskriven text. De renskrivna versionerna blev alltid mer omfattande än anteckningarna eftersom jag fyllde i luckor som lämnats där jag i anteckningarna endast nedtecknat nyckelord. I de fall jag talade in på ljudband brukade det ta ungefär en till en och en halv timme och även då fyllde jag i luckorna som lämnats av enstaka

ord i anteckningsboken. Ljudbanden skrevs senare ut, antingen av mig själv eller av en assistent.

Jag genomförde också ljudinspelade kvalitativa intervjuer med personer som hade olika typer av ledande funktioner i organisationerna. De syftade i hög utsträckning till att ge en bild av hur organisationerna var uppbyggda och var därför ganska öppna till sin karaktär.

På den första arbetsplatsen (stadskärnan) genomfördes relativt många intervjuer med personer som kunde ge en bild av hemtjänstens organisation: arbetsledaren, enhetschefen (två gånger), sektionschefen och en utvecklingsledare. I denna organisation, liksom i de två andra, hade man infört ett intraprenadsystem, vilket innebar att en separat organisation inom kommunen beställde tjänster från hemtjänsten. Särskilda behovsbedömare från den beställande organisationen besökte vårdtagare och fattade beslut om vilken hjälp de skulle få samt skickade beställningar till de olika delarna av hemtjänsten som fick ekonomisk ersättning för dessa uppdrag. Därför intervjuades också den behovsbedömaren som hade ansvaret för det geografiska område som den aktuella gruppen verkade inom. I anslutning till observationerna av den andra gruppen (småstadsförorten/landsbygden) genomfördes intervjuer med enhetschefen (två gånger), en sjuksköterska, en arbetsterapeut och en behovsbedömaren. När det gäller den tredje gruppen (förorten) intervjuades enhetschefen, sektionschefen och behovsbedömaren. Intervjuerna skrevs ut och ligger till grund för de beskrivningar som här ges av organisationerna och deras medarbetare.

Fokus för observationerna och intervjuerna var alltså ”förhandlingar och definitioner av behov och arbetsuppgifter inom hemtjänsten”. Mycket snart visade det sig att ett delområde framstod som särskilt intressant, nämligen de besvärliga vårdtagarna. Det framkom att problem med relationer till vårdtagarna tog en mycket stor del av personalens tid och psykiska energi i anspråk. När arbetet flöt problemfritt pratade man inte särskilt mycket om det. När det fanns praktiska problem fokuserades pratet på att lösa dem. Men när man upplevde att relationen till vårdtagarna var svår, pratade man om det med kollegor, arbetsledare, sjuksköterskor, enhetschefer, anhöriga, mig och andra. Detta prat var i och för sig ofta praktiskt lösningsfokuserat, men jag märkte

snart att personalen också yppade personligt engagemang, t.ex. ledsnad och ilska. De besvärliga vårdtagarna visade sig vara något stressande som personalen försökte hantera genom att prata om dem.

När jag väl lagt märke till detta blev observationerna också mer fokuserade på relationerna till de besvärliga vårdtagarna. Jag började föra mer utförliga anteckningar om situationer som hade med dessa besvärliga vårdtagare att göra, t.ex. besök hos dem och situationer då personalen pratade om dem. Det visade sig snart att personalen inte bara pratade om dem under arbetstid utan också på morgonen före arbetet, under pauser, luncher och, förmodligen, även under fritiden. Det visade sig att prat om vårdtagare var en central del av arbetet.

Snart kom jag att tolka pratet om de besvärliga vårdtagarna som olika former av ”coping” eller ”hantering” (som är den term som används här), d.v.s. metoder att förstå det besvärliga, stå ut med det, o.s.v. Denna tolkning innebar att jag också upptäckte andra metoder för att bemästra relationerna till de besvärliga vårdtagarna; metoder som inte enbart bestod av att man pratade med sina kollegor och andra om det besvärliga utan att man rent konkret försökte göra något åt situationen, t.ex. genom att undvika de besvärliga vårdtagarna eller genom att försöka förändra deras beteende.

Före projektets start hade jag också börjat läsa tidigare publicerade studier om den svenska hemtjänsten. Ett flertal av dem är kvalitativa och innehåller utförliga beskrivningar av olika organisationsformer och situationer där personal möter vårdtagare. Många är baserade på intervjuer och återger långa citat med vårdbiträden och undersköterskor. När mitt intresse hade smalnat till att handla om relationer till besvärliga vårdtagare kom jag att läsa dessa undersökningar mer selektivt. I många av texterna hade författarna inte särskilt fokuserat temat ”svåra relationer”, men de långa citaten gav möjlighet för att göra andra tolkningar än de som författarna gjort och därmed ytterligare utveckla det tema jag nu börjat fokusera. I föreliggande rapport återger jag en rad kärnfulla citat som illustrationer av de olika typerna av besvärliga vårdtagare och metoder som används av personal för att hantera dem.



Valet av exempel är gjorda utifrån syftet att tydligt visa det jag vill illustrera. I många fall har jag därför valt intervjuцитat ur andra studier än denna, t.ex. ur skrifter av Gustafsson (1999), Ingvad & Ohlsson (1999), Nordström (1998), Rinnan & Sylwan (1992), Szebehley (1995), Thulin (1987) och Topor (1995). I samtliga fall när ett intervjuцитat ur en annan studie återges finns det exempel på motsvarande situationer i mitt eget empiriska material. En fördel med att återge intervjuцитat snarare än anteckningar från observationer är att de visar att det som illustreras är viktigt för personalen, inte bara för observatören. Observationsdata är bra på att fånga faktiska förlopp, men de blottlägger inte lika enkelt de studerade individernas grundläggande tolkningar av företeelser i omvärlden. Intervjuцитaten från andras studier visar också att de besvärliga vårdtagarna är vanligt förekommande.

## ARBETETS INRAMNING

Personalen inom hemtjänsten befinner sig mitt emellan organisation och vårdtagare (Leppänen et. al. 2005). Å ena sidan utförs arbetet inom samhällliga och organisatoriska kontexter som styr arbetet på olika sätt. Å andra sidan utförs arbetet i samspel med vårdtagare med skiftande problem, behov och omständigheter. Därför har personalen, när de utför sitt arbete, att förhålla sig både till samhällliga och organisatoriska ramar och till vårdtagarnas olika omständigheter.

I detta kapitel diskuteras det första av dessa villkor, nämligen hur olika samhällliga och organisatoriska förhållanden styr arbetet. Det finns en rad intressenter som påverkar hemtjänstarbetet d.v.s. individer, grupper och organisationer som har intressen i verksamheten och försöker påverka den. De lokala organisationerna som påverkar naturligtvis också arbetet på olika sätt. Men trots dessa styrningsförsök har personalen ett relativt stort självbestämmande och kan påverka vad som ska göras och hur det ska göras.

### **Intressenter**

En viktig intressent är den s.k. *allmänheten*. Den finansierar hemtjänsten med skattemedel och är därför intresserad av vilka metoder som används, vad de syftar till, vad hemtjänsten kostar, vilka resultat som uppnås, o.s.v. Allmänheten uttrycker sina åsikter om hemtjänsten i massmedia och vid direkta kontakter med företrädare för de organisationer som utför hemtjänsten samt till politiker, särskilt i anslutning till politiska val. Allmänhetens bedömningar av vilken hemtjänst som ska levereras avgörs till stor del av dess föreställningar om vad ett anständigt liv bör bestå av och vem som ska garantera detta liv samt till vilken kostnad. Synen på vad ett anständigt liv består av varierar över tid. När vi idag talar om kategorin "äldre friska" anser vi t.ex. ofta att ett anständigt liv består av att man får bo kvar med sin make eller maka till man avlider, att man får bo kvar i sitt hem så länge man kan förflytta sig, att man får bo i ett eget rum med egna möbler, att man får ha egen TV-apparat, att man får städat med jämna mellanrum, att man får ha blommor i fönstret, att man får varm mat varje dag, o.s.v. Dessa åsikter om vilket liv äldre, sjuka och handikappade ska ha rätt till kommer att förändras i framtiden.

En viktig grupp intressenter är politiker och *politiska organisationer*. Socialpolitiken är den största offentliga utgiftsposten. De politiska organisationerna fattar beslut om lagstiftning och resurstilldelning. Oppositionspartier intresserar sig för de beslut som fattas och har ofta synpunkter på dem. De politiker som är involverade i debatten och beslutsfattandet återfinns på riksnivå och kommunal nivå. På riksnivån har man en viktig roll som normgivare och på den kommunala nivån är man ansvariga för att finansiera och leverera hemtjänst till befolkningen.

Politikernas beslut kanaliseras, på riksnivå, genom *lagstiftning*. Det finns en omfattande lagstiftning som på olika sätt påverkar kommunernas utformning av äldreomsorgen. Enligt svensk lag är varje kommun skyldig att ha en socialnämnd. I socialtjänstlagens sjätte paragraf står följande: "Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (annat bistånd) på de villkor som anges i paragraf 6b-6f." Vidare står följande: "Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes resurser att leva ett självständigt liv." Lagtexten säger också följande: "Med annat bistånd avses hemtjänst, särskilt boende för service och omvårdnad för äldre eller bostad med särskild service för funktionshindrade." Kommunerna är alltså skyldiga att ha socialnämnder vilka ansvarar för att tillhandahålla hemtjänst åt kommunens medborgare.

Det grundläggande problemet med att en gång för alla bestämma vad som är en "skälig levnadsnivå" återspeglas i denna viktiga lagtext som utsäger att hemtjänsten skall finnas och vad dess inriktning skall vara. De vaga formuleringarna beror naturligtvis på arbetets mångskiftande natur men också på att "den skäliga levnadsnivån" varierar över tid. Denna vaga formulering har medfört att hemtjänstens innehåll varierar något mellan olika kommuner.

Lagstiftningen påverkar vilka grupper vårdtagare som hemtjänstens verksamhet inriktas på. Vårdtagarna har sedan hemtjänstens tillkomst bestått av äldre och sjuka. Genom en rad reformer de senaste 15 åren har den kommit att riktas till nya grupper:

(i) Genom socialtjänstlagen (SFS 1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) kom personer med olika sociala problem att tillhöra den kommunala omsorgen från och med början av 1980-talet. (ii) Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna tog över ansvaret för fysiskt sjuka och äldre handikappade personer som bor på sjukhem (proposition 1990/1991:14, SFS 1990:1402.1404). Samtidigt minskade antalet sjukhemsplatser, vilket resulterade i att det endast var de allra äldsta sjuka som blev kvar. I många kommuner togs även hemsjukvården över. För hemtjänstens personal innebar det att man fick nya medicinska arbetsuppgifter. Man fick också lära sig att i högre utsträckning samarbeta med sjuksköterskor som nu leder deras medicinska arbete. (iii) När lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade trädde i kraft 1994 (SFS 1993:387, 388), kom också personer med utvecklingstörning att tillhöra kommunernas ansvarsområde. (iv) År 1995 trädde psykiatrireformen (proposition 1993/94:218) i kraft och kommunerna övertog då även ansvaret för vissa psykiskt sjuka från staten (ändring i SFS 1990:1404). Allt detta betyder att de vårdtagare som idag får hemtjänst är sjukare, äldre och mer vårdkrävande än de var för 15 år sedan.

Det finns också *andra offentliga organisationer* som intresserar sig för hemtjänstens verksamhet. Arbetsmiljöinspektionen utfärdar föreskrifter för hur arbetsmiljön ska vara utformad och genomför regelbundna kontroller av att de efterlevs. Socialstyrelsen utfärdar normer om yrkestitlar, sekretess, dokumentation, m.m. De genomför också kontroller av verksamheten.

*Privata företag* är också intressenter i hemtjänstens verksamhet. Det finns en lång rad företag som säljer tjänster till hemtjänsten, t.ex. byggnader, transporter, bilar, telekommunikation, läkemedel, teknisk medicinsk utrustning, mat och kläder.

En annan grupp intressenter är de *forskare* som ägnar sig åt studier om hemtjänsten. Denna grupp är inte särskilt stor, numerärt sett, men syns och hörs ofta i den offentliga debatten.

Den offentliga debatten om äldreomsorgen förs till stor utsträckning inom *massmedier*. Särskilt livlig är den under valrörelser. Massmedierna är i och för sig en

kanal för åsikter som andra intressenter för fram, men den är också en intressent i sig eftersom massmedia själva ofta är aktiva i formulerandet av nyheter och opinion.

*Personalens egna organisationer* påverkar också arbetets innehåll genom att de bevakar personalens intressen avseende lönesättning och arbetsvillkor. Den viktigaste organisationen i detta sammanhang är fackförbundet Kommunal.

*Personalen själv* påverkar verksamheterna, bl.a. genom att direkt uttrycka önskemål och krav avseende vilket innehåll arbetet ska ha till den egna organisationen men även genom att skriva tidningsartiklar och delta i politiskt arbete. Medarbetarnas idéer och synpunkter på verksamheten är grundade på två olika förhållanden. Dels innehar de expertis om hemtjänstens organisation och arbetets innehåll. Dels lever de liv som har likheter med det liv som vårdtagarna lever. Arbetet inom hemtjänsten har likheter med det arbete som personalen utför i sitt privata liv. Man städar hos både vårdtagarna och i sitt eget hem. Man köper mat åt både vårdtagarna och sig själva. Man lagar mat åt både vårdtagarna och sig själva. De erfarenheter som personalen har inom sitt eget liv kommer att vara närvarande i bedömandet om vad som är ett anständigt leverne och vad som är rättmätiga önskningskrav och krav från vårdtagarna.

Personalens egenskaper och syn på verksamheten kommer att påverka den. Som exempel kommer personal ofta att sympatisera med vårdtagarna, vilket kan ha flera orsaker: Förmodligen är det många som söker sig till yrket som gör det för att de vill arbeta med människor. Förmodligen är det en stor grupp individer med stark verbal läggning, vilja att interagera med andra, empatisk förmåga, etc. som söker sig till hemtjänsten.

En mycket stor del av de som söker sig till hemtjänsten är kvinnor. SCB:s statistik visar att år 2002 var det drygt 357 000 kvinnor som arbetade inom kategorin "Vård och omsorgspersonal" och endast drygt 39 000 män (SCB 2005-03-03). En del forskare hävdar att det finns skillnader mellan kvinnor och män avseende benägenheten att utveckla medkänsla, sympatier och sociala relationer till klienter. Chodorow (1988) hävdar att kvinnor är mer relationsorienterade än män och att män har mer distanserade förhållningssätt till omvärlden. Nilsson Motevasel (2002:31)

kommenterar Chodorow: "Det vi får veta om hur en relationsorientering yttrar sig är att kvinnor frivilligt tar på sig modersfunktionen: att kvinnor upplever att de har sin viktigaste funktion inom familjen och att de där sysslar med "känslorarbete", samt att kvinnor i yrkeslivet söker sig till vårdande, omhändertagande yrken." Gilligan (1982) hävdar att kvinnor och män resonerar på olika vis avseende moraliska frågor. Män tenderar att i högre utsträckning resonera mer abstrakt, distanserat och i termer av moraliska principer. Kvinnor resonerar mer kontextberoende, i termer av konkreta situationer. Nilsson Motevasel (2002:28ff.) ger också en översikt över den kritik som riktats mot dessa påståenden samt studier som pekar på att engagemang, kontinuitet och närhet också kan saknas inom kvinnodominerad omsorg. (Se också Szebehely 1995 och Franssén 1997.)

Oavsett om kvinnor faktiskt är mer relationsorienterade än män så är det ett faktum att känslor som har att göra med kärlek, omtanke, omsorg, etc., ofta tillskrivs kvinnor (Abiala 2000:61). Det betyder att det finns en förväntan på kvinnor att leva upp till dessa förhållningssätt eller åtminstone ta ställning till dem. Förmodligen aktualiseras sådana förväntningar särskilt starkt när arbetet, som inom hemtjänsten, består av traditionella kvinnliga sysselsättningar.

Ett förhållande som möjligen kan öka kvinnors känslor av ansvar för vårdtagarna är att de oftare befinner sig i livssituationer som är mer lika vårdtagarnas än vad män gör: Kvinnor tar större ansvar för hushållsarbete än män. De tar hand om barn i högre utsträckning än män. De tar i högre utsträckning ut föräldraledighet än vad män gör. De stannar i högre grad hemma för vård av sjukt barn än vad män gör. De har oftare hand om barnen efter separationer än vad män har. De har lägre löner. (Se vidare i SCB 2004.) De lever oftare i livssituationer där de är beroende av välfärdssystemen och vårdtagarna är än mer beroende av dessa system.

Många av personalen är utbildade undersköterskor. Därmed har de socialiserats till yrkesnormer om godhet, medkänsla, empati, o.s.v. Inom flertalet yrkesutbildningar betonas hur viktigt det är att vara medkännande med klienten och att uttrycka empati. Många av yrkesutövarna förväntas vara "klienternas advokater".

Många upplever också att de får sin belöning genom att klienterna visar dem uppskattning för vad de gör. En vanlig känsla är att personalen känner sig ”behövd”. (Se vidare i Jönsson, Tranquist & Petersson 2003.)

Alltså finns det en lång rad olika anledningar till att det kan skapas starka sympatier till vårdtagarna. Dessa sympatier kan medföra att personalen får relativt starka åsikter om vad arbetets innehåll bör bestå av.

Naturligtvis kanaliseras personalens åsikter om vårdtagarnas rättmätiga behov, som ovan sagts, genom åsikter riktade till den egna organisationen, genom kontakter med massmedia och deltagande i politiskt arbete. Men de kanaliseras också rakt in i det egna arbetet. Man utför arbetet på ett sådant sätt så att man försöker ge vårdtagarna det man anser de förtjänar.

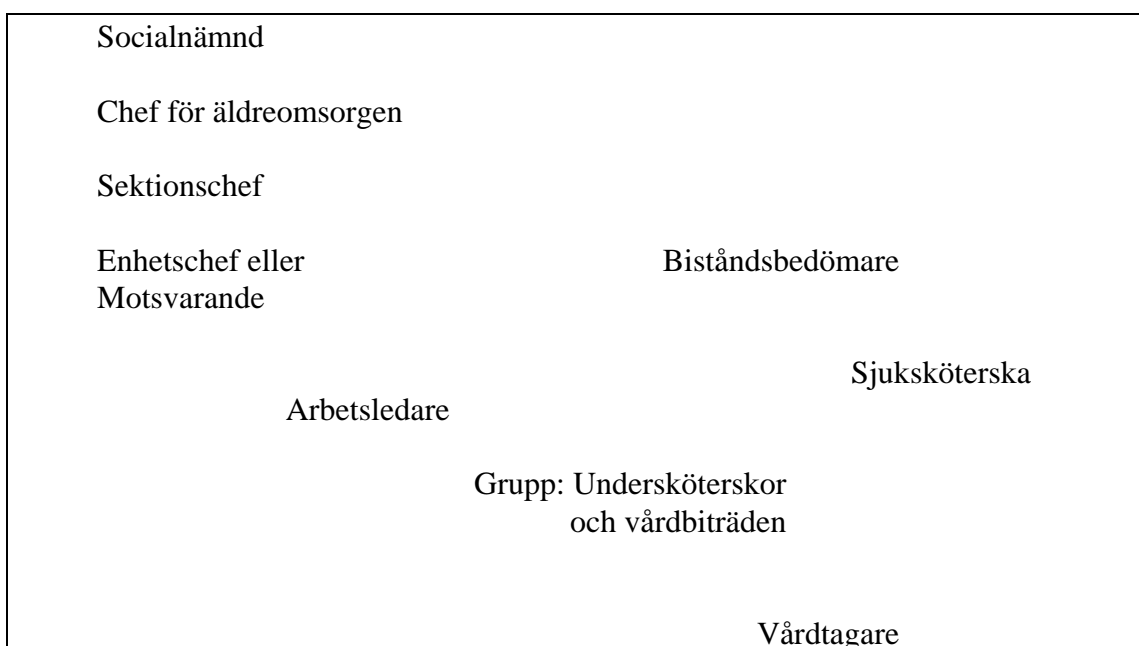
En mycket viktig intressent är naturligtvis *vårdtagarna*. De är beroende av hemtjänsten och har direkta intressen i hur tjänsterna är utformade. Ibland kanaliserar de sina synpunkter genom egna organisationer, t.ex. Pensionärernas Riksorganisation. Ofta uttrycker de sina synpunkter vid direkta möten med personalen, behovsbedömare och andra företrädare för kommunen. Regelbundet får deras synsätt utrymme i massmedia. Naturligtvis uttrycker de ofta sina intressen direkt till biståndsbedömare och personal inom hemtjänsten.

Vårdtagarnas *anhöriga* är också intressenter. Ibland har de organiserat sig i olika föreningar, t.ex. Malmö Anhörigförening. De uttrycker sina önskemål och krav till politiker och den kommunala hemtjänsten men också direkt till personalen.

Sammantaget ser vi att det finns en lång rad organisationer och aktörer som på olika sätt försöker påverka det som sker i mötet mellan hemtjänstens personal och vårdtagarna. I det följande presenteras utformningen av den lokala arbetsorganisationen som personalen ingår som en del av.

## **Organisation**

Personalen som ingår i denna studie arbetade inom följande organisatoriska ramverk inom den kommunala hemtjänsten.



Personalen bestod av vårdbiträden och undersköterskor som arbetade i grupper om mellan åtta och tio personer, ibland något fler. De utförde en stor del av sitt arbete i direkt interaktion med vårdtagarna och befann sig då i vårdtagarnas hem bortom organisationens omedelbara kontroll.

Arbetet koordinerades i grupperna. De hade var sin grupplokal som de utgick från. Det var där arbetsdagen började och slutade och det var dit man återvände mellan besöken hos vårdtagarna. I samtliga fall låg grupplokaler i byggnader där andra grupper hade sina lokaler och i anslutning till enhetschefernas, sjuksköterskornas och annan personals lokaler. Grupplokaler var inredda med stora bord som personalen satt vid under möten och där de skötte sitt pappersarbete. I grupplokaler fanns också telefoner, datorer, bokhyllor med pärmar där papper om vårdtagarna förvarades, låsbara skåp för personalens privata tillhörigheter, o.s.v. Ofta satt man där och vilade sig eller väntade på att nästa arbetsinsats skulle påbörjas. Ibland fikade eller åt man lunch i grupplokaler.

I gruppen kom man dagligen överens om vem som skulle göra vad, när och hur. När någon i personalen var ordinarie ledig (d.v.s. hade en vanlig ledig dag) tog de andra



gruppmedlemmarna hand om vederbörandes arbetsuppgifter. När någon i personalen var sjuk eller tog semester övertog vikarier dennes arbetsuppgifter. Om vikarier inte fanns tillgängliga fick gruppen prioritera bland olika arbetsuppgifter så att det viktigaste skulle bli gjort och det mindre viktiga fick skjutas på framtiden.

I en av grupperna fanns en särskild arbetsledare som hade vissa administrativa uppgifter (t.ex. ta emot uppdrag från behovsbedömaren, ta emot samtal från anhöriga och ta hand om matbeställningar) och att se till så att det dagliga arbetet fördelades inom gruppen. I de andra grupperna hade man fördelat dessa arbetsuppgifter inom gruppen.

Det fanns också en enhetschef som arbetade med frågor som hade att göra med arbetets grundläggande organisation. Enhetschefen hade hand om övergripande frågor gällande scheman, anställningsintervjuer, semestrar, rehabilitering av sjukskriven personal, budgetarbete, lönesamtal, fackliga förhandlingar, tjänstledigheter, lokalfrågor, utbildningar, regler kring verksamheten, o.s.v. De arbetade inte med den dagliga ledningen av arbetet. Enhetschefen hade, i sin tur, alltid en överordnad sektionschef. Denna sektionschef var i sin tur underordnad en chef för äldreomsorgen, förvaltningschef eller socialchef vilka i sin tur kommunicerade med den politiska nivån. Det innebär att enhetscheferna befann sig i ett slags ”korstryck” mellan det dagliga arbetets och förvaltningens krav (Ellström, Ekholm & Ellström 2003:73).

Organisationerna är alltså hierarkiska. Personalen har en rad överordnade som leder den sociala omsorgen. Men personalen har också en annan arbetsledare, nämligen sjuksköterskan, som leder det vårdgivande arbetet. Rent formellt är sjuksköterskan underordnad enhetschefen, men på grundval av dennes professionella status, får denne en relativt stor autonomi i förhållande till denne.

I samtliga tre kommuner hade man en separat ”beställarorganisation” som fattade beslut om vilken social omsorg vårdtagarna skulle få. Denna beställarorganisation var fristående från äldreomsorgen/utföraren. Den var en egen organisation inom kommunen som hade ansvar för att köpa äldreomsorg av kommunala organisationer eller privata företag. Särskilda biståndsbedömare gjorde utredningar om vilka

hjälpbehov som fanns hos potentiella vårdtagare. De gjorde hembesök och intervjuade dem. Sedan fattade de beslut om vilken omsorg de skulle få. Besluten nedtecknades och översändes till de lokala utförarna. Uppdragen åtföljdes av ekonomisk ersättning. Dess storlek bestämdes utifrån en mall, en slags trappa, där olika hjälpnivåer var kopplade till olika stor ekonomisk ersättning.

Biståndsbesluten varierade i sin utformning, men hade också likheter. Låt mig ge ett exempel: I en av kommunerna rangordnades vårdtagarna i fem olika vårdnivåer, från noll till fyra (år 2002). Vårdnivå noll motsvarade "telefonservice, trygghetslarm" och gav organisationen något drygt 900 kronor per månad. Vårdnivå ett motsvarade "städning, mattjänst, tvätt, inköp" och gav något drygt 3500 kronor per månad. Vårdnivå två motsvarade "personlig hygien" och inbringade drygt 5900 kronor per månad. Vårdnivå tre innebar "på- och avklädning" och gav drygt 11500 kronor per månad. Vårdnivå fyra betydde "födointag, toalettbesök, förflyttning" och gav drygt 17000 kronor per månad. Det fanns också två andra vårdnivåer (fem och sex), men beslut om dessa innebär att vårdtagarna hamnade i sluten vård och inte bodde kvar i eget boende. De var därför inte aktuella för den öppna hemtjänsten. Frågan om vad som skulle göras av personalen specificerades genom anteckningar i biståndsbesluten. Där kunde t.ex. stå "personlig hygien, dusch 1 g/v" eller "städning var 14:e dag". Det fanns också en ruta som hette "dagvård/dagverksamhet" och en ruta för "övrigt". Där kunde man t.ex. skriva "promenader". Biståndsbesluten innehöll också uppgifter om vilka besluten rörde, vilka som var sjukvårdande instanser och beskrivningar av vårdtagarnas aktuella tillstånd.

Olika personer och organisationer kunde göra biståndsbedömarna uppmärksamma på att någon var i behov av hemtjänst. Det kunde vara en anhörig eller granne, personal vid en sjukhusavdelning som planerade sända hem en patient, personal vid vårdcentralen eller hemtjänstens egen personal. Var gång en vårdtagare var i behov av mer hjälp kontaktades en behovsbedömare som fick göra en ny utredning.

Behovsbedömarna sitter på två stolar. Å ena sidan har de att tillämpa socialtjänstlagens vaga formuleringar, särskilt den sjätte paragrafen. Å andra sidan har de att tillämpa den i ljuset av de ekonomiska ramar som kommunernas politiker

tilldelar dem. De ska tillförsäkra vårdtagarna ett liv i enlighet med socialtjänstlagens intentioner. Samtidigt skall de följa budgetramarna. Det innebär att socialtjänstlagens paragrafer kommer att tänjas i olika utsträckning i olika kommuner.

### **Självbestämmande**

Personalens arbete är trots allt ingen enkel avspegling av intressenternas eller organisationernas styrningsförsök. Personalen kommer alltid att ha en relativt stor frihet att själv påverka arbetets utförande, det som ofta kallas ”diskretion” eller ”självbestämmande” (Lipsky 1980, Johansson 1997). En anledning är att klienterna lever under skilda förhållanden, har varierande typer av problem och har olika förväntningar, önskningsar, motivation, etc. Verkligheten som arbetet utförs i är mycket varierad och föränderlig vilket ger frihet för personalen att i ganska hög utsträckning själv definiera olika problem, avgöra vad som behöver göras och hur det ska göras. En annan anledning till är att arbetet utförs hemma hos vårdtagarna, bortom insyn från kollegor och arbetsledning.

Dock har en tendens under 1990-talet varit att personalens arbete blivit mer centralstyrt (Ellström, Ekholm & Ellström 2003:13). Fler beslut om det direkta omsorgsarbetet fattas på central nivå. Tidigare, fram till 1980-talet, fick personalen i större utsträckning förhandla om dessa arbetsuppgifter direkt med vårdtagarna. Numera är det politiker, biståndsbedömare och andra tjänstemän som i högre utsträckning fattar beslut om dem. (Se t.ex. Szebehely 1995 och Nordström 1998.) Det kan t.ex. handla om den exakta tid som varje arbetsuppgift får ta, vilken mat som skall levereras eller vilka arbetsuppgifter som skall utföras med vilka intervaller (t.ex. städning). Till stor del beror det på att man försöker rationalisera verksamheterna och göra dem mer kostnadseffektiva. En annan tendens, som personalen ofta gav uttryck för är att tiden som de har tillförfogande för vårdtagarna har blivit mindre. Personal som arbetat inom hemtjänsten sedan 1980-talet och därför kunde jämföra de nuvarande arbetsvillkoren med de dåvarande upplevde ofta att deras arbete, på grund av centralstyrning och tidsbrist, hade blivit uppstyckat. Ett äldre vårdbiträde brukade säga att hennes arbete bestod av att ”springa omkring och kasta ut vårdpaket”.

Sammantaget ser vi att de intressenterna och den lokala organisationen på olika sätt styr personalens arbete men att de ändå har ett relativt stort självbestämmande. I nästa

kapitel diskuteras, efter en presentation av vad personalen faktiskt gör i sitt arbete, hur arbetets natur ställer krav på en annan aspekt av mötet, nämligen relationen mellan personal och vårdtagare.

## ARBETETS NATUR

Detta kapitel inleds med en beskrivning av vad personalen gör i sitt arbete. Sedan diskuteras en central dimension av arbetet, nämligen att det är ett relationsarbete. Därefter visas hur arbetet ställer krav på personalen att upprätthålla goda relationer med vårdtagarna.

### **Vad man gör**

En rad forskare har försökt sammanfatta vad arbetet inom hemtjänsten består av. När James (1992) beskriver ett brittiskt "hospice" sägs att arbetet består av tre delar: organiserande arbete (det arbete som utförs när vårdtagarna inte är närvarande), fysiskt arbete och emotionellt arbete (vilka båda till stor del utförs i möten med klienter). Blomdahl Frej (1993) och Gustafsson (1999) delar in arbetet inom den svenska hemtjänsten i praktisk hjälp, social hjälp (t.ex. att träffa andra) och existentiell hjälp (t.ex. hantera ensamhet och dödsångest). Enligt Ungerson (1983) handlar omsorg både om "caring for" (sörja för; att tillfredställa behov) och "caring about" (att bry sig om; ett mer långsiktigt åtagande som inbegriper engagemang). Ellström, Ekholm & Ellström säger att "Inom såväl hemtjänsten som institutionsbaserad omsorgsverksamhet är omsorgsarbete en form av hjälpsökande verksamhet som innebär både praktisk hjälp med olika sysslor samt tröst och medmänsklighet i utförandet." (2003:14) Liknande åtskillnader har gjorts av en lång rad andra forskare, t.ex. Waerness (1983), James (1989), Simonen (1990), Barer (1992), Davies (1996), Fahlström (1999), Szebehely (1999), Eliasson (2000) och Astvik (2000, 2003).

Man kan säga att arbetet består av följande fem delar: För det första består det av praktisk hjälp, både sådan som riktar in sig på vårdtagarens kropp (t.ex. tandborstning och påklädning) och dennes omständigheter (t.ex. inköp och städning). För det andra består det av social hjälp, t.ex. småprata med vårdtagaren eller förmå denne att på annat sätt aktivera sig socialt. För det tredje består det av existentiell hjälp, t.ex. att prata med vårdtagaren om dennes bekymmer eller förmedla kontakter till människor som kan ge sådant stöd. Dessa tre arbetsuppgifter är sådana som ofta brukar kallas omsorg. För det fjärde består arbetet av medicinsk vård i form av undersökningar (t.ex. blodtryck och blodsocker) och behandlingar (t.ex. hjälp med intag av mediciner

och gångträning). För det femte utför personalen arbete som sker utanför mötet med vårdtagarna, t.ex. planering, utbildning och möten. Hit hör också den dagliga kommunikationen om olika vårdtagare, vilket till stor del består av att information om utförda och framtida insatser sprids i grupperna. I det följande diskuteras dessa arbetsuppgifter mer utförligt.

### *Praktisk hjälp*

Den praktiska hjälpen är en stor grupp arbetsuppgifter som tar den största delen av arbetstiden. Szebehely (1995) gjorde en undersökning av de vanligaste praktiska arbetsuppgifterna i tre hemtjänstgrupper under åren 1987-1988. Hon räknar upp tio mycket vanliga arbetsuppgifter; veckostädning, tvätt, inköp av dagligvaror, matlagning, förflyttning utanför bostaden, bad eller dusch, av/påklädning, förflyttning från säng, förflyttning till/från toalett och tillsyn. De intervjuade vårdtagarna fick hjälp med i genomsnitt 5,1 av dessa saker. Gustafsson (1999:75) frågade 57 hemtjänstassistenter under åren 1993-1995 vad vårdtagarna fick hjälp med. Det visade sig att drygt 85 % fick hjälp med städning, drygt 70 % fick hjälp med inköp, 65 % med tvätt, drygt 50 % med personlig hjälp, drygt 35 % med mat och c:a 12 % med läkarkontakter. Därtill kom att c:a 30 % fick hjälp med "övrigt", c:a 35 % med "aktivitet" och c:a 17 % med sällskap. Även om det inte ingick i designen för föreliggande studie att genomföra någon kvantitativ mätning av hur mycket man ägnade sig åt olika arbetsuppgifter, så är min uppskattning att personalen ägnade sig minst lika mycket åt olika praktiska arbetsuppgifter som i dessa studier.

Personalen i denna studie utförde en lång rad olika praktiska sysslor: En arbetsuppgift bestod av att skriva nyckelförbindelser med nya vårdtagare. Dessa nyckelförbindelser innebär att vårdgivarna undertecknar dokument där de ger vårdgivarna rätt att gå in i deras bostäder med nyckel. En annan arbetsuppgift bestod av att installera trygghetslarm och hantera de situationer då vårdtagarna larmar. Dessa situationer kunde vara akuta, t.ex. när någon vårdtagare skadat sig, men var vanligtvis ickeakuta, t.ex. när någon vårdtagare behövde hjälp med att gå på toaletten. En tredje typ av arbetsuppgifter bestod av städning. I ett område genomförde personalen veckostädningar hemma hos en stor del av vårdtagarna var 14:e dag. De städade då maximalt två rum och kök, enligt reglerna. I genomsnitt hade var och en av personalen

ansvar för c:a tre sådana veckostädningar per vecka. De tog ungefär två timmar att genomföra. I ett område hade denna arbetsuppgift lagts på entreprenad så att ett separat företag genomförde dem. En fjärde uppgift var att ta hand om vårdtagarnas tvätt. I ett område tog ett tvätteri hand om vårdtagarnas tvätt, men det var ändå personalen som packade den i säckar, fyllde i listor där de angav vilken tvätt som skickats iväg och packade upp den när den kom tillbaka. I ett annat av områdena hände det ofta att personalen tvättade, torkade och strök tvätt. Personalen handlade också mat åt vårdtagarna, vilket gjordes högst två gånger per vårdtagare och vecka. De hämtade mediciner på apotek, gick till systembolaget och utförde bank- och postärenden. I anslutning till det förhandlade de med vårdtagarna om vad som skulle stå på inköpslistorna som skulle tas med till affären. När de kom tillbaka efter inköpen packade de upp varorna och redovisade utläggerna. Dagligen hjälpte personalen vårdtagare i och ur sängen, lagade frukost, morgonbäddade och renbäddade (vilket kunde ske relativt ofta i de fall vårdtagarna var inkontinenta), borstade tänder, lindade ben, tog på stödstrumpor, byxor, kjolar, klänningar, o.s.v. De duschade, tvättade händer, borstade tänder, bytte blöjor, snöt näsor, smorde torra hälar och tömde urin- och stomipåsar. De tog in tidningen, gick ut med soporna, satte batterier i hörapparater och klockor och bytte glödlampor. De vattnade blommor och bytte gardiner. De hjälpte till med matleveranser, matlagning och matning. I ett av områdena lagade personalen "enklare måltider" till lunch och middag, t.ex. kokt potatis, pasta, ris och stekt falukorv och fiskpinnar. I regel var det halvfabrikat. Ofta tinades färdiglagad mat, antingen sådan som anhöriga lagat eller matlådor som kan köpas i dagligvaruhandeln. Personalen lagade ingen mat som tog längre än 20-25 minuter att tillaga och de försökte övertyga vårdtagarna om att ta den mat som kunde levereras. I ett av områdena levererades frysta portionsrätter som värmdes hemma hos vårdtagarna medan man i de två andra områdena levererade varm mat direkt från egna kök. Dessa varmrätter var ofta åtföljda av efterrätter (glass, paj, etc.) och färsk grönsallad. När det behövdes så matades vårdtagarna. Personalen diskade och förberedde eftermiddagsfika, t.ex. genom att ladda kaffebyggare, hälla kaffe i termos och förbereda smörgåsar eller bullar. En del av arbetet bestod av att hantera olika papper. Personalen läste högt för vårdtagare ur privata brev, vykort, reklamblad från närbelägna affärer, räkningar, matsedlar, informationsbroschyrer och vårdtagarenkäter (kvalitetsmätningar). De ägnade tid åt att förklara innehållet i dessa brev, t.ex. varför

avgifter höjts inom hemtjänsten eller möjliga anledningar till att vårdcentralen dröjer med provsvar. Ofta behövde vårdtagare hjälp att fylla i olika papper, t.ex. enkäter, tvättlistor och listor för beställning av mat. Arbetet kunde också bestå av att personalen uppmanade vårdtagarna att ringa olika instanser eller att de själva gjorde så. I många fall handlade arbetet också om att hjälpa vårdtagarna minnas, t.ex. genom att skriva ned saker i deras kalendrar eller i de egna.

### *Vård*

Personalen utförde också olika medicinska arbetsuppgifter. De hjälpte vårdtagare att ta sina mediciner, lade om bensår, tog blodprover och mätte blodtryck. Men beroende på hur arbetet var fördelat med andra yrkesgrupper, t.ex. sjuksköterskor och sjukgymnaster, varierade arten och mängden sådana arbetsuppgifter. I två av områdena arbetade sjuksköterskorna intimt med grupperna och fördelade så många arbetsuppgifter till personalen som var möjligt. Den ledande principen var att så få personer som möjligt skulle besöka varje vårdtagare och att samma person som ger praktisk hjälp helst ska ge den medicinska hjälpen. Sjuksköterskorna gav handledning till personalen och undervisade dem till viss del om hur olika sjukdomstillstånd skall vårdas. Det innebar att särskilt undersköterskorna, men även vårdbiträdena, upplevde att de fick utföra relativt avancerade arbetsuppgifter. I ett annat av områdena utförde sjuksköterskan själv en stor del av de medicinska arbetsuppgifterna och hade särskilda undersköterskor som utförde medicinsk vård till sin hjälp. Det innebar att undersköterskorna och vårdbiträdena i gruppen fick något färre medicinska insatser att utföra.

### *Social och existentiell hjälp*

När det gäller den sociala och existentiella hjälpen kan den ske både som en uttalad arbetsuppgift och som en outtalad sådan. Det finns vårdtagare som har sådan hjälp schemalagd, t.ex. att vårdpersonal följer med som ledsagare till vissa sociala aktiviteter eller att man regelbundet träffas för att samtala. I dessa fall rör det sig ofta om oroliga och socialt isolerade personer. Men ofta är denna hjälp outtalad och ingår inte i den officiella behovsbedömningen. Ofta är det svårt att skilja de olika formerna av hjälp från varandra. Samtidigt som personalen lagar frukost eller hjälper en vårdtagare med frukost kan de småprata om väder och vind, vad som stått i tidningen,



teveprogram eller ventilerar man något bekymmer. I dessa situationer kan personalen också försöka motivera vårdtagare att upprätthålla eller skapa olika sociala kontakter.

### *Kringarbete*

Personalen utför en del av sitt arbete utanför de direkta mötena med vårdtagarna. När Szebehely (1995) undersökte hur vårdbiträden vid tre olika arbetsplatser använde sin tid visade det sig att man i det så kallade "traditionella distriktet" (vilket ungefär motsvarar de distrikt som undersöks i denna studie) använde ungefär 74 % av sin tid till arbete direkt med vårdtagare medan man använde ungefär 15 % av sin tid till kringarbete och 12 % till raster.

En del av kringarbetet ägnades åt transporter till och från vårdtagarnas hem. I tätbebyggda områden med närhet till vårdtagarnas hem brukade man gå eller cykla medan man körde bil när avstånden var längre. En annan del av kringarbetet bestod av att städa grupplokalen och andra gemensamma utrymmen. En tredje del kunde bestå av att handha någon specialfunktion, t.ex. att beställa materiel. En fjärde uppgift kunde bestå av utbildningar, t.ex. om sekretessbestämmelser, e-postsystem, dokumentation och vissa sjukdomstillstånd.

Kringarbetet bestod också av att läsa och skriva olika dokument: (i) Varje personal hade ett personligt veckoschema. Där stod angivet namn på vårdtagarna, vilka insatser som skulle genomföras och vid vilka tidpunkter. Dessa scheman förvarades i grupplokalerna så att vikarier kunde läsa vad de skulle göra om de ersatte någon av personalen. (ii) Som komplement till dessa scheman brukade många skriva minneslappar över vad som skulle göras under dagen. På minneslapparna skrev man det som stod i det personliga schemat och eventuella tillägg och avvikelser. (iii) En viktig typ av dokument är de kunduppdrag som behovsbedömarna skickar till grupperna. (iv) En annan typ av dokument är "vårdtagarkort" eller liknande. Där skriver man namn, adress, hjälpbehov, särskilda omständigheter, etc., kring enskilda vårdtagare. De förvaras alltid i grupplokalerna och fungerar som en resurs för kvällspersonal, nattpersonal, helgpersonal, vikarier, och andra som ska besöka en vårdtagare som de inte känner. (v) Samtliga grupper hade en kalender av större format (A4) där de fortlöpande antecknade särskilda framtida händelser som de behövde

minnas. Som exempel kunde de anteckna om personal skulle komma bli frånvarande för att delta i en utbildning eller om en vårdtagare skulle komma hem från sjukhuset. (vi) I två av grupperna hade man särskilda listor över vilka sjukvårdande insatser som skulle genomföras av gruppens medlemmar. Där stod namn på vårdtagarna, vad som skulle göras, vid vilken tidpunkt och vem som var ansvarig för att det skulle genomföras. (vii) Hemma hos varje vårdtagare fanns en "kontaktpärm" eller liknande. Där fanns namn på vårdtagaren och dennes närmaste anhöriga. Där fanns namn och telefonnummer till kontaktpersonen bland personalen, närmaste chef, sjuksköterska, etc. Där fördes anteckningar om sjukdomar, funktionshinder och hjälpbehov. I ett område var ambitionen att personalen vid samtliga besök skulle fylla i vad de gjort, men i praktiken gjorde de inte det. (viii) Regelsamlingar fanns i varje grupp. De bestod av pärmar med regler om olika rutiner, t.ex. om matdistribution, vad man gör när vårdtagare inte öppnar dörren och introduktion av nyanställd personal. (ix) I de fall man distribuerade mat till vårdtagarna hade man särskilda dokument där man fyllde i beställningarna. (x) Nyckelförbindelser skrevs alltid när personal fick tillgång till vårdtagarnas hemnycklar. (xi) Det fanns särskilda blanketter som fylldes i när medicinska misstag begåtts i arbetet. (xii) Enkäter till vårdtagare om kvaliteten på omsorgen. (xiii) Diverse annan information och påminnelser.

Kringarbetet bestod också av olika typer av möten: (i) Grupperna hade morgonmöten då de gjorde justeringar av det dagsaktuella schemat beroende på om någon var ledig eller sjuk, om det fanns nytillkomna arbetsuppgifter eller om andra avvikelser från det ordinarie schemat behövde hanteras. Vid morgonmötena gavs också information till personalen. I två av områdena besökte sjuksköterskorna grupperna för att ge och ta emot information samt delegera arbete. Ofta besökte arbetsledarna och ibland enhetscheferna grupperna under korta stunder för att ge information om regler, kurser, utvecklingssamtal, etc. (ii) Grupperna hade särskilda "schemamöten" med varierande intervall. Då gick de igenom vilka behov som fanns hos de olika vårdtagarna och vilka insatser som var antecknade på personalens scheman. Man rensade, helt enkelt. (iii) De anordnade personalmöten. (iv) Planeringsdagar. (v) Medarbetarsamtal och lönesamtal.

### *Prat om vårdtagare*

Eftersom vårdtagarna och deras omständigheter förändras från dag till dag har personalen behov av att fortlöpande samla information om vad som hänt, komma överens om vad som behöver göras och sprida information till andra. Naturligtvis sker detta informationshanterande formellt, genom alla de olika slagen av dokument och vid de olika slagen av möten. Men det sker också informellt; före och efter morgonmöten, under pauser, när man tillsammans är på väg till och från vårdtagares hem, när man träffas ute på gatan, när man råkas i affären, när man äter lunch, bakom ryggen på vårdtagare i deras egna hem, o.s.v.

Pratet om vårdtagarna handlar till stor del om att inhämta och sprida information som inte finns kodifierat i dokumenten och som inte skulle kunna kodifieras, t.ex. "hur en person är". Det kan handla om en vårdtagares personlighet, attityder, politiska preferenser, sexualitet och andra förhållanden som inte finns nedtecknade men ändå betraktas som viktiga för att man ska kunna genomföra arbetet på ett fullgott sätt. Det kan också handla om hur man kan "lirka" med vårdtagare för att arbetet ska kunna genomföras.

Pratet handlar också om att förhandla om vem som ska göra vad. Det handlar om vem som ska besöka vilken vårdtagare, vem som behöver hjälp med vilken vårdtagare, hur de ska transportera sig mellan vårdtagare, vem som ska ha tillgång till vilka nycklar, vem som ska besöka apoteket eller någon annan inrättning och som då kan passa på att uträtta något ärende åt någon annan vårdtagare, etc.

Pratet handlar också om regler för verksamheten. Personalen tolkar gemensamt regler och policier för verksamheten, t.ex. sekretessbestämmelsernas exakta tillämpning i något givet fall eller vad en insats exakt ska bestå av. Vad är t.ex. en "städning"? Hur många rum ska städas? Vilka rum? Ska golven dammsugas och dammtorkas? En eller två dammtorkningar med byte av vatten emellan dem? Ska bord och hyllor torkas av? Ska mattor piskas?

Det finns en lång rad aspekter av arbetet med vårdtagarna som personalen pratar om. Särskilt mycket pratar man om de besvärliga vårdtagarna, vilket är ganska naturligt eftersom det oproblematiska ofta blir rutinmässigt och outtalat medan det problematiska blir föremål för explicita tankar, känslor, problemlösning och samtal med andra.

### **Ett relationsarbete**

Relationen mellan personal och vårdtagare är central för hemtjänsten. (Se vidare i Ingvad 2003 och Astvik 2003.) Om inte relationen är god nog kan arbetet inte genomföras på ett tillfredställande sätt. I det följande diskuteras några centrala anledningar till att relationen behöver vara väl fungerande.

#### *Mötets grundläggande villkor*

Det finns några grundläggande villkor för mötet mellan personalen och vårdtagarna: Ett första villkor är att arbetet mycket ofta utförs inom ramen för en dyad, d.v.s. två personer. Arbetet i grupperna är ofta organiserat så att en av personalen har det huvudsakliga ansvaret för några få vårdtagare som denne möter en i taget. Ofta är denna personal kontaktperson för vårdtagaren, d.v.s. den person som vårdtagaren förväntas vända sig till i första hand. Vanligtvis läggs scheman så att kontaktpersonen, när denne är i tjänst, besöker vårdtagaren.

När personalen utför sitt arbete är de oftast ensamma med vårdtagaren. Naturligtvis förekommer det att flera personer besöker en vårdtagare, t.ex. om denne behöver lyftas, och naturligtvis förekommer det att en ensam personal besöker en vårdtagare som har andra människor hemma hos sig. Men det vanligaste är att personalen och vårdtagaren möter varandra inom ramen för en dyad.

Det finns viktiga skillnader mellan dyader och större grupper, t.ex. triader, kvartetter och kvintetter (Simmel 1950, Berger & Luckmann 1987). En grundläggande egenskap hos dyaden är att den har en flyktig natur. När endast två personer interagerar med varandra, skilda från omvärlden, kan olika betydelser fortlöpande omförhandlas, t.ex. språkliga innebörder och sociala roller. Medlemmarna får ett relativt stort utrymme för att artikulera sin individualitet. Dyaden är beroende av båda individerna och upphör

att existera om någon av dem lämnar den. När en tredje, fjärde eller femte person inträder så skapas en grupp som också finns till när någon av medlemmarna inte är närvarande. Betydelseerna blir mer fixerade. Individerna får fastare roller. Det skapas en överindividuell grupp i bemärkelsen att den fortlever även om enskilda medlemmar försvinner eller byts ut. Eftersom arbetet inom hemtjänsten i hög utsträckning sker inom ramen för dyader kommer det att skapa en hög grad frihet för deltagarna att själva förhandla sina roller. Men denna frihet kan också vara krävande för personalen. Dyaden innebär ju att personalen, som har att framföra organisationens perspektiv, får göra det ensamma, utan stöd från andra.

Ett andra grundläggande villkor för mötet är att det sker hemma hos vårdtagaren. Hemmet är en slags förlängning av vårdtagarens person och ger, genom alla de olika materiella objekten som finns där, stöd för den identitet som vårdtagaren vill presentera och de intressen denne vill artikulera (Barer 1992). Personalen är på vårdtagarens hemmaplan och har inte lika många materiella objekt som kan ge denne stöd i identitetsarbetet. Personalen får åtminstone inledningsvis helt förlita sig på den av organisationen tilldelade rollen som vård- och omsorgspersonal. Om personalen, vid mötet med klienten, vill vidareutveckla sin identitet, får det i hög utsträckning ske med verbala medel.

Ett tredje vanligt villkor för mötet är att man träffas ofta. Vanligtvis träffas man fler än en gång per vecka. Ofta träffas man flera gånger om dagen.

Ett fjärde vanligt villkor är att relationen är långvarig. Det är vanligt att den sträcker sig över en mycket lång tid, ibland flera år eller i vissa fall årtionden.

Ett femte villkor är att arbetet är intimt. Det innebär att personalen kommer vårdtagarna mycket nära. De gör saker med vårdtagarens kropp, psyke, sociala omständigheter, hem, o.s.v. Personalen gör saker som, under många andra omständigheter, skulle bli betraktade som överträdelse av den andres integritet eller kränkningar av den andres personliga gränser.

Sammantaget ser vi att arbetet som utspelar sig i mötet mellan personalen och vårdtagaren sker inom ramen för en mycket nära relation. Om vi nu betraktar mötet ur vårdtagarens horisont kan vi fördjupa förståelsen för varför arbetet till stor del kräver av personalen att de arbetar med relationen. När vårdtagaren accepterar hjälp från hemtjänsten får denne finna sig i att dennes hem, kropp, vanor, etc., påverkas på olika sätt: (i) Nya föremål tas in i hemmet och förvaras där, t.ex. sjukhussäng, kontaktpärm/vårdtagarpärm, blöjpaket, medicindosetter, rollator, skoöverdrag av plast och trygghetslarm. (ii) Hemmet anpassas. Trösklar kan behöva monteras bort så att rollatorn kan köras i bostaden. Duschstänger kan behöva monteras. Man kan behöva flytta till en anpassad bostad. (iii) Vårdtagaren får anpassa sig till organisationens temporala rytm, t.ex. avseende när man kan få hjälp med att gå upp på morgonen eller när man får sin lunch. (iv) Nya inköpsrutiner. Vårdtagaren får finna sig i att planera inköpen mer detaljerat, skriva inköpslistor, inte se varorna som denne beställer, få varorna inköpta på bestämda tider, acceptera införskaffande av apotekskort. (v) Överlåta kontrollen över vilka som vistas i hemmet till hemtjänsten. De får tillgång till nycklar. (vi) Acceptera att personalen är utbytbar och att det plötsligt kommer helt främmande människor in i hemmet. (viii) Acceptera att kroppens beklädnad förändras, t.ex. trygghetslarm som hänger runt halsen eller handleden. (ix) Acceptera att kontrollen över kroppen försvinner. Andra avgör när man blir duschad eller får en ny blöja. (x) Acceptera att kroppen blir offentlig. Personal ser på medan man borstar tänderna, klär på sig, får nya blöjor, tvättar underlivet, blir torkad i baken, o.s.v.

Allt detta illustrerar hur intimt mötet mellan vårdtagaren och personalen kan bli. Det illustrerar också vårdtagarnas och personalens behov av att skapa en relation där det blir möjligt att kunna överskrida vårdtagarens personliga gränser utan att någon av deltagarna blir sårad eller kränkt.

#### *Ett moraliskt arbete*

De handlingar som riktas mot vårdtagarna är moraliska. Det finns uttryckliga beslut fattade om att individer ska eller inte ska få viss hjälp. Hjälpen är resultat av överväganden om vad som anses berättigat och möjligt att ge till vårdtagarna. Arbetet inom hemtjänsten är därför, liksom allt arbete där "gatubyråkrater" möter klienter, ett arbete som innebär att någon viss moral implementeras (Hasenfeld 1983).

Men handlingarna är endast delvis resultat av personalens egna moraliska ställningstaganden. Innehållet i moralen styrs till stor del av de olika externa intressenterna, lokala hemtjänstens organisation och vårdtagarna.

Men vilken moral är det då som sprids? Om vi betänker de olika handlingar som utförs av personalen ser vi att de återspeglar en uppsättning vitt spridda föreställningar om vad ett ”anständigt liv” består av: Handlingarna återspeglar föreställningar om hur rent människor skall ha i sin bostad (vilket motiverar ett visst mått städning med vissa intervall, vanligtvis ett par timmar varannan vecka men mer om så behövs). De återspeglar föreställningar om att det är en rättighet att få bo i en bostad bestående av två rum och kök om man är ensam (för det är vad som beviljas i form av städning). Det anses som berättigat att få diskat varje dag och att ha blommor som blir vattnade regelbundet. Det betraktas som en rättighet att få tillgång sin morgontidning (vilket motiverar att den bärs in). Det anses som berättigat att få frukost var morgon och att få varm mat till lunch. Det anses som berättigat att ha en kropp som uppvisar en viss renlighet. Man ska hålla sig fri från odörer, synlig smuts, smutsiga naglar, o.s.v. Man förväntas inte dricka alkohol för ofta eller i för stora mängder. En annan viktig beståndsdel är av att man ska rätt att prata med någon. Man ska inte behöva vara ensam för mycket. (Detta ställer till problem för personalen eftersom de faktiskt inte alltid har tid. Ofta beklagar de sig över att de inte har tid att ”sitta ner och prata”.) Man ska inte behöva vara rädd för att råka ut för en olycka och behöva bli liggande utan att kunna få hjälp. (Vilket motiverar att vårdtagarna får trygghetslarm.) Ytterligare en rättighet handlar om att man ska kunna ”hålla sig ajour med omvärlden”, vilket kan bestå av t.ex. att veta vilken dag det är, vilket politiskt parti som vann det senaste politiska valet, veta vad vanliga livsmedel kostar i affärerna och vilken årstid det är. Det finns en lång rad andra exempel på hur personalens handlande försöker upprätthålla ett visst ”anständigt” liv.

En viktig beståndsdel i denna moralism är att vårdtagarna förväntas att själv upprätthålla så mycket av det anständiga livet som möjligt. Det anses som berättigat att få hjälp när man inte längre själv klarar av att upprätthålla det anständiga levernet, vilket också biståndsbedömningarna visar. Därför anser man att en viktig del av

personalens arbete består av att aktivera vårdtagarna att själva försöka upprätthålla det anständiga levernet. En personal: "Jag brukar försöka förklara att det är hjälp till självhjälp. Vi vill ju gärna att de ska klara sig själva. Att vi bara ska hjälpa dem med saker som de tycker är svåra, och att vi inte är något städbolag som åker omkring och städar." (Thulin 1987:62) En annan personal ser det som viktigt: "Att kunna få ta med personer ut i det sociala livet, knyta kontakter för dom som är ensamma - som känner sig det. Att få dom att stimulera sig själva på ett naturligt sätt." (Szebehely 1995:132) (Se även Gustavsson 1999:82.) Det innebär att arbetet rymmer en pedagogisk dimension, nämligen att "puffa på" eller "uppmuntra" vårdtagare att själv försöka, att "berömma" dem eller "tjata" på dem", "säga ifrån" o.s.v.

#### *Asymmetrisk fördelning av makt*

Vid mötet mellan personal och vårdtagare är makten asymmetriskt fördelad. Personalen är företrädare för en organisation, den kommunala hemtjänsten, medan vårdtagaren är en privatperson som får bistånd från denna organisation. Personalens handlingar kan alltid bli tolkade i egenskap av att vara kommunal myndighetsutövning. Allt personalen gör kan bli granskat, av vårdtagaren och andra, i ljuset av hur de förhåller sig till regler om vad som ska göras, hur det ska göras, hur mycket som ska göras, rättssäkerhet, regler för arbetsmiljön, etc. Personalen är i denna mening organisationens förlängda armar och fattar organisatoriskt sanktionerade beslut. De utövar makt å organisationens vägnar.

Denna organisatoriska makt är opersonlig till sin natur. Vårdtagarna kan, i den mån de är insatta i de olika regler som finns för den kommunala hemtjänstpersonalens arbete, ställa krav på det som sker vid mötet. Åtminstone kan de göra det formellt, för i praktiken finns det en lång rad förhållanden som motverkar att vårdtagarna ställer krav på personalens handlande, t.ex. att man inte vet vilka regler som gäller eller hur man klagar, att man inte är insatt i teorierna bakom besluten eller att man inte vågar riskera relationen.

Men samtidigt som personalen är organisationens förlängda armar har de alltså ett stort mått av handlingsfrihet. De har utrymme att själva tolka problem, fatta beslut om



vad som bör göras samt göra det på sätt som de själva anser korrekt. Deras egna subjekt inträder i mötena och utövar makt.

Det finns viktiga skillnader avseende asymmetrierna kring de olika typerna av arbetsuppgifter. När det gäller den medicinska vården är personalen utförare av relativt strikt definierade insatser där sjuksköterskorna är arbetsledare. Där har personalen relativt låg grad av självbestämmande. Men när det gäller den sociala omsorgen är personalen både en slags leverantörer av organisatoriska tjänster samtidigt som de har ett visst självbestämmande. Sammantaget betyder detta att personalen har ett slags "frirum" avseende den svårdefinierbara sociala omsorgen. Men samtidigt har vårdtagarna inflytande över detta frirum. De vet hur de vill ha sitt hem, vad som ska köpas in, o.s.v. Detta betyder att vårdtagaren är en slags "arbetsledare" för vårdbiträdet, vilket kan tolkas som en slags underordning för vårdbiträdet.

### *Emotionellt arbete*

Arbetet inom hemtjänsten är i hög utsträckning ett emotionellt arbete. Inom omsorgsforskningen har man länge gjort en åtskillnad mellan det praktiska/rationella och det emotionella innehållet i arbetet. Waerness (1983) har gjort en åtskillnad mellan "sörja för" (att hjälpa) och "sörja med" (medkänsla). Ungerson (1983) har gjort en åtskillnad mellan "caring for" (sörja för; att tillfredsställa behov) och "caring about" (att bry sig om; ett mer långsiktigt åtagande som inbegriper engagemang). James (1992) har gjort en åtskillnad mellan det fysiska och det emotionella arbetet.

Personalen inom hemtjänsten ägnar sig ständigt åt emotionellt arbete: De ägnar sig åt att försöka leva sig in i vårdtagarnas tankar (rollövertagande), försöka leva sig in i vårdtagarnas känslor (empati), samt åt att möta och påverka vårdtagarnas känslor. De lyssnar och försöker påverka dem på olika sätt, t.ex. att förmå ledsna vårdtagare att se ljusare på tillvaron. Personalen har dessutom att hantera sina egna känslor, t.ex. sympatier och antipatier som väcks i möten med vårdtagarna. Dessutom behöver de hantera känslor som uppkommer vid möten med kollegor, t.ex. när man i grupplokalen får lyssna på kollegornas klagande över besvärliga vårdtagare. Det är också vanligt att

personalen ventilerar dessa känslor i sitt privatliv, med anhöriga och vänner. (Se även Leppänen 2005 om känslöarbetets olika dimensioner.)

### **Behovet av goda relationer**

De ovan nämnda förhållandena medför att personalen ofta upplever behov av att ha goda relationer till vårdtagarna.

Det faktum att man faktiskt har goda relationer med vårdtagare kan vara en anledning till att man stannar kvar i yrket (Brun et al 1984:160f., Jönsson, Tranquist & Petersson 2003:56) och till att man upplever tillfredställelse med arbetet (Brun et al 1984:182, Eustis & Fisher 1991, Furåker & Mossberg 1997). Ofta rapporteras att personal upplever att de får viktigt socialt stöd och uppskattning för sitt arbete från vårdtagarna (Thulin 1987:96, Jönsson, Tranquist & Petersson 2003:82).

Astvik & Aronsson (1994) intervjuade 43 kvinnliga heltidsarbetande vårdbiträden i Stockholm. De ställde då tre frågor där vårdbiträdena med sina egna ord fick beskriva vad de ser som det bästa med sitt arbete, det sämsta med arbetet och vad de vill förändra. Det visade sig att det som sågs som det allra bästa var "Att få arbeta med människor, kunna göra något för-/hjälpa andra människor" (vilket 34 av 43 sa). Det näst bästa var "Arbetskamraterna" och det tredje var "Fritt rörligt arbete". Astvik & Aronsson (Ibid.) citerar några typiska svar på frågan om vad det bästa med arbetet består av: "Den personliga omvårdnaden av en människa. Att hjälpa till att göra så hennes dag blir så besvärsfri som möjligt och underlätta för henne.", "Att få pyssla om mina vårdtagare.", "Vänskapen och förtroendet man får hos vårdtagaren.", "Möjligheten att genom mitt arbete direkt hjälpa människor som behöver mig." och "När man jobbar med äldre människor så får man tillbaka så mycket av dem." Det finns en rad andra studier som visar att personalen ser relationen mellan dem själva och vårdtagarna som viktig (Ingvad & Olsson 1999, Larsson 1996:142). Denna önskan om att ha goda relationer återfinns ofta också hos vårdtagare (Se t.ex. Eustis & Fisher 1991, Kane et.al. 1991, Olsson & Ingvad 2001).

Det finns visst fog för att hävda att dåliga relationer till vårdtagare kan leda till sjuklighet hos personalen. Astvik & Aronsson (1994a) säger att det finns ett samband mellan upplevelser av skuld och otillräcklighet i relationen till vårdtagarna och symptom såsom trötthet och nack-ryggbesvär. De säger också att personal som ofta besöker vårdtagare som de ogillar oftare upplever olika symptom, t.ex. trötthet, olustkänslor inför arbetet och nack-ryggbesvär. Aronsson, Astvik & Thulin (1998) jämförde vårdbiträden som blivit sjuk- eller förtidspensionerade med dem som gått i vanlig ålderspension. Det visade sig att upplevelsen av relationer till vårdtagarna var en viktig förklaring. Förtidspensionärerna anpassade sig till vårdtagarna medan de som "överlevde" och gick i ålderspension utmärktes av att de satte gränser till vårdtagarna. De förtidspensionerade hade också skuld- och otillräcklighetskänslor medan de som gått i ålderspension sa att de hade svårigheter med krävande vårdtagare.

Naturligtvis kan utformningen av den goda relationen variera. Eustis & Fisher (1991) gjorde i en amerikansk studie ett urval om 54 vårdtagare som bodde både på landsbygden och i stad, som var äldre och yngre och som var privatanställda och offentliganställda. De intervjuade vårdtagarna, deras anhöriga och vårdgivarna. De ställde både öppna kvalitativa frågor och frågor med slutna svarsalternativ. De fann fyra typer av relationer mellan vårdtagare och vårdbiträden: (i) Personliga relationer, där vårdaren ses som en vän eller familjemedlem och där man gör "extra" saker och umgås även privat. (16 av 54) (ii) Formella relationer, där klienten ser vårdaren i kontraktuella termer och som inte släpper in vårdaren i sitt privatliv. (15 av 54) (iii) Asymmetriska relationer, där klienten ser vårdaren som en vän eller familjemedlem men där det inte finns en ömsesidig öppenhet. Man talar bara om vårdtagarens bekymmer. (9 av 54) (iv) Kollegiala relation, där klienten ser vårdaren som en vårdare/arbetare men där viss ömsesidig insläppning finns och där man gör vissa små saker tillsammans (12 av 54).

Gustafsson (1999:126ff.) gjorde i en svensk studie en indelning i olika typer av relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter. Indelningen är baserad på 58 intervjuer med vardera kategori av personer i denna triad: (i) Uppgiftsorienterad relation: "Det är framför allt praktisk hjälp som ges. Uppgiften är mest central och relationen är ett medel för att ge den hjälp som behövs.

Personerna respekterar varandra och har en klar ansvarsfördelning sig emellan" (Gustafsson 1999:175) (ii) Ömsesidigt vänskaplig relation: "Både praktisk och social hjälp ryms inom denna relationen. Uppgiften och personerna är i lika hög grad centrala. Det mest utmärkande draget är ömsesidigheten och den emotionella aspekten har stor betydelse. Blandningen mellan det privata och offentliga är stor." (Gustafsson 1999:175) (iii) Stödjande och social relation: "Den enda relationen som uttalat ger såväl praktisk, social som existentiell hjälp. Alla delar av hjälpen är centrala, men hur den ges är mest utmärkande. Lirkande är den beteckning som vårdbiträdena använder som beskrivning av hur hjälpen ges. Vårdbiträdet har ansvaret för allt och omsorgsmottagaren är mycket beroende av henne." (Gustafsson 1999:175) (iv) Samtalsorienterad relation: "Framför allt ges social hjälp men praktisk hjälp ges också. Det utmärkande draget är samtalet som sker oavbrutet under tiden som alla sysslor utförs. Tiden, som inte räcker till, upplevs som det stora problemet." (Gustafsson 1999:175) (v) Obalanserad men praktisk-social relation: "Den obalanserade omsorgsrelationen kan ses som semifunktionell. Omsorgsmottagarna upplever att de får all hjälp som de är berättigade till, men vårdbiträdena säger att de vet att de inte ger all hjälp. Omsorgsmottagarna erhåller såväl praktisk som social hjälp. Det utmärkande draget är att vårdbiträdet balanserar vad som kan ingå i hjälpen. De upplever att det är en svår relation." (Gustafsson 1999:175) (vi) Oförstående relation: "Omsorgsrelationen som betecknas som oförstående är dysfunktionell. Omsorgsmottagarna får inte den hjälp som de är berättigade till. De kan inte heller kontrollera hur hjälpen ska ges. Den ges inte så som de önskar. Utmärkande för relationen är negativa känslor både p g a att hjälpen ges fel och beroende på vilka som interagerar." (Gustafsson 1999:175)

Sammantaget ser vi att det finns en rad anledningar till att det finns ett behov av en god relation mellan personal och vårdtagare. Vi ser också att personal ofta upplever att den goda relationen är central för tillfredställelsen med arbetet.

# BESVÄRLIGA VÅRDTAGARE

Detta kapitel inleds med en diskussion om vad "kategorisering" spelar för roll i det sociala livet i allmänhet och inom hemtjänsten i synnerhet. Sedan redogörs för fyra övergripande sätt att kategorisera vårdtagare inom hemtjänsten; administrativt, medicinskt, socialt och avseende personlighet. Därefter redogörs för några tidigare studier om besvärliga vårdtagare. Till sist beskrivs de olika typerna av besvärliga vårdtagare som återfanns i denna studie.

## **Inledande om kategorisering**

När personal talar om "besvärliga vårdtagare" innebär det att de kategoriserar människor i sin omgivning. De gör med uttrycket "besvärliga vårdtagare" ett urval bland människorna i omgivningen. De inkluderar vissa och exkluderar andra. De beskriver de inkluderade som att de har vissa egenskaper och bygger in förväntningar på deras framtida handlande. Men innan vi fördjupar oss i vad personalen inbegriper i kategorin "besvärliga vårdtagare" ska vi göra några iakttagelser om kategorisering av människor i allmänhet. (Se även Silverman 1998, Antaki & Widdicombe 1998 och Mäkitalo 2002.)

En första iakttagelse är att vi inte skulle kunna tala om vår omvärld utan att kategorisera den. Både när vi talar om föremål och människor behöver vi kategorisera dem. Vi använder då både indelningsgrunder (t.ex. "bestick" eller "invandrare") och kategorier (för indelningsgrunden "bestick" används "gaffel", "sked", "kniv", o.s.v.). Så fort vi använder ett substantiv eller adjektiv skapar vi en gräns mellan det som ingår och inte ingår i kategorin.

En andra iakttagelse är att ett föremål eller människa kan kategoriseras på ett stort antal sätt. En och samma person kan beskrivas som 78 år, kvinna, långhårig, plattfotad, bredaxlad, rödhårig, välartikulerad, vegetarian, svensk, morgonpigga, bilist, folkpartist, ensam, pratsam, nyfiken, hungrig, törstig, intresserad, finurlig, o.s.v. Det finns ett mycket stort antal sätt att klassificera en och samma individ på.

En tredje iakttagelse är att indelningsgrunder och kategorier inte bara har beskrivande funktioner. Uttrycket "besvärlig vårdtagare" innebär i och för sig att den talande gör en beskrivning av den person denne talar om. Men uttrycket innebär också att den talande gör en aktiv handling. Man "föreslår" kanske att denna kategori är lämplig i sammanhanget. Man "påstår" kanske att den är korrekt. Man antyder eller föreslår ett visst handlingssätt gentemot den person som blivit kategoriserad på detta sätt. Denna handling är, när den uttrycks i ett möte med andra människor, därför en social handling. Det är alltså inte alltid "korrektheten" som avgör vilken benämning vi kommer använda. Det som avgör vilken benämning vi använder kan också vara de effekt vi önskar benämningen skall få hos dem vi interagerar med.

En fjärde iakttagelse är, vilket antytts ovan, att alla kategorier är indexikala, d.v.s. att de tillskriver den kategoriserade individen en rad olika egenskaper. En person som klassificeras som "narkoman" kanske tillskrivs egenskaper såsom "ovårdad", "otillförlitlig" eller "arbetsskygg." Dessa egenskaper tillskrivs utan att de uttalas explicit.

En femte iakttagelse är att indelningsgrunder är relativa och sammanhänger med de historisk-sociala kontexter som individer lever inom. Oerhört många indelningsgrunder och kategorier har försvunnit medan andra har förändrats eller vuxit fram under de, låt säga, senaste hundra åren. Mängder av nya indelningsgrunder har vuxit fram som att göra med fysik, medicin och elektronik. Samtidigt har indelningsgrunder som har att göra med jordbrukssamhället börjat falla i glömska.

Valet av indelningsgrunder och kategorier sammanhänger starkt med vilka *projekt* individerna ägnar sig åt när de kategoriserar- (Se även Levinson 1992) En person som ägnar sig åt projektet "att köra bil på motorvägen" kanske kategoriserar de andra bilisterna som "fartdårar", "Volvobögar", "segmörtar", o.s.v. En sjuksköterska på akutvårdscentralen klassificerar de inkommande patienterna bl.a. avseende "typ av problem" (medicin, ortopedi, psykiatri, o.s.v.) och "grad av akuthet".

Det är framför allt *problem* som vi möter i våra dagliga projekt som blir föremål för explicita funderingar, reflektioner, tankar och kategorisering. När vardagen flyter oproblematiskt tenderar vi att inte fundera så mycket och kategorierna faller i

halvglömska. Men när vi möter problem, t.ex. när vi inte klarar av att få en vårdtagare att gå och lägga sig, tillgriper vi en benämning på problemet. Vi klassificerar vårdtagaren som "besvärlig", "motsträvig", eller vad det nu är för etikett vi använder. Vi börjar också fundera på "orsaker" till att vårdtagaren är så besvärlig och vi försöker tänka ut möjliga "lösningar" på problemet.

Många indelningsgrunder och kategorier som handlar om människor förekommer i den privata livssfären, d.v.s. utanför arbetet. Men många är också knutna till arbetsplatser, särskilt de där föremålet för arbetet är klienter (t.ex. inom skolan, vården, omsorgen, polisväsendet och socialtjänsten). På dessa arbetsplatser återfinns olika sätt att klassificera klienter som sammanhänger med vilka klienterna är, vilka problem de har, vilken lagstiftning som organisationen har att förhålla sig till, de professionella kunskaperna inom organisationens verksamhetsområde, etc. De människobehandlande organisationerna kategoriserar klienterna på olika sätt och dessa kategorier är i hög utsträckning avspeglningar av organisationernas villkor och inriktning.

### **Kategorisering av vårdtagare inom hemtjänsten**

Inom hemtjänsten används olika typer av indelningsgrunder avseende den sociala omsorgen, vilka var och en återspeglar olika aspekter av organisationens funktionssätt.

För det första gör man olika organisatoriska indelningar av de människor som verksamheten berör. Den viktigaste åtskillnaden är mellan "vårdtagare" och "inte vårdtagare". En person som inte är vårdtagare kan bli vårdtagare genom att en biståndsbedömare fattar ett beslut om att personen är berättigad till social omsorg. När biståndsbedömaren beslut nått hemtjänsten har en person som inte tidigare var vårdtagare blivit vårdtagare.

En viktig organisatorisk indelning är avseende vårdnivå. Olika vårdtagare har olika behov och är, enligt beslut från biståndsbedömarna, placerade i olika vårdnivåer. Dessa vårdnivåer motsvaras av olika ekonomisk ersättning till hemtjänsten och olika skyldigheter gentemot vårdtagarna.

Organisationen har en mängd information om var och en av vårdtagarna, t.ex. namn, kön, ålder, personnummer, bostadsadress och inkomst. Dessa uppgifter har man bl.a. för att hålla ordning på vilka vårdtagare som har rätt till vilken hjälp, för att beräkna hur stora avgifter som skall tas ut av vårdtagarna och vart enkäter om kvalitén på hemtjänsten skall skickas.

De organisatoriska kategoriseringarna av vårdtagarna återfinns i olika datorsystem centralt inom hemtjänsten, men även i de beslut som skickas till de lokala utförarna, liksom i de vårdtagarkort som hanteras av personalen. Denna information om vårdtagarna processas också i dagliga samtal om vårdtagarna, t.ex. när man pratar om var olika vårdtagare bor och vad som ska göras hemma hos dem.

En andra typ av indelningar är de medicinska. Vårdtagare klassificeras avseende somatiska diagnoser (t.ex. diabetes, hjärtsvikt, bensår, diskbråck och multipel skleros) och psykiatriska diagnoser (t.ex. schizofreni och paranoia). Dessa medicinska kategoriseringar av vårdtagarna återfinns i olika dokument som främst hanteras av sjuksköterskor och undersköterskor, men även annan personal som utför vårdgivande insatser. De medicinska indelningarna återfinns också i en del av den dokumentation som personalen hanterar dagligen, t.ex. vårdtagarkort och vårdtagarpärmar. De återfinns också i dagliga samtal mellan personalen där man pratar om vårdtagare och deras behov.

En tredje typ av indelningar är de sociala. De förekommer i viss utsträckning i skriftlig dokumentation såsom vårdtagarkort, men framför allt återfinns de i personalens minnen och i samtal inom personalgruppen. Det kan handla om indelningar av vårdtagarna avseende t.ex. social klass, etnicitet, yrke och sociala nätverk. Dessa indelningar sker inte för att personalen är allmänt nyfikna på vårdtagarnas omständigheter utan är reflektioner av personalens behov av att förbereda sig på vad de kan komma möta när de träffar vårdtagarna. Klasstillhörighet, särskilt när man talar om "överklass", kan ses som en möjlig indikator på att vårdtagaren kan vara särskilt krävande eller van vid att bli åtlödd. Etnicitet, beroende på vilken etnisk tillhörighet det är frågan om, kan ses som ett tecken på att det kan vara svårt att kommunicera med vårdtagaren. Vårdtagarens tidigare yrkesverksamhet kan vara av betydelse för att



avgöra vilka kunskapsmässiga asymmetrier som kan uppstå i relationen. Som exempel är personal ofta intresserade av att veta om vårdtagaren är en f.d. läkare eller sjuksköterska, vilket kan föranleda att försiktighet när man yttrar sig om medicinska frågor. Förekomst av sociala nätverk kan vara viktig att få veta för att få veta om man ska förvänta sig att anhöriga kommer att finnas närvarande vid besöken eller kan komma ställa krav på personalen.

De sociala indelningarna är viktiga för den personal som utför social omsorg. Personalen använder sig då av indelningsgrunder som de hämtat ur vardagens sfär och anpassar dem till att fungera som verktyg i arbetet. De sociala indelningarna används för att man ska kunna förbereda sig på det som kan hända när man träffar vårdtagare. Denna typ av information om vårdtagarna kommuniceras därför också till personal som tidigare inte besökt vårdtagarna.

En fjärde indelningsgrund handlar om vårdtagarnas personligheter. Vårdtagare klassificeras avseende hur de förhåller sig till personalen och det arbete som de utför. Det finns "trevliga", "gulliga", "småpratiga", "tystlåtna", "undvikande", "hjälp samma", "ickeklagande" och "heroiska" vårdtagare. Dessa och andra termer som beskriver vårdtagarnas personligheter säger framför allt något om hur de förhåller sig till personalen i anslutning till att vården och omsorgen utförs.

### **Tidigare studier av besvärliga vårdtagare**

I en lång rad kvalitativa studier har man noterat förekomsten av besvärliga vårdtagare. (Se t.ex. Svensson 1986, Freed Solfeldt 1990, Qureshi 1990, Barer 1992, Szebehely 1995, Topor 1995, Fahlström 1999 och Gustafsson 1999.) I andra studier har man också diskuterat dem men inte klassificerat dem på det sätt som sker i detta kapitel. (Se t.ex. Brun et. al. 1984) Det finns också studier av personalens relationer till särskilda typer av besvärliga vårdtagare, t.ex. psykiskt sjuka. (Topor 1987) I ytterligare andra studier har man klassificerat besvärliga vårdtagare på ett övergripande sätt. Thulin (1988) kallade dem för "de speciella", "de kontrollerande och de minerade hemmen", "de senila eller pratiga", "de bittra, spydiga eller elaka" och "de beroende". Bartoldus, Gillery & Sturges (1989) har också noterat förekomsten av vårdtagare som "kräver", "behandlar personalen som pigor", "är

deprimerade”, ”arga” och ”klagande.” Ingvad (2003) noterar att det finns vårdtagare inom den öppna hemtjänsten som upplevs som ”nedstämda och betryckta”, ”negativa, kritiska och gnälliga och inte nöjda”, ”klagande”, ”tystlåtna”, men även att ”nya” relationer kan upplevas som besvärliga liksom relationer som blir alltför ”nära.” Astvik (2002) undersökte vårdbiträden och boendestödjare inom äldre- och handikappomsorgen, varav de flesta arbetade med vårdtagare som hade psykiska problem. Hon urskilde nio typer av svåra relationer: (i) Behov och behövande, d.v.s. att vårdtagarnas behov väcker starka känslor hos personalen. (ii) Att känna sig använd. (iii) Kränkningar, t.ex. sexuella anspelningar. (iv) Närhet och beroende, d.v.s. rädsla för att man ska bli ”för viktig” för vårdtagarna. (v) Ansvar, d.v.s. att arbetet innebär stort ansvar för andra människor och därför kan väcka starka känslor hos personalen. (vi) Depressioner och nedstämdhet. (vii) Ångest och utsatthet. (viii) Otillräcklighet inför vårdtagarna. (ix) Kunskapsbrist, vilket kan leda till osäkerhet hos personalen. En skillnad mellan denna och ovan refererade studier är att den indelning som ges i detta kapitel av olika typer av besvärliga vårdtagare är baserad på observationer och inte intervjuer. De ovan nämnda studierna var inte vägledande för indelningarna.

Men hur vanliga är de besvärliga relationerna? I en något föråldrad studie frågade man vårdbiträden i Örebro och Norrköping om de hade några "jobbiga vårdtagare" som de gick till (Svensson 1986:132). Det var 59 % av vårdbiträdena i Norrköping och 41 % i Örebro sa att de har "några vårdtagare" som är jobbiga att gå till. 14 respektive 6 % sa att "de flesta" är jobbiga att gå till och 28 % respektive 52 % sa att "någon enstaka" är jobbig att gå till. I en annan studie från Uppsala, där 260 vårdbiträden svarade på frågan "Har du några "jobbiga" hjälpottagare som Du ogillar att gå till?" sa nästan 19 % av "några" var jobbiga och drygt 52 % att "någon enstaka" var jobbig (Lundberg 1986).

En viss typ av besvärliga relationer har rönt ganska stort intresse från forskare, nämligen våld och hot från vårdtagarnas sida. Arbetarskyddsstyrelsens siffror visar att 13 % av dem som var sysselsatta 1997 blev utsatta för våld eller hot om våld i arbetet under de senaste 12 månaderna. (Arbetarskyddsstyrelsen 1998) Om man ser till näringsgrenar var gruppboende för utvecklingsstörda mest utsatta. Där sa 52 % av personalen att de hade blivit utsatta för våld eller hot om våld under de senaste 12

månaderna. Vid servicehus, ålderdomshem, mm. var 38 % utsatta. (Arbetskyddsstyrelsen 1998) Viitasara och Menckel (2000) skickade ut en enkät till 2800 slumpmässigt utvalda anställda inom kommunal vård och omsorg. Det visade sig att 45 % av vårdbiträdena och 61 % av undersköterskorna hade blivit utsatta för våld eller hot om våld under det senaste året. Det visade sig också att 19 % blev utsatta någon gång per vecka och ytterligare 9 % i stort sett dagligen. 77 % av de vårdbiträden som blev utsatta fick ta emot verbalt hot/skrik/aggression och 60 % fick ta emot slag. Den som är intresserad av att fördjupa sig ytterligare i ämnet våld och hot inom vård och omsorg finner en uppdaterad litteraturöversikt i Viitasara (2004).

### **Kategorin besvärliga vårdtagare**

I det följande redogörs för de olika typerna av besvärliga relationer till vårdtagare som återfanns i denna studie.

En vanlig påfrestning uppkommer när personalen tar sig an *nya vårdtagare* som tidigare inte fått hjälp av hemtjänsten eller när vården och omsorgen ska *utökas* hos en vårdtagare som tidigare fått hjälp i mindre omfattning. Personalen kan då behöva övertyga vårdtagare som är motvilliga till hemtjänst att det vore bra om de kunde tänka sig ta emot hjälp. I sådana fall kan personal "alliera sig" med släkt, vänner, grannar och biståndsbedömare för att övertyga vårdtagare om deras eget bästa. Ibland kan det bli en långvarig övertalningsprocess där personalen informerar om möjligheten att få någon viss hjälp, erbjuder hjälp, lirkar och trixar. Ofta behöver man "vänta in" vårdtagaren så att denne blir mottaglig för hjälp. (Se även Topor 1995)

För personalens del kan nya vårdtagare också innebära att de får bemöta önskningskrav och krav på hjälp som är mer omfattande än den som är beviljad av biståndsbedömaren eller som de brukar ge vårdtagare som beviljats någon viss typ av hjälp. Till stor del handlar de nya relationerna om att man behöver komma överens om vad som skall göras, hur det ska göras, när det ska göras, o.s.v. Det handlar om att "skola in" vårdtagaren. Det handlar om att lära känna varandra och skapa en god relation. Ofta säger personalen att det är extra viktigt att det är en och samma personal som besöker vårdtagaren under den första tiden. Naturligtvis kan nya relationer upplevas som positiva samtidigt som de innebär en viss anspänning.

När relationen mellan personalen och den nye vårdtagaren utvecklas kan den genomgå en fas där vårdtagaren intar en slags formell roll som ”värd” medan personalen tilldelas en roll som en slags ”gäst” eller ”gästarbetare”. I denna formella fas kan vårdtagaren försöka upprätthålla samma formella ton som när en yttlig bekant besöker denne för första gången eller när en hantverkare kommer på besök för att utföra ett arbete. Vårdtagaren upprätthåller klara gränser mellan ”den sociala fasaden” och ”privatlivet”, vilket innebär att denne kanske inte låter personalen besöka alla rum i bostaden, inte berättar särskilt mycket om sin bakgrund, sitt umgänge och sina tankar om livet. Vårdtagaren kanske bjuder på kaffe. Personalen förväntas vara gäster, vilket innebär begränsningar avseende vad de kan säga och göra i mötet. Ett problem är att det finns vårdtagare som permanentar denna rollfördelning, d.v.s. aldrig ”slappnar av” och ”släpper in” personalen. Det medför en viss psykisk anspänning och kan bli ett hinder mot att ge social och existentiell hjälp.

Det fanns också vårdtagare som behandlade personalen som ”pigor”, ”hembiträden” eller ”städerskor.” Ett exempel var när Annika, ett 19 år gammalt vårdbiträde, gick hem till vårdtagaren Bengt för att städa. Bengt var inte hennes ordinarie vårdtagare, men hon fick gå till honom därför att en av hennes kollegor var sjuk. Innan vi kom till Bengt beskrev Annika honom som ”käck” och ”med glimten i ögat” men lade till att Bengt brukar kalla den ordinarie personalen för ”städerskan“ och att den ordinarie personalen vid flera tillfällen sagt åt honom att hon inte tycker om att bli kallad för det. Ändå fortsätter han. När vi kommer dit hälsar Bengt glatt och tar i hand varpå vi småpratar innan vi börjar städa. Mitt i städningen kommer han in i rummet och börjar berätta något om den ordinarie personalen. Han inleder med orden ”Hon den andra städerskan...” Det är svårt att avgöra om det är ett försök att skoja eller om han menar allvar och inte förstår att han sårar henne. Annika säger att hon inte tycker om att han talar så om hennes kollega. Därefter blir stämningen tryckt. Under resten av städningen pratas det mycket litet. När Bengt säger något svarar Annika mycket korthugget. I detta exempel upplever Annika att hon och kollegan blir reducerade till en enda roll, som städerska. Denna reduktion är provocerande av flera anledningar. För det första innebär den att vårdtagaren inte uppmärksammar att personalen också gör andra saker än att bara städa. För det andra frammanar uttrycket en bild av en

rollfördelning mellan vårdtagaren och personalen där den förre är överordnad den senare. Det frammanar en bild av ett svunnet samhälle där lågt betalda städerskor fick städa bort andras smuts och där de betalande helt kunde bestämma hur städningen skulle genomföras. När uttrycket används framställs "städerskan" som explicit underordnad vårdtagaren.

I en tidigare studie rapporteras hur en personal upplever sig bli behandlad som "hembiträde": "Astrid hon ser ner på oss, hon är jobbig. Hon tycker att man är hembiträde. 'Nej jag är inget hembiträde' säger man. 'Ah' tycker hon spelar det nån roll vad man kallar er - hembiträde, vårdbiträde eller hemhjälp'. Och Irene hon är jättejobbig, hon är så falsk. Hon tycker egentligen jätteilla om oss, men så låtsas hon vara trevlig - det blir så kvalmigt...Hon är jättenoga, och tycker att vi kan ingenting. Hon ser ner på oss." (Szebehely 1995:156)

En typ av besvärlighet som uppkommer i anslutning till genomförande av praktiska sysslor är att vårdtagarna upplevs som "krävande", d.v.s. att de ställer krav på personalen som är större än vad som upplevs berättigade. Ett exempel kunde jag se när jag följde med vårdbiträdet Johanna hem till "Jönsson", en rullstolsbunden kvinna med Multipel Skleros. På väg till Jönsson sa Johanna att hon ställer "massor av konstiga krav." Till exempel vill hon att man ska köra igång en tvättmaskin bara för att tvätta två par strumpor - fastän det är dags för tvätt nästa dag. Johanna sa att det är "konstiga saker" som hon kräver. Hon sa att det är precis som att "det fattas något i huvudet på henne." I en annan studie ges ett annat exempel: "Strömbergs, dom är ju bara helt betungande, speciellt hon är det. Hon tar inte in information vad hemtjänst är, hon tycker att vi ska vara i husmors ställe och göra allt, att det är ett slabbgöra. Man känner sig precis som en piga. Man känner sig som världens jävla piga. Det känns helt meningslöst att torka handfatet tre gånger i veckan, fast man gjorde det för två dagar sedan. Bara för att hon vill att jag ska göra det." (Szebehely 1995:110)

En liknande typ av besvärligheter kunde uppkomma när vårdtagare hade alltför *specifiserade krav* på hur saker skulle utföras. Vid ett tillfälle sa en personal att "Elsa är litet speciell" och "oförskämd om man inte gör precis som hon vill vissa saker." I en annan studie sa en personal följande: "Jag vill inte jobba i hemtjänsten i flera år. Man

kommer ingen vart, jag utvecklas inte. En ny limpa, att inte använda det medlet på golvet. Jag vill lära mig mer, få ut mer. Man blir irriterad på pensionärerna som lever för sitt lilla, för mattfransarna som skall ligga perfekt.” (Szebehely 1995:113)

Det finns också vårdtagare som kräver av personalen att de ska komma i exakt rätt *tid*. De förstår inte att personalen måste kunna vara flexibla eftersom det dagligen händer saker som rubbar de ordinarie schemana. Ett exempel var när jag och vårdbiträdet Erik körde omkring i en bil och levererade portionsförpackningar med mat till vårdtagare. Tidsschemat var pressat och det enda vi hann var att stanna bilen, öppna dörren, gå till vårdtagarens ytterdörr, ringa på klockan och leverera maten. I vissa fall fick vårdtagarna hjälp med att öppna förpackningarna. När vi kom fram till den första vårdtagaren visade det sig att han inte öppnade dörren. Erik gick runt huset och kände på dörrarna. Har han trillat och slagit sig? Har han rest bort? Sover han? Vi ringde flera gånger på dörren, men ingen öppnade. Erik ringde då till grupplokalen och bad personalen komma för att undersöka vad som hade hänt. Vi blev försenade drygt tio minuter, vilket fick konsekvenser senare under rundturen. I flera fall kommenterades den sena ankomsten av vårdtagarna. I två fall stod de vid sina grindar och väntade på mat, tog den och gick tysta därifrån - utan att hälsa. I båda fallen förutsade Erik att just dessa vårdtagare skulle bli sura. Ett annat exempel: "Hon vill att jag ska komma exakt annars blir hon arg. Jag sätter på maten direkt, när potatisen puttrar kan jag sitta ner och prata då finns också tid att göra sådant som jag inte hann med på morgonen t ex dela dosetten med medicin, ekonomiska saker exempelvis betala hyran. Så är maten klar. Har jag tur så duger maten att äta men mycket går direkt i soporna. Jag har lärt mig så det har blivit bättre". (Gustafsson 1999:166)

Det finns också vårdtagare som *kontrollerar att personalen gör rätt saker* och att de gör sakerna rätt. Vårdbiträdet Linda 20 år berättade under en fika att det var jobbigt i början när hon började arbeta inom hemtjänsten. Man visste inte vad man skulle göra hemma hos folk. Man hittade inte deras saker och man visste inte vilka egenheter de hade och man visste inte riktigt hur mycket man skulle göra åt dem. Linda besökte regelbundet ett par, Perssons, där mannen fick hjälp. Linda fick "ta över" paret efter ett vårdbiträde som hade slutat. Frun gick efter Linda hela tiden och kontrollerade och skrek åt henne hela tiden. Frun tyckte att allt hon gjorde var fel och skrek åt henne att

hon "inte kan någonting ju". Hon ville ha samma vårdbiträde som hon alltid haft, en kvinna som jobbat där i "ungefär 30 år". Ett annat exempel: "Man går in och hälsar på henne och redan då känns det jobbigt. Hon var uppe förut och gick med bockar. Hon litade aldrig på en, trodde inte man klarade av någonting. Hon skulle hela tiden följa med och sitta på pall bredvid. Hon kommenterade hela tiden. Man blev irriterad. I: Vad säger ni till dem som är så? Säger ni något? IP: Jag har humör och hon och jag har rykt ihop otroligt många gånger. Förut var det minst en gång i veckan. Sådant som man bråkade om hemma med sina föräldrar. Och då tänkte jag att, o va skönt, nu vill hon aldrig ha mig tillbaka! Men sedan nästa dag då är det glömt från hennes sida. Men jag tänker ju på det, det känns konstigt då man ska gå dit en gång till. Det känns spönt och inget roligt alls. Men det kanske går bra den gången, men sedan blir det en sådan där sak igen. Och det är så jobbigt. I: Vad är det som du inte gillar? IP: Det är när hon inte litar på en." (Thulin 1987:69) Kontrollerna av personalen kan också handla om att vårdtagaren dubbelkontrollerar personalens utlägg när de handlat (Topor 1995:29). I samtliga dessa fall blir personalen ifrågasatta avseende om de klarar av arbetet. De blir öppet övervakade när de utför relativt enkla sysslor. De blir öppet underordnade vårdtagarna.

I ovanstående situationer uppkommer "det besvärliga" i anslutning till att olika praktiska sysslor skulle genomföras hos vårdtagarna. Problemen härstammar ur det förhållande att man inte är överens om var gränserna för arbetet skall ligga. Naturligtvis är det möjligt att det finns en andra bakomliggande orsaker till konflikterna, men de yttrar sig alltså i form av konflikter om gränserna för vilka praktiska sysslor som skall levereras och hur de ska leverans.

Konflikterna om arbetets gränser kan i många fall handla om en helt annan typ av arbetsuppgifter än de praktiska, nämligen de som ovan kallades "social och existentiell hjälp". En typ av besvärliga vårdtagare är *de som pratar* för mycket. Det är då frågan om vårdtagare som pratar om allt möjligt, både sånt som är relaterat till arbetsuppgifterna som man träffas för att utföra och andra helt orelaterade saker. Vid ett möte då vårdtagare skulle fördelas i gruppen utspelade sig följande:

Personal 1: Asta Bengtsson, vem kan ta henne på onsdag vecka sex?

(Tystnad. Flera av personalen stirrar ner i bordet.)

Personal 1: Det är bara ben som ska lindas, det går fort. Men det är bara det att hon snackar så hela tiden.

Personal 2: Ja hon ska visa sina kuddar och...

Personal 3: Jaa.. hahaha

(Flera skrattar.)

I en annan studie intervjuades ett vårdbiträde: ”Jag och en flicka till går hos en där det inte blir så himla mycket gjort för hon har så mycket att berätta. Och tittar man henne inte i ögonen blir hon hysterisk. Då ska man hålla upp med jobbet och bara titta på henne och höra vad hon pratar om. Man måste bara göra det annars åker man väl ut.” (Thulin 1987:70)

En liknande besvärlighet uppkommer när vårdtagarna försöker utöka personalens roll ytterligare. Det finns vårdtagare som försöker *fördjupa relationen* med personalen så att gränsen mellan arbete och privatliv suddas ut. Ett (extremt) exempel var när jag, tillsammans med en personal, besökte en vårdtagare som på fullt allvar tyckte att personalen skulle flytta in i hennes hem. Personalen hade besökt denna kvinna under många år och tidigare fick kvinnans syster, som bodde i samma bostad, också hjälp av samma personal. 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 personalen att relationen till denna kvinna naturligtvis hade blivit djup efter alla år och att hon menar allvar med sitt förslag. I en annan studie berättar en personal hur denna närhet kan bli en ganska tung belastning: ”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.” Något senare i samma intervju: ”Jag tycker bättre om de som vill ha saker och ting gjorda. Bra, det gör jag, och så kan man sitta och prata och ha det trevligt. Men inte det där att de ska ställa krav på mig utanför yrket, utöver det jag gör. Det vill jag inte. Jag klarar det inte riktigt längre.“ (Thulin 1987:73f.) Detta citat illustrerar en viktig aspekt av dessa



gränslösa relationer, nämligen att det förekommer att personal går över gränserna för vad som förväntas av dem i deras yrkesroll. Dessa gränsöverskridande relationer kan handla om en lång rad olika saker, t.ex. att personalen engagerar sig djupt i vårdtagarens bekymmer och besvär, berättar om sina egna privata besvär för denne, att man gör saker för vårdtagaren under sin fritid, att man blandar in sin egen familj i vårdtagarens liv, o.s.v. Samtidigt som det finns personal som gör dessa gränsöverskridanden och ser dem som oproblematiska så finns det också personal som ser dem som besvärliga.

Andra typer av besvärligheter uppkommer i anslutning till vårdtagare som upplevs som "psykiskt sjuka", "hisliga" eller "konstiga." Många av de psykiskt sjuka ställer inte till några besvär för personalen. Vårdtagare som hör röster eller vägrar lämna sina hus kan upplevas som litet lustiga, men i den mån som de inte ställer till med besvär blir de sällan föremål för utförliga diskussioner. Men det finns också psykiskt sjuka som blir besvärliga på olika sätt. En sådan sort är de som inte släpper in personalen i sina hem. Ett exempel på det framkom vid ett morgonmöte när en av personalen berättade om Kalle, en äldre vårdtagare som sade vara "psykiskt sjuk": Agneta sa att "Kalle Persson inte verkar riktigt klok." Dagen före hade han ringt polisen för han trodde att grannen ovanför skulle bryta sig in i hans lägenhet. Han brukar stänga av ringklockan till sin lägenhet, men han sätter på den vid de tidpunkter då han vet att hemtjänsten skall komma. Han sätter också ut råttfällor på golvet i sin lägenhet som fällor för tjuvar, men de tar han bort när han vet att personalen ska komma. Därför gäller det för personalen att ha tydliga överenskommelser med honom om exakta tidpunkter för när de ska besöka honom. Ett annat exempel på vårdtagare som inte släpper in personal var när vårdbiträdet Rut satt i grupplokalen och gick igenom tvättlistan. Det var allmän tvättdag och hon skulle hämta tvätt hos vårdtagarna. Därför skrev hon upp deras namn på en lista och antecknade vilka som öppnade dörren själv och vilka hon behövde ta med nyckel till. En annan personal kom förbi, kastade ett öga på listan, och undrade (av någon anledning som jag inte känner till) varför hon skulle gå hem till Agna just på eftermiddagen. Rut sa då självklart att "hon är hislig på mornarna, därför öppnar hon inte då". I Agnas fall var problemet att personalen inte kunde komma när det passade dem utan fick anpassa sig till de tidpunkter då sannolikheten var störst för att Agna skulle öppna dörren.

En annan typ av besvärligheter uppkommer i samband med att vårdtagare upplevs som "oroliga." Oro ses som något i sig helt naturligt, men i vissa fall upplevs oron som mer eller mindre obefogad och större än normalt. Den kan bli något som personalen måste förhålla sig till. Här följer ett exempel: "Jag får aldrig stressa honom. Han blir orolig om jag stressar. Jag ringer och väcker honom på morgonen innan jag kommer. Han har då hunnit att komma upp tills jag kommer. Först vill han att jag ska sitta och röka med honom. Sven vill hela tiden förhålla det och dra ut på tiden så jag måste sitta 15-20 minuter och så kan jag sätta igång... Jag måste sedan sitta en stund efteråt också annars blir han jätteorolig. Jag måste hela tiden hålla koll på klockan utan att titta på den. Lyckas jag med det blir han inte orolig. Han har mycket behov av att prata. Jag lägger upp tidsrytmen för han är dels noga med att allt ska göras, men att jag ändå ska få tid att sitta. Om jag lägger upp det fungerar det." (Gustafsson 1999:153f.)

Oron kan också ta sig uttryck i att vårdtagaren pratar mycket om det som oroar: "Hur stoppar man den pensionär som för hundra gången vill berätta om hur eländet började? För sju år sedan föll hon ner för trappan och skadade sig svårt. Så länge fick hon vänta innan en granne hittade henne. Och den personen sa... Och doktorn sa... Och systemen i Skåne sa... Och då sa hon... Och sen sa... Allt återges i minsta detalj, med upprepningar och allt, innan ärendet äntligen kan framföras, "...därför undrar jag om du skulle vilja vara vänlig och ta ner en skål åt mig", eller vad det nu kan vara." (Freed Solfeldt 1995:34) Freed Solfeldt noterar att personalen mycket väl kan förstå det som den gamle gör, att kvinnan som föll ner för sju år sedan är mycket plågad av sina smärtor och har ett behov av att tala om det. Men samtidigt är det så att det finns arbetsuppgifter som väntar, som man måste hinna med.

Här följer ett självupplevt exempel på en orolig och pratsam vårdtagare: Klockan 13:00 åker jag och Birgitta hem till Alva. Hon är dement och orolig, säger Birgitta. Vi ska besöka henne för bädda, stryka, skriva inköpslista, ge ögondroppar och prata. Vi ska utöva "tillsyn". Behovsbedömningen säger att Alva fått en timme till dessa saker. När vi kommer fram visar det sig att inköpslistan är färdigskriven. Vi kontrollerar den tillsammans. Birgitta får pengar av Alva och hon skriver en lapp där det står att hon har tagit emot en viss summa. Birgitta ger Alva ögondroppar. Sedan frågar hon om

Alvas tvätt behöver strykas, men Alva tycker inte att det behövs. Nu har vi hamnat i en situation där det inte finns några manuella arbetsuppgifter att utföra och vi har mer än 45 minuter på oss. Därför sätter vi oss ner och pratar. Rättare sagt är det en monolog där Alva berättar om all sin ångest, glömska och att hon måste skriva lappar hela tiden för att inte glömma, sin mans död, att hon inte tycker om att titta på TV och att det är, ja, jobbigt överhuvudtaget. Vi lyssnar. En halvtimme senare säger Alva att det har varit skönt att få prata av sig och det var skönt någon lyssnade. Självtänkt var jag nära att somna vid flera tillfällen. Under monologen såg Birgitta apatiskt på Alva och reagerade knappt alls på det hon sa. Hon varken nickade eller jakade. Uppenbart kämpade hon också med att hålla ögonen öppna. När vi lämnade Alva och stod på gatan sade Birgitta "det här var en pärs" och jag svarade "ja verkligen". Vi båda började gapskratta. Jag sa att jag kände mig så usel för att jag höll på att somna flera gånger. Birgitta sa att hon upplevde det likadant. På väg mot bilen var vi tysta en stund. Sedan sa jag att "där fick jag känna vad det innebär att vara hemtjänstpersonal." Ja, sa Birgitta och gapskrattade.

En annan egenskap som kan ställa till med besvär är att vårdtagaren är "*glömsk*", "*snurrig*" eller "*dement*", d.v.s. glömmar och blandar ihop saker. Kontakterna med dessa vårdtagare leder regelbundet till arbete som man inte först räknat med. Ett exempel på det var när jag och undersköterskan Karin besökte Carl, en äldre dement man för att ordna så att han mindes ta en viktig medicin. Det var den enda anledningen till att vi besökte honom och han hade ingen hemtjänst beviljad. När vi är hemma hos honom upptäcker Karin att det ligger ett öppet brev på hans köksbord. Det är en kallelse till en läkarmottagning för att kontrollera effekterna av det bloduttunnande medlet Varan. Karin ser att datumet för besöket är passerat och undrar nu om Carl har besökt läkarmottagningen. Han säger sig inte minnas att han skulle ha varit där, vilket föranleder Karin att meddela det till sjuksköterskan. När vi lämnat Carl och sitter i bilen på väg till nästa vårdtagare säger Karin att det egentligen inte ingår i hennes uppgifter att påpeka sådana saker för Carl och att det egentligen var ett smärre intrång i hans privatliv.

En annan slags vårdtagare som kan upplevas som besvärliga är de "*deprimerade*". Ett exempel: "I början hade jag en kvinna som jag gick till själv varje eftermiddag i två

timmar. De andra slutade halv tre och hon skulle få hjälp på eftermiddagarna. Tidigare hade de jobbat extra då, så de tyckte väl det var skönt att slippa det då när jag kom. Och det förstår jag! För det var jättejobbigt för hon var deprimerad och ville ha alla lampor släckta. Och jag gick där och försökte tända lampor och försökte prata med henne och liksom få henne att se lite ljusare på saker och ting. Men man kände att den här hopplösheten smittade av sig. Den gör det! Det är väldigt tungt.” (Astvik 2002:2)

En typ av vårdtagare som är närbesläktad med deprimerade är de som vårdbiträdena kallar ”*bittra*.” De ser sig som drabbade av orättvisa och har inte klarat att ”smälta det” och gå vidare i livet. Personalen säger att denna bitterhet kan ”gå ut över dem”. Ett exempel på det var när jag och undersköterskan Eva-Lena besökte en manlig vårdtagare i övre medelåldern. Han var tidigare framgångsrik konstnär och egenföretagare, men hade drabbats av hjärnblödningar som gjort honom svårt handikappad. Det resulterade enligt Eva-Lena i att frun började missbruka alkohol och tog hand om mannen. Eva-Lena kallade henne ”labil” eftersom hon vissa dagar lät sin desperation och aggressivitet ”gå ut över personalen” medan hon andra dagar var vänlig och inbjudande. Eva-Lena sa att man därför måste ”känna in” hur det är hos dem när man besöker dem och att man får vara försiktig med att ta egna initiativ. Man måste låta initiativrätten helt och hållet ligga hos dem. Just denna dag, midsommarafton, var det sannolikt att de skulle känna sig extra ensamma, vilket kunde leda till att bitterheten kunde vara extra påfallande.

Det finns också vårdtagare som upplevs som ”*missnöjda*, ”*klagande*” och ”*gnällande*”: ”Jag har en pensionär som inte är nöjd med någonting, men hon tycker nog om en ändå. Hon klagat på alla som kommer att de inte gör någonting. Hon får för lite tid m m.” Och vidare: ”I: Hur känner man sig då, I: Man tycker man inte gjort någonting, trots att man gjort väldigt mycket ibland, med det är i alla fall inte bra. Det känns meningslöst att gå dit.“ (Thulin 1987:71) Ett annat exempel: ”Ibland kan man plocka ner månen till dem, de är inte nöjda för det. Intervjuare: Vad får man för känslor för en sådan människa? Det är ju jobbigt att bara ge och ge av sig själv. Jag vet ibland innan, det var ju så jag kunde stänga huvudet blodigt. Der var ingenting som var bra.“ (Ingvad & Olsson 1999:18)

En liknande sort är *de som skäller* på personalen. En intervjuad arbetsledare berättade om en vårdtagare som personalen upplevde som mycket besvärlig på grund av hennes skällande. När personalen kom hem till henne och öppnade ytterdörren kunde t.ex. få höra henne skrika från sovrummet att ”far tillbaka där du kom ifrån“. När personalen då frågade ”vart då“ kunde hon svara ”helvetet“. Svensson beskriver hur han följer med ett vårdbiträde till en vårdtagare av utländsk härkomst: ”Det framkom att det pågick en maktkamp mellan personalen och kvinnan. Hon talade engelska emellanåt, troligen för att markera en överlägsenhet, något som irriterade vårdbiträdena. ”Här talar vi svenska.“ Kvinnan kritiserade öppet personalens kunskaper och brist på förståelse.

”Milde tid! Vilket folk! Ni fattar ingenting! Har ni inte fått lära er hur man smörjer en häll!“

Vid ett tillfälle sa ett vårdbiträde: ”Nu reser vi oss upp.“ Kvinnan svarade då med: ”Vilka vi?“ (Svensson 1986:150)

Dt fanns också vårdtagare som upplevdes som direkt *elaka*. En arbetsledare berättade under en intervju att personalen hade svårt med en vårdtagare: ”Ja det är en mycket excentrisk människa. Det är lite svårt att...det är lite svårt därför det finns liksom inget att riktigt ta på. Man hon kan fattar agg för olika människor. Vid olika tidpunkter och sånt där och så kommer dom hem där och får förakt. Det är speciellt på kvällen så när dom går två stycken så kan hon då vända sig till den ene och bara prata med den och...Vill du ha chokladbit, ta en chokladbit där...men den andra får minsann inget.” Undersköterskan Eva-Lena berättade om en annan vårdtagare som hon brukar hjälpa med kvällsbestyren. När man ska hjälpa henne ur rullstolen till sängen och frågar henne om ska gå på toa innan hon lägger sig ner, så svarar hon ofta ”nej”. Men när man väl lagt henne och är på väg ut i hallen säger hon plötsligt att nu behöver hon gå på toa varefter hon säger ”Nu blir ni väl förbannade?”. I en annan studie berättade en personal följande: ”Den tiden skulle jag inte vilja ha tillbaka då jag gick hos den pensionären. Då mådde jag dåligt. Både måndagar och fredagar, hela veckan var förstörd. Det är en väldigt psykiskt sjuk person. Man visste inte vilket humör hon var på. Skulle hon vara snäll eller spydig? Hon kallade alla för haggor eller häxor, och ingenting kunde vi. Fel kläder och fel frisyr. Känslan av att man inte fick kunna någonting. I början är man osäker för man vet inte riktigt hur de vill ha det, så de får

visa hur de vill ha det gjort. Men där fungerade det inte så. Man fick nämligen inte lära sig. När man trodde att man hade en rutin då ändrade hon den. Ena gången skulle sängen flyttas på så sätt och nästa gång på ett annat sätt. Ena gången dammsög jag för noga, och torkade jag så hade jag glömt en fläck. Hon går efter en med en rullator och hänger över en. Man var livrädd att man skulle slå till henne med långborsten. Och så fick man ligga och krypa runt hörnorna och så skulle golvet torkas tre gånger på rad. Först skulle golvet var dyngsur, precis som om du skulle ha hållt ut vattnet på golvet. Sedan skulle det torkas upp.“ (Thulin 1987:65)

Det förekom också att personal upplever att vårdtagarna *förtalar* dem. Ett exempel på det var när jag befann mig i en grupplokaler tillsammans med några av personalen. Peter, en yngre nyanställd, säger då till Marie, en av de äldre undersköterskorna, att kvinnan i ett äldre par ”klagar mycket på Britta”, ett annat vårdbiträde i gruppen. Marie släpper då det hon har för handen och vänder sig till Peter och säger att “Ja hon hackar mycket ja. Det gör hon om alla. Hon klagar och hackar på Britta särskilt. Hon är ju arg på Britta. Men en sak ska du ha klar för dig: Hon snackar skit om alla när dom väl har lämnat stället. Hon snackar nog skit om dig också när du gått därifrån.“ I det här fallet hade Peter tagit den äldre kvinnans klagomål på allvar medan Marie kunde se klagomålen som en del av ett större mönster där kvinnan förtalade flera av personalen när tillfälle gavs.

Än mer besvärlig blir relationen när vårdtagarna *hotar* eller är *våldsamma* mot personalen. I en tidigare studie berättar en personal om en vårdtagare: ”Skäller och skriker och hotar och beskyller oss för allt möjligt...(...) Men han är misstänksam mot oss alla. Han har exempelvis en batong här när han är här och dricker kaffe.” Och senare: ”Intervjuare: Hur ska man förstå det att han bär sig åt så? Vårdbiträde: Ja, jag vet inte, om det har med hela personligheten att göra eller om det har med spriten att göra... Han har heller ingen annan...han har väldigt dålig kontakt med sina barn också. ...Det hade väl vart stridigheter alltid om jag fattade saken rätt. (Ingvad & Olsson 1999:19) Under mina observationer hände det aldrig att en vårdtagare hotade eller angrep personal, men de tidigare nämnda studierna om våld och hot visar att det sker ganska ofta och att det är väl uppmärksammat.

De arbetslag som ingick i denna studie hade ansvar för de trygghetslarm som var installerade hos vårdtagarna. Det innebar att vissa vårdtagare hade särskilda armband eller halsband med larmknappar som skickade signaler via telefon till personal som tog emot larm via mobiltelefon. Vårdtagare kunde larma om något särskilt hänt dem. När det larmade skulle personalen ringa till vårdtagaren och/eller besöka denne. Ett ganska vanligt problem är de vårdtagare som ringer på sina larm när det anses som obefogat. De kan ta relativt mycket tid i anspråk eftersom varje uttryckning, förutom besöket hos vårdtagaren, innebär restid och ibland också tid med att återgå till det arbete som man lämnade för att söka upp den som larmade. Dessa "larmare" är ett vanligt samtalsämne bland personalen. Vid en fika berättade personal om Greta, en äldre dement kvinna som ringer jämt och ständigt. En av personalen berättar att "en gång så ringde hon på natten klockan fyra och sa att jag vill upp". En annan berättar att "en eftermiddag ringde hon upp ett helt batteri på mobiltelefonen". Vid en annan fika i en annan grupp diskuterar man problemet med en annan vårdtagare som larmar hela tiden. Någon föreslår att man ska börja föra dagbok över larmen för att få en objektiv bild av hur mycket hon larmar. Personalen diskuterar också möjliga anledningar till att hon larmar; att hon kanske är orolig, deprimerad eller har ångest kring sin sjukdom som kommer att leda till hennes förtida död. Någon annan tillägger att hon larmar vid udda tidpunkter och ber om saker som visar att hon saknar tidsuppfattning. Som exempel ber hon personalen komma och lägga henne när det bara är en halvtimme kvar till den ordinarie läggtiden. Ytterligare någon tillägger att det ofta är småsaker, "skitsaker", som hon larmar om, t.ex. att ta upp strumporna från golvet.

Vårdtagarens *kroppsliga egenskaper* kan också upplevas som besvärliga. Personalen är van vid att bemöta vårdtagare som är kroppsligt annorlunda på olika sätt, t.ex. kraftigt överviktiga, underviktiga, amputerade, förlamade, stelopererade, stumma, döva eller blinda. Dessa fysiska funktionshinder och handikapp ses sällan som problematiska i sig. Snarare kan bli besvärande när de uppkommer i vissa kombinationer eller i vissa situationer. En halvsidigt förlamad man som väger 120 kilo och dessutom är lätt dement innebär i och för sig särskilda krav på personalen, t.ex. avseende bemanning när han ska tas upp ur sängen. Om han dessutom ska gångtränas innebär det ytterligare svårigheter i form av rädsla för att han ska trilla och slå sig. Om

han dessutom regelbundet blir aggressiv och själv vill gå upp ur sängen medför det ytterligare särskilda problem. Lägg därtill en hustru som är mycket orolig och har synpunkter på alla personalens handlingar så blir situationen lätt irriterad.

Ett slags besvärlighet uppkommer när man upplever vårdtagarna som "äckliga". De kan vara smutsiga, ha smutsiga kläder, ha ett smutsigt hem eller vanor som medför att personalen helt enkelt äcklas av dem. Berättelser om dessa vårdtagare florerar bland personalen. Jag har hört personal berätta om alkoholister som spyr ner sina lägenheter, personer som inte tvättat sig på många år, o.s.v. Här följer ett exempel: "Från början när jag skulle gå till honom mådde jag dåligt det var så fruktansvärt smutsigt. Han spottade precis överallt omkring sig helt okontrollerat. Det hängde spottloskor på väggar, dukar, kök överallt. Jag tillkallade en läkare från soc psyk som var med de första gångerna när jag skulle duscha honom. Duschat hade han inte gjort på flera år innan. Med andra ord var stanken fruktansvärd. Nu har han accepterat att duscha en gång i veckan och han använder spottkopp som han själv tömmer. Detta gör han bara för min skull för annars skulle jag inte stå ut." (Gustafsson 1999:145f.) Ett annat exempel: "Medan Stina sitter på toan med öppen dörr, gör vi frukost och bäddar. Det är smutsigt i och runt sängen, en liten heltäckningsmattstump under toahinken vid sängen har fläckar av alla slag, aska och fimpar och smulor av chips. De flesta vårdbiträden tycker att det är lite äckligt hos Stina. Camilla hjälper Stina tillbaka till sängen, smörgås och kaffetermos bredvid." (Szebehely 1995:106)

Avslutningsvis kan det vara befogat att diskutera en särskild kategori vårdtagare som ställer till med särskilda besvär, nämligen *alkoholisterna*. Vårdtagare som missbrukar alkohol ställer regelbundet till med olika typer av besvär. Ett sådant besvär är att de skapar merarbete, vilket ofta är smutsigt. Ett vårdbiträde berättade hur en kvinnlig rullstolsbunden alkoholist regelbundet brukade "skita ner sig" när hon blev full. I bästa fall larmade hon på natten så nattpersonalen kunde byta på henne. Vid andra tillfällen satt eller låg hon i avföringen under hela natten. Ibland hade hon hasat ner från rullstolen och låg på golvet nerkletad med avföring. Ett annat besvär med alkoholisterna är deras beteende när de är alkoholpåverkade: "Vi hade en med fylledille, han skulle bara in i kylskåpet och sova. Vi var två som gick där, och vi fick ta ut massor av kattor och människor, och det gick. Men det var rätt jobbigt tycker jag.



Man vet inte vad man ska göra när dom har hallucinationer. För en del säger att man inte ska hålla med. Men som i hans fall gick det ju faktiskt bra. Man kan ju pröva. Vi höll med och bara föste ut gubbarna.” (Szebehely 1995:153) En tredje typ av besvär är att personalen bidrar till att hemlighålla missbruket. Detta hemlighållande kunde ske genom att personalen inför vårdtagaren låtsades att de inte visste om dennes missbruk. I ett fall berättade en personal om hur denne regelbundet fick hjälpa en vårdtagare att klä sig fin och beställa färdtjänst på fredagar för att denne skulle åka till ett shoppingcenter. Den föregivna anledningen var att ”hon ska äta”, men ”egentligen är det systembolaget hon ska till.” En fjärde typ av besvär är att personalen hamnar i ett moraliskt dilemma angående deras egen roll i upprätthållandet av missbruket. Inmundigande av alkohol är ju en i sig accepterad företeelse i vårt samhälle. Varje myndig person har rätt att dricka alkohol. Därför anser många att personalen inte kan neka vårdtagarna inköp av alkohol. De köper ju cigaretter, chips, fet mat och annat onyttigt. Samtidigt finns det personal som ogillar att köpa alkohol till missbrukande vårdtagare. Frågan om alkoholin köp var en levande diskussion i grupperna. Regelbundet ifrågasattes det. I en av grupperna motiverade arbetsledaren inköpen, trots att de resulterade i att en vårdtagares hälsa försämrades och dennes bostad förvandlats till ett ”suparkvarter”, med att ”behovsbedömaren har sagt att vi ska få köpa en flaska i veckan till honom”.

# HANTERING AV BESVÄRLIGA VÅRDTAGARE

Hur hanterar personalen de besvärliga vårdtagarna? Detta kapitel inleds med en kort sammanfattning av en del av litteraturen om "hantering" (som i den internationella litteraturen ofta kallas "coping"), i synnerhet studier om personal inom liknande verksamheter. Sedan presenteras vanliga metoder som personal inom den öppna hemtjänsten använder för hantera besvärliga vårdtagare. Till sist jämförs Lazarus (1993) typologi över hanteringsmetoder med de som återfanns i denna studie.

## **Om hantering**

Det finns en omfattande forskning om "hantering". Med hantering avses metoder för att motverka stress. Lazarus säger att "coping is defined as ongoing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (1993:237). Cartwright & Cooper säger på ett snarligt sätt att hantering är "an important moderator in the stress process. Having appraised an event or a situation as threatening or stressful, coping refers to any response or effort made by the individual to prevent, avoid or control emotional distress and/or reduce anxiety" (1996:203). Hantering syftar alltså på de metoder som individer använder för att klara av stress, oavsett om dessa metoder inriktas på individens eget psyke eller utageras som handling mot omvärlden.

Med begreppet stress avses det tillstånd av obalans som uppkommer mellan de krav som ställs på individen och de resurser denne har för att möta kraven: "Stress resides in the person's perception of the balance or 'transaction' between the demands on them and their ability to cope with those demands." (Cox 1987:6) Begreppet stress utpekar en upplevelse hos individen som inte kan reduceras till de "faktiska" kraven som ställs på en individ eller det vi "allmänt" brukar anse vara stressande (Ibid.). Stress kan inte heller reduceras till dess konsekvenser, t.ex. de fysiologiska konsekvenserna eller de kognitiva eller emotionella problem den förorsakar.

Stress är en upplevelse av relationen mellan individen och omgivningen: "in the definition offered here, stress is not a property of the person or the environment, nor is it a stimulus or a response. Stress is a particular relationship between a person and the environment." (1984:840) I och för sig manifesteras stress hos individen, men det är kombinationen av individuella och sociala förhållanden som skapar den: "Stress is not a property of the person, or of the environment, but arises when there is a conjunction between a particular kind of environment and a particular kind of person that leads to a stress appraisal." (Lazarus 1995:5) När man undersöker stress i arbetslivet kan man

därför undersöka hur stressen manifesteras hos individen, hur individen hanterar den, vilka arbetsförhållanden individen upplever som stressande och vilka egenskaper i organisationen som kan försvåra eller underlätta för individen att hantera stressen.

Kontakterna med de besvärliga vårdtagarna kan innebära varierande grad av psykisk stress. Psykisk stress uppkommer när en person upplever obalans mellan de krav som ställs på denne och de resurser som finns till förfogande för att möta kraven: "psychological stress occurs only when a person have made an evaluation (appraisal) that external or internal demands tax or exceed his or her resources" (Lazarus 1995:5. Se även Cox 1987.)

Hantering är, lika litet som stress, en rent individuell företeelse. I och för sig utförs det faktiska hanterandet av individen men det sker alltid i ett sammanhang som begränsar och ger möjligheter avseende vilka metoder som kan användas Även om hanterandet sker intra-individuellt är det en i högsta grad inter-individuell process. (Se t.ex. Lazarus 1966, Lazarus & Folkman 1984, Cox 1987, Dewe 1991, 1993, Edwards 1988, O'Driscoll & Cooper 1994, Astvik 2003) I det följande kommer vi att se hur personalen inom hemtjänsten använder sig av de särskilda möjligheter som denna särskilda arbetsorganisation erbjuder för att hantera de vårdtagare som upplevs som besvärliga.

Lazarus skiljer mellan två huvudgrupper av metoder för hantering av stress, nämligen problemfokuserad och känslomässig hantering: "The function of problem-focused coping is to change the troubled person-environment relationship by acting on the environment or oneself. The function of emotion-focused coping is to change either a) the way the the stressfull relationship with the environment is attended to (as in vigilance or avoidance) or b) the relational meaning of what is happening, which mitigates the stress even though the actual conditions of the relationship have not changed." (1993:238) Den problemfokuserade hanteringen består alltså av aktivt handlande för att förändra relationen mellan individen och det problemfyllda. Den emotionella hanteringen består av att individen bearbetar sina egna tankar och känslor kring problemet.

Lazarus (1993) presenterar en typologi över olika metoder för hantering av stress: (i) Konfrontativ hantering, t.ex. att man kämpar för det man vill uppnå, att man försöker få andra att ändra sina åsikter eller beslut eller att man uttrycker sin ilska inför de personer som har orsakat problemet. (ii) Distansering, t.ex. att man försöker att inte ta det stressande så allvarligt, att man vägrar tänka på det för mycket eller försöker

glömma det. (iii) Självkontroll, t.ex. att man håller sina känslor för sig själv, att man inte talar om för andra hur illa det är ställt eller att man avhåller sig från att agera för fort. (iv) Att söka socialt stöd, t.ex. att man talar med någon för att utöka sin förståelse av problemet eller med någon som kan göra något åt det. (v) Att acceptera ansvar, t.ex. att man kritiserar eller anklagar sig själv, att man inser att man själv skapat problemet eller att man bestämmer sig för att handla på annat sätt nästa gång. (vi) Flykt- undvikande, t.ex. att man önskar att situationen var över, att man hoppas på ett mirakel eller att man undviker det problematiska i allmänhet. (vii) Planerat problemlösande, t.ex. att man fördubblar sina ansträngningar för att få det att fungera, att man gör plan och handlar efter den eller ändrar på något så att det ska fungera. (viii) Positiv omvärdering, t.ex. att man förändras eller växer som person, att man går ur erfarenheten som starkare eller att man "hittat en ny tro". Redan här bör sägas att flera av dessa strategier också återfinns bland personalen inom hemtjänsten.

En annan kompletterande indelning av metoder för hantering av stress inom arbetslivet presenteras av Newman & Beehr (1979). De gör en indelning av metoder enligt följande: (i) Metoder som handlar om psykologiska villkor, t.ex. att man planerar i förväg eller gör mer realistiska självuppskattningar. (ii) Metoder som handlar om psykiska och fysiska villkor, t.ex. förbättrad diet, träning och sömn. (iii) Metoder som handlar om att förändra sitt eget beteende, t.ex. att ta ledigt, att koppla av eller att utveckla sociala nätverk. (iv) Metoder som handlar om att förändra den egna arbetsmiljön; att byta till en mindre krävande arbetsorganisation eller organisation. Även vissa av dessa metoder används av personalen inom den hemtjänsten.

Menzies-Lyth (1988) genomförde under 1950-talet en intervju- och observationsstudie vid ett sjukhus i London där man undervisade sjuksköterskor. Den huvudsakliga delen av utbildningen bestod av praktik vid olika avdelningar. Studenterna flyttades mellan olika avdelningar för att få erfarenhet av olika slags vård. De tog hand om det mesta av det direkta arbetet med patienterna medan de färdigutbildade sjuksköterskorna främst arbetade med administration, undervisning och handledning.

Menzies-Lyth kunde konstatera att studenterna hade en hög sjukfrånvaro och att ungefär en tredjedel avbröt sina studier. Hon förklarar det med att arbetet innebär mycket hög grad av anspänning och ångest vilket beror på att studenterna är i ständig kontakt med människor som är allvarligt sjuka och inte alltid tillfrisknar. Studenterna möter ångest, smärtor och död på ett sätt som få andra gör. Det väcker starka känslor, t.ex. ömkan, kärlek, skuld, ångest, ogillande, hat och avund.

Som en reaktion på det ångestframkallande hade sjukvården utformat arbetsmetoder och rutiner som skyddar personalen och studenterna mot det ångestframkallande. "The characteristic feature of the social defence system, as we have described it, is its orientation to helping the individual avoid the experience of anxiety, guilt, doubt and uncertainty. As far as possible, this is done by eliminating situations, events, tasks, activities and relationships that cause anxiety or, more correctly, evoke anxieties connected with primitive psychological remnants in the personality." (Menzies-Lyth 1988:63)

Dessa skydd mot ångest är inbyggda i sjukvårdens organisatoriska strukturer och är i hög grad omedvetna. Ofta ges andra motiveringar till att de finns än deras ångestskyddande funktioner. De olika försvarerna är som följer: (i) Uppsplittning av relationen mellan sjuksköterska och patient. Istället för att en och samma person utför många arbetsuppgifter på en och samma patient väljer man att dela upp arbetet så att några få uppgifter utförs på en stor mängd patienter. (ii) Depersonalisering, kategorisering och förnekande av det individuella. Som exempel använder man inte personnamn på patienter utan väljer att benämna dem med rumsnummer och diagnoser, t.ex. "levern på femman två". Det finns också en etik om att "alla ska behandlas lika" - om inte rent medicinska skäl finns för annat. Likaså depersonaliseras sjuksköterskorna genom att de använder standardiserade uniformer. Var och en blir svår att känna igen och utbytbar mot någon annan sjuksköterska. Man har också standardiserat avdelningarnas övergripande rumsliga planer, rummens utseende, patienternas kläder, sängar, etc. (iii) Avståndstagande och förnekande av känslor. Det uppstår ett "etos" om att man skall ha "rätt professionell distans" till patienterna. Man skall avstå från alltför djupt engagemang i patienterna, inte bli manipulerad av den och kontrollera sina egna känslor. Inskolning i den rätta "distanserade hållningen" sker också genom att eleverna flyttas runt mellan olika avdelningar. (iv) Undvikande av beslut genom rituellt genomförande av uppgifter. Eftersom alla beslut kan medföra oväntade konsekvenser är de också potentiellt ångestframkallande. Därför minimeras antalet beslut genom att man inför rutiner för alla möjliga arbetsuppgifter. (v) Man reducerar ansvaret för beslut genom att flera personer kontrollerar beslutets riktighet. Innan man fattar beslut låter man andra kontrollera om det är korrekt. (vi) Tyst samförstånd om omfördelning av ansvar och oansvar bland personalen. Olika personalkategorier projicerar egenskaper på varandra. I synnerhet är det den fast anställda personalen som projicerar egenskaper på studenterna. Man odlar föreställningar om att de t.ex. fuskar i arbetet eller inte har den rätta professionella hållningen mot patienterna. Man projicerar sådana känslor som kan vara svåra att bära själv, t.ex. rädslan för att man själv är oansvarig, fuskar eller inleder olika

känslomässiga relationer till patienter. (vii) Ändamålsenlig otydlighet i den formella fördelningen av ansvar. Den formella fördelningen av ansvar och befogenheter kan vara så otydligt formulerad att det blir otydligt vem som egentligen bär ansvaret för olika saker. När misstag sker kan ingen utpekas. Alla och ingen blir ansvarig. (viii) Minskning av ansvar genom delegering till överordnade. När man ska fatta beslut skickar man ofta vidare ansvaret för beslutet uppåt i hierarkin så att man kan hävda att ansvaret för beslutet inte är ens eget. (ix) Idealisering av personalen och undervärdering av möjligheterna för personlig utveckling. Man idealiserar den befintliga personalens egenskaper. Man odlar föreställningar om personalen som kompetenta och "ansvarskännande" vilket minskar ångesten kring frågan om verksamheten är god nog. Man har ju redan den bästa personalen, säger man. När man söker ny personal hävdar man att de personliga egenskaperna är viktigare än de formella meriterna. "Man föds till sjuksköterska, inte görs" eller "Sjuksköterskeyrket är ett kall". De personliga egenskaperna kan inte utvecklas i efterhand, säger man. Därför försöker man inte genom utbildning förändra den befintliga personalens (eller framtida personals) ansvar, moral och personlighet genom. (x) Undvikande av förändring. Alla förändringar av det sociala system som skyddar mot ångest är ogillade och möter stort motstånd.

Det mest intressanta med Menzies-Lyths iakttagelser är att hon visar att mekanismer för hantering kan byggas in i den objektiva strukturen på en arbetsplats. Nedan visas hur personal inom hemtjänsten använder sig av olika formella strukturer på arbetsplatserna för att hantera de besvärliga vårdtagarna.

En annan studie av hantering inom vården genomfördes av Bartoldus, Gillery & Sturges (1989). De studerade vad som orsakar stress hos vårdbiträden inom hemtjänsten i New York och hur de hanterar den. Deras vårdtagare bestod av en genomsnittlig population och de strategier som urskildes var mycket vanligt förekommande: (i) Att inte bry sig om vad de säger och gör. (ii) Att glädja/pigga upp vårdtagarna. (iii) Att berätta om vårdtagare som har det svårare. (iv) Att identifiera sig med vårdtagarna. Många accepterade vårdtagarnas beteenden genom att de kunde leva sig in i deras situation som äldre och sjuka. (v) Att se sitt arbete som bestående av att "goda gärningar" (de arbetade för kyrkan). (vi) När man gick hem från arbetet "glömde man bort" vad som hänt under arbetsdagen. (vii) Efter arbetet kopplade man av genom att lyssna på musik eller se på TV. (viii) Man tvättade sig och bytte kläder när man kom hem för att distansera sig från arbetet.

Rinnan & Sylwan (1992, 1994) undersökte hur vårdbiträden inom hemtjänsten i Stockholm hanterar våldsamma och hotfulla vårdtagare. De sökte upp personal som varit utsatta för våld och hot och genomförde 28 halvstrukturerade djupintervjuer, varav sex som gruppintervjuer. 17 av intervjuerna är med personer som gjorde anmälan om arbetsskada till följd av hot eller våld under åren 1990-1992. Rinnan & Sylwan undersökte hur vårdbiträdena anpassar sig till de våldsamma och hotfulla vårdtagarna: (i) Genom att splittra upp kontakten med vårdtagaren; att dela upp kontakterna med denne på fler personal. (ii) Genom att man "ransonerar sitt psykologiska engagemang och ger så lite av sig själv som möjligt". Man blir mentalt snål, bjuder så litet som möjligt av sig själv. (iii) Genom att bolla runt ansvaret för problemets lösning inom den egna arbetsorganisationen. Vårdbiträden kan tillkalla sjuksköterskor eller arbetsledare som i sin tur kan skicka ärendet till enhetschefer, vilka i sin tur kan tillkalla psykiatriska konsulter, o.s.v. (iv) Genom att man "blir mer vaksam". Man blir helt enkelt mer beredd på att risken för att händelsen skall inträffa är relativt stor och därigenom blir man beredd på den. Man säger inte vissa saker, vänder inte ryggen till, o.s.v. (v) Genom att "lägga över problemet på andra". Andra får bära skulden för relationen till den hotfulla vårdtagaren eller så lyfter man fram andra vårdbiträdens dåliga relationer med andra vårdtagare. Man kritiserar och nedvärderar andras arbete och framställer på så sätt sin egen insats som god. (vi) Genom att man klandrar medarbetare för "egna känslor av skuld, frustration, leda och otillräcklighet" som egentligen uppkommit i relationen med vårdtagaren. Man skapar konflikter ur trivialiteter och får utlopp för aggressioner inom personalgruppen. (vii) Kontrafobiskt beteende, d.v.s. att bli attraherad av det som väcker rädsla. Man söker sig till de våldsammaste och hotfullaste situationerna. (viii) Genom att man skapar en "negativ stereotyp" kring den svåra vårdtagaren. Man tar inte reda på fakta som nyanserar bilden. Man målar upp en enfärgad bild av vårdtagaren och denne blir måltavla för negativa känslor av olika slag. (ix) Genom att man undviker kontakt med vårdtagaren. Man snålar på sin kontakt. Man gör endast det nödvändiga. (x) Genom att man går två och två till vårdtagaren eller genom att man har med sig en vakt. (xi) Genom att undvika problemet när det väl är löst. Man talar inte om det. Man glömmer bort ärendet, vilket i sin tur innebär att man inte lär sig något om det inför framtiden.

Till skillnad från denna studie har Rinnan och Sylwan (1992) fokuserat personal som blivit så hotade och utsatta för våld att de tillgripit ytterligare en metod för hantering, nämligen att anmäla händelsen som arbetsskada. Men mörkertalet när det gäller anmälan av våld och hot mot personal inom hemtjänsten verkar vara stort. Åkerström (1993) ställde i en riksrepresentativ studie följande fråga till vårdpersonal: "Har du skrivit någon arbetsskadeanmälan på grund av att du blivit skadad eller hotad av

patienter eller anhöriga?" Endast 20 % av dem som arbetade vid sjukhem/långvård svarade "ja", vilket är intressant med tanke på att samma studie visar att 58 % av vårdbiträdena och undersköterskorna hade blivit utsatta för fysiskt våld och ytterligare 10 % hade blivit utsatta för försök till fysiskt våld (Ibid. s.14). Därför kan vi anta att de av Rinnan och Sylwan studerade fallen är relativt allvarliga. Denna studie handlar däremot till större del om de relationer som sällan leder till arbetsskadeanmälningar. Denna studie handlar om mer "vanliga" situationer, d.v.s. mer "ordinarie besvärliga vårdtagare".

Åkerströms studie visar också att en vanlig metod för att hantera besvärliga vårdtagare (i detta fallet de våldsamma och hotfulla) är genom att definiera det våldsamma och hotfulla som ickeproblem. Åkerström (1993:29) lät sjukvårdspersonalen ta ställning till två påståenden. Det ena påståendet var: "Att gamla, senila rivs eller klöser är inget att bry sig om – det hör till sjukdomen." Det visade sig att 38 % instämde helt med detta påstående och att 42 % instämde delvis. Det andra påståendet var: "Att missbrukare är aggressiva eller hotfulla är inget att bry sig om – det hör till sjukdomen eller tillståndet". Det visade sig att 23 % instämde helt och att 38 % instämde delvis. Åkerström (1993) frågade dessutom också om man uppfattade aggressiva patienter som ett problem. Åkerström lät fråga om man uppfattade följande kategorier av patienter som problem: "gnälliga patienter som vill ha behandling för småsaker", "patienter som är aggressiva och grälar", "patienter som inte samarbetar i behandling eller vård", "patienter som anser att de själva vet bäst vilken behandling som är lämpligast" och "patienter som är otåliga". Endast 51 % av biträdena/undersköterskorna ansåg att de aggressiva patienterna var ett problem. Det betyder att det finns (eller "fanns" eftersom studien rapporterades 1993) en stor tolerans till våld och hot inom vården. Förmodligen finns det många inom hemtjänsten som betraktar de vanliga besvärliga vårdtagarna som ett ickeproblem.

En annan skillnad mellan denna och Rinnan och Silwans studie är att den sistnämnda är baserad på intervjuer medan denna i huvudsak är baserad på observationer av personal i rutinmässigt arbete. Den metod som Rinnan och Silwan använde var lämpad för det fenomen de studerade, nämligen personalens syn på sådana situationer där vårdtagarna gått över gränsen för vad som är accepterbart. De studerade situationer där personalen hade blivit medvetna om att de uppenbarligen blivit kränkta. Men om man, som i denna studie, vill undersöka de mer "vanliga" besvärliga vårdtagarna så är den metod som här valts mer lämpad. Observationerna gör det möjligt att studera hanterandet av de "ordinarie besvärliga vårdtagarna", d.v.s. de vårdtagare och metoder för hantering som inte alltid är lika medvetet formulerade av personalen. Intervjuer



med personalen hade delvis kunnat avtäckta de olika slagen av besvärliga vårdtagare och hanteringsmetoder men inte alla.

I en annan studie av svensk hemtjänst undersökte Astvik (2002) vårdbiträden och boendestödjare inom äldre- och handikappomsorgen, varav de flesta arbetade med människor med psykiatrisk problematik. Astvik urskiljer två huvudgrupper av strategier för hantering (2002:36ff.). För det första konstruktiva strategier. De använde när personalen uppmärksammar att relationen till en vårdtagare är besvärlig och syftar till att förändra den. För det andra icke konstruktiva strategier. De skiljer sig från de konstruktiva genom att de inte uppmärksammar den besvärliga relationen, d.v.s. att de förnekar verkligheten och därför syftar de inte heller till att förändra den. Några konstruktiva strategier: (i) Ökat tolkningsutrymme, d.v.s. söka och ta in ny kunskap om vårdtagarna och deras problem. (ii) Delat ansvar, vilket kan bestå av konkret hjälp från andra med att ta hand om vårdtagaren eller av stöd från andra om att fatta beslut om vårdtagaren. (iii) Att separera ut, d.v.s. att försöka förstå och tolka sina egna och klientens känslor och handlingar och därigenom ändra förståelsen för mötet. (iv) Realistiska förväntningar, d.v.s. att ändra de förväntningar som man har på de egna arbetsinsatserna. (v) Tydliggöra rollen, d.v.s. förtydliga vad som ingår i den professionella hjälparollen. (vi) Rimliga resurser, d.v.s. att kräva resurser från organisationen som gör det möjligt att klara arbetet. Några icke konstruktiva strategier: (i) Konfrontativa strategier, d.v.s. att sätta gränser villkor för möten med de svåra vårdtagarna. (ii) Ransonerande och moraliserande strategier, d.v.s. att sätta gränser för hjälpen som ges. (iii) Distanserande strategier. Man kan distansera sig fysiskt och psykiskt från vårdtagaren t.ex. genom att dela på vårdtagarna (gå mer sällan till dem) eller bli formell i relationen (inte bjuda på sig själv). (iv) Förnekande strategier, t.ex. genom att i arbetslaget komma överens om att inte prata om det svåra eller genom att allt ont och svårt tillskrivs vårdtagaren medan det goda och givande finns hos vårdgivaren. (v) Kompensatoriska strategier, d.v.s. att personalen hanterar sina känslor av otillräcklighet genom att anstränga sig maximalt eller genom att underordna sig vårdtagarens krav. (vi) Avstängande och ansvarsbefriande strategier, t.ex. att reducera sitt ansvaret till att vara en utförare av de praktiska uppgifterna och undantränga känslomässig närvaro. (vii) Vårdideologiska strategier, d.v.s. att man motiverar en reduktionistisk syn på vårdtagarna genom en eller annan vårdideologi.

### **Fem strategier**

I det följande återges en typologi över de olika metoder som personalen använder för att hantera de besvärliga vårdtagarna. Låt mig här göra två anmärkningar om denna typologi: För det första var den ovan nämnda litteraturen inte ledande när empiriska data insamlades, vilket beror på att undersökningen ursprungligen inte syftade till att

utforska hanteringsmekanismer (se metodkapitlet). Litteraturen har inte styrt datainsamlingen och den inledande analysen och därmed inte heller typologins framväxt. För det andra bör denna förteckning över typer och undertyper av hanteringsmetoder inte ses som fullständig. Förmodligen kan man hitta andra varianter, i synnerhet om man gör undersökningar av t.ex. olika typer av vårdboenden för äldre, förståndshandikappade och dementa.

### *Att undvika vårdtagaren*

En metod är att undvika den besvärlige vårdtagaren. En förutsättning för att kunna undvika vårdtagaren innan man träffat denne är att man känner till det besvärliga i förväg. Denna kännedom kan man ha fått genom att ha läst journalanteckningar eller hört rykten om vårdtagaren. En del personal har här ett kunskapsövertag över andra, t.ex. de som har arbetat länge inom vården och/eller hemtjänsten, de som har medicinsk utbildning och de som har mer erfarenhet av arbete med människor. De som unga, oerfarna, utbildade och de som har arbetat i mindre omfattning med människor kan vara sämre på att bedöma om relationen till en ny vårdtagare kan tänkas bli besvärlig. De befinner sig i ett underläge när vårdtagare ska fördelas inom gruppen.

Varje organisation inom hemtjänsten har en metod för att fördela arbetet med vårdtagarna, inklusive de besvärliga vårdtagarna. Ibland kan arbetsledaren fråga någon i gruppen om denne ville arbeta med en vårdtagare. Ibland kan arbetet fördelas av personalgruppen själv. I de grupper som ingår i denna studie fördelades arbetet vid särskilda morgonmöten som anordnades var dag. Då fördelades nyinkomna arbetsuppgifter som behövde tas om hand under den aktuella dagen, t.ex. om någon personal var sjuk eller någon vårdtagare behövde en extra insats. Med jämna mellanrum anordnades också längre möten då personalen gjorde en grövre uppdelning av arbetet.

Ett sätt att undvika en vårdtagare var genom att personalen, när frågan om vem som skulle arbeta med en besvärlig vårdtagare skulle diskuteras, satt tysta, stirrade ner i bordet och undvek att möta de andras blickar. Ibland verkade man intensivt upptagna med att skriva eller läsa något papper. Ibland klottrade man. Ett vårdbiträde beskriver detta i en studie som genomfördes för nästan två decennier sedan: "En morgon satt jag här till 9 och det fanns ingen annan pensionär på vårt distrikt att gå till. Och jag kände att alla bara väntade, att nu har du ditt här. Och jag kände hotet. Tårarna bara rann och så sa jag att, OK jag går, men jag går inte med glädje. Det var precis som den här leken då man går runt stolar. Alla försöker sätta sig och den som blir sist får gå. Exakt den känslan. Så ser man där i dagboken, jaha Siv. Du är den enda som har ledig

tid och alla tittar på en. Gruppledaren tittar ut genom fönstret, väl medveten om att det är hon eller jag som får gå.” (Thulin 1987:113)

Ett annat sätt att slippa var genom att komma för sent till mötet eller undvika mötet helt och hållet. En risk var dock att de andra kunde lägga in den besvärlige vårdtagaren i ens schema. Eftersom var och ens personliga schema alltid låg kvar i grupplokalen så kunde de övriga titta på det och avgöra om det möjligen fanns utrymme för att låta den icke närvarande personalen ta hand om den besvärlige vårdtagaren.

Ett sätt att undvika att arbetsledaren, enhetschefen eller kollegor lägger in besvärliga vårdtagare på schemat är genom att man fyller sitt schema med tillräckligt många ”icke besvärliga vårdtagare” och andra arbetsuppgifter så att det inte finns utrymme för mer arbete. Det blir då enkelt att hävda att man inte har tid.

En del personal hade utvecklat metoder för att rent allmänt slippa arbeta mer. En möjlighet var att arbeta långsamt och på det sättet uppvisa att mer inte kunde läggas på schemat. En annan möjlighet var att smita när det uppkom luckor i arbetet då man skulle kunnat åta sig arbete. Man gjorde sig osynliga. I ett fall hade en vårdtagares bostad utformats till en slags fristad. Vårdtagaren var en dement man som inte hade några släktingar som hälsade på honom. Mannen brukade vara vaken på nätterna och sova på dagarna. Han bodde i ett hus bredvid grupplokalen och ett fönster i hans vardagsrummet vette mot ingången till grupplokalen. När vissa av personalen hade gjort färdigt sina morgonbestyr eller förmiddagsbestyr samlades de hemma hos denna man. De satt i hans kök och rökte och drack kaffe medan de väntade på nästa paus. Mannen var själv storrökare, så det störde ju ingen. De var också noga med att inte alla som satt i hans kök skulle gå ut ur huset samtidigt, vilket skulle avslöjat denna informella grupplokal.

Detta fenomen, att smita undan, beskrivs också vid en intervju med en arbetsledare inom äldreomsorgen: ”I: En raffinerad metod, hur ser den ut? IP: Det är att sitta exempelvis i trapphus eller gömma sig på någon av personaltoaletterna. Och då någon kommer smyger de hastigt undan. Det är så löjligt så det är inte sant.” (Thulin 1987:123)

En tredje möjlighet att slippa arbeta mer var att skapa allianser med vårdtagare där man gemensam bevakade tiden. En illustration på detta 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. Majoriteten av personalen använder denna tid till att fråga sina kollegor eller arbetsledare om de behöver hjälp. Men hon använde denna tid till att umgås med vårdtagarna, t.ex. titta på TV med dem, baka hos dem eller ta hand om deras husdjur. Naturligtvis var hon mycket omtyckt av sina vårdtagare, som 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 också ringt till enhetschefen och berömt henne, vilket är ovanligt. Enhetschefen och arbetsledaren var medvetna om vårdbitrådets allians med vårdtagarna och ogillade den, men kunde inte ”komma åt” henne. Vid observationerna visade det sig att personal som gör på detta sätt (föga oväntat) är omtyckta av sina vårdtagare men inte lika omtyckta i sina arbetsgrupper. De fick sitt sociala stöd från vårdtagarna.

Dessa vårdbitråden kan jämföras med personalen i en studie av Nilsson Motevasel (2002) där fyra olika yrkeskåror undersöktes (fastighetsansvariga vaktmästare, kvarterspoliser, distriktssköterskor och hemtjänstpersonal). Hon gör en åtskillnad mellan ”kollektivister” och ”autonoma”. De kollektiva är mer orienterade mot gemenskapen i arbetslaget och ägnar mer tid åt arbetskamraterna medan de autonoma är mer orienterade mot klienterna och är mer engagerade i deras förhållanden. Båda typerna återfinns i samtliga fyra yrken och bland både kvinnor och män. De kollektiva ägnar sig åt ”situationell omsorg”, d.v.s. att ge klienterna det de har rätt till och sedan inte ägna mer tankemöda åt det. De autonoma ägnar sig mer åt ”kontinuerlig omsorg”, d.v.s. att fortlöpande bry sig om klienternas förhållanden.

Hittills har vi undersökt hur man gör för att slippa ta sig an besvärliga vårdtagare. Men hur kunde man då göra om det var oundvikligt att arbeta med dem? Ett sätt att minimera mängden tid man träffar dem är genom att dela på arbetet med dem. Ett sätt är att turas om att gå till dem. En intervjuad enhetschef sa följande: ”Det är ju tyvärr så att för personalen ska orka med så får det rotera vem som går till denna.” Svensson skriver i en rapport om hemtjänsten att ”Grupporganisationen erbjöd en möjlighet att ”undvika problemen”, genom att man kunde ”rotera” dessa hjälptagare inom gruppen. Många vårdbitråden tycktes uppleva det som rättvist att alla skulle ”dela på” de ”jobbiga” hjälptagarna. De hävdade att det var nödvändigt för att inte bli ”utbränd”,

och att ”rotationen” därmed var till fördel för hjälptagarna på sikt.” (Svensson 1986:152. Se även Thulin 1987:128 och Brun et al 1984:170.)

Flera av informanterna i denna studie berättade att de gärna försökte få någon viss veckodag fri från någon viss besvärlig vårdtagare, vanligtvis fredagar. Ett vårdbiträde berättade att han hade hand om en viss kvinna samtliga veckans dagar, men hade lyckats få ordnat - genom samtal med enhetschefen - att han skulle slippa vårdtagaren på fredagar. Han upplevde att det gav en bättre helgvila och ork att på måndagen återvända till arbetet med vårdtagaren. Eliasson & Thulin (1989) beskriver hur personalen vid ett servicehus i Stockholm inte hade några fasta vårdtagare utan varje morgon drog kort med namn på vårdtagare. Man ”spelade rysk roulett” med vårdtagarna som insats, vilket innebar att alla löpte samma risk att få besvärliga vårdtagare.

Ibland hände det att personalen sjukskrev sig under dagar då de visste att de hade en besvärlig vårdtagare. (Se även Freed Solfeldt 1995:116)

Personal med besvärliga vårdtagare kunde också använda olika metoder för att bli av med dem. Man kunde säga upp sig eller försöka bli omplacerad. När Thulin (1987) frågade personal vid ett servicehus om de allvarligt funderat på att sluta och anledningar därtill så var det främst bristen på stöd i hanterandet av svåra vårdtagare som var anledningen. Dessa åtgärder upplevs ofta som drastiska och därför använder man sig oftast av andra sätt. En annan metod att bli av med besvärliga vårdtagare är att man ser till att fylla upp sitt schema med ”bra” vårdtagare, gärna något för många, varefter man konstaterar att man har för mycket att göra. När annan personal sedan får luckor eller ny personal börjar i arbetslaget, kan man överlämna de besvärliga vårdtagarna till dem. En konsekvens är att nyanställda ibland får ta sig an oproportionerligt många besvärliga vårdtagare och därför upplever arbetet som tyngre än det ”egentligen” är. Ett annat sätt är att försöka lägga in besöken hos dessa vårdtagare i sina scheman under dagar då man är ledig. (Det finns ett antal grundschema i arbetslaget och var och en av personalen är ”mest” knutet till var sitt grundschema. Men under dagar då man är ledig får ”avlösare” ta hand om de vårdtagare som man skulle ha haft den aktuella dagen.) Arbetsledarna var medvetna om att viss personal försökte använda, så de försökte avstyra det så gott de kunde och fördela tyngden jämt bland personalen.

Ett annat sätt att slippa en besvärlig vårdtagare är genom att låta relationen med vårdtagaren bli upphettad och leda till öppen konflikt, gärna en där vårdtagaren skäller

på personalen. Om vårdtagaren skällde öppet kunde personalen söka upp sin arbetsledare eller enhetschef och be om att slippa arbeta med den aktuella vårdtagaren.

Ytterligare en annan metod är att försöka övervältra den besvärlige vårdtagaren till en annan typ av verksamhet. Personal kunde påtala att en vårdtagare hade blivit så sjuk eller funktionshindrad att denne var i behov av plats på något boende vilket skulle ha inneburit att problemet blivit förflyttat till någon annan del av organisationen. I flera fall efterfrågade personalen psykiatriska bedömningar av vårdtagare, med förhoppning om att de skulle överflyttas till annan verksamhet. Vid intervjuer sa arbetsledare och enhetschefer, om enskilda vårdtagare som personalen menade var psykiskt sjuka, att de relativt nyligen genomgått psykiatriska undersökningar men att man inte kunnat konstatera något som motiverade en överflyttning till annan vård. De var också medvetna om att personalen med denna metod ofta försökte flytta besvärliga vårdtagare till andra organisationer.

#### *Att undanhålla det besvärliga*

Den första gruppen strategier går alltså ut på att personalen använder sig av de möjligheter som hemtjänstens organisation ger för att slippa arbeta med besvärliga vårdtagare. Men om man nu ändå behöver åta sig sådant arbete, vad gör man då? En möjlighet är att man försöker undanhålla det besvärliga på en psykisk nivå. Man möter vårdtagaren, gör det man ska, men försöker undanhålla det psykiskt.

En metod att undanhålla är genom att man förbereder sig mentalt innan man träffar vårdtagaren. Man "ställer om sig" och "laddar". Arbetet inom den öppna hemtjänsten ger möjligheter att "ladda" eftersom det alltid sker en fysisk förflyttning mellan de vårdtagarnas hem. Den tar en stund och gör det möjligt för personalen att fundera på vad som kan tänkas ske hos nästa vårdtagare, d.v.s. att "ladda".

Behovet av att "ställa om sig" och "ladda" illustreras i följande citat: "I det här arbetet kanske man har sex olika ställen var dag och man får ju ställa om sig för vartenda ställe som man kommer till, som man är på ett ställe, det fungerar inte på ett annat. Och många gånger tror jag har väldigt svårt för det där att ställa om sig så många gånger per dag." (Fahlström 1999:41) Ett annat citat som illustrerar detta: "ett sånt ställe det går inte att lämna när man kommer ut därifrån, många gånger tog det mig väldigt hårt... man kanske har blivit utskälld eller också att hustrun varit ledsen och gråtigt och man har stått och tittat på klockan och vet att nu ska jag till ett annat ställe. Men då har man kommit för sent då först och så får man ställa om sig och vara glad och hurtig på nästa ställe och det är svårt." (Fahlström 1999:41) Men det är inte alltid

man hinner med att "ställa om sig" berättar en personal: "Och hela tiden ökade hennes krav. /.../ Om man stod i köket så bara ropade hon om och om igen, man fick inte göra någonting färdigt. Det var väl det som var hemskt och så visste jag att om en halvtimme skulle jag vara på nästa plats och ta tag i något annat. Jag kände att jag höll på att strypas. Jag fick inte andas och ställa om mig som normalt." (Astvik 2002:29)

De som kör bil har möjlighet att ställa om sig i bilen: "Man är ju inte så länge på ett ställe. Två timmar eller fyra då klarar man sig liksom på något sätt om det inte är bra den dagen eller så. Det var värre om man skulle gå åtta timmar på ett ställe, det skulle man nog inte klara av... just det där att stitta i bilen mellan varven. Så jag är aldrig instängd." (Fahlström 1999:42) Cykelresor skapar samma utrymme för att "ladda om". Rökning kan också skapa pauser för vårdpersonalen att stanna upp och "ladda". Man kan stanna en stund ute på gatan och röka, ibland med någon arbetskamrat.

Att "ställa om sig" innebär alltså att man psykiskt lösgör sig från det som hänt hos föregående vårdtagare. Att "ladda" innebär att man tar fram nästa vårdtagare ur sitt minnesskaffereri och förbereder sig på vad som kan ske vid mötet hos denne. Man gör sig beredd.

En liknande metod är att "vara på sin vakt". Det innebär att man inte kopplar av hemma hos vårdtagaren. Man sänker aldrig garden. I varje ögonblick föreställer man sig "det värsta" som kan ske härnäst: "En av Denise pensionärer var verkligen svår. Jag var med där två gånger och förstod ganska snabbt att man måste väga att man sa på guldvåg. Även om pensionären själv tog upp ett problem som t.ex. att hon hade svårt att hämta saker i sin byrå, så fick man akta sig för att komma med ett förslag där hon var inblandad. Om Denise sa: "Du kunde ju flytta byrån närmare" blev kvinnans röst hög och gäll och hon skrek "Ska DU tala om för mig hur jag ska göra?" Någon hade glömt en påse sopor för henne, sa hon, och haft sönder en klänning och rotat bland hennes saker och flyttat böcker i hennes bokhylla. Någon "hordjäväl" från hemtjänsten. Det första hon sa till mig var "Sätt dig!" och när jag satte mig röt hon "Inte där" och pekade med en stol närmare henne. Sen fick jag vackert sitta där medan Denise diskade, bäddade och plockade undan." (Freed Solfeldt 1995:29)

Genom att vara på sin vakt minskar man risken för att besvärliga beteenden skall uppkomma. Man betänker alla möjliga konsekvenser av handlingar och kan därigenom undvika många av dem. Man blir inte överraskad, överrumplad, av det som vårdtagaren gör. Men samtidigt innebär det att man inte kan koppla av. Man är psykiskt och fysiskt spänd.

Det finns också de som säger att "det är bara bita ihop och få det överstökad." Man har då accepterat att arbetet innehåller möten med besvärliga vårdtagare: "IP: Ja, han både kladdar och säger saker. Sätter på porrfilm när frun är i badrummet. Och det är ju väldigt svårt att säga att 'du lägg av med det där!' Då känner man sig liten och utnyttjad. Tänk att jag förbasse mig ska stå ut med allting, alltså! I: Har ni inte tagit upp det i gruppen? IP: Nej, vi pratar inte om det. Man håller det inom sig, det där. Man vill inte riva upp himmel och jord där borta./.../ Han är handikappad och händerna är ganska obrukbara. Och självklart har ju alla det här behovet. Man förstår dem ju, men samtidigt känner man liksom 'Usch, sluta, Jag vill inte!'/.../Jag försöker tänka att det är en liten stund jag är här, jag får stå ut! Och så tar man till de där förmildrande omständigheterna. Att de är ju handikappade och de har det ju så svårt. Jag förstår ju det". (Astvik 2002:17) Här följer ett annat exempel: "Märta är mycket grinig och har ingen som helst förståelse för andra. Att vi måste prioritera dem som ska upp istället för att bädda hennes säng är omöjligt för henne att förstå. Jag tar ett djupt andetag innan jag går in. När hon är på det dåliga, griniga, sura humöret så går jag inte in i några diskussioner. Då gör jag bara det jag måste och sedan går jag. Det är ingen idé. Det är en relation på hennes villkor där jag anpassar mig. Det finns ingen ömsesidighet." (Gustafsson 1999:160) Ett tredje exempel: "IP: Det är när de går direkt till personangrepp. Även om man försöker att göra sitt bästa, gör allt vad de vill och ändå få en massa skit som är personligt menat. Det var som när en tant skrek att jag var en slampa och inte förstod någonting, fattade ingenting, var helt dum i huvudet. Förr i tiden visste ungdomen hut i alla fall, dagens ungdom är värdelösa, och sådana saker. Man tror man ska kunna stålsätta sig, men man blir jäkligt ledsen. När man försöker och försöker. I: Vad sa du då? IP: Då bet jag bara ihop, för hon är hörselskadad så det var ingen ide att argumentera." (Thulin 1987:79)

Personal har olika svårt för att "bita ihop" och "låta det rinna av": "Häromdagen hände det mig att jag blev kallad jävla skvallerkärning, och de på socialkontoret var socialkärningar. Det var det ena med det andra. Då kände jag mig kränkt. Då känner man att man vill grina. I: Vad sa du då? IP: Det var jättesvårt. Jag skakade i hela kroppen. Jag ville både gråta och skrika på samma gång. Då känner man att man inte kan behärska sig. Och då vågar man inte säga någonting. Säger jag något nu blir det för mycket. Man törs inte släppa ut det där. Jag kände att jag var helt förtvivlad. Jag hade kunnat säga en dum sak. Då är man så rädd för att göra fel, så då säger man ingenting. Då är man tyst. Man försöker ju prata, men det är jättesvårt. I en sådan situation speciellt. I: Hur känns det att gå till jobbet dagen därpå? IP: Jag tyckte det var jättetråkigt. Hela dagen och hela kvällen. I morse tyckte jag också det. Då väntade



man sig nästa omgång, ungefär. Men då gick det ju bra, Men det känns inget roligt, det känns tungt. Jag har svårt att bara låta sådant rinna av, klippa av det kl 16.00 då man går hem. Då man har fått höra dumma saker en kvart innan.” (Thulin 1987:78) I en annan studie berättas om en våldsam vårdtagare: ”Vi går till ett pensionärspar där frun är handikappad. Mannen är mycket hotfull och ofta onykter. Han hotar med att slå oss och låsa in oss. Jag har ont i magen när jag går dit för man vet aldrig vilket humör han är på. Det är också tråkigt att behöva se de två barnbarnen på ett servicehus varenda kväll. (Rinnan & Sylwan 1992:31) Ett annat citat: ”Hustrun i familjen är vårdtagaren, hon är halvsides förlamad och behöver skötas helt. Taklift används i och ur rullstol/säng/toa. Maken är alltid närvarande på nära avstånd. Han kommenterar arbetet – kvalitet, utförande och min person, klädsel, etc. Han är ofta hotfull, han ska mörda, skjuta, slå ihjäl ”diverse personer”. Han är ofta onykter.” (Ibid.) Och ett tredje citat: Hela helgen vi var där var han ful i munnen. Vi fick inte sätta dit någon blöja på hustrun för då kunde han inte komma åt när han ville ”pipa” o.s.v. Det är obehagligt, man vet aldrig hur han är.” (Ibid.) Ett vårdbiträde berättar om mannen i föregående citat: ”Och så var det oerhört obehagligt att sköta Ebbas intimhygien. Hon låg där och skrevade med bena och det var jättesvårt att tvätta henne där för hon var väldigt spastisk så man fick bända och använda milt våld. Då kunde han säga at Ebba var inte mycket att ha längre för hon var så ”Svår att komma åt, he he”. Man upplevde det så grisigt när han stod där flåsande och var personlig mot en, och hon låg där med sitt illaluktande skrev.” (Rinnan & Sylwan 1992:37)

En metod som ligger nära till hands är att ”stänga av”. Det innebär att man försöker att inte ”ta in” det besvärliga och låta det påverka ens känslor. Här följer ett exempel: ”Vi kör om samma saker. Och så har han förskräckligt bra minne, så säger jag en annan sak en annan dag, som jag har glömt bort, då blir det kaos. Så jag måste alltid tänka, vad sa jag igår eller i förra veckan så jag säger rätt. Man kan naturligtvis bli litet småförbannad på honom. Men nu har man ju vant sig så man blir inte det. När han ska förklara för mig att  $2 + 2$  blir 4, då ska han förklara det i en halvtimme. Han fattar inte att jag redan vet att  $2 + 2$  blir 4. Då kan man bli förbannad. Men man blir inte det. I: Vad säger du då? IP: Ja, ja det är bra. Och så tar vi om det en gång till. Och kanske en tredje gång. Jag förstår, säger jag. Det är bra. Jag tyckte det var jobbigt i början då jag gick till honom, men nu har man lärt sig. Nu skiter jag i det. Det går in här och ut där. Och 9-minuters makaronerna ska kokas i 40 minuter. Det blir rena rama tuggummit av det.” (Thulin 1987:67) Ett annat exempel: ”När det är personlig kritik, när någon pensionär blir sur på mig kan jag ta det hårt. Men jag viftar nog bort mycket av kritiken. Der beror väl på vem som säger det och hur.” (Brun et al 1984:213) Ett

vårdbiträde i Bartoldus, Gillery & Sturges studie (1989) sa: "I just don't let it bother me".

Detta, att stänga av, innebär att man försöker skapa en gräns mellan det som sker i det egna psyket och det som sker i omvärlden. Man "tar inte åt sig". Detta uttrycktes av en personal: "Men man måste ha distans också, så man inte blir ledsen över saker. Det kan ju hända att det smittar av sig. Så det inte tynger ner en och man tar jobbet med sig hem. Så man sitter och gråter då man kommer hem." (Thulin 1987:25)

En kompletterande strategi att undanhålla det besvärliga är genom att man avpersonifierar vårdtagarna. (Se även Freed Solfeldt 1988:102) Man upphör med att vara nyfiken på vårdtagarna och deras omständigheter. Man slutar försöka minnas deras livshistorier, egenheter och ambitioner. De reduceras till att bli minnespaket bestående av namn, adresser, vissa fysiska sjukdomstillstånd, funktionshinder och uppsättningar hjälpbehov. Vid mina observationer framkom avpersonifierandet tydligt när personal skulle berätta om sina vårdtagare. Alltid när vi besökte vårdtagare som jag inte träffat tidigare berättade personalen något om dem. Dessa beskrivningar kunde vara mer eller mindre omfattande och visade större eller mindre kännedom om vårdtagarnas förhållanden. Ibland gav man korta snabba beskrivningar av dem och det var då vanligt att relationerna till dessa vårdtagare var instrumentella och mötena snabba. Tydligast framkom det när jag, efter besök hos vårdtagare, ställde frågor om vad vårdtagarna arbetat med tidigare under sitt liv, om de hade anhöriga, om de varit gifta, om de alltid bott där de nu bor, vad de haft för intressen, etc. I vissa fall hade personal ingen aning om dessa saker trots att de besökt vårdtagarna ett mycket stort antal gånger under flera års tid. I förlängningen kan detta avpersonifierande leda till ett förtingligande av vårdtagaren, d.v.s. att personalen upphör att betrakta vårdtagaren som en person och ser denne som ett objekt som arbetsuppgifter ska utföras på.

En kompletterande metod att undanhålla är genom att man tänker sig en framtid där man inte arbetar inom hemtjänsten. Man börjar se sitt arbete som ett genomgångsyrke, d.v.s. ett steg på vägen mot ett annat arbete. Förmodligen är detta synsätt särskilt vanligt bland yngre medarbetare som kanske tänker sig lämna yrken för att utbilda sig eller arbeta med något helt annat.

En annan kompletterande metod att undanhålla det besvärliga är genom att man ser sitt arbete som ett "kall". Man ser sig själv som görandes "sin plikt som samhällsmedborgare" eller att man utför arbetet som en "god gärning" eller "i guds namn" (Bartoldus, Gillery & Sturges 1989). Kallet gör det möjligt att uthärda.

### *Att förstå och förklara vårdtagarens beteende*

En tredje grupp strategier består av att försöka förändra sin egen syn på de besvärliga vårdtagarna. Man omdefinierar vårdtagarna och sin relation med dem för att göra relationen uthärdlig.

En metod är att man försöker leva sig in i vårdtagarnas situation och förstå deras handlande utifrån den. Man försöker vara empatisk med dem. Med empati avses här att man använder sina egna känslor för att ”läsa av” den andres känslor. Den empatiska upplevelsen har i litteraturen beskrivits som ”en plötslig kunskap om och förståelse för en annan människas känsloläge” (Holm 2001:74, Leppänen 2005). Att vara empatisk innebär att man, hos sig själv, söker efter känslor som möjligen kan återfinnas hos den andre och att man testat om de stämmer överens med den andres. Detta sker i realtid, medan man interagerar med den andre. Man lyssnar och ser på den andre och frammanar känslor hos sig själv. Dessa känslor blir föremål för testning genom att man lyssnar och ser på det som den andre gör, i synnerhet responser på handlingar som riktas mot den andre. Empati behöver inte nödvändigtvis innebära att man ”håller med” eller ”sympatiserar” med den andre. Man behöver inte tycka om den person som man är empatisk med. Tvärtom kan empatin vara mycket stark vid konflikter. Empati kan också användas strategiskt och beräknande. Inom flertalet människobehandlande yrken använder man empatiska förmågor för att uppnå olika arbetsrelaterade mål, t.ex. inom mycket psykolog-, socionom- och lärararbete.

Om en personalen empatiserar kan denne nå fram till en förståelse av vårdtagarens känslor (vilket alltså inte är detsamma som att man håller med dem). Om personalen dessutom har olika kunskaper om vårdtagarens omständigheter och problem så kan de förklara det aktuella beteendet. Omständigheterna, oavsett om de handlar om personlighet, livshistoria, sociala förhållanden eller medicinska tillstånd, kan fungera som förklaringar till de beteenden som upplevs som besvärliga.

En viktig egenskap hos en förklaring, i detta fall en förklaring till den besvärlige vårdtagarens besvärliga beteende, är att förklaringen fräntar ansvaret för beteendet från den person som utför det. Detta betyder att, om personalen kan förklara den besvärlige vårdtagarens beteende, så är det inte vårdtagaren som person som är besvärlig mot personalen. Någon omständighet ses som orsak till det besvärliga.

För personalens del är det enklare att stå ut med ett besvärligt beteende om det går att förklara med någon omständighet än om den ses som en del av vårdtagarens

personliga inställning till personalen eftersom det då inte är ett personligt ogillande som ligger bakom beteendet. Genom att söka efter en förklaring lyckas man således bibehålla en föreställning om att relationen i sig inte är dålig eller besvärlig. Det är omständigheten som bär skulden till det besvärliga.

En vanlig förklaring till ett besvärligt beteende är att vårdtagaren helt enkelt är ”gammal”. Äldre människor förväntas ha smärtor, krämpor och funktionshinder av olika slag, vilket kan förklara olika beteenden. Ett intervjuat vårdbiträde som fått ta emot skäll från en vårdtagare förklarar det med vårdtagarns värk: ”Sedan dess har vi blivit mycket goda vänner. Visst kan hon få sina utbrott men nu vet jag att det beror på den värk som hon dragits med ett antal år. Jag har lättare att förstå henne nu.” (Topor 1995:55) (Se även Bartoldus, Gillery & Sturges 1989 och Rinnan & Sylwan 1992:46.)

Andra förklaringar pekar ut företeelser i vårdtagarens bakgrund, t.ex. vårdtagarens barndom: ”Jag skall hem till Gusten och städa. Enligt den information som jag har fått gör det ingenting att han inte är hemma när jag kommer. Jag har fått veta att han är litet ´tetig´, men han är inte psykiskt sjuk och inte utvecklingsstörd. Han har blivit illa behandlad som liten och blivit folkskygg och litet aggressiv.” (Topor 1995:47) Det kan också vara vårdtagarens tidigare position i arbetslivet som ger en förklaring: ”Första gången jag mötte en av våra svåra pensionärer var under första introduktionsveckan. Då följde jag med en tjej som var väldigt käck och glad och hade inga besvär med den här tanten. Men redan andra dagen där, blev jag satt på pottkanten. Pensionären hade svårt att veta vad hon skulle hitta för arbete till två stycken. Då satte hon mig på att skura två plastmattor. Hon talade om att det finns såpa där och ta den trasan, inte den trasan. Så kommer hon knatande och ber mig sätta fram en pall mitt i dörrhålet in till badrummet. Och jag stod där och borstade i två minuter men sedan flög fan i mig. Det här är inte vettigt, tänkte jag. Ska jag stå här och borsta mattor? Jag har verkligen skurat trasmattor i hela mitt liv, så jag vet vad det innebär. Så jag sa: Inte behöver du sitta och titta på mig, för det här kan jag göra. Och då blev det världens skräck. Hon fick ont här och där. Och så alla de där sakerna som kom bara för att hon blev störd. Jag tyckte det var för gräsligt. I: Vad tror du hon satt där för? IP: Hon hade varit arbetsledare tidigare och det var naturligtvis samma roll. Hon skulle vara kontrollant över mig, så att det gick riktigt till.” (Thulin 1987:68)

En annan vanlig förklaring är att vårdtagarna är ”psykiskt sjuka”: ”Hon pratar och pratar och pratar. Det finns inget stopp på henne. För min del är jag mest rädd för den delen då det gäller henne. Plus hennes spydighet. Jag var där då jag var ny och då var hon väldigt elak. I: Varför tror du hon är det? IP: Hon är ensam och har massa

psykiska problem.” (Thulin 1987:72f.) En annan personal sa att: ”Det är ju hemskt för dem. I: Vad är det som är hemskt? IP: Att de inte kan leva så gott som jag. De har ju otroligt mycket som är jobbigt, historien, sina liv, anhöriga, ångest och röster. Jag kan ju inte veta hur det är men jag hör ju dem berätta om hur det är att ha ångest. Och hur förskräckligt det måste vara att ha ångest. /.../ Det måste vara jättejobbigt. Jag har inte varit i sådan situation själv, jag kan inte stava till ångest ens, så jag vet inte hur det är inifrån.” (Astvik 2002:26) I en amerikansk studie sa man följande: ”The hardest part for me is when they cry and you try to comfort them. It makes you feel so depressed and helpless because you can’t do what they want you to do or help them in the way they’d like them to do, they get depressed. They start to holler and holler at me...” (Bartoldus, Gillery & Sturges 1989:207)

Det var relativt vanligt att personalen efterfrågade kunskaper med vilka de kunde förstå och förklara besvärliga beteenden. De efterfrågade föreläsningar, kurser och tid att tillägna sig ”psykologisk kunskap”. Man tänkte sig att dessa psykologiska kunskaper kunde hjälpa dem att förstå, förklara och praktiskt bemöta besvärliga vårdtagare. När man i en studie frågade 29 vårdbiträden angående inom vilka områden de vill kompetensutveckla sig framkom att de, förutom att de vill kompetensutveckla sig inom medicin, vill ha ökad kunskap om olika psykiska problem: ”Det handlar till exempel om åldrandets psykologi, missbruksproblem, och psykiska problem av olika slag och deras konsekvenser. Man har svårighet att bemöta psykiskt sjuka människor. Det gäller särskilt bemötandet av senildementa och schizofrena vårdtagare. Där anser man sig inte ha tillräckliga kunskaper för att förstå sjukdomens konsekvenser och därmed inte förmåga att hantera situationer och vårdtagare på ett, som man tycker, tillfredställande sätt.” (Ellström, Ekholm & Ellström 2003:91)

Personalen kan, i denna bemärkelse, sägas sträva efter ett slags vetenskapliggörande av vårdtagarnas beteenden och metoder att bemöta dem med. Detta vetenskapliggörande resulterade ibland i att man använde vetenskapliga termer för att beskriva relationen med vårdtagaren. En del personal hade en teori om att de har en slags ”containerfunktion”. De får ”härberga” vårdtagarnas problem och bekymmer. Ibland kunde man säga att de får ta emot vårdtagarnas ilska för att det inte fanns någon annan som kunde ta emot den.

En del personal säger att ilskan (eller vilket besvärligt beteende det nu är frågan om) ”egentligen” är riktad mot någon annan och att det är frågan om att personalen får fungera som ”slagpåsar”: ”Intervjuare: Har du någon gång sagt ifrån? Intervjuperson: Idag sa jag det senast till en tant. Jag tycker väldigt mycket om henne och hennes

temperament, men ibland kan det bli för mycket. Då skrek jag tillbaka. Hon ser väldigt dåligt och är mycket bitter över det och det går ju ut över oss.” Något längre fram i intervju säger hon följande: ”För det är ju inte oss hon är arg på utan läkarna, att hon inte blivit opererad för starr utan gått så länge nu. Men det är ju mot oss det riktas, det är vi som sitter närmast.” (Thulin 1987:79f.)

Det sker ett slags fortlöpande vetenskapliggörande av relationen mellan vårdtagare och vårdgivare där forskningen producerar nya begrepp som vårdbiträdena kan använda i sin vardag för att förklara vårdtagarnas oönskade beteenden. Ett sådant begrepp som ännu inte nått den vårdpersonal som ingick i denna studie, var ”rolltilldelning”. Rolltilldelning handlar om att man ”i fantasin till delar sig själv och den gamle speciella roller. Därigenom blir såväl vårdtagarens som det egna agerandet i kritiska lägen med förklarligt och uthärdligt.” (Ingvad & Olsson 1999:19) En sådan konstruktion är att vårdbiträden uppfattar att vårdtagare ser sig som ”deras föräldrar” eller i vissa fall som "deras barn". Ingvad och Olssons analys är i och för sig en vetenskaplig konstruktion. Men samtidigt är det ett faktum att begreppet ”rolltilldelning” s.a.s. ”läcker ut” till praktikerna och kommer att användas som en resurs att förklara besvärliga beteenden med.

#### *Att förändra vårdtagaren*

Låt oss nu diskutera en fjärde grupp strategier som skiljer sig från de ovan nämnda genom att de är mer aktiva. De handlar om att personalen försöker förändra vårdtagarnas beteenden; ”resocialisera” eller ”uppfostra” dem.

Metoderna som används liknar dem som används i vardagliga relationer inom familjer, bland vänner, bekanta, på arbetsplatser, etc. De består av olika former av mikromakt, där en individ försöker förändra den andres beteende med symboliska medel; ord och gester. En lång rad symboliska medel används och bruket varierar beroende på vad det besvärliga består av och hur starkt personalen upplever det. Här beskrivs några av de vanligare metoderna. Först diskuteras de metoder som är outtalade, d.v.s. där personalen inte gör vårdtagarens beteende till ett explicit diskuterat problematiskt beteende utan försöker förändra det på ett implicit sätt. Sedan presenteras de metoder som innebär att personalen blir mer explicit, d.v.s. att det problematiska beteendet blir föremål för öppen diskussion.

En stor del av vårdtagarna är äldre, kroniskt sjuka, funktionshindrade, har smärtor och är socialt isolerade. Många kategoriseras därför som deprimerade, bittra och som att de har fastnat i sina sjukdomar. Många ses som oförmögna att se till sånt som inte

direkt ligger i deras aktuella situation. Många bland personalen ser det därför som en viktig uppgift att ”göra mer än vad som krävs av dem officiellt” för att ”pigga upp”, ”liva upp” eller ”glädja” vårdtagarna. I en studie sa en personal följande: ”Man ska ha rätt gott humör. Man får inte gå omkring och vara tjurig, ledsen och grinig själv.” (Thulin 1987:25) En annan sa att ”De blir pigga när man själv är pigg” (Ibid.) I en amerikansk studie pekar man ut detta ”glädjespridande” som en viktig arbetsuppgift (Bartoldus, Gillery & Sturges 1989:207).

Det fanns personal som ställde frågor om ”hur det gått sedan senast”, ”om barnbarnen hört av sig”, ”hur planerna inför helgen ser ut” och en lång rad andra frågor. Ibland berättade man om sitt eget privatliv, t.ex. vad man gjort under helger, om den egna släkten, relationer till vänner och bekanta, etc. Det fanns också personal som någon enstaka gång dukade extra fint, kom med förslag om nya maträtter eller lämnade in tipset under sin fritid. Det fanns personal som plockade blommor på vägen hem till vårdtagare eller som skickade. Det var vanligt att man gjorde ”extra” under helger och födelsedagar. Några skickade julkort eller gratulationskort vid födelsedagar. Ibland hälsade man på under sin fritid och någon gång tog man med sig egna anhöriga. Över huvud taget tycks det som att detta ”gränsöverskridande” är ganska vanligt. (Se även Svensson 1986:142, Topor 1995:69ff. och Freed Solfeldt 1989.) Det framkom också i en studie där man ställde följande fråga till vårdbiträden: ”Brukar Du göra något ”extra” på hjälpmottagarnas födelsedagar?”. Då svarade 4 % att det gjorde det till ”samtliga”, 4,8 % ”de flesta”, 16,8 % ”några”, 40,4 % ”någon enstaka” och 34 % ”inte någon” (Lundberg 1986:160). I andra studier rapporterar man om personal som kommer med hemlagad mat till vårdtagarna (Freed Solfeldt 1995:89).

Detta gränsöverskridande arbete kunde också bestå av kroppskontakt. Det fanns personal som kramade om vårdtagarna och dunkade dem på ryggen när de kom hem till dem. I en studie berättar en personal 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 1999:160)

När personalen möter vårdtagare som pratar för mycket, klagar, gnäller eller är bittra trots att personalen kanske försökt "pigga upp" dem, kan personalen använda olika metoder för att försöka få dem att tystna. De kan upphöra med att yppa aktiva responser om det vårdtagarna berättar och endast yttra minimala responser såsom "jaha", "mm-hm" och "på så vis". En viktig egenskap hos dessa minimala responser är att de inte aktivt för samtalsämnet vidare; de ger inte nya infallsvinklar på det "jobbiga" som vårdtagaren kan topikaliserat ytterligare.

Det finns mer aktiva metoder för att avleda, säger ett vårdbiträde: "Som vårdbiträde blir man expert på att avbryta pensionärerna. Antingen med "tyvärr jag hinner inte prata idag" eller genom att medvetet missuppfatta budskapet och skoja bort alltihop för att i den lucka som uppstår, passa på att fly." (Freed Solfeldt 1995:34) Dessa mer aktiva metoder innebär alltså att vårdbiträdet medvetet leder bort vårdtagaren från det besvärliga.

Personal säger ibland att de kan påverka vissa besvärliga vårdtagare genom att "lirka" med dem. Lirkandet är ofta en långsam process där man stegvis försöker förmå den andre till något. Långsamt bygger man upp ett förtroende mellan personalen och vårdtagaren, vilket kan vara ett ytterst tålmodskrävande arbete. Topor (1995:51f.) beskriver hur ett vårdbiträde långsamt, med kaffe och småprat, lyckas förmå en äldre man att ta emot mer hemtjänst: "men så långt som till att bada och tvätta håret på honom hann jag aldrig komma. Efter 1,5 år låg han död hemma i sitt hus."

Lirkande kan vara en fråga om timing. Personal kan lirka med vårdtagare genom att vänta in en situation när vårdtagaren själv aktualiserar ett problem och då påtala en möjlig lösning. Ett exempel är ett vårdbiträde som besökte en äldre kvinna som inte ville ha hemtjänst. Det var kvinnans granne som tog hand om hennes tvätt, inköp, etc. Grannen upplevde nu att hon inte orkade och hade därför kontaktat hemtjänsten. När kvinnan vid ett besök klagade över all sin smutsiga tvätt sa vårdbiträdet att hon kan få mer hjälp om hon vill.

Ett annat sätt att lirka är genom att ställa antingen-eller-frågor. Ett exempel var ett vårdbiträde som gick hem till en man som inte ville duscha över huvudet taget. Vårdbiträdet hade upptäckt att om hon undvek frågan "vill du duscha?" och istället



formulerade det som ”vill du duscha nu eller efter maten?” så kunde hon få med sig mannen lättare.

Lirkande kan också ske genom att man ”förbereder” vårdtagaren, t.ex. att man i förväg ringer till vårdtagaren och säger att man ska komma för att göra någon viss insats. M.a.o. kan man skapa mental beredskap hos vårdtagaren om vad som kommer att ske, ungefär som många föräldrar gör med sina barn.

Lirkande kan också ske med kroppen. I en svensk studie berättar ett vårdbiträde om det första mötet med en dement man: ”Jag försökte prata och lirka med honom så att han skulle gå upp, duscha och få på sig kläder, men han ville inte lyssna eller snarare förstod han nog inte vad jag sade. Efter en stund lyfte han på täcket och flyttade sig åt sidan i sängen och jag förstod att han ville att jag skulle ligga bredvid honom. Jag funderade en stund, sedan kröp jag ned och lade mig på hans arm. Där låg jag sedan en lång stund och pratade med honom. När jag sedan reste mig, följde han automatiskt med mig upp och det gick jättebra att både duscha och få på kläder.” (Topor 1995:70f.) Lirkande kan ske på en lång rad olika sätt och det ligger bortom syftet med denna studie att analysera lirkandets konst. (Se dock Topor 1995.)

De ovan nämnda metoderna innebär att vårdbiträdet inte explicit pekar ut vårdtagarens beteende som problematiskt. Vårdbiträdet försöker, utan att explicera det problematiska, förändra vårdtagarens beteende. En något mer explicit metod är genom att personalen namnger det besvärliga beteendet. Ett exempel var ett vårdbiträde som besökte en äldre kvinna som, från mötets första sekund till dess avslut 20 minuter senare, hela tiden beskrev hur ont hon hade, hur dålig vård hon får, hur illa maten smakar, att annan personal inte gett henne mediciner, att hon förmodligen har andra sjukdomar som vårdpersonalen ännu inte upptäckt, etc. Vårdbiträdet sa vid flera tillfällen sådant som ”jag vet att du är orolig” och ”du är orolig för medicinerna ja” och ”då blev det lite mindre oroligt när din son var här”. Dessa, och liknande yttranden talar om för vårdtagaren att kärnan i budskapet är framfört, d.v.s. att vårdpersonalen har uppfattat oron, vilket förväntas få vårdtagaren att sluta prata om det.

En något mer eskalerad metod är att tala om för vårdtagaren att denne inte bör bete sig på ett visst sätt. Ett exempel är genom att man säger ”ta det lugnt” eller ”du behöver inte vara så orolig” eller ”man behöver ju inte klaga hela tiden”. Observera att detta inte innebär att man säger till vårdtagaren att denne inte får ha det aktuella beteendet utan att man bara påpekar att denne inte bör ha det.

En än med tydlig markering är att undandra det "lilla extra" från vårdtagaren. Personal kan då välja att bli "formella" och endast utföra det som står i biståndsbeslutet. De slutar då med alla gränsöverskridande beteenden. De upphör med att fråga om vårdtagarens liv och leverne, berätta om sig själv, slutar med att uppmärksamma födelsedagar, ta med blommor, duka fint, etc. Om relationen till vårdtagaren tidigare karakteriserats av ett mer gränslöst förhållningssätt kommer denna formalisering att bli extra kännbart. (På samma sätt kan dessa sanktioner användas i privatlivet. När en make upphör att fråga maken om "hur dagen varit" eller slutar krama denne så kommer maken sannolikt uppleva det som att "något har hänt.") Man låter relationen kallna. I en studie noteras detta av ett vårdbiträde: "Man svarar inte utan säger: -Hm, ja, hm." (Ingvad & Olsson 1999:16). I samma studie noterade en personal också följande: "Ja, då blir man mer, man tar lite mer avstånd och så där. Intervjuare: Ja. Ja man svarar mer liksom rakt på en sak sådär. Intervjuare: Ja just det. Då måste man själv också bli... Då blir man mer opersonlig ju. (...) Han gör man liksom inte det där lilla extra till." (Ingvad & Olsson 1999:16) I en annan studie 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 1992:39) I en annan intervju med en vårdpersonal säger denne 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 2003:15)

En annan metod att förändra vårdtagares beteende är genom att hänvisa till organisatoriska regler om vad och hur saker ska göras. Det kan handla om politiskt-administrativa beslut om tystnadsplikt, vilken personal som får utföra vilka medicinska insatser, vilken mat som skall levereras och tillagas (t.ex. endast "enklare rätter"), att inköp görs med vissa intervall (t.ex. en gång per vecka) eller att städning görs med vissa intervall (t.ex. endast en gång varannan vecka) och utförs på ett visst antal rum (t.ex. två rum och kök). Det kan också handla om biståndsbeslut fattade av biståndsbedömare där det anges vilka typer av hjälp en vårdtagare ska få. (Påklädning? Städning? Personlig hygien? Matning? Städning? Etc.) Det kan också bestå av läkar- eller sjuksköterskeordinationer (T.ex. att vissa undersökningar eller behandlingar ska genomföras med vissa intervall.) Det kan också bestå av lagstiftning om arbetstider, fackliga avtal och regler om arbetsmiljö. Ibland kunde enhetschefer och arbetsledare

formulera regler, som t.ex. regeln om att en personal aldrig fick gå ensam hem till en vårdtagare när denne inte var hemma (på grund av risken för stöld och anklagelser om stöld) eller regeln om att det går att ta emot presenter från vårdtagarna så länge värdet understeg ett visst belopp (t.ex. 100 kronor) och ledningen blev informerad. Personalen hade också inom arbetslagen formulerat olika regler (t.ex. hänvisade någon till en regel om att personalen inte behöver dammtorka föremål över en viss höjd). Personalen kan alltså hänvisa till alla dessa regler när de vill begränsa vad de ska göra, hur de ska göra det och hur mycket de ska göra det (Se även Bartoldus, Gillery & Sturges 1989 och Astvik 2002.) Detta gäller t.ex. vårdtagare som ställer alltför stora krav på personalen eller lever under omständigheter som gör det svårt för personalen att utföra sitt arbete, t.ex. att de har ett möjligt hus (där arbetsmiljöregler kan åberopas för att sanera huset) eller har en alltför låg säng (som det kan vara svårt att hjälpa vårdtagaren att komma upp ur).

Ytterligare en metod att förändra vårdtagarens beteende är genom att ”prata ut” om problemet, d.v.s. att lugnt och sansat försöka samtala om konflikten och försöka närma sig en lösning. (Se även Ingvad & Olsson 1999:15.) Men det verkar inte vara särskilt vanligt att man gör det. En anledning till att man inte gör det kan vara att "man inte får" (därför att en arbetsledare eller enhetschef motsäger sig det). En annan anledning kan vara att "det inte hjälper" och att man, trots konflikten, kan bli tvungen att besöka vårdtagaren även i framtiden.

Däremot verkar det vara vanligare att man ”säger ifrån”: ”Man går in och hälsar på henne och redan då känns det jobbigt. Hon var uppe förut och gick med bockar. Hon litade aldrig på en, trodde inte man klarade av någonting. Hon skulle hela tiden följa med och sitta på pall bredvid. Hon kommenterade hela tiden. Man blev irriterad. I: Vad säger ni till dem som är så? Säger ni något? IP: Jag har humör och hon och jag har rykt ihop otroligt många gånger. Förut var det minst en gång i veckan. Sådant som man bråkade om hemma med sina föräldrar. Och då tänkte jag att, o va skönt, nu vill hon aldrig ha mig tillbaka! Men sedan nästa dag då är det glömt från hennes sida. Men jag tänker ju på det, det känns konstigt då man ska gå dit en gång till. Det känns spännigt och inget roligt alls. Men det kanske går bra den gången, men sedan blir det en sådan där sak igen. Och det är så jobbigt. I: Vad är det som du inte gillar? IP: Det är när hon inte litar på en.” (Thulin 1987:69)

En annan personal sa att: ”Första gången jag mötte en av våra svåra pensionärer var under första introduktionsveckan. Då följde jag med en tjej som var väldigt käck och glad och hade inga besvär med den här tanten. Men redan andra dagen där, blev jag

satt på pottkanten. Pensionären hade svårt att veta vad hon skulle hitta för arbete till två stycken. Då satte hon mig på att skura två plastmattor. Hon talade om att det finns såpa där och ta den trasan, inte den trasan. Så kommer hon knatande och ber mig sätta fram en pall mitt i dörrhålet in till badrummet. Och jag stod där och borstade i två minuter men sedan flög fan i mig. Det här är inte vettigt, tänkte jag. Ska jag stå här och borsta mattor? Jag har verkligen skurat trasmattor i hela mitt liv, så jag vet vad det innebär. Så jag sa: Inte behöver du sitta och titta på mig, för det här kan jag göra. Och då blev det världens skräck. Hon fick ont här och där. Och så alla de där sakerna som kom bara för att hon blev störd. Jag tyckte det var för gräsligt. ” (Thulin 1987:68) (Se även Freed Solfeldt 1995:67.) Vi ser i detta citat att personalen blivit ”förbannad” på vårdtagarna. En liknande händelse kunde jag själv iaktta när jag följde med ett vårdbiträde hem till en kvinna som var svårt dement. Hon kunde inte själv komma upp ur sängen och kunde inte lämnas ensam sittandes. Inte heller klarade hon av att äta själv. Hennes kommunikation med omvärlden var mycket bristfällig och hon kunde inte kontrollera sin avföring. Hon låg den största delen av tiden i sin säng med blöjor på och personalen besökte henne flera gånger varje dag. När personalen kom in i hennes lägenhet började hon genast skrika ”dra åt helvete!” eller ”din hora, din hora” eller ”ge mig kaffe” och fortsatte med det till personalen lämnat henne. Ofta hade hon kladdat med sin egen avföring när man kom dit. Personalen ogillade att besöka henne och delade upp arbetet med henne. De hade gjort ihärdiga besök att förmå psyk-konsulter att besöka henne för att avgöra om hon inte var tillräckligt dement för att överflyttas till en demensavdelning, men inte lyckats med det. Eftersom besöken hos denna kvinna var så frekventa och oftast innebar att två av personalen var tvungna att gå hem till henne, så fick jag flera tillfällen att besöka henne. Vid ett flertal tillfällen ”gav man igen” mot henne. Ett exempel på detta var när ett av vårdbiträdena, när kvinnan öste glåpor över henne, gick in till henne med eftermiddagskaffet och tog fram en av hennes böcker på tyska (till saken hör att vårdtagaren kunde tyska flytande genom olika professionella engagemang) och började läsa ur den med svenskt uttal. Vårdtagaren blev mycket upprörd och började gapskrika. Ett annat exempel var när ett annat vårdbiträde kom hem till kvinnan och fick höra hennes skrikande, skrek tillbaka ”du tjatar som en papegoja” vilket följdes av ett papegojliknande ljud. Ett tredje exempel var när ett vårdbiträde kom in med kaffet och hotade att inte ge henne det om hon inte höll tyst. Ett fjärde exempel var när ett vårdbiträde skulle torka av hennes stjärt och gjorde det extra hårt, så kvinnan skrek av smärta.

När personalen ”ger igen” kan det vara uttryck för ett försök att förändra vårdtagarna, på samma sätt som vissa föräldrar agar sina barn för att förmå dem att inte göra vissa saker eller rättsväsendet dömer någon. Men att ”ge igen” kan också vara ett uttryck för

aggression och hämndlystnad. Även om denna metod kan "lätta på trycket" för ögonblicket, så är den också dysfunktionell. Den kan bli en belastning för personalen själva. Man hamnar i en situation där man får dåligt samvete. Man begår sådana saker som man egentligen inte vill begå.

Det finns också personal som inte försöker förändra vårdtagare genom att trappa upp olika sanktionsformer. Det finns personal som fortsätter vara trevliga trots att vårdtagarna är otrevliga mot dem. Det finns personal som fortsätter att försöka lirka och trixa med vårdtagarna trots att de betar sig mycket illa mot dem. Det finns till och med personal som betraktar sin förmåga att stå ut med och hantera olika typer av besvärliga personer som en slags yrkesstolthet. Det var tydligt att det i varje grupp inom hemtjänsten hade utkristalliserats vissa personer inom som betraktades som särskilt duktiga på att hantera de besvärliga vårdtagarna. Ibland träffade jag personal som såg vissa typer av besvärliga vårdtagare som sin egen "specialitet". I ett par fall träffade jag medelålders kvinnlig personal som till och med tyckte om att "ta tag i skitgubbar", d.v.s. smutsiga, ofta alkoholiserade och socialt isolerade män. De såg det som en utmaning att försöka förändra deras liv så att de blev renare, mer socialt utåtriktade, missbrukade mindre mängder alkohol, etc. Uppenbarligen fick de en stor tillfredställelse av att lyckas med dessa "skitgubbar". Förmodligen finns det annan personal som särskilt gärna åtar sig andra typer av specialfall, t.ex. psykiskt sjuka.

#### *Att ventilera*

Ovan har urskiljts en rad strategier för att hantera besvärliga vårdtagare; att undvika dem, att förstå och förklara deras beteenden, att förändra dem och att undanhålla det besvärliga. De tre sistnämnda utövas när personalen möter vårdtagarna i deras hem. Men vilka möjligheter finns det då till hantering av besvärliga vårdtagare när man befinner sig utom deras insyn i arbetskollektivet? Hur kan arbetskollektivet användas för att hantera de besvärliga vårdtagarna?

Vissa av de ovan nämnda hanteringsstrategierna kunde också utspela sig i arbetskollektivet. En av dem var att man delade på arbetet med de besvärliga vårdtagarna, vilket krävde att man i personalgruppen öppet diskuterade det besvärliga och behovet av att turas om. En annan var att man försökte få vårdtagarna förflyttade till andra vårdformer. Personal kunde ibland enas om gemensamma beskrivningar av vårdtagarnas problem som antydde behov av att flytta dem till andra vårdformer. De kunde gemensamt begära att arbetsledare tillkallade behovsbedömare som skulle avgöra om de behövde flyttas till något särskilt boende och de kunde begära av sjuksköterskor att de skulle tillkalla psyk konsulter som skulle avgöra om vårdtagare

behövde förflyttas till psykiatrisk vård. En tredje hanteringsstrategi som utspelade sig i gruppen var att personal kunde "ställa om sig" eller "ladda" innan de besökte besvärliga vårdtagare, vilket kunde ske tillsammans med kollegor när man rökte, småpratade, fikade, åt lunch, etc. En fjärde kollektiv hanteringsstrategi var när personal gemensamt försökte förståeliggöra och förklara vårdtagarnas beteenden. En femte kollektiv metod var när man försökte förändra vårdtagarna. Personal kunde ibland komma överens om förhållningssätt gentemot enskilda vårdtagare. Man kunde ge varandra tips om hur man kunde lirka eller liva upp enskilda vårdtagare.

Förutom de ovan nämnda metoderna kan personal också använda gruppen på andra sätt för att hantera besvärliga relationer. Låt mig här kortfattat diskutera tre sådana metoder.

En är att man "öser ur sig" frustration och aggression som byggts upp i möten med besvärliga vårdtagare. Man svär och kan kalla dem för "idioter" eller "skitgubbar". Man ger utlopp för känslor som "lagrats" vid möten med vårdtagare men som inte kunnat komma till uttryck i vid dem. När man befinner sig i gruppen kan man, om klimatet är tillåtande, ösa ur sig sina känslor.

Ibland kan ilska vara ackompanjerad av fantasier om hämnd. Ett vårdbiträde som observerades besökte dagligen ett äldre par som ständigt klagade på hennes arbete och följde efter henne när hon städade. Under en förmiddagsfika sa hon att "Jönsson skulle man ibland vilja låsa ut på balkongen medan man är där." Och något senare: "Ja den där jävla kärringen. Varje gång jag cyklar förbi deras fönster så kommer jag att tänka på dem. Har lust att kasta in en sten genom fönstret." Någon av de andra som fikade med oss log och gav egna exempel medan några andra läste tidningen. Inga reagerade på hennes yttranden som att de trodde hon verkligen skulle kasta in en sten eller låta känslorna komma till uttryck i mötet med familjen Jönsson.

Kollegorna bildar en lämplig publik att uttrycka sådana känslor inför. De har erfarenheter av liknande situationer. De har ofta kännedom om den aktuella vårdtagaren. De kan förstå den andres känslor och ofta sympatisera med dem. De kan ofta återberätta egna erfarenheter som kan stärka kollegans upplevelser eller nyansera dem. De kan ställa frågor om det besvärliga. De moraliserar inte över sina kollegor. De för inte heller vidare informationen till omvärlden.

Ett annat sätt att tala om besvärliga vårdtagare i gruppen är att man moraliserar om dem. Ett grundläggande antagande vid moralisering är att personen man talar om är ett

moraliskt subjekt, d.v.s. att denne skulle, om denne ville, kunna förändra det beteende man moraliserar om. (Bergmann 1993) Man moraliserar inte om spädbarn, hjärndöda eller djur. De är inte förmögna att förändra sitt handlande.

En annan viktig iakttagelse om moralisering är att det består av att man ställer en moralisk princip (t.ex. man bör inte dricka sprit) eller risk (t.ex. man kan dö av alkoholmissbruk) i relation till det beteende som det moraliska subjektet ägnar sig åt (t.ex. att dricka alkohol). Därigenom framstår personen som en varelse som själv valt det förkastliga beteendet. Personen är själv skuld till beteendet.

När personalen moraliserade var det ofta om just sådana vårdtagare som man föreställde sig kunde påverka sitt eget beteende ”om de ville”, t.ex. missbrukare. När man moraliserade gjordes det sällan särskilt agiterat eller med stora åthävor. Det gjordes mer tillbakalutat, som konstateranden om att personen man moraliserar om inte lever upp till sin fulla potential som människa. Man var suckande.

Kanske hänger detta tillbakalutade och suckande samman med att man inte alltför explicit vill döma vårdtagaren. Om man var mer artikulerad och explicit skulle man ju döma vårdtagaren. Man skulle därmed frånta vårdtagaren dennes egenansvar. Istället konstaterar man att vårdtagaren handlar på sätt som strider mot dennes egna intressen. Denne är självdestruktiv.

Moraliserande innebär i och för sig att man utfärdar en slags dom. Men det innebär också att man ställer sig ovanför vårdtagaren. Man presenterar sig själv som en person som fattar bättre, mer insiktsfulla, mer välgrundade, moraliska beslut. Symboliskt lämnar man den underordning som arbetet inom hemtjänsten ofta innebär och ställer sig i en överordnad moralisk position.

Ett tredje sätt att tala om besvärliga vårdtagare är genom humor. Men vad är då humor? Man kan göra åtskillnad mellan fyra slags teorier om humor (Granér 2000, Skoglund 1997): (i) Inkongruensteorier fokuserar humorns teknik, d.v.s. att den skapar förbindelseänkar mellan områden som ofta betraktas som oförenliga. Man skapar nya tankebanor. Skämtet lockar att tänka i vissa banor varefter det följer ett överraskningsmoment som i sin tur följs av förvirring och en insikt som åter skapar ett meningsfullt sammanhang. Det utlöser skrattet. (ii) Livshållningsteorier ser humor som uttryck för personlighetsdrag. Vissa personer har förmågan att se verklighetens paradoxer med distans och skratta åt det. (iii) Spänningsteorier ser humor som ett sätt att lösa upp spänningar. (iv) Aggressionsteorier ser humor som en form av aggression.

"Skadeglädjen är den enda sanna glädjen." Humorn kan markera överlägsenhet. Vi kan underordna den som är oss själva överordnad genom att skratta åt den.

Granér (2000) noterar att humor ofta kan fungera som en form av "motkultur". "Genom humor kan motsättningar hos dominerande föreställningar och ideologier tydliggöras, t.ex. skillnaden mellan vad som sägs i offentliga sammanhang och vad som görs i praktiken." Granér noterar att humorn har en viktig egenskap, nämligen att det är ett "ansvarsbefriat livsområde". Humorn ger en "frizon" inom vilket man är ansvarbefriad för sina handlingar. "Det är ju bara på skoj." Den som är humoristisk och säger något som, om man tolkade det på allvar, skulle ses som aggressivt, kan på så vis komma undan ansvaret för det denne säger.

Granér (2000) genomförde en studie om humor bland poliser i en specialenhet. Han säger att humorn kan beskrivas som en hanteringsstrategi (coping) och erbjuder en rad intressanta iakttagelser: (i) Han säger att det råder en stor diskrepans mellan den bild av korrekthet som polisen ger ifrån sig vid sina framträdanden och den humor som utspelar sig bakom kulisserna. Denna humor är ofta av grovt sexuell natur eller av typen "sjuk humor". Detta kan då tolka som att poliserna internt ger utlopp för det som är undertryckt utåt. Det inre arbetet, där humorn kommer till uttryck, kan då ses som ett slags "parentesbeteende" eller en slags "säkerhetsventil". Jämförelsevis kan här noteras att personalen inom hemtjänsten också var humoristiska bakom kulisserna, även om humorn sällan var av samma grova sexuella natur. (ii) Han noterar att poliser, i sitt yttre arbete, ofta möter relativt svåra situationer, t.ex. barn som blir misshandlade, missbrukare, prostituerade, brottsoffer, etc. Humor kan då användas för att avleda egna ångestkänslor. Personalen inom hemtjänsten möter också relativt svåra situationer även om de inte är av samma akuta slag. (iii) Han säger att humorn på ett indirekt sätt kan blottlägga det faktum att man ser på världen på samma sätt, med ångest och rädsla, utan att explicit topikalisera det. Samma gäller inom hemtjänsten. (iv) Han noterar också att humorn kan användas för att hantera aggressivitet. Man kan skratta åt hotfulla klienter. Man kan vara aggressiv mot klienter inom ramen för humor. Personalen inom hemtjänsten gör detsamma. (v) Han noterar att humorn ofta används för att nedvärdera omvärlden. Den kan markera en slags moralisk överhöghet. Ett exempel på detta var när en polis sa, om ickekriminella "Svenssons": "Jag har då aldrig sett en Svenne som hjälpt polisen någon gång. Det enda som kom i närheten var när en kollega låg och brottades med nån nere på Plattan. Då kom det en farbror och satte på honom mössan som låg på marken. Den där mössan hade han ju slängt av sig för att den åkte ned i ögonen när han skulle slåss." (Pockettidningen R 1979)



Men vad är det då för humor som förekommer bland hemtjänstens personal? Det finns naturligtvis humor där man skrattar åt vårdtagaren. I en tidigare studie konstaterade Freed Solfeldt följande: " Denise har ofta de svåraste pensionärerna, de som de andra vårdbiträdena inte vill eller orkar med att gå till. "Det kan inte hjälpas", säger Denise, "hur dumma de än är så måste de ju ha hjälp". Då stänger hon helt enkelt av hjärnkontoret och tar inte åt sig av okvädningsord och anklagelser. Istället för att känna sig kränkt kan hon skratta gott åt anklagelser om att ha stulit någon pensionärs gamla strumpor, "som om någon skulle vilja ha dem". (Freed Solfeldt 1995:28) Denna typ av humor, där man skrattar åt vårdtagarnas egenheter och tokigheter, var vanlig. Men det fanns också en annan typ som var mycket vanlig, nämligen humor som handlade om personalens egen underordning. Ett exempel var när jag och ett vårdbiträde en morgon skulle besöka en kvinna med en muskelsjukdom som gör henne oförmögen att bl.a. använda sina händer och armar. Vårdbiträdet upplevde henne som mycket klagande, aggressiv och manipulativ. När vi sitter i bilen, vid kvart över sju på morgonen, konstaterar vårdbiträdet med lugn röst att "Det här blir en riktig höjardag, att börja dagen med att tvätta Eva Persson nertill." Detta följs av skratt från oss båda.

Denna form av humor handlar om den egna underordningen, att man utför arbetsuppgifter som är smutsiga, förnedrande, etc. Man skrattar åt sin egen underordning. Men det innebär inte att man accepterar underordningen. Tvärtom, genom humorn lyckas man skapa en distans till den. Denna distans uppkommer genom att humorn gör en åtskillnad mellan (i) den person som utför den förnedrande arbetsuppgiften (den man berättar om) och (ii) den person som återberättar det förnedrande på det humoristiska sättet. Därigenom skapas rolldistans (Goffman 1961). Personalen kan, inför mig eller andra som lyssnar på humorn, presentera sig själv som att de har ett annat jag än det jag som möter vårdtagaren och låter sig bli förnedrat. Man presenterar detta andra jag som havandes tolkningsföreträdare framför det utförande, återberättade, jaget.

I själva verket handlar alla de tre slagen av ventilering om att skapa distans mellan det jag som kom till tals vid mötet med vårdtagaren och det jag som nu öser ur sig, moraliserar eller är humoristiskt. De handlar om att vid mötet med kollegorna återupprätta det kränkta jaget.

Ventilering förekommer i varierande utsträckning i olika arbetslag. Det finns arbetslag med öppet klimat och arbetsledare som har en accepterande inställning till att personalen öser ur sig, moraliserar och skrattar. En arbetsledare hade en mycket klar förståelse för dessa hanteringsmetoder och diskuterade dem öppet med personalen.

Hon hade talat om för personalen att de får säga vad de vill om vårdtagarna så länge det stannar i gruppen. De fick gärna gorma, skrika, gråta eller vad som helst så länge de inte gjorde det offentligt eller vid möten med vårdtagare. Till mig sa hon att det är bättre personalen gör det i grupplokalen än att det görs på annan plats.

Förmodligen är det vanligt att personal ägnar sin fritid åt att prata om vårdtagare med äkta hälfter, vänner och bekanta. Men dessa hanteringsstrategier, d.v.s. hur fritiden används för att hantera arbetet, är en helt annan studie.

### **Diskussion**

I det följande jämförs dessa empiriska resultat med Lazarus (1993) typologi över olika metoder för hantering av stress: (i) Konfrontativ hantering, t.ex. att man kämpar för det man vill uppnå, att man försöker få andra att ändra sina åsikter eller beslut eller att man uttrycker sin ilska inför de personer som har orsakat problemet. (ii) Distansering, t.ex. att man försöker att inte ta det stressande så allvarligt, att man vägrar tänka på det för mycket eller försöker glömma det. (iii) Självkontroll, t.ex. att man håller sina känslor för sig själv, att man inte talar om för andra hur illa det är ställt eller att man avhåller sig från att agera för fort. (iv) Att söka socialt stöd, t.ex. att man talar med någon för att utöka sin förståelse av problemet eller med någon som kan göra något åt det. (v) Att acceptera ansvar, t.ex. att man kritiserar eller anklagar sig själv, att man inser att man själv skapat problemet eller att man bestämmer sig för att handla på annat sätt nästa gång. (vi) Flykt-undvikande, t.ex. att man önskar att situationen var över, att man hoppas på ett mirakel eller att man undviker det problematiska i allmänhet. (vii) Planerat problemlösande, t.ex. att man fördubblar sina ansträngningar för att få det att fungera, att man gör plan och handlar efter den eller ändrar på något så att det ska fungera. (viii) Positiv omvärdering, t.ex. att man förändras eller växer som person, att man går ur erfarenheten som starkare eller att man "hittat en ny tro".

Om man jämför de metoder som avtäckts i denna studie kan vi se att den första huvudgruppen, att *undvika* de besvärliga vårdtagarna, i hög grad sammanfaller med två av Lazarus (1993) huvudtyper av hantering, nämligen "Flykt-undvikande" och "Planerat problemlösande". De flesta slagen av undvikande framstår som en slags kombinationer av dessa två metoder, ett slags planerat undvikande, t.ex. när personal begärde att bli omplacerade, fyllde upp sina scheman med bra vårdtagare så att de inte fick plats med besvärliga, lade besöken hos besvärliga vårdtagare under sina lediga dagar. I vissa fall kunde det planerade undvikande beteendet ske genom att man sökte "Socialt stöd" hos andra (en tredje av Lazarus kategorier), t.ex. när man delade på arbetet med de besvärliga vårdtagarna eller kom överens om att försöka få vårdtagaren

övervältrad på någon annan omsorgsgivande organisation. I andra fall kunde det planerade undvikandet ske genom att man lät konflikten med vårdtagaren blomma upp, vilket är en slags "Konfrontativ hantering" (en fjärde av Lazarus kategorier).

Den andra huvudgruppen, att *undanhålla* det besvärliga, sammanfaller i hög grad med två andra av Lazarus kategorier, nämligen "Distansering" och "Självkontroll". Flera metoder framstår som kombinationer av dessa två, t.ex. när personal "ställde om sig", "laddade", "bet ihop", "lät det rinna av", "stängde av" eller avpersonifierade vårdtagarna. I dessa fall var det frågan om ett slags medvetet undanhållande av det besvärliga. Personalen hade utvecklat den medvetna distanseringen till ett redskap för att hantera de besvärliga vårdtagarna. I många fall kan metoderna också beskrivas som ett slags "Flykt-undvikande", i synnerhet när personal betraktade arbetet som ett genomgångsyрке. I vissa fall kan metoderna också klassificerats som "Positiv omvärdering", t.ex. när personalen kom att betrakta sitt arbete som ett "kall".

Den tredje gruppen av hanteringsmetoder, att *förstå och förklara* vårdtagarens beteenden sammanfaller i viss utsträckning med "Att söka socialt stöd" eftersom denna metod ibland innebär att personalen söker information och samtalar med andra om det besvärliga. Men strävan att förstå och förklara kan också ske utan stöd av andra.

Inom den fjärde gruppen strategier, att *förändra* vårdtagaren, återfinns flera som faller in under kategorin "Konfrontativ hantering", t.ex. när personal säger till vårdtagare att de inte bör bete sig på vissa sätt, avhåller sig från att "ge det lilla extra", hänvisar till regler för verksamheten, pratar ut om problemen, säger ifrån eller blir förbannade. Men flera av de metoder som går ut på att förändra vårdtagare har ingen given motsvarighet i Lazarus typologi, t.ex. "att pigga upp" vårdtagare eller "lirka" med dem. I de fallen ägnar sig personalen åt en slags mikromakt.

Den femte gruppen strategier, att *ventilera* det besvärliga genom att inför kollegor "ösa ur sig", moralisera eller skratta, sammanfaller i viss utsträckning med "Att söka socialt stöd". Det finns dock en viktig skillnad: När Lazarus talar om "Att söka socialt stöd" avser han konstruktiva metoder att försöka lösa det stressande. Men i de fall som beskrivs här handlar det mer om att söka socialt stöd för att symboliskt återställa sin egen värdighet.

Sammantaget ser vi att det finns stora överlappningar, men också skillnader, mellan de metoder som beskrivs i denna studie och de som beskrivits av Lazarus (1993).

Naturligtvis beror dessa skillnader på att Lazarus typologi är mer heltäckande avseende typer av stressorer och kontexter där de förekommer. Denna studie undersöker endast en grupp av besvärligheter i en viss bestämd organisatorisk kontext.

## SAMMANFATTNING

Denna rapport handlar om undersköterskors och vårdbiträdens arbete inom den öppna hemtjänsten. Den beskriver behovet av en väl fungerande relation mellan personal och vårdtagare, vilka relationer som upplevs som dåliga och metoder som personal använder för att hantera dem. Empiriska data består av intervjuer och deltagande observationer med arbetsledning och personal samt av tolkningar av intervjuer återgivna i tidigare publicerade studier om hemtjänsten.

Först konstaterades att personalen inom hemtjänsten befinner sig i en position mitt emellan organisation och vårdtagare. Å ena sidan påverkas arbetet av olika intressenter (allmänhet, anhöriga, massmedier, politiska organisationer, etc.) och av organisationerna de arbetar inom (att arbetet utförs i grupper, att den sociala omsorgen leds av arbetsledare och enhetschefer medan vården leds av sjuksköterskor, att man arbetar enligt ett beställar-utförarsystem där behovsbedömaren avgör vilken hjälp som ska ges till vårdtagare, etc.). Å andra sidan utför personalen sitt arbete hemma hos vårdtagare, vilket skapar ett visst självbestämmande. Arbetet utförs bortom ledningens och kollegornas omedelbara kontroll. Vårdtagarna har skiftande behov och lever under varierande omständigheter. Dessa förhållanden innebär att personalen måste ges ett visst självbestämmande angående vad som ska göras och hur det ska utföras.

Sedan beskrevs arbetets innehåll. Arbetet består till stor del av praktisk hjälp som inriktas på vårdtagarnas kroppar (påkledning, tandborstning, matning, etc.) och omständigheter (inköp, städning, matlagning, etc.). Arbetet består också av att ge social hjälp (småprat, aktivering, etc.) och existentiell hjälp (prata om bekymmer och problem) samt medicinsk vård (blodsockermätning, hjälp med intag av mediciner, etc.). Förutom dessa arbetsuppgifter, som utförs i direkt social interaktion med vårdtagarna, består arbetet också av kringarbete (planering, möten, utbildning, transporter, etc.). En stor del av kringarbetet består av att prata om vårdtagare med ledning och kollegor.

Därefter visades några anledningar till att relationen mellan personal och vårdtagare behöver vara god. Vanligtvis utförs arbetet när personalen och vårdtagaren träffas ensamma, hemma hos vårdtagaren, med korta intervaller och över lång tid. Det som sker är intimt och berör sådant som ofta upplevs som mycket privat. Arbetet är moraliskt till sin natur, d.v.s. uttrycker moraliska ställningstaganden om vilken hjälp vårdtagarna har rätt till och vad de själva bör göra för att erhålla denna hjälp. Arbetet innebär en asymmetrisk maktrelation, där personalen företräder en opersonlig organisatorisk makt

men också har möjlighet att utöva personlig makt eftersom de har ett visst självbestämmande och kunskaper om hemtjänsten och den medicinska vården (vilket vårdtagarna saknar). Arbetet rymmer också djupa emotionella sidor då personalen behöver hantera sina egna, vårdtagarnas och kollegornas känslor. Dessa förhållanden medför att personalen har behov av att upprätthålla goda relationer med vårdtagare.

Sedan beskrevs de olika slagen av besvärliga vårdtagare; de nya; de som agerar värdar; de som behandlar personalen som pigor, hembiträden eller städerskor; de som kräver för mycket; de som är för detaljerade avseende sina krav; de som kräver att personalen ska komma i exakt rätt tid; de som kontrollerar personalens arbetsinsatser; de med vissa kroppsliga avvikelser; de äckliga; de som pratar för mycket; de gränsöverskridande; de psykiskt sjuka, hispiga, konstiga; de oroliga; de glömska, snurriga och dementa; de deprimerade; de bittra; de som larmar jämt och ständigt; de missnöjda, klagande och gnällande; de som skäller; de elaka; de förtalande; de hotfulla; de våldsamma; alkoholisterna. Denna lista bör inte ses som fullständig utan som en rad exempel på vanligt förekommande typer av besvärliga vårdtagare.

Avslutningsvis presenterades olika metoder som personal använder för att hantera de besvärliga vårdtagarna. Den första var att undvika kontakt med dem (t.ex. genom att undvika att komma på möten där arbete med besvärliga vårdtagare skulle fördelas; man fyllde schemat med ”bra” vårdtagare så att det inte fanns plats för fler; man delade på arbetet med dem; man försökte bli av med dem genom att försöka flytta dem till ett institutionsboende; man lät relationen bli upphettad och leda till öppen konflikt). Den andra metoden var att undanhålla det besvärliga psykiskt (t.ex. genom att ”ladda” och ”ställa om sig” innan kontakten; genom att ”vara på sin vakt” vid kontakten; genom att ”bita ihop och få det överstökad”; genom att ”låta det rinna av”; genom att avpersonifiera vårdtagaren; genom att betrakta arbetet som något tillfälligt; genom att se arbetet som ett ”kall”). Den tredje metoden var att förstå och förklara vårdtagarens beteenden, t.ex. med hänvisning till dennes ålder, bakgrund, fysisk eller psykisk sjukdom eller med hänvisning till vetenskaplig socialpsykologisk terminologi. Den fjärde metoden bestod av att försöka förändra vårdtagarens beteende (t.ex. att ”pigga upp” dystra, deprimerade eller bittra vårdtagare genom att göra något ”extra” för dem; markera något man ogillar genom att undandra det ”extra”; att ”tysta ner” vårdtagare genom att respondera minimalt på det de säger eller gör; att ”avleda” genom att t.ex. skoja med vårdtagare; ”lirka” med dem; att hänvisa till regler för verksamheten; att prata ut; säga ifrån; bli förbannad; ”ge igen”). Den femte metoden handlade om att ventilera sina upplevelser med arbetsledare och kollegor. Personal

kunde "ösa ur sig" ledsnad eller aggressioner, moralisera om vårdtagarnas beteenden eller skratta åt relationen.

## DISKUSSION

De besvärliga vårdtagarna är en naturlig del av arbetet, d.v.s. ett inslag som hör till villkoren för arbetet inom hemtjänsten. Man anser ofta att det är en självklar del av arbetet att få möta ett visst mått av bitterhet, elakhet, krångel, o.s.v. från vårdtagarna. Med detta perspektiv kan man anse att de som söker arbete inom hemtjänsten också bör tåla det. Men ibland kan det besvärliga bli för besvärligt. Det kan bero på att antalet besvärliga vårdtagare ökat eller att personalen som rekryteras inte klarar av att hantera dem. De besvärliga vårdtagarna riskerar då medföra en tung psykosocial arbetsmiljö. Dess yttringar kan vara att personalen söker andra arbeten, sjukskriver sig eller upplever fysiska eller psykiska sjukdomstecken.

Frågan är var gränsen går. En svårighet med att försöka besvara denna fråga är att gränsen är flyktig. Den varierar beroende på hur besvärliga vårdtagarna upplevs av personalen, personalens individuella förmåga att hantera det besvärliga och organisationens stöd vid hanterandet. Personalen klarar av besvärligare vårdtagare om deras förmåga att hantera det ökar. I resten av denna rapport diskuteras olika organisatoriska förhållanden som kan återverka på var den flyktiga gränsen ligger, d.v.s. vilka förhållanden i organisationen som påverkar förekomst av besvärliga vårdtagare och personalens förmåga att hantera dem.

För det första påverkas förekomsten av besvärliga vårdtagare av vilka vårdtagare kommunerna åläggs ta sig an. Det har skett en rad förändringar under 1990-talet: Kommunerna övertog ansvaret för nya grupper vårdtagare, t.ex. många utvecklingsstörda, psykiskt sjuka och äldre fysiskt sjuka och handikappade som bor på sjukhem och hemma. Antalet äldre över 80 år ökade med 17 % mellan 1990 och 1998 medan mängden personal inom äldreomsorgen minskade under samma period för att sedan åter öka (Szebehely 2000, Ingvad 2003). Hemtjänstens insatser koncentrerades på en mindre och mer behövande grupp vårdtagare (Ingvad 2003). Personalen ägnar nu relativt sett mer tid åt grundläggande vård och omsorg och mindre tid åt social hjälp, existentiell hjälp och praktisk hjälp med olika omständigheter runt vårdtagarna, t.ex. att handla, laga mat och städa. Därför kan vi anta att den relativa mängden besvärliga vårdtagare också ökat. Olika politiska beslut, liksom ekonomiska och demografiska förhållanden, påverkar alltså vilka vårdtagare kommunerna (personalen) får ta sig an.

För det andra påverkas förekomsten av besvärliga vårdtagare av hur arbetet med olika vårdtagare mellan de enskilda kommunernas olika omsorgsgivande verksamheter.



Vanligtvis har man olika organisationer för att hjälpa olika grupper vårdtagare, t.ex. gruppboenden för dementa, förståndshandikappade och psykiskt sjuka, äldreboenden, olika typer av korttidsboenden, hemsjukvård och öppen hemtjänst. Man har skapat speciella organisationer för att hjälpa speciella grupper vårdtagare. Många av organisationerna är relativt specialiserade i jämförelse med den öppna hemtjänsten som får ta sig an de flesta typer. Ett förhållande som avgör vilka besvärliga vårdtagare som den öppna hemtjänstens personal får ta sig an är därför vilka gränser som dras mellan de olika organisationernas ansvarsområden.

För det tredje påverkas förekomsten av besvärliga vårdtagare och personalens hanteringsförmåga av hur man inom den öppna hemtjänsten specialiserar arbetet. Astvik & Aronsson (2000) diskuterar tre sätt att specialisera arbetet: Ett sätt att specialisera är genom att personalen fortsätter arbetar med alla de olika typerna av vårdtagare (d.v.s. behåller den nuvarande variationen) men enbart med vissa av deras behov. I många kommuner har man privatiserat städningen eller bildat särskilda städgrupper vilket leder till att vissa besvärliga vårdtagare faller bort (t.ex. de som kontrollerar hur väl personalen städar). Det är också vanligt att matlagning och, i vissa fall, matleveranser privatiserats eller fördelats på särskilda enheter eller individer, vilket också leder till att vissa typer av besvärliga vårdtagare försvinner (t.ex. de som kontrollerar att personalen kommer i tid och vissa som klagar på maten). På vissa håll har tvättverksamheten privatiserats eller fördelats på speciella enheter eller individer. Några kommuner har infört särskilda serviceenheter som har hand om all social service, medan vården och omsorgen lämnats kvar. En risk med denna utveckling är att vårdtagarna får träffa fler personer (vilket ofta uttrycks som oönskat) och att kontinuiteten försvinner (Ibid.). En annan risk är att arbetet rutiniserats och blir mindre attraktivt. En tredje risk är att den personal som får ta hand om servicen kommer att få ta emot fler besvärliga vårdtagare av vissa slag medan vård och omsorgspersonalen får ta emot fler av något annat slag. Är ett specialiserat utbud av besvärliga relationer mer önskvärd än en mer varierad skala?

Ett annat sätt att specialisera arbetet är genom att arbeta med färre typer av vårdtagare och med vissa av deras behov. Den öppna hemtjänsten kunde då delas in i personalgrupper där vissa arbetar med t.ex. psykiskt sjuka medan andra arbetar med t.ex. dementa. Risker med en sådan arbetsdelning är att kontinuiteten försämrats ytterligare, att arbetet rutiniserats ännu mer och att specialiseringen avseende typer av besvärliga vårdtagare ökar ytterligare.

En tredje möjlighet vore att arbeta endast med en viss grupp vårdtagare, men tillgodose flera av deras behov. Ett exempel skulle vara att man endast arbetar med psykiskt sjuka och då gör alla slags arbetsuppgifter hos dem. Astvik säger att denna typ av arbetsdelning är fördelaktig då den medför fördjupade kontakter med vårdtagarna samtidigt som personalen får ökade kunskaper om vårdtagarnas problematik och dessutom en variation i sina arbetsuppgifter. Förmodligen medför denna arbetsdelning att personalen lär sig mer om vissa sjukdomstillstånd (vilket kan öka deras förståelse av det besvärliga) liksom specialiserade metoder för att hantera vårdtagarna (t.ex. speciella metoder att trixa och lirka med vårdtagare med någon viss problematik). Sammantaget ser vi alltså att man inom den öppna hemtjänsten kan variera vilka vårdtagare personalen träffar och på det sättet förmodligen påverka vilka typer av besvärligheter som personalen möter och skapa förutsättningar för olika hanteringsmetoder.

En sammanhängande fråga handlar om tydligheten och förutsägbarheten när det gäller gränserna för de olika organisationernas ansvarsområden. Vi har sett hur personal ibland gärna vill flytta över vårdtagare till andra organisationer, t.ex. olika gruppboenden, därför att de betraktas som "egentligen" inte hörande till deras arbetsområde. Förmodligen begränsar denna otydlighet förmågan att hantera den besvärlige vårdtagaren: Om man förväntar sig/hoppas att vårdtagaren snart skall flyttas till en annan organisation kommer personalen förmodligen att begränsas i val av hanteringsmetoder.

För det fjärde påverkas personalens arbetssituation av deras inflytande över besluten om vilka vårdtagare de ska ta sig an, vad som ska göras och hur lång tid det ska ta. Studier visar att personalens deltagande i biståndsbedömningarna varierar (Aronsson, m.fl. 1995, Astvik & Aronsson 2000, Olsson & Ingvad 2000). Personalens inflytande över biståndsbedömningarna varierade också mellan de tre grupperna som ingick i denna studie. I en av grupperna träffade biståndsbedömaren, som hade sitt kontor i ett helt annat hus, mycket sällan personalen. Denne gjorde hembesök hos vårdtagarna och faxade sedan biståndsbesluten till grupplokalen. I en annan av grupperna hade personalen relativt stort inflytande. Biståndsbedömaren brukade ofta be den tilltänkte kontaktpersonen närvara vid besöket hos vårdtagaren. Sedan fattades ett temporärt biståndsbeslut som överlämnades till gruppen. Biståndsbedömaren brukade besöka gruppen en gång per vecka och tog då emot synpunkter på den temporära biståndsbedömningen, varefter denne omformulerade den om man gemensamt ansåg att det fanns behov av det. Personalen var uppenbart nöjda med denna situation eftersom de hade ett ganska stort inflytande över dess innehåll. Personalen i den första

gruppen var missnöjda med biståndshandläggarens. Hur som helst, i den mån personalen upplever relationer med vårdtagare som besvärliga är det möjligt att en kontinuerlig relation med biståndsbedömaren i vissa situationer kan underlätta hanterandet av dem.

För det femte kan graden av detaljstyrning av arbetet påverka förekomst av besvärliga relationer liksom hanteringsmetoder. Sedan 1980-talet har arbetet blivit mer centralstyrt. Fler beslut om arbetets innehåll fattas på högre nivå, t.ex. vilka arbetsuppgifter som skall utföras, hur de ska utföras, hur ofta och hur lång tid de ska ta. Reglerna kan ibland skapa besvärliga relationer, t.ex. när vårdtagare är missnöjda med den mat eller städning de får. Men samtidigt kan personalen använda reglerna som redskap för att hantera de besvärliga vårdtagarna, t.ex. när de hänvisar till regler om städning när pedantiska vårdtagare ställer för höga krav.

För det sjätte finns det en rad enkla organisatoriska åtgärder som påverkar personalens hanteringsförmåga. Ibland kan mer tid vara lösningen, t.ex. i början av en relation när personal och vårdtagare kan behöva lära känna varandra. Ibland kan dubbelbemanning vara en lösning, t.ex. som skydd när man arbetar med hotfulla eller våldsamma. Ibland kan personalen ha behov av att låta arbetet med någon viss vårdtagare rotera inom gruppen.

För det sjunde, organisationen kan göra medarbetarna bättre rustade att möta vissa typer av besvärliga vårdtagare. Ett sätt vore att utbilda personalen om olika sjukdomstillstånd, vilket kan öka deras förmåga att förstå och förklara vissa besvärliga beteenden. Ett annat sätt vore att öka personalens medvetenhet om de besvärliga vårdtagarna och ge dem riktlinjer för när de ska be om hjälp. Ett tredje sätt vore att ge personalen handledning, både för att förebygga de besvärliga relationerna och för att stödja personal när relationen blivit ohållbar. (Rinnan & Sylwan 1992, 1994) Ytterligare ett sätt skulle kunna vara att belöna arbetet i högre utsträckning, vilket kan ske genom högre lön, genom att man symboliskt uttrycker tacksamhet eller genom förbättrade arbetsvillkor (minskad arbetstid, friskvård under arbetstid och andra förmåner).

Över huvud taget kan organisationerna bidra till att skapa miljöer som ökar det sociala stödet till personalen. Det finns en rad förhållanden som kan bidra till att skapa en "hållande" arbetsmiljö (Kahn 2001), d.v.s. en miljö där individerna kan ventilera sin oro, rädsla, ilska, ångest och nå fram till tydligare definitioner av problemen och metoder för att hantera dem. Vi såg ovan att personalen moraliserade, öste ur sig och

skrattade åt relationerna med de besvärliga vårdtagarna. Förmodligen kan man ta vara på detta prat och använda det mer fokuserat. Prattet innebär ju att personalen uttrycker sina erfarenheter, känslor och andra reaktioner och får andras reaktioner på dem. De formulerar dem språkligt så de får tag i dem och kan bearbeta dem och de inte längre flyter fritt i fantasin. Ibland bekräftas det som sagts medan det andra gånger ifrågasättes eller bemöts med andra tolkningsmöjligheter. En möjlighet att ta tillvara detta naturligt förekommande prat om vårdtagarna vore genom att avsätta formell tid till det; att mötas regelbundet för att tala om de besvärliga vårdtagarna. Genom att tillsammans formulera det besvärliga hos vårdtagarna och diskutera förhållningssätt når man fram till delade definitioner av vad det besvärliga består av och en vidgad konstruktiv repertoar av metoder för hantering.

Ytterligare ett förhållande som kan påverka hanterandet av de besvärliga vårdtagarna är närvaron av arbetsledare i grupperna. Under 1990-talet har man på många håll plattat ut organisationerna genom att behålla enhetschefer eller motsvarande men tagit bort arbetsledarfunktionerna. (Se även Hagström & Jönsson 2002, Svenska kommunförbundet 2001) Ofta har det motiverats med brist på ekonomiska resurser, ibland åtföljda med argument som har att göra med ökat inflytande för enskilda medarbetare. En närvarande arbetsledare kan göra flera saker för att öka personalens förmåga att hantera besvärliga vårdtagare. Denne kan, om denne håller sig informerad om den enskilda personalens arbetssituation, uppmärksamma när enskilda medarbetare har en alltför tung situation. Arbetsledaren kan ta initiativ till att fördela arbetet mer jämnt, t.ex. genom att omfördela vårdtagarna inom arbetslaget. En närvarande arbetsledare kan också bidra till att skapa ett samtalsklimat där de besvärliga vårdtagarna och hanteringsmetoder kan diskuteras. Denne kan också skapa forum för samtal om dem.

## LITTERATUR

Antaki, C. & S. Widdicombe (1998) "Identity as an achievement and as a tool" I:  
Antaki, C. & S. Widdicombe (red) *Identities in Talk* s.1-14, London: SAGE

Arbetskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån (1998) *Arbetsmiljön 1997* Statistiskt  
meddelande Am 68 SM 9801 Sveriges officiella statistik, Stockholm

Aronsson, G., Astvik, W., Freed Solfeldt, M. & G. Svensson (1995) *Kvalitet genom  
inflytande. Om förändring och utveckling inom hemtjänsten* Stockholm:  
Arbetslivsinstitutet

Aronsson, G., Astvik, W. & A-B. Thulin (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 2000:17*  
Stockholm: Arbetslivsinstitutet

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

Astvik, W. & G. Aronsson (1994) "Det goda arbetet i hemtjänsten" *Arbete och Hälsa  
1994:32* s.92-103, 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. & P.J. Sturges (1989) "Job-related stress and coping among  
home-care workers with elderly people" *Health and Social Work* August s.204-210

Berger, P. & T. Luckmann (1987) *The social construction of reality* Harmondsworth,  
Middlesex: Penguin Books

Bergmann, J. (1993) *Discreet indiscretions: the social organization of gossip* New  
York: De Gruyter

Brun, C., Fagerstedt, B. Sternberg, I. & R. Eliasson (1984) *Att arbeta inom  
äldreomsorgen att vara pensionär och att möta varandra* Stockholm: Forsknings- och  
utvecklingsbyrån/Äldre

Cartwright, S. & C.L. Cooper (1996) "Coping in Occupational Settings" I: Zeidner, M. & N.S: Endler (red) *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* John Wiley & Sons: New York

Chodorow, N. (1988) *Femininum – Maskulinum. Modersfunktion och könssociologi*. Stockholm: Natur och kultur

Cox, T. (1987) "Stress, coping and problem solving" *Work and Stress* 1(1) s.5-14

Cooper, C.L. & J. Marshall (1978) *Understanding executive stress* London: Macmillan

Dewe, P. (1991) "Primary appraisal, secondary appraisal and coping: Their role in stressful work encounters" *Journal of Occupational Psychology* 4(64) s.331-351

Dewe, P. (1993) "Coping and the intensity of nursing stressors" *Journal of Community and Applied Social Psychology* 3(4) s.299-311

Edwards, J.R. (1988) "The determinants and consequences of coping with stress" I: Cooper, C.L. & R. Payne (red) *Causes, coping and consequences of stress at work* Chichester: Wiley

Eliasson, R. (2000) "Inledning", I: Runesson, I. & R. Eliasson *Att sörja för äldre – Hur ta tillvara kompetens inom äldreomsorgen? Åjour en serie kunskapsöversikter från svenska kommunförbundet*. Nr.4

Eustis, N.N. & L.R. Fisher (1991) "Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care" *The Gerontologist* Vol.31(4) s.447-456

Fahlström, G. (1999) *Ytterst i organisationen Om undersköterskor, vård- och sjukvårdsbiträden i äldreomsorg* Uppsala: Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för socialmedicin

Folkman, S. (1984) "Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis" *Journal of Personality and Social Psychology* Vol.46 No.4 s.839-852

Franssén, A. (1997) *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården* Lund: Arkiv Förlag

Freed Solfeldt, M. (1990) *Tyvärr, jag hinner inte... Om arbetet vid ett servicehus och om olika faser i en arbetsprocess* Stockholm: Almqvist & Wiksell

Freed Solfeldt, M. (1995) *Vårdbiträde arbete i eget och andras hem* Stockholm: Bonnier

Furåker, B. & A-B. Mossberg (1997) "Arbetsglädje bland anställda anhörigvårdare" *Socialvetenskaplig tidskrift* 4:4 s.305-318

- Gilligan, C. (1982) *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* Cambridge: Harvard University Press
- Goffman, E. (1961) *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction* Indianapolis: Bobbs Merrill
- Granér, R. (2000) *Stämningen är rå men hjärtlig – Aspekter på humorns gruppsykologiska funktion bland poliser* Karlstads universitet: Karlstad University Studies
- Gustafsson, G. (1999) *En omsorgstriad - Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter* Göteborg Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete
- Hagström, B. & S. Jönsson (2002) *Chef-och ledarskap i äldreomsorgen* Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
- Hammersely, M. & P. Atkinson (1995) *Ethnography: Principles in Practice* London: Routledge
- Hasenfeld, Y. (1983) *Human service organizations* Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Holm, U. (2001) *Empati: Att förstå andra människors känslor* Stockholm: Natur och Kultur
- Ingvad, B. (2003) *Omsorg och relationer Om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten* Socialhögskolan, Lunds universitet: Lund Dissertations in Social Work
- Ingvad, B. & E. Ohlsson (1999) "Det känslomässiga utbytet och omsorgskvalitet i hemtjänsten" *Socialvetenskaplig tidskrift* 6:1 s.3-26
- James, N. (1992) "Care = Organization + Physical Labour + Emotional Labour," *Sociology of Health and Illness* Vol 14 No 4 s.488-509
- Johansson, R. (1997) *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete* Lund: Arkiv
- Jönsson, S., Tranquist, J. & H. Petersson (2003) *Mellan klient och organization Psykosocial arbetsmiljö i arbete med människor* Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
- Kahn, W.A. (2001) "Holding Environments at Work" *Journal of Applied Behavioural Science*, Vol.37 No.3 s.260-279
- Kane, R.A., Illston, L.H., Eustis, N.N. & R.L. Kane (1991) *Quality of home care: Concept and measurement* Minneapolis: University of Minnesota, School of public health
- Larsson, P. (1996) *Hemtjänsten ur tre perspektiv. En studie bland äldre, anställda och ledning*, Karlstad: Högskolan i Karlstad, Samhällsvetenskap

- Lazarus, R.S. (1993) "Coping Theory and Research: Past, Present, and Future" *Psychosomatic Medicine* 55 s.234-247
- Lazarus, R.S. (1995) "Psychological Stress in the Workplace" I: Crandall, R. & P.L. Perrewé (red) *Occupational Stress* Washington: Taylor & Francis
- Lazarus, R.S. (1999) *Stress and emotion: a new synthesis* London: Free Association Books
- Lazarus, R.S. & S. Folkman (1984) *Stress, appraisal and coping* New York: Springer Publishing Company
- Leppänen, V. (kommande 2005) "Känslor i arbete med människor" I: Petersson, H., Leppänen, V., Jönsson, S. & J. Tranquist (red) *Villkor i arbete med människor* Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
- Leppänen, V., Jönsson, S., Petersson, H. & J. Tranquist (kommande 2005) "Villkor i arbete med människor – en inledning", I: Petersson, H., Leppänen, V., Jönsson, S. & J. Tranquist (red) *Villkor i arbete med människor* Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
- Levinson, S. (1992) "Activity types and language" I: Drew, P. & J. Heritage (red) *Talk at Work: Interaction in institutional settings* Cambridge: Cambridge University Press
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy* New York: SAGE
- Lundberg, L. (1986) *Livet inom hemtjänsten En undersökning om serviceinnehåll och arbetsätt bland vårdbiträden och hjälpmottagare i Uppsala* Uppsala: Uppsala kommun, Socialförvaltningen, Planeringsavdelningen
- Menzies-Lyth, I. (1988) *Containing anxiety in institutions, Selected essays, Volume 1* London: Free Association Books
- Mäkitalo, Å. (2002) *Categorizing work: knowing, arguing, and social dilemmas in vocational guidance* Göteborg: Göteborgs universitet, Acta Universitatis Gothoburgensis
- Newman, J.D. & T. Beehr (1979) "Personal and organizational strategies for handling job stress: A review of research and opinion" *Personnel Psychology* 32 s.1-43
- Nilsson Motevasel, I. (2002) *Genusperspektiv på yrkesmässiga relationer Omsorg i mans- och kvinnodominerade yrken* Lund: Studentlitteratur
- Nordin, H. (1998) *Våld och hot i arbetet. Statistik över anmälda arbetsskador, utsatthet och besvär* Örebro: Statistiska centralbyrån, Utrednings- och planeringsavdelningen, Enheten för arbetsskadestatistik
- Nordström, M. (1998) *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation* Göteborg: Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen



O'Driscoll, M.P. & C.L. Cooper (1994) "Coping with work-related stress: A critique of existing measures and proposal for an alternative methodology" *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 67(4) s.343-354

Olsson, E. & B. Ingvad (2000) "Köp, sälj och platta till! Organisationsförändringar, arbetsmiljö och omsorgskvalitet i hemtjänsten under 1990-talet" *Meddelanden från socialhögskolan 2000:7* Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan

Olsson & B. Ingvad (2001) "The emotional climate of care-giving in home-care services" *Health and Social Care in the Community* 9:6 s.454-463

*Pockettidningen R*, "Snutförnuft: polisen kommer till tals" Stockholm: Prisma

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

Regeringens proposition 1990/1991:14

Regeringens proposition 1993/94:218

Rinnan, T. & U. Sylwan (1992) *Varför händer inget när det händer – om våld och hot inom hemservice* Stockholm: Stockholms socialförvaltning, Forsknings- och Utvecklingsbyrån, Rapport nr 1992:11

Rinnan, T. & U. Sylwan (1994) *Hjälparens utsatthet - psykiska påfrestningar i social omsorg* Stockholm: Natur och Kultur

SCB (2004) *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2004*. Örebro: SCB-Tryck

SCB (2005-03-03)

<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=cccbbd&xu=90965001&omradekod=AM&huvudtabell=YREG18&omradetext=Arbetsmarknad&tabelltext=F%F6rv%E4rvsarbetande+anst%E4llda+16%2D64+%E5r+i+riket+efter+yrke+%28SSYK%29%2C+arbetsst%E4llets+sektortillh%F6righet%2C+%E5lder+och+k%F6n%2E+%C5r&preskat=O&prodid=AM0208&deltabell=+&deltabellnamn=F%F6rv%E4rvsarbetande+anst%E4llda+16%2D64+%E5r+i+riket+efter+yrke+%28SSYK%29%2C+arbetsst%E4llets+sektortillh%F6righet%2C+%E5lder+och+k%F6n%2E+%C5r&innehall=Anstallda&starttid=2001&stopptid=2002&Fromwhere=M&lang=1&langdb=1>

SFS 1980:620 Socialtjänstlagen

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen

SFS 1990:1402 Lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar

SFS 1990:1404 Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

SFS 1993:388 Lag om införande av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Silverman, D. (1998) *Harvey Sacks: Social Science and Conversation Analysis* New York: Oxford University Press

Simmel, G. (1950) *The Sociology of Georg Simmel*, Kurt Wolff (red) New York: Free Press

Skoglund, C. (1997) "Ur humorns idéhistoria" I: Berefelt, G. (red) *Barn och humor* Stockholms universitet: Centrum för barnkulturforskning

Svenska kommunförbundet (2001) *Rekrytera och behålla – en utmaning* 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

Szebehely, M. (2000) "Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer" SOU 2000:38 *Välfärd, vård och omsorg*.

Thulin, A-B. (1987) *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten* Stockholm: Stockholms socialförvaltning, Forsknings och utvecklingsbyrå, FoU-rapport 80

Topor, A. (1987) *Vårdbiträdenas samlade tystnader Hemtjänsten, människor och psykiska problem* Stockholm: Stockholms socialförvaltning, Forsknings- och utvecklingsbyrå

Topor, A. (1995) *Hemtjänsten kunskap och erfarenheter* Stockholm: Bonnier utbildning

Ungerson, C. (1983) "Why do women care?" I: Finch, J. & D. Groves (red) *A Labour of Love: Women Work and Caring* London: Routledge & Kegan Paul

Viitasaran, E. (2004) "Violence in caring Risk factors, outcomes and support" *Arbete och Hälsa* 2004:01, Stockholm: Arbetslivsinstitutet

Viitasara, E. & E. Menckel (2000) "En enkätstudie om utsatta yrkesgrupper" I: Menckel, E. (red) *Hot och våld i vård och omsorg Fakta, forskning och förebyggande arbete* Stockholm: Arbetslivsinstitutet

Waerness, K. (1983) *Kvinnor och omsorgsarbete* Stockholm: Prisma

Åkerström, M. (1993) *Våld och hot i sjukvårdsarbeten – Dokumentation av en riksrepresentativ intervjustudie* Lund: Lunds universitet, Sociologiska institutionen,

Research Reports, Network for Research in Criminology and Deviant Behaviour at  
Lund University 1993:3