

Vårdansvar och bundenhet

Om anställda anhörigvårdare i Sverige

BENGT FURÅKER & ANN-BRITT MOSSBERG

I Sverige finns ett system där anhöriga med omfattande vård- och omsorgsansvar kan bli anställda i kommunens hemtjänst. Det rör sig om en lösning som kombinerar närståendes engagemang med en betalning av arbetet. Anhörigvårdens kanske viktigaste kännetecken ligger i hög personkontinuitet genom att i princip samma person hela tiden är huvudansvarig för vårdinsatsen. Kontinuitetens baksida är den bundenhet som följer av den täta kontakten mellan vårdgivare och vårdmottagare. Bundenheten och dess bestämningsfaktorer står i centrum i denna artikel.

Sjuka, handikappade och gamla i Sverige erhåller vård och omsorg på olika sätt. För hemmaboende hjälpbehövande utförs merparten av arbetet av anhöriga eller andra i personens närmaste omgivning (se t.ex. Sundström 1980, 1984; Sundström & Berg 1988; Johansson 1991; SOU 1991:46, kap. 7; och Jeppsson Grassman 1993). Oftast är

Bengt Furåker är professor i sociologi vid Göteborgs universitet men har tidigare länge varit verksam både vid Lunds och vid Umeå universitet. Hans forskning är främst inriktad på frågor kring arbetsmarknad, arbetsmarknadspolitik, välfärdsstat och offentlig sektor.

Ann-Britt Mossberg är doktorand vid sociologiska institutionen, Göteborgs universitet. Hon har tidigare framför allt studerat den offentliga äldre- och handikappomsorgen.

detta arbete obetalt, men i de flesta kommuner kan släktingar eller andra närstående få ersättning för vad de utträttar. De blir då vanligen anställda som anhörigvårdare. Lönen kan ibland ses som en ersättning för förlorad arbetsinkomst från annat håll. År 1993 var det i Sverige ca 6 300 personer som fick hjälp av anställda anhörigvårdare (SCB 1994). Vi ska i denna artikel redovisa en del resultat från en undersökning av ett urval av dessa vårdgivare.

Det specifika med anhörigvård är att arbetet (nästan) hela tiden utförs av samma individ. Vårdgivaren är inte en utbytbar anställd utan definieras i första hand genom sin släkt- eller familjerelation till den som vårdas. Det kan vara en förälder som tar

hand om sitt barn, ett barn som tar hand om en förälder, en maka som tar hand om sin make eller tvärtom eller någon annan släkting som bistår en person med hjälpbehov. Ibland är vårdgivare och vårdmottagare grannar eller vänner.

Den formella och informella omsorgen har ofta betraktats som åtskilda system, men i fråga om både känslomässiga relationer och arbetsinnehåll finns det stora likheter dem emellan (Wærness 1983; Qureshi 1990; Szebehely 1994, 1995). Detta gäller såväl positiva som negativa sidor. Vad som är specifikt med den betalda anhörigvården är att den finansieras av kommunen men utförs av någon familjemedlem eller annan närstående.¹ Denna vård är med andra ord lokaliserad i gränslandet mellan den offentliga sektorn och familjen.

På senare år har det förekommit omfattande diskussioner om hur vård och omsorg ska organiseras. Ofta har det då handlat om att utgifterna för den offentliga sektorn måste minskas. Minskningarna kan bl.a. ske genom att mer arbete överförs till den sk informella sektorn, dvs. ideella organisationer och anhöriga. Det finns de som hävdar att människor helst vill sköta sina omsorgsuppgifter utan inblandning från kommunen eller landstinget. De offentliga insatserna uppfattas ibland närmast som ingrepp i den personliga integriteten. I stället knyter man

1 Tidigare hade landstingen ett ersättningssystem för anhöriga som utförde sjukvårdande uppgifter vilket upphörde i samband med Ädelreformens genomförande 1992. Ädelreformen innebar bl.a. att kommunerna övertog en del uppgifter från landstingen och därigenom fick det samlade ansvaret för service, vård och omsorg till äldre och handikappade.

då gärna starka förhoppningar till de vård- och omsorgsinsatser som närstående kan åstadkomma. Ett annat inslag i debatten har varit att den offentliga sektorn ska effektiviseras genom en marknadsanpassning av dess tjänster.

De flesta verkar dock vara överens om att det behövs offentliga insatser, men hur stor roll de privata lösningarna – med å ena sidan marknadsmässiga vårdföretag och å den andra familjen, den »informella sektorn«, det »civila samhället« eller vad man nu vill använda för beteckning – ska ha är mer omstritt. Många betraktar de offentliga lösningarna som alltför mycket stöpta i samma form och som ett hinder mot att alternativa modeller får växa fram. Konkurrens mellan privata och offentliga alternativ ses också som ett medel att öka valfriheten för den enskilde. I svensk lagstiftning har det funnits en rad hinder för utvecklingen av privata driftsformer inom vård och omsorg. Genom den nya kommunallagen från 1992 samt ändringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen 1993 är emellertid en stor del av dessa hinder borttagna.

Den betalda anhörigvården representerar i detta sammanhang en blandform. Den äger rum inom ramen för vårdpersonens familj eller närmaste omgivning samtidigt som kommunen svarar för ett ekonomiskt stöd och ibland kompletterar med annan hjälp. En sådan blandform har åtskilliga fördelar, men den rymmer också svaga punkter. Till dessa hör att de anställda anhörigvårdarna i väsentliga avseenden står utanför de sociala och arbetsrättsliga villkor som andra anställda har. Ur den finansierande partens synvinkel är det förstås förmånligt att inte fullt ut behöva hålla sig till de spelregler

som i övrigt gäller på den svenska arbetsmarknaden.

Till avigsidorna med betald liksom annan anhörigvård hör riskerna för låsning och exploatering. Anhöriga kan känna sig tvingade att gå in i en omsorgsrelation och de kan uppleva svårigheter att lämna den. De oklara gränserna mellan arbete och fritid medför en risk att den som ger omsorgen blir exploaterad och får utföra obetalt arbete. Samtidigt rymmer en vårdrelation alltid en viss maktobalans. Genom att hjälptagaren befinner sig i ett underläge kan han eller hon hamna i tacksamhetsskuld till vårdgivaren. Vi ska inte heller blunda för att kränkningar och våld förekommer – från den ena eller andra partens sida. Vilken betydelse pressade förhållanden därvid ska tillmätas är oklart, men de måste beaktas när man söker efter förklaringar.

I ett annat avseende har den betalda anhörigvården både en styrka och en svaghet. För att närmare belysa detta ska vi föra ett resonemang kring begreppet personkontinuitet (dvs. i vilken utsträckning det är samma person/er som sköter en vårdbehövande). Här har anhörigvården sitt kanske viktigaste särdrag.² I princip är det ju en och samma person som står för vården hela tiden. Undantag föreligger givetvis. Det kan t.ex. röra sig om att vårdtagaren läggs in på institution under vissa perioder, att hem-

tjänsten tillhandahåller avbytare eller att informella vårdgivare (släktingar eller andra) deltar i arbetet.

Ett av de vanligaste klagomålen på den kommunala hemtjänsten gäller just brister i fråga om personkontinuitet (se t.ex. SOU 1987:21, s. 119-120; Mossberg & Tegner 1988; Edebalk m.fl. 1993; Samuelsson m.fl. 1993; Szebehely 1995). Hjälpstagare som inte har fasta vårdbiträden (och fasta hjälptider) är mer missnöjda med hjälpen än andra. I vissa fall kan det bli ett stort antal individer som under en given period dyker upp hemma hos den som behöver vård och omsorg.

Man ska dock inte glömma bort vad kraven på personkontinuitet förutsätter. Villkoret är att förhållandet mellan vårdgivare och vårdtagare är gott. För den vårdtagare vars relation till en vårdare inte fungerar är det självfallet en fördel om den personen byts ut eller om det åtminstone ibland kommer någon annan i stället. Att skapa kontinuitet när kontakten mellan de inblandade parterna är dålig blir ju snarast något negativt. I sådana fall är det bättre att ha ett visst ombyte på personal. Dessutom gynnas möjligheterna till positiv förnyelse i en verksamhet onekligen av att personer emellanåt ersätts.

Det finns också studier som visar att önskemålen om personkontinuitet inte är så starka bland vårdtagarna själva som man kanske föreställer sig (Larsson 1996). I varje fall tycks det finnas andra frågor som upplevs som väl så viktiga, t.ex. att få hjälp vid samma tidpunkt eller att få mer hjälp av samma sort (Sundström & Cronholm 1988). Avgörande är vilket utgångsläge som föreligger beträffande personalbyten. Om nivån är mycket hög är det inte förvånande att man vill se en ökad kontinuitet.

2 Kari Wærness (1983, s. 22-23) ser personkontinuitet som en av skillnaderna mellan omsorg i offentlig och i privat sfär. I den offentliga omsorgen finns många utövare med specialiserade uppgifter i förhållande till många behövande, medan omsorgsgivare i den privata sfären har allsidiga uppgifter i förhållande till den enda eller det fåtal som de har hand om.

Kontinuitet inom anhängvården innebär inte sällan detsamma som att vårdaren blir starkt bunden till den som hon eller han vårdar. Även det omvända gäller förstås: Vårdpersonen blir ju hänvisad till att för det mesta ha en och samma person i sin närhet. Sådana täta sociala relationer inbegriper vissa påfrestningar. Vi vill inte påstå att detta skulle vara något alltigenom negativt. Frågan är komplicerad och kan nog inte ges något entydigt svar. Kontinuiteten och bundenheten har både sina positiva och sina negativa sidor. Att vara anhängvårdare kan ibland innebära en livsuppgift som sätter det mesta av annat åsido. Det finns människor som är beredda att påta sig en sådan roll med allt vad den innebär och som gör det med »öppna ögon«. Vanligare är nog dock att man inte från början riktigt inser hela vidden av sitt åtagande eller att man inte upplever sig ha något val. Ofta, och framför allt för dem med äldre anhäng, börjar vårdåtgången med enklare uppgifter för att successivt bli mer omfattande.

En aspekt på personkontinuiteten inom anhängvården är att om vårdgivaren av en eller annan anledning slutar – kanske efter en lång följd av år – kan det vara svårt att hitta en passande ersättare. Att axla en roll som varit skriven för en given person är vanskligt. Det förtroende som har byggts upp mellan vårdgivare och vårdmottagare kan ha förvandlats till ett beroende som inte utan vidare låter sig upphävas. Anhängvård är med andra ord inte som ett vanligt lönearbete där man relativt lätt kan säga upp kontraktet om man av någon anledning inte vill fortsätta.

Begreppet bundenhet är mångfasetterat och svårdefinierat. Det ska inte här föras nå-

gon mer ingående begreppsdiskussion, men låt oss framhålla ett par aspekter. För det första kan bundenhet avse objektiva omständigheter, t.ex. att vårdpersonen inte kan klara av sina dagliga behov vad gäller på- och avklädning, måltider, hygien och toalettbesök utan ständigt måste ha hjälp med sådana uppgifter. För det andra kan bundenhet handla om subjektiva förhållanden, dvs. hur människor upplever sin situation. Det finns sannolikt något samband mellan objektiva och subjektiva förhållanden, men detta behöver inte vara linjärt. Två personer kan uppleva objektivt sett likartade villkor mycket olika.

Det är inte alldeles enkelt att uttala sig om huruvida intervju- eller enkät svar redovisar faktiska omständigheter eller om de uttrycker människors upplevelser. Om man exempelvis frågar anhängvårdare huruvida den person de vårdar kan lämnas några timmar eller längre tid utan tillsyn kan deras svar vara mer eller mindre uttryck för vad som faktiskt är möjligt, vad vårdpersonen själv skulle säga respektive vad de själva anser. De data som vi ska redovisa här har alla inslag av subjektiv karaktär.

Oavsett hur man värderar bundenheten i anhängvården är det möjligt att studera i vilken utsträckning den förekommer och vad det är för faktorer som ligger bakom. Syftet här är att närmare penetrera i vad mån anställda anhängvårdare är eller känner sig bundna i sitt arbete och vilka förhållanden som bundenheten sammanhänger med. I nästa avsnitt ska vi, efter några ord om den undersökning som artikeln bygger på, redovisa en del data kring vår grundläggande frågeställning.

Bundenhet bland anställda anhörigvårdare

Det projekt som ligger till grund för denna artikel finansieras av Socialvetenskapliga forskningsrådet och innehåller flera olika delundersökningar. Under våren 1993 gjordes en större enkätundersökning (en totalundersökning i 100 slumpmässigt utvalda kommuner eller kommundelar) där ca 1 400 anställda anhörigvårdare tillfrågades om sina arbetsvillkor och sin situation i övrigt. Dessa 1 400 personer motsvarade då mer än en femtedel av samtliga anställda anhörigvårdare.

Vår presentation här bygger på denna enkät till anställda anhörigvårdare. Enkäten besvarades av ungefär 85 procent av de ca 1 400 tillfrågade vilket innebär att vi har ett material om närmare 1 200 respondenter. Det är svaren från dessa personer som utgör basen för tabellerna i denna artikel. Andelen kvinnor uppgick till ca 85 procent bland de svarande. Att anhörigvårdarbete till helt övervägande delen är kvinnogöra bekräftas således omedelbart. Arbetsuppgifterna består – för både män och kvinnor – av en

blandning av hushållssysslor, personlig omvårdnad, sjukvårdande insatser och ofta ständig tillsyn.

Frågorna i enkäten berör många olika aspekter av anhörigvårdarnas situation. Vissa handlar om faktiska förhållanden, t.ex. antalet timmar för vilka man får betalt, ersättningen för arbetet och boendeförhållandena (om man bor ihop med den man vårdar). Andra gäller subjektiva faktorer, t.ex. motiven till att man valt att bli anhörigvårdare och upplevelsen av sådant som bundenhet, oro, tillfredsställelse och irritation.

Här kommer vi som sagt att koncentrera oss på bundenhet och vi ska börja med att se efter hur den kommer till uttryck i vårt material. Enkäten rymmer ett antal frågor som avser olika aspekter på svarspersonernas bundenhet eller upplevelse av bundenhet. Alla enkätsvar kring mer eller mindre subjektiva förhållanden ska tolkas med försiktighet och detta gäller också i vårt fall. Med den reservationen ska vi gå in på det empiriska materialet. I tabell 1 redovisas en del svar på fyra av frågorna i enkäten vilka utgör de centrala beroendevariablerna i denna artikel.

Tabell 1

Indikatorer på bundenhet i enkät till anställda anhörigvårdare 1993. Procent.

	Kvinnor	Män	Totalt
Säger sig inte alls eller bara kortare stunder kunna lämna sin anhörige utan att det finns någon annan hos honom/henne	60	60	60
Uppger sig alltid eller ofta känna bundenhet	74	69	73
Svarar nej på frågan om man någon gång kan känna sig helt ledig från arbetet som anhörigvårdare	63	74	64
Uppger sig vid ledighet sällan eller aldrig kunna koppla av utan att oroa sig för sin anhörige	60	63	60

Den första frågan som redovisas hade följande lydelse i enkäten: »Kan du lämna din anhörige utan att någon annan finns hos henne/honom under tiden?«. Svartalternativen var »nej, inte alls«, »ja, kortare stunder«, »ja, flera timmar« och »ja, flera dygn«. Här svarade 60 procent »inte alls« eller »kortare stunder«. En ytterst liten grupp valde alternativet »flera dygn«. Någon skillnad mellan män och kvinnor föreligger inte.

Nästa fråga gäller hur ofta respondenterna upplever bundenhet. De svartalternativ som erbjöds var »alltid«, »ofta«, »sällan« och »aldrig«. Av tabellen framgår att nästan tre fjärdedelar av respondenterna sade sig alltid eller ofta känna bundenhet. Samtidigt finns det alltså en ganska stor grupp, drygt en fjärdedel, som inte tycks göra det. En viss skillnad mellan könen kan noteras.

Kan man då som anhörigvårdare någon gång känna sig helt ledig från sitt arbete? Också svaren på den frågan återges i tabell 1. Svartalternativen var här helt enkelt »ja« och »nej«. En klar majoritet av respondenterna sade nej. Intressant är att andelen nej-svar var påtagligt högre bland männen än bland kvinnorna i materialet. Detta kan möjligen tolkas som att män har svårare att hantera situationen som anhörigvårdare.

Tabellen ger slutligen ytterligare en vinkling av ledighetsproblematiken genom följande frågeformulering: »Kan du, om du är ledig någon gång, koppla av utan att oroa dig för din anhörige?« Frågan är snarlik den närmast föregående, men den försöker fånga huruvida anhörigvårdare vid faktisk ledighet kan koppla av. Den övervägande delen av respondenterna (60 procent) angav att de vid ledighet aldrig eller sällan kan låta bli att bekymra sig på det sättet. Återigen kommer

känslan av bundenhet till uttryck men inte riktigt lika starkt. Könsskillnaden går åt samma håll som på föregående fråga men är svagare.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns markanta uttryck för bundenhet i vårt material. Vanligen har en stor majoritet (mellan 60 och 73 procent av respondenterna) på olika frågor avgett svar som indikerar att de i sitt arbete som anhörigvårdare är bundna eller upplever en bundenhet.

Låt oss här notera att det i enkäten också ingår en fråga om anledningen till att respondenterna blivit anhörigvårdare. Det i särklass vanligaste svaret var att det kändes »naturligt«. För kategorin föräldrar var det allra vanligaste svaret att man var förälder. Dessa resultat måste nog tolkas som att anhörigrelationer upplevs som förpliktigande på ett sätt som kanske inga andra mellanmänskliga relationer gör.

Familjeband skapar uppenbarligen förutsättningar för att, framför allt kvinnliga, anhöriga ska känna ett socialt tryck på sig att ställa upp som vårdare när någon behöver det. Men måste anhörigvårdarnas arbete därmed präglas av bundenhet? Kan inte samhälleliga insatser lätta på trycket? Svaret på den senare frågan bör rimligen vara ja, men det finns skäl att närmare undersöka vilka faktorer som ligger bakom bundenheten. Vad spelar exempelvis boendeförhållanden och (brist på) hjälp från kommunen för roll och vad betyder kraven från och samspelet med vårdpersonen? Vårt material har goda om än begränsade möjligheter att beakta olika typer av faktorer. Som en förberedelse inför den följande analysen ska vi här därför gå in på vilka dessa kan tänkas vara.

Bundenhetens tänkbara bestämningsskärningsfaktorer

Huruvida anhrigvårdare är eller upplever sig bundna i sitt arbete eller inte torde i hög grad sammanhänga med vårdpersonens handikapp eller sjukdom och hur allvarligt dennes tillstånd är. Många i vårt datamaterial har svåra handikapp eller sjukdomar och behöver ständig tillsyn och vård, medan andra i rätt stor utsträckning kan klara sig på egen hand och framför allt behöver praktisk hjälp. Vi har inga direkta uppgifter om hur allvarligt tillståndet är för vårdpersonen. Enkäten tillhandahåller visserligen information om slaget av handikapp eller sjukdom, men inom ramen för varje sådan typ finns det mycket stora variationer. Vad som emellertid finns är en del indirekta indikatorer. Svarepersonerna har bl.a. fått ange vilka arbetsuppgifter de utför. Det rör sig exempelvis om hjälp med personlig hygien, av- och påklädning, toalettbesök, blöjbyte och förflyttning.

En annan indikator på sjukdomens eller handikappets svårighetsgrad är den tid som anhrigvårdaren har tilldelats för sin uppgift. Det finns sannolikt något samband mellan vårdpersonens behov av ständig tillsyn och vård och den tid som anhrigvårdaren får betalt för. Visserligen föreligger stora variationer mellan olika kommuner vad gäller kriterier och behovsbedömningar, men vi har svårt att tro att den tilldelade tiden inte skulle ha något alls att göra med hur allvarliga vårdpersonernas handikapp eller sjukdomar är.

Det är emellertid inte självklart hur sambandet mellan den tilldelade tiden som anhrigvårdare och upplevelsen av bundenhet ser

ut. Är det så att de som har heltid som anhrigvårdare känner sig mer bundna än de som har kortare tid? Att ha kortare tid kan betyda större möjlighet att göra annat vid sidan om, men det kanske också innebär att pressen ökar – t.ex. om man ska hinna med både ett vanligt förvärvsarbete och arbetet som anhrigvårdare. Hur det egentligen förhåller sig måste undersökas empiriskt.

Motsvarande frågor kan ställas vad gäller kommunernas hjälp i form av avlösning eller liknande. Det borde vara anhrigvårdare med de tyngsta vårdinsatserna som i första hand får del av den typen av hjälp. I så fall skulle man kunna räkna med ett positivt samband mellan samhällelig avlösning och bundenhet. Bilden är dock något mer komplicerad. Den som får avlösning i sina vårduppgifter ges ju möjlighet att i alla fall för tillfället tänka lite mer på sig själv. Förutsättningen är förstås att man mentalt, i någon mån, kan frigöra sig från sina förpliktelser. Som framgått ovan har vi även frågor som kan belysa detta.

Vidare sammanhänger förmodligen känslan av bundenhet med om man anser att den hjälp man får från kommunen är tillräcklig eller skulle behöva vara mer omfattande. Enkäten innehåller uppgifter om andelen som svarat att de behöver mer hjälp från »samhället«, dvs. kommunen eller landstinget. Den andelen uppgår till en dryg femtedel. Ett intressant förhållande är att talen för männen ligger på en klart högre nivå än för kvinnorna. Detta kan ha att göra med att män är socialt sämre förankrade i närmiljön och har mindre stöd därifrån.

Med det senare resonemanget är vi inne på det faktum att den hjälp en anhrigvårdare kan få i sitt arbete ju inte behöver kom-

ma enbart från kommunen. I många fall är det släktingar, grannar och vänner som hjälper till. Omkring sex av tio anställda anhängvårdare har ett »privat« stöd på det sättet. Också denna hjälp kan tänkas ha betydelse för upplevelsen av bundenhet. Vi ska självfallet undersöka vad den spelar för roll.

Ytterligare ett exempel på en variabel som kan säga oss något beträffande svårighetsgraden i vårdpersonens handikapp eller sjukdom är vilken typ av relation mellan vårdperson och anhängvårdare det är fråga om. I de fall då det är föräldrar som vårdar sina barn handlar det vanligen om mycket grava handikapp. Detta kan emellertid också gälla i andra fall om än inte lika ofta.

En faktor som kan förmodas sammanhänga med graden av bundenhet är huruvida anhängvårdaren förvärvsarbetar vid sidan om (och i så fall i vilken omfattning). Den som har annat arbete är rimligtvis inte helt absorberad av uppgifterna som anhängvårdare. Samtidigt kan den situationen innebära ett dubbelarbete som skapar en starkare upplevelse av bundenhet. Tyvärr ger inte frågorna i enkäten någon tillfredsställande belysning av anhängvårdarnas övriga sysslor, men vi har en del uppgifter som med viss försiktighet går att utnyttja. I enkätformuläret ställdes frågan om vad svarspersonerna gjorde då de blev anställda anhängvårdare, dvs. om de då hade förvärvsarbete (på hel- eller deltid) eller om de var hemarbetande, pensionärer osv. Med hjälp av en annan fråga inhämtades information om vilka förändringar anhängvårdandet medfört beträffande sysselsättning. Dessa två frågor räcker dock inte till för att avgöra svarspersonernas sysselsättningsstatus vid enkättillfället, men genom att kombinera

dem och en del andra data i enkäten kan man göra en någorlunda tillförlitlig bedömning av huruvida svarspersonerna hade eller inte hade förvärvsarbete av annat slag.

En intressant fråga är vad kön betyder i sammanhanget. I litteraturen framhålls ofta att det är kvinnor som står för den särskilda »omsorgsrationalitet« som krävs för att vård och omsorg ska fungera på ett tillfredsställande sätt (se t.ex. Wærness 1984; Eliasson 1992).³ Också den här undersökningen kan verifiera det välkända faktum att kvinnor i betydligt större utsträckning än män tar på sig omsorgsuppgifter. Vi har redan kunnat konstatera att bara 15 procent av de anställda anhängvårdarna i vårt material är män. Det är med andra ord en rejäl överrepresentation av kvinnor i gruppen anställda anhängvårdare.

Men vad betyder detta för vad som här diskuteras? Ska man förvänta sig att kvinnor upplever sig mer bundna än män i sin roll som anhängvårdare? En sådan tolkning skulle kunna följa ur ett resonemang som går ut på att kvinnor känner större ansvar än män och att de lättare får dåligt samvete. Den tolkningen är emellertid inte självklar. För det första kan man tänka sig att de få män som faktiskt blir anhängvårdare är speciellt ansvars-kännande. Även om män i allmänhet inte särskilt ofta tar på sig omsorgs-

3 Eliasson menar att begreppet omsorgsrationalitet är adekvat för att beteckna vissa förhållningssätt, handlingsmönster m.m.. Hon reserverar sig dock mot att denna rationalitet ibland ses som ett »inneboende- och därmed oförstörbart – kvinnligt förnuft med inbyggda moraliska kvaliteter« (1992, s 175). För en utförligare diskussion och kritik av begreppet omsorgsrationalitet se Eliasson 1995, s 105-108.

uppgifter så kanske de som faktiskt gör det också anammar en omsorgsrationalitet av ungefär samma slag som kvinnor brukar tillskrivas. För det andra ska vi inte ta för givet att de som tar omsorgsansvar därigenom känner sig bundna. Om en individ mycket starkt har internaliserat omsorgsrationalitetens normer och värderingar kan det vara så självklart att ta hand om en anhörig som behöver vård att frågan om bundenhet inte framträder i vederbörandes medvetande. För att man ska uppleva sig bunden av någonting måste det finnas annat som man också vill göra.

Om omsorgstänkande ingår i kvinnornas könsidentitet blir det kanske extra viktigt för deras självkänsla att klara av vårdarbetet själva. Eftersom vårdansvar inte utgör ett lika centralt inslag i mäns socialisation upplevs måhända bundenheten mycket starkare trots att den faktiska situationen är likvärdig kvinnornas. Det kan betraktas som något som egentligen inte är deras sak. Man kan också tänka sig att vårdtagaren är mindre krävande mot en manlig anhörig just därför att det inte är lika självklart att män ska vårda.

Boendeförhållanden torde vara en annan viktig variabel. Anhörigvårdare som bor ihop med den de vårdar har sina arbetsuppgifter i sin omedelbara närhet. Separat bostad innebär, på motsvarande sätt som ett förvärvsarbete vid sidan om, att den vårdgivande individen blir mindre låst. Detta bör återspeglas i hans eller hennes uppfattningar om sin situation.

En omsorgsrelation innebär interaktion mellan vårdgivare och vårdmottagare och mellan dem och en del andra aktörer vilket också är något som behöver beaktas. Att i en enkät fånga detta samspel, denna socialpsykologiska dimension, är inte alldeles enkelt, men i tabell 2 redovisas svaren på några frågor vilka berör aspekter av det nämnda slaget. Det handlar här om anhörigvårdarnas relation till och interaktion med sin vårdperson och om huruvida de litar på att andra kan göra samma hjälpinsatser som de själva. Man kan eventuellt hävda att dessa svar är indikatorer på bundenhet, men en annan tolkning är att de är omständigheter som kan förklara upplevelsen av bundenhet. Vi kommer att ta den senare tolkningen som utgångspunkt.

Den första sifferraden i tabellen anger

Tabell 2

Svar på vissa frågor i enkät till anställda anhörigvårdare 1993. Procent.

	Kvinnor	Män	Totalt
Uppger att den anhörige alltid eller ofta ställer krav på att just anhörigvårdaren ska finnas till hands	67	70	67
Har mycket eller ganska svårt att säga nej när den anhörige vill ha hjälp med något som han/hon egentligen skulle kunna göra själv	56	53	55
Har mycket eller ganska svårt att lita på att andra kan ge samma omsorg och hjälp	44	52	45

den andel bland anhörigvårdarna som sade sig uppleva krav från vårdpersonen att just de alltid ska finnas till hands. Svartalternativen var här, liksom på en del andra frågor i vår enkät, »alltid«, »ofta«, »sällan« och »aldrig«. Som vi kan se är upplevelsen av sådana krav mycket utbredd. Två tredjedelar av respondenterna uppgav sig alltid eller ofta känna detta tryck från vårdtagaren.

Därefter redovisas svaren på en fråga om man har lätt eller svårt att säga nej till den man vårdar om denne vill ha hjälp med sådant som han eller hon egentligen borde klara själv. Drygt hälften sade sig ha mycket eller ganska svårt att säga nej i sådana situationer. Den empiriska analysen får utvisa vad detta innebär beträffande upplevelsen av bundenhet.

Slutligen kommer uppgifter om huruvida man som anhörigvårdare har lätt eller svårt att lita på andras hjälp. Sifforna blir här något lägre än på föregående fråga, men det är i alla fall inte långt från hälften som sade att de hade mycket eller ganska svårt att lita på andras hjälp.

Framställningen i detta avsnitt pekar på många slags omständigheter som kan ha betydelse för huruvida anhörigvårdare upplever sig bundna. Vi har ovan tagit upp ett antal faktorer som vi anser vara intressanta, men det finns även andra som bör beaktas, t.ex. anhörigvårdarens respektive vårdpersonens klasstillhörighet, ålder och ursprungsland, och det har också gjorts. Det skulle emellertid föra för långt att här gå in på varje variabel som prövats i databearbetningen. I stället är det dags att börja redovisa resultaten.

Analys: bundenhetens korrelat

I undersökningen av hur de olika bundenhetsdimensionerna samvarierar med andra faktorer har vi använt logistisk regression. Fördelen med den metoden är att den tillåter analyser också med dikotoma beroendevariabler. I detta fall är beroendevariablerna antingen dikotoma eller också lämpar de sig väl för en dikotomisering. Tabellerna nedan anger oddskvoter ($\text{Exp}(B)$) för olika kategorier, dvs. »risken« att en viss kategori ska ha svarat på ett visst sätt jämfört med motsvarande risk för en referenskategori, samt huruvida förekommande skillnader är statistiskt signifikanta.

Trots de teoretiska resonemang vi fört ovan får analysen i viss mån sägas vara induktiv till sin karaktär. Den måste också betraktas som preliminär. Materialet rymmer oerhört många analysmöjligheter och vi vill inte hävda att alla dessa är uttömda. Den följande presentationen kommer att koncentreras på de aspekter som framstår som mest väsentliga.

I tabell 3 finner vi till att börja med resultat som anger betydelsen av olika arbetsuppgifter som anhörigvårdare brukar utföra. De anhörigvårdare som hjälper till med av- och påklädning, toalettbesök samt blöjbyte har i högre grad än andra sagt att de inte alls eller bara kortare stunder kan lämna vårdpersonen utan tillsyn. Däremot har de nämnda omständigheterna tämligen liten betydelse för de övriga beroendevariablerna. Särskilt anmärkningsvärt är att variabeln hur ofta man upplever bundenhet inte alls förefaller påverkas. Endast beträffande svårigheter att koppla av vid ledighet får vi ett

signifikant samband, men det går då i motsatt riktning. De övriga två arbetsuppgifterna som nämns i tabellen (skötsel av personlig hygien och hjälp med förflyttning) ger emellertid utslag på variablerna svårighet att koppla av vid ledighet (båda oberoendevariablerna) och svårighet att någon gång känna sig helt ledig (den ena oberoendevariabeln).

Vidare kan vi i tabellen se vilken betydelse den tilldelade arbetstiden som anhörigvårdare har. Respondenter med heltid (minst 35 timmar per vecka) säger i större utsträckning än referenskategorin med kort deltid (mindre än 17 timmar per vecka) att deras anhörige inte alls eller bara en kortare stund kan lämnas ensam. Arbetstiden uppvisar dock inga signifikanta samband med de tre övriga beroendevariablerna – i varje fall inte när andra här redovisade variabler hålls under kontroll. Den rimliga tolkningen verkar vara att den tid en anhörigvårdare får betalt för är en indikator på det omsorgsbehov som föreligger.

Motsvarande resonemang måste föras också för nästa variabel: förekomsten av samhällelig hjälp förutom den ekonomiska ersättningen för anhörigvårdsarbetet. De som har sådan hjälp (avlösning m.m.) har i större utsträckning än andra angett att deras anhörige inte alls eller bara kortare stunder kan lämnas ensam och de har oftare uppgett sig känna bundenhet. Att kommunen bidrar med hjälp kan knappast öka svårigheten att lämna vårdpersonen eller göra känslan av bundenhet starkare. Snarare måste resultaten tolkas som att sådana samhälleliga stödinsatser indikerar stora omsorgsbehov.

Det finns ytterligare några kommentarer

att göra här. Den ena är att varken tilldelad arbetstid som anhörigvårdare eller det faktum att man har samhällelig hjälp utöver lönen uppvisar något signifikant samband med de övriga tre respektive två beroendevariablerna i tabell 3. Beträffande anhörigvårdarnas upplevelse av att vid ledighet kunna koppla av ligger emellertid variabeln samhällelig hjälp nära signifikansgränsen. Det intressanta är dock inte detta i sig utan att sambandet pekar i motsatt riktning. Om vi hade fått ett statistiskt hållbart samband skulle vi ha kunnat tillskriva hjälpen en »frigörande« funktion.

En annan kommentar gäller förekomsten av hjälp från den närmaste omgivningen: andra släktingar, grannar, vänner. Vi har testat denna variabel gentemot samtliga beroendevariabler men inte fått något signifikant utslag. Den informella stödstrukturens betydelse framträder alltså inte i denna analys. Vi ska därav inte dra slutsatsen att denna stödstruktur är allmänt betydelselös, men dess inverkan på de bundenhetsdimensioner vi här talar om har inte kunnat beläggas. Ett skäl till våra resultat kan vara att vårdtagarna i vår undersökning i allmänhet har så stora hjälpbehov att det informella stödet inte kan ersätta anhörigvårdaren i någon större utsträckning. Däremot kan detta ha en viktig psykologisk funktion.

Vad som däremot visade sig ha stor betydelse är upplevt hjälpbehov. Som tidigare framgått tillfrågades anhörigvårdarna om huruvida de ansåg sig behöva mer hjälp från kommunen eller om de hade tillräcklig hjälp eller inte behövde någon. Andelen som gav uttryck för ett otillfredsställt behov var drygt en femtedel. Denna faktor tycks vara synnerligen väsentlig för upplevelsen av

Tabell 3

Faktorer relaterade till olika bundenhetsvariabler. Enkät till anställda anhörigvårdare 1993. Logistisk regression. Exp (B).

	Säger sig inte alls eller bara kortare stunder kunna lämna vårdpersonen utan tillsyn	Känner alltid eller ofta bundenhet	Kan inte någon gång känna sig helt ledig	Kan vid ledighet inte koppla av utan att oroa sig för vårdpersonen
Arbetsuppgifter (referenskategori är för var och en av nedanstående variabler de som inte angett att de utför uppgiften)				
Skötsel av personlig hygien	0.8	1.3	1.7*	2.1***
Av- och påklädning	2.1**	1.0	0.6	0.6*
Hjälp med toalettbesök	2.2***	1.2	1.2	1.0
Blöjbyte	2.5***	0.8	1.1	1.0
Hjälp med förflyttning	1.2	1.5	1.3	1.6*
Arbetstid som anhörigvårdare	*			
Heltid	1.8*	1.4	0.9	1.0
Lång deltid	1.4	1.1	0.9	1.1
Kort deltid (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0
Samhällelig hjälp utöver ek. ersättning				
Har sådan hjälp	1.7**	1.7**	0.8	0.7
Har inte sådan hjälp (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0
Behov av hjälp från samhället				
Behöver mer hjälp	ingår ej	2.9***	1.9**	2.7***
Behöver ej hjälp (ref)		1.0	1.0	1.0
Boende	***		**	
Bor ihop	5.1***	1.6	2.7***	2.2**
Bor i samma fastighet	2.6*	1.6	2.5*	2.0
Bor nära	1.1	1.3	1.8*	1.5
Bor längre bort (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0
Relation	***		***	**
Make/a-maka/e	0.5	1.1	1.5	2.6**
Barn-förälder	0.8	1.1	1.4	1.8*
Förälder-barn	2.5**	0.8	0.6	1.2
Övriga (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0
Anhörigvårdarens kön				
Kvinna	2.3***	2.1**	0.9	1.4
Man	1.0	1.0	1.0	1.0
Sysselsättning före anställning som anhörigvårdare	ingår ej		ingår ej	ingår ej
Förvärsarbete		1.6*		
Annat (ref)		1.0		
Vårdpersonen kräver att just anhörig- vårdaren ska finnas till hands				
Alltid eller ofta	1.5*	2.6***	2.3***	2.5***
Sällan eller aldrig (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0
Svårighet att säga nej då vårdpersonen vill ha hjälp med något som han/hon egentligen skulle klara själv				
Mycket eller ganska svårt	0.8	1.5*	1.4*	2.0***
Mycket eller ganska lätt (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0
Svårighet att lita på andras omsorg och hjälp				
Mycket eller ganska svårt	1.4	1.2	1.8***	2.8***
Mycket eller ganska lätt (ref)	1.0	1.0	1.0	1.0

Signifikansnivåer: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

bundenhet. Vi har inte använt variabeln hjälpbehov vid analysen av den första beroendevariabeln eftersom den knappast kan förklara huruvida man kan lämna sin anhörige ensam, men för de övriga tre beroendevariablerna är sambanden starka. Risken att de som uppgett sig behöva mer hjälp ska svara att de alltid eller ofta känner sig bundna är avsevärt större än för andra. Otillräcklig hjälp är alltså en viktig faktor bakom upplevelsen av bundenhet.

Om vi fortsätter nedåt i tabell 3 kommer vi till frågan om boende. Variabeln har tilldelats fyra värden avsedda att fånga det bostadsmässiga avståndet mellan anhängvårdarna och deras vårdpersoner. En anhängvårdare kan antingen bo ihop med vårdpersonen, i samma fastighet, på gångavstånd eller längre bort. Att detta är en viktig dimension kan knappast förvåna. Ju längre del av dygnet man som anhängvårdare befinner sig nära vårdpersonen desto mer bunden kan man förväntas vara. Som framgår av tabellen har boendesituationen betydelse för alla beroendevariabler utom – förvånansvärt nog – den som avser hur ofta man känner bundenhet (även här går dock skillnaderna i förväntad riktning, men de är inte signifikanta).

I enkäten ingår också en fråga om huruvida man kan sova ostört på natten (enbart till svarpersoner som bor ihop med den de vårdar). En betydande andel svarade att de vanligen inte kan det. Vi har också testat denna variabel och den ger stora utslag om den får ersätta boendevariabeln. Svårigheten att sova ostört är emellertid bara en delaspekt på boendet. Den senare variabeln fångar på ett bättre sätt den fysiska bundenheten och ger därför i allmänhet också klarare utslag i våra analyser.

Typ av relation mellan vårdgivare och vårdmottagare kommer närmast i tabellen. Vi använder också här en indelning i fyra kategorier. Det kan röra sig om en relation mellan makar, mellan ett barn och en förälder, mellan en förälder och ett barn samt mellan andra kategorier (t.ex. en sonhustru som tar hand om någon av makens föräldrar). Som synes föreligger ett signifikant resultat för kategorin föräldrar som vårdar barn när det gäller huruvida man anser sig kunna lämna vårdpersonen utan att någon annan finns närvarande. Vi vet att i många av dessa fall rör det sig om individer som behöver mycket för att inte säga ständigt tillsyn. Vad gäller möjligheterna att vid ledighet koppla av framträder emellertid en helt annan bild. Där finner vi faktiskt störst problem bland gifta par och därefter bland barn som vårdar föräldrar. Beträffande svårigheten att känna sig helt ledig är mönstret likartat även om resultaten är signifikanta bara för variabeln som helhet och inte för enskilda variabelvärden.

Kön är en oberoendevariabel som visar sig vara statistiskt signifikant i två avseenden. Kvinnliga anhängvårdare är mer benägna än manliga att säga att deras anhörige inte alls eller bara kortare stunder kan lämnas ensam. Kvinnor uppger också i större utsträckning att de alltid eller ofta känner bundenhet. Det finns två möjliga tolkningar av dessa resultat. En går ut på att det framför allt är kvinnor som har hand om personer med mycket stora vård- och tillsynsbehov. Alternativet är att kvinnor i allmänhet – oberoende av vårdtyngd – har en annan inställning till arbetet. Väl att märka finns det inga signifikanta könsskillnader vad gäller möjligheterna att någon gång känna sig helt

ledig respektive koppla av vid ledighet. Detta talar snarast för den förra tolkningen, dvs. den att kvinnorna har en större omsorgsbörda. I annat fall borde ju kvinnorna också ha svårare för att känna sig lediga och koppla av.

En omständighet som har betydelse för hur ofta man upplever bundenhet (vi har bara relaterat den till den variabeln) är samsättning före anställningen som anhörigvårdare. De som har haft förvärvsarbete tidigare svarade i betydligt större utsträckning än andra – t.ex. de som varit hemarbetande – att de alltid eller ofta kände sig bundna. Att ha haft jobb utanför hemmet förefaller med andra ord medföra en annan inställning i detta avseende. Däremot har vi inte lyckats belägga att förvärvsarbete vid enkättilfället skulle spela någon väsentlig roll. Visserligen är som ovan påpekats informationen på denna punkt inte helt tillfredsställande, men den uppskattning vi gjort borde ändå ha kunnat räcka för att påvisa ett eventuellt samband.

Längst ner i tabellen följer tre variabler som vi känner igen från tabell 2 och som närmast är av socialpsykologisk karaktär. De rör relationen och interaktionen mellan anhörigvårdaren och dennes vårdperson liksom frågan om man kan lita på andras hjälp. Den första av dessa tre variabler är den som ger flest och tydligast utslag i våra databearbetningar. Krav från vårdpersonernas sida att just deras anhörigvårdare ska finnas tillgänglig verkar bidra till att skapa bundenhet på olika sätt. Alla sambanden utom ett är signifikanta på den mest krävande nivån.

Nästa variabel avser svårigheten att säga nej när vårdpersonen vill ha hjälp med något som han eller hon egentligen skulle klara

själv. Sambanden gäller här endast de tre senare av beroendevariablerna och de är inte riktigt lika starka. Likväl uppvisar de som uppgett sig ha mycket eller ganska svårt att säga nej till sin anhörig en högre grad av bundenhet än de som inte svarat så.

Slutligen kommer variabeln som syftar till att mäta hur lätt eller svårt anhörigvårdarna upplever sig ha att lita på andras omsorg. Den uppvisar signifikanta samband med huruvida respondenterna verkar kunna känna sig lediga från vårdarbetet och vid ledighet koppla av utan att oroa sig för sin anhörig.

En viktig slutsats är att det tycks finnas en tendens att de tre senast behandlade oberoendevariablerna framför allt har betydelse för de subjektiva dimensionerna av bundenhet (dvs. hur ofta man upplever bundenhet, om man någon gång kan känna sig helt ledig och om man vid ledighet kan koppla av utan att oroa sig för sin anhörig) samtidigt som de variabler som fångar arbetsuppgifterna primärt ger utslag beträffande den något mer »objektiva« frågan om man kan lämna sin anhörig utan tillsyn. Innebörden här är bl.a. att anhörigvårdarnas upplevelse av sin situation i hög grad påverkas av vårdpersonens krav, medan arbetsuppgifterna i sig därvid har en mindre framträdande roll. Detta är ett av undersökningens intressantaste resultat.

Frågan är hur utfallen på de tre variablerna som mäter kravet på att anhörigvårdare alltid ska finnas till hands, svårigheten att säga nej till vårdpersonen och svårigheten att lita på andras hjälpinsatser ska förklaras. Vi ska avsluta den empiriska redovisningen med att se efter om det finns något mer objektivt som de kan föras tillbaka på. I ännu

högre grad än tidigare blir analysen här in-
duktiv till sin karaktär. Vi har delvis utgått
från samma oberoendevariabler som i den
föregående analysen men också lagt till nå-
gra nya. Resultaten presenteras i tabell 4.

Till att börja med kan vi notera att kön
liksom en del andra variabler inte ger några
signifikanta resultat och därför inte tagits
med i tabellen. Däremot finns det ett sam-
band mellan varaktigheten i anställningen
som anhörigvårdare och förekomsten av
krav på att just vårdgivaren ska finnas till
hands. Vi har gjort en enkel tudelning vid
två års anställningstid eftersom det förefal-
ler gå en kritisk gräns där. Man bör observe-

ra att åtskilliga rätt länge har utfört samma
arbete obetalt innan de blev anställda varför
denna variabel är något osäker. Likväl får vi
ett tydligt utslag. De som haft kortare an-
ställningstid än två år upplever betydligt
mindre ofta att deras anhöriga ställer krav
på just deras närvaro.

En annan variabel som har viss betydelse
är typ av relation. Föräldrar som vårdar barn
upplever i större utsträckning än referens-
kategorin att vårdpersonen har krav på att
de alltid ska finnas till hands. Dessutom har
de påtagligt svårare att lita på andras hjälp
och omsorg. Samtidigt har de emellertid
klart lättare att säga nej till sonen eller dot-

Tabell 4

*Faktorer relaterade till anställda anhörigvårdares uppfattningar om förhållandet till sin
vårdperson och sin omgivning. Enkät 1993. Logistisk regression. Exp (B).*

	Vårdpersonen har alltid eller ofta krav på att just anhörigvårdaren ska finnas till hands	Har mycket eller ganska svårt att säga nej till vård- personen rörande sådant som denne borde klara själv	Har mycket eller ganska svårt att lita på att andra kan ge samma omsorg och hjälp
Anställningens varaktighet			
Mindre än två år	0.6**	0.8	1.0
Två år eller mer (ref)	1.0	1.0	1.0
Relation		**	***
Make/a-maka/e	1.7	0.6	1.4
Barn-förälder	1.5	0.7	1.4
Förälder-barn	1.9*	0.4***	2.6***
Övriga (ref)	1.0	1.0	1.0
Boende			***
Bor ihop	1.1	1.0	2.0**
Bor i samma fastighet	1.2	0.7	2.8**
Bor inom gångavstånd	0.7	1.1	1.0
Bor längre bort (ref)	1.0	1.0	1.0
Anhörigvårdarens ålder	**	*	
-34	0.7	0.7	0.9
35-44	0.5*	0.5**	0.7
45-54	0.5*	0.7	1.0
55-64	1.0	0.9	1.0
65- (ref)	1.0	1.0	1.0
Anhörigvårdarens ursprung			
Invandrare	1.2	1.3	2.8***
Ej invandrare (ref)	1.0	1.0	1.0

Signifikansnivåer: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

tern rörande sådant som dessa borde klara själva.

Boendeformen är också en väsentlig faktor. Här är effekten emellertid begränsad till en enda av beroendevariablerna. De som bor ihop med eller i samma fastighet som dem de vårdar har svårare än referenskategorin (bor längre bort än gångavstånd) att lita på andras hjälp. Förvånansvärt nog är det inte de som bor ihop utan de som bor i samma fastighet som utmärker sig mest. Bland de senare, som för övrigt utgör en relativt liten grupp, finns det en överrepresentation av barn som vårdar föräldrar.

Anhörigvårdarens ålder är relaterad till upplevelsen att vårdpersonen kräver att just anhörigvårdaren ska finnas närvarande. Det tycks vara mindre vanligt att personer i medelåldern (35-54 år) har sådana fordringar på sig. De som befinner sig i sin mest yrkesaktiva period verkar med andra ord ha lättare att slippa undan kravet på att ständigt finnas till hands. Vidare är anhörigvårdare i åldern 35-44 år de som har minst svårt att säga nej till vårdpersonen när denne vill ha hjälp med något som han eller hon egentligen skulle kunna klara av själv.

Till sist kan vi notera att invandrare markant skiljer sig från svenskar beträffande svaren på frågan om man kan lita på andras hjälp och omsorg. Invandrare uppvisar därvid betydligt mindre tillit till omgivningen. Detta är sannolikt relaterat till bl.a. kulturella skillnader, språkproblem och annorlunda föreställningar om familjens ansvar.

Avslutning

Betald anhörigvård innebär att sjuka, handikappade och gamla får vård av någon närstå-

ende person och att kommunen svarar för ett ekonomiskt stöd, vanligen i form av anställning. Det rör sig således om en blandform som kombinerar närståendes engagemang med att arbetet betalas. Anhörigvårdens kanske viktigaste kännetecken ligger i hög personkontinuitet. Det är i princip samma person som hela tiden står för vårdarbetet, låt vara att hon eller han ibland får avlösning via kommunen eller den närmaste omgivningen. Kontinuitetens baksida är den bundenhet som följer av den täta kontakten mellan vårdgivare och vårdmottagare.

I vår enkätundersökning bland anställda anhörigvårdare hävdade flertalet att de gått in i sina vårduppgifter därför att detta kändes »naturligt«. Familjeband spelar uppenbarligen en så viktig roll i människors liv att de ofta känns självklara. Det blir då lätt att ta dessa band för givna utan att reflektera över deras innebörd och konsekvenser. Mot den bakgrunden kan det för många i dag vara en självklarhet att bli anhörigvårdare, men så är det naturligtvis inte för alla – i varje fall inte för dem som stått inför valet att bli anhörigvårdare men avstått. Huruvida dessa personer valt bort vårdrollen för att undvika bundenheten är något som vi här inte har någon information om. Samtidigt kan det vara så att somliga i stället väljer att bli anhörigvårdare av liknande skäl – för att den tänkbara alternativa försörjningen, t.ex. ett rutinarbete av något slag, framstår som sämre. De som blir anhörigvårdare kommer emellertid med stor sannolikhet att så småningom bli eller uppleva sig som bundna på olika sätt.

Bland de anställda anhörigvårdarna är kvinnorna klart överrepresenterade och de skiljer sig också i vissa avseenden från män i

sina enkätsvar. Dessa skillnader måste i första hand tolkas som uttryck för att kvinnorna sköter personer som är mer vårdkrävande. Om så inte vore fallet borde de också ha svårare att över huvud taget känna sig lediga och att vid ledighet kunna koppla utan att oroa sig för sin anhörige, men på de båda senare punkterna finns inga könsskillnader.

Bakom bundenheten ligger många slags faktorer. Vår undersökning visar att den bl.a. är relaterad till arbetstid som anhörigvårdare och till samhällelig hjälp därutöver. Detta betyder rimligen att kommunernas insatser träffar någorlunda rätt inom kategorin anhörigvårdare. Det verkar vara anhörigvårdarna vars vårdtagare har stora omsorgsbehov som får både de längre betalda arbetstiderna och stödinsatserna vid sidan om. Om kommunerna också prickar in de verkliga behoven när vissa blir anställda anhörigvårdare och andra inte blir det är däremot en helt annan fråga som inte berörs här.

Att de kommunala insatserna träffar någorlunda rätt bland anhörigvårdarna innebär inte att de är tillräckliga. Något mer än en femtedel av våra respondenter har angett

att de skulle behöva mer hjälp från samhällets sida. Det är också i hög grad dessa personer som upplever sig bundna i sin situation.

Det tycks alltså behövas ytterligare samhälleliga insatser för att den bundenhet som många anhörigvårdare upplever ska kunna reduceras. Samtidigt finns det förhållanden som är mycket svåra att rå på. När människor t.ex. hävdar att deras anhörige kräver att just de ska finnas till hands och när anhörigvårdare har svårt att lita på andras hjälp och omsorg så är det inte alldeles enkelt för kommunen att intervensera. Vi menar emellertid att det är möjligt att motverka sådana förhållanden genom att erbjuda hjälp på ett tidigt stadium.

Utan anhöriga och andra närstående som är beredda att ställa upp när sjukdom och handikapp drabbar skulle samhället stå inför mycket svårlösta uppgifter. Om man också fortsättningsvis ska kunna förlita sig på anhörigvårdares insatser krävs olika former av samhälleligt stöd så att både vårdgivare och vårdmottagare kan leva under rimliga villkor.

Referenser

- Edebalk, Per Gunnar, Samuelsson, Gillis & Ingvad, Bengt (1993). »Hur pensionärer rangordnar kvalitetsgenskaper i hemtjänsten«. *Nordiskt Socialt Arbete* nr 3.
- Eliasson, Rosmari (1992). »Kvinnors arbete, omsorgsapparaten och välfärdsstaten«. I Eliasson, Rosmari (red). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Arkiv, Lund.
- Eliasson, Rosmari (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Studentlitteratur, Lund.
- Jeppsson Grassman, Eva (1993). »Frivilliga insatser i Sverige – en befolkningsstudie«. I SOU 1993:82. *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Rapport från socialtjänstkommittén.
- Johansson, Lennarth (1991). *Caring for the Next of Kin. On Informal Care of the Elderly in Sweden*. Department of Social Medicine, Uppsala (akademisk avhandling).
- Larsson, Patrik (1996). *Hemtjänsten ur tre perspektiv – en studie bland äldre, anställda och ledning*. Monografi nr 59. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet (akademisk avhandling).
- Mossberg, Ann-Britt & Tegner, Elisabeth (1988). »Vårdupplevelser bland äldre i Kortedala. En intervjuundersökning«. I *Äldrestudien. Delrapport*

- ter. Göteborgs sjukvård, Socialtjänst Göteborg och Göteborgs stadskansli.
- Qureshi, Hazel (1990). »Boundaries between formal and informal caregiving work«. I Ungerson, Clare (red). *Gender and Caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. Harvester Wheatsheaf, London.
- Samuelsson, Gillis, Edebalk, Per-Gunnar & Ingvad, Bengt (1993). *Pensionärers värdering av kvaliteten i sin hemtjänst. En studie i tre olika kommuntyper*. Gerontologiskt centrum, Lund.
- SCB (1994). *Statistiska meddelanden*. »Social hemhjälp och hemsjukvård den 31 december 1993 samt social hemhjälp november 1993«. S 21 SM 9401.
- SOU 1987:21. *Äldreomsorg i utveckling*. Betänkande av äldreberedningen.
- SOU 1991:46. *Handikapp. Välfärd. Rättvisa*. Betänkande av 1989 års Handikapputredning.
- Sundström, Gerdt & Berg, Stig (1988). *Vad har egentligen hänt inom äldreomsorgen? Har vård i hemmet ersatt institutionsvården?* Rapport till trygghetsrådet nr 69. Institutet för gerontologi, Jönköping.
- Sundström, Gerdt & Cronholm, Inger (1988). *Hemtjänsten: De äldsta vårdtagarna och omsorgsapparaten*. Institutet för gerontologi i Jönköping. Rapport nr 68.
- Sundström, Gerdt (1980). *Omsorg oss emellan – omsorg i informella relationer förr, nu och i framtiden*. Sekretariatet för framtidsstudier. Liber-Förlag, Stockholm.
- Sundström, Gerdt (1984). *De gamla, deras anhöriga och hemtjänsten*. Rapport i socialt arbete nr 22. Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Szebehely, Marta (1994). »Ger minskad offentlig omsorg varmare relationer?« *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 4.
- Szebehely, Marta (1995). *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Arkiv förlag, Lund (akademisk avhandling).
- Wærness, Kari (1982). »Familien«. I Wærness, Kari & Christie, Vigdis (red). *Det moderne Norge. Bind 2. Samliv og nærmiljø*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Wærness, Kari (1983). *Kvinnor och omsorgsarbete*. Prisma, Stockholm.
- Wærness, Kari (1984). »The Rationality of Caring«. *Economic and Industrial Democracy* nr 2.

Summary

Care responsibility and some of its consequences

In 1993 about six thousand persons in Sweden were paid by the local government to care for their elderly or disabled relatives. This article is based on a survey from a sample of these care-givers, the vast majority of whom are women. The sample included about 1400 individuals and the response rate was approximately 85 per cent. The key issues in the article are to what extent care-givers experience a lack of freedom because of their responsibilities and how to account for this. Feelings of being constrained appear to be common among respondents. For example, a large majority declared that they could only leave their relatives for a brief period of time and that they always or at least often felt tied down. There are many factors behind these results. Our data sug-

gest that the heavier the duties of the care providers are (as reflected in their work tasks and in the support provided by the local authorities) the more they feel constrained. Some respondents also complained that they did not get enough assistance from the local authorities in their work. Insufficient assistance turned out to be a significant factor behind the sense of being tied down. Other important variables are housing conditions (above all whether care-givers and relatives live together or not), type of relationship (spouse-spouse, parent-child, child-parent or other kind of relation), and demands from the relative in need of care. We also found that gender, previous gainful employment, and trust in other care-givers were factors of significance.

ANDRA NORDISKA SYMPOSIET OM FORSKNING OCH PRAXIS

Socialt arbete . Social omsorg . Socialpedagogik

I ETT FÖRÄNDERLIGT SAMHÄLLE

Institutionen för social omsorg vid Vårdhögskolan i Malmö i samarbete med YFB, Yrkesföreningen för behandlingspersonal, inbjuder härmed forskare och praktiker från Norden till symposium med fokus på förhållandet mellan forskning och praxis inom socialvetenskaperna. Det är vår förhoppning att forskare, universitets- och högskolelärare samt praktiker på olika nivåer ska delta och bidra till Brobygget mellan forskning och praxis.

Vi önskar er alla välkomna till Malmö den 20–22 november 1997!

Detta är det andra nordiska symposiet. Det första hölls i Trondheim, Norge 1996. Det övergripande syftet med symposiet är att fortsätta den diskussion som startade i Trondheim d v s att uppmuntra till problematisering och samtal kring förhållandet mellan forskning och praxis inom det sociala arbetet eller det socialvetenskapliga fältet. I bästa fall kan symposiet också tjäna som inspiration för fler praktiker att ge sig in i den sociala forskningsvärlden i framtiden.

Avsikten med symposiet är att skapa en mötesplats för forskare och praktiker och att denna, på ett fruktbart sätt, ska bidra till vår gemensamma kunskapsutveckling. Vi ber därför forskare att presentera pågående eller avslutade forskningsprojekt som praktiker i seminarieform kommer att problematisera kring. Vi ber också praktikerna att presentera projektidéer som forskarna kan kommentera och eventuellt föreslå en relevant forskningsdesign för. Det är vår ambition att hålla öppet för ämnesområden som sträcker sig från barndomen till ålderdomen.

Vi ber härmed alla som kan tänka sig att delta med en presentation kring ovanstående teman att sända in beskrivning/abstracts angående sina paper senast den 14 mars 1997.

Efter vår genomgång av insända abstracts kommer vi att kontakta respektive författare/presentatör inför utformningen av programmet.

För planeringens skull ber vi även de som *inte* tänker delta med egen presentation, men som ändå önskar delta i symposiet, att insända nedanstående svarskupong för att direkt erhålla vidare information om vårt nordiska symposium.

Anmälan skickas till:

Symposiet Brobygget

Inst för social omsorg, Vårdhögskolan

Spårvägsgatan 9

214 27 MALMÖ SVERIGE

Tfn 040 - 34 36 69, Faxnr 34 36 75

Namn: _____ Titel: _____

Adress: _____

Arbetsplats: _____

Telefonnr/dagtid: _____ Faxnr: _____

E-mailadress _____

Jag önskar få tillsänt mig vidare information om symposiet!

Jag bifogar en kort beskrivning/abstract av mitt bidrag till symposiet!