

NR 2001:16

Gränser i omsorgsarbete

En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet

Wanja Astvik, Eva Bejerot och Inga-Lill Petterson

ARBETE OCH HÄLSA | VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-617-8 ISSN 0346-7821 <http://www.niwl.se/>



Arbetslivsinstitutet

Arbete och Hälsa

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

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

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

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

ARBETE OCH HÄLSA

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

© Arbetslivsinstitutet & författare 2001
Arbetslivsinstitutet,
112 79 Stockholm

ISBN 91-7045-617-8
ISSN 0346-7821
<http://www.niwl.se/>
Tryckt hos CM Gruppen, Bromma

Förord

Denna rapport bygger på enkätdata insamlade inför ett förändringsprojekt "Medarbetarutveckling inom äldreomsorgen" i Solna kommun. Projektet har finansierats av Solna stad och Svenska EU-programmet. Förvaltningschef Liane Wallerstedt-Johansson och verksamhetschef Hans-Åke Donnersvärd är projektansvariga inom kommunen. Utvärdering och studier inom ramen för projektet sker i samarbete mellan forskare vid Stockholms läns landstings Yrkesmedicinska enhet, Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutet. Denna rapport har författats av Wanja Astvik och Eva Bejerot, Arbetslivsinstitutet, tillsammans med Inga-Lill Petterson, Yrkesmedicinska enheten.

Vid Arbetslivsinstitutet har en rad studier av arbetsvillkor, organisation och hälsa inom äldre och handikappomsorgen genomförts. I *Arbete och Hälsa* 2000:2 publicerades den kvalitativa studien *Specialister eller generalister? Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst och boendestödsverksamhet* (Astvik & Aronsson). Föreliggande studie utgör en fortsättning och prövning av den studiens resultat. Tack vare att frågor om klientgrupper och arbetsuppgifter kunde inkluderas i projektets enkät gavs ett tillfälle att pröva resultaten med en annan forskningsmetod och på en större undersökningsgrupp.

Ett tack till projektgruppen för bra samarbete och till alla deltagare som tagit sig tid att besvara enkätfrågorna.

Stockholm i november 2001

Gunnar Aronsson
Professor
Programmet Hälsa och utveckling i det nya arbetslivet
Arbetslivsinstitutet

Innehåll

Inledning	1
Ett förändrat arbetsinnehåll	1
Arbetsdelning som ett sätt att möta den nya komplexiteten	2
Syfte och frågeställningar	3
Metod	4
Undersökta grupper och datainsamling	4
Kategorisering av oberoende variabler	4
Beroende variabler	6
Statistisk analys	7
Resultat	7
Bakgrundsdata	7
Vad gör de egentligen i äldre- och handikappomsorgen?	8
Arbetsinnehållets betydelse för arbetsvillkor, klientrelationer och hälsa	9
Diskussion	14
Genomgående mönster i analysen	14
Konklusion	17
Sammanfattning	19
Summary	20
Referenser	21
Bilaga 1. Redovisning av beroende variabler och variabelreduktion	24

Inledning

Ett förändrat arbetsinnehåll

Dagens kommunala äldre- och handikappomsorg har sina rötter i den hemhjälp till äldre som började organiseras under 1950-talet. Hemsamariterna, som dåtidens vårdbiträden och undersköterskor kallades, var timanställda och saknade formell utbildning för arbetet. Då uppgifterna i huvudsak bestod av att hjälpa de gamla med matlagning, städning, tvätt och inköp rekryterades medelålders kvinnor med erfarenheter av eget hem och hushållsarbete. Dagens "hemsamariter" utgörs av drygt 200 000 vårdbiträden, undersköterskor, vårdare och skötare som ger vård, service och omsorg till ungefär 244 000 äldre och 38 000 funktionshindrade människor (Socialstyrelsen, 2000a; 2000b; Svenska kommunförbundet, 2000).

Vårdbiträdesarbetet kan inte längre beskrivas som ett arbete som innebär att hjälpa ett antal gamla människor med hushållsuppgifter. Att arbeta som vårdbiträde kan innebära att hjälpa människor med en ganska differentierad problematik och med mycket mer än hushållets skötsel. 1990-talet innebar omfattande förändringar för hela vård- och omsorgssektorn. Sett utifrån äldre och handikappomsorgens perspektiv innebar ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna ett utökat och förtydligat ansvar för klientgrupper som tidigare vårdats inom landstingens regi. Reformerna har alltså inneburit omfördelningar av ansvarsområden från landsting till kommun. Samtidigt med nämnda reformer har kommunerna utsatts för besparingskrav som resulterat i personalminskningar som även påverkat kriterierna för hjälptilldelning. Enligt socialstyrelsen (2000c) kännetecknades 90-talets äldre- och handikappomsorg av en mer restriktiv hjälptilldelning som utgick från tillgängliga resurser snarare än befintliga behov. Studier pekar på att det skett en prioritering av de allra mest hjälpbehövande bland såväl äldre som funktionshindrade (Barron, m.fl., 2000; Szebehely, 2000). Kommunerna har också påverkats av ekonomiska åtstramningar och effektiviseringskrav inom landstingen. De allt kortare vårdtiderna inom den somatiska sjukvården har lett till att en stor del av eftervård och rehabilitering sker i hemmet med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård (Socialstyrelsen, 1997; 2000c).

Sammanfattningsvis kan sägas att dessa förändringar påverkat arbetet för vårdbiträden och undersköterskor inom äldre och handikappomsorgen. Inom kommunerna får nu en mycket heterogen grupp av människor med ett differentierat vård- och omsorgsbehov stöd och hjälp för att klara sitt liv och boende. Från att ha varit ett arbete som kunde utföras utan någon formell utbildning har vårdbiträdesarbetet utvecklats till att omfatta service och kvalificerad vård och omsorg för både riktigt gamla med många sjukdomar och för personer med allvarliga fysiska och psykiska handikapp, vilket ställer andra krav på personalen (Svenska kommunförbundet, 1999b). Ett flertal utredningar har också konstaterat att det finns ett stort behov av kompetensutveckling inom äldre- och handikappomsorgen (Socialstyrelsen, 1997:9; 1998:9; 1999:1; SOU 1997:51).

Arbetsdelning som ett sätt att möta den nya komplexiteten

Arbetets kvalifikationskrav och möjligheterna till kompetensutveckling hänger nära samman med hur kommunernas vård- och omsorgsinsatser organiseras och fördelas mellan olika vårdbiträdesgrupper och vilka uppgifter som utförs av andra yrkesgrupper. Eftersom vårdbiträdesarbetet blivit allt mer komplext med nya klientgrupper och fler ansvarsområden är det av intresse att undersöka olika former för arbetsdelning och dess konsekvenser för arbetsvillkor och omsorgskvalitet. En sannolik utveckling är att den ökade komplexiteten på sikt driver fram någon form av arbetsdelning. I de framtidsorienterade utredningar som Svenska Kommunförbundet (1999a; 1999b) genomfört saknas en grundlig diskussion om olika typer av arbetsdelning. Dock framhålls vikten av en utveckling mot ökad generalistkompetens och flexibilitet för alla yrkesgrupper inom den kommunala sektorn. Framtidens omsorgspersonal skall vara ”kvalificerade generalister”. Vad som menas med detta är dock otydligt. Å ena sidan framhålls behovet av specialiserade kunskaper i t ex demenssjukdomar, diabetes och gerontologi. Å andra sidan betonas att personalen ska vara flexibla vad gäller arbetsuppgifter och arbetsplats.

I en tidigare kvalitativ studie har vårdbiträdesgrupper med olika arbetsinnehåll jämförts (Astvik & Aronsson, 2000). Fokus var en fördjupad förståelse av vad det förändrade arbetsinnehållet betyder för arbetsvillkor och omsorgskvalitet. Med utgångspunkt från vilken klientgrupp och vilka uppgifter som ingick i vårdbiträdenas arbete jämfördes grupper med olika arbetsinnehåll eller olika typer av arbetsdelning.

1. Arbetsgrupper som var specialiserade på psykiskt funktionshindrade och hade avgränsade arbetsområden.
2. Arbetsgrupper som arbetade med olika klientgrupper och hade avgränsade arbetsområden.
3. Arbetsgrupper som var specialiserade på psykiskt funktionshindrade och hade breda arbetsområden.
4. Arbetsgrupper som arbetade med olika klientgrupper och hade breda arbetsområden.

I studien analyserades hur avgränsningen av arbetsinnehåll kunde förstås i förhållande till omsorgskvalitet och arbetsvillkor. Jämförelsen mellan de olika kombinationerna visade att arbetsvillkoren ur flera synpunkter var sämst för de vårdbiträden som arbetade som ”generalister” både vad gäller klientgrupper och uppgifter. Den kombination som bäst balanserade god omsorgskvalitet med bra arbetsvillkor var den arbetsdelning som innebar att vårdbiträdesgrupper kunde specialisera sig på en särskild klientgrupp men med bredd i uppgifter. Arbetsvillkoren var bäst för de uppgiftsavgränsade men denna arbetsdelning innebar samtidigt konsekvenser för omsorgskvaliteten då insatserna (i detta fall) begränsades till antingen socialpedagogiskt arbete eller service och omsorg. Ur kvalitetssynpunkt är bredd i uppgifter en förutsättning för att personalen ska kunna förverkliga den helhetssyn som eftersträvas i vård och omsorgsinsatser liksom för att kunna ge en individuellt anpassad hjälp.

Frågan om specialisering och arbetsdelning är intressant både ur ett arbetsmiljöperspektiv och ur omsorgskvalitetssynpunkt. Inom vård och omsorgsforskning finns en

kritik mot arbetsdelningsprinciper som leder till specialisering och uppstyckning av arbetsuppgifter (se t.ex. Gardell m.fl., 1979). Kritiken mot specialisering har formulerats i den forskningstradition som är kritisk till professionalisering inom vård och omsorgsyriken. Mycket kortfattat kan sägas att en professionalisering befaras försvaga många av de medmänskliga kvaliteter som ligger i hemtjänstens traditionella arbetssätt. En följd av en professionalisering skulle vara att yrket avfeminiseras, byråkratiseras, fragmenteras och specialiseras (se t.ex. Baines, Evans & Neysmith, 1992; Eliasson, 1992; Eliasson & Szebehely, 1991; Fransséns, 1997; Johansson, 1997; Svensson, 1986; Wærness, 1983; 1984). Centralt i denna forskningstradition har varit att belysa vårdbiträdenas erfarenhetskunskaper och kunskaper om de enskilda omsorgstagarna och att diskutera organisatoriska villkor som tillåter personalen att använda och utveckla denna typ av kunskaper. I denna tradition har specialisering eller arbetsdelning som fenomen inte studerats närmare utan bara beskrivits som en del av den icke önskvärda professionaliseringen.

Omsorgsforskaren Gough (1987; 1990) har dock nyanserat begreppet arbetsdelning. Hon menar att en arbetsdelningen som bygger på en funktionsuppdelning har den negativa effekten att omsorgsarbetarna blir orienterade mot uppgiften istället för mot vårdtagarnas sammansatta behov. När olika omsorgsgivare utför olika uppgifter försämrar dessutom kontinuiteten, vilket är en viktig kvalitetsaspekt. Däremot kan en arbetsdelning som innebär att olika vårdbiträdesgrupper specialiserar sig på särskilda klientgrupper istället främja såväl personorientering som kontinuitet. En specialisering utifrån klientgrupp skapar dessutom möjligheter till fördjupade kunskaper, menar Gough.

Således sammanfaller Goughs slutsatser med ovan nämnda studie (Astvik & Aronsson, 2000) som visade att en möjlig utvecklingsväg, som tar hänsyn till både arbetsvillkor och omsorgskvalitet, kan vara en specialisering mot olika klientgrupper. Astviks och Aronssons (a.a.) studie byggde på ett strategiskt urval av såväl vårdbiträdesgrupper som kommuner för att tillförsäkra variation för en jämförande analys. Föreliggande studie har en annan ansats; att utifrån ett större enkätmaterial undersöka samband mellan arbetsinnehåll (arbetsuppgifter och klientgrupper) och vårdbiträdens och undersköterskors upplevelse av arbetsvillkor, klientrelationer och omsorgskvalitet samt hälsa.

Syfte och frågeställningar

Ett första syfte med studien är att undersöka det konkreta arbetsinnehållet för vårdpersonal inom äldre- och handikappomsorgen inom en kommun. Med arbetsinnehåll avses här *arbetsuppgifter* samt vilken *klientgrupp* som omsorgspersonalen hjälper. Ett andra syfte är att analysera vilken betydelse detta arbetsinnehåll har för upplevelsen av arbetsvillkor, klientrelationer omsorgskvalitet och hälsa. Frågeställningar är:

Vilket arbetsinnehåll har vårdbiträden och undersköterskor inom äldre- och handikappomsorgen i en kommun? Finns det skillnader i upplevelser av arbetsvillkor, klientrelationer, omsorgskvalitet och hälsa som kan förklaras av arbetsinnehållet? Ytterligare ett syfte med studien är att pröva slutsatserna från den tidigare nämnda kvalitativa studien (Astvik & Aronsson, 2000). Visar resultaten samma tendenser, det

vill säga att vårdbiträden som arbetar med en blandad klientgrupp och med ett brett uppgiftsområde upplever arbetsvillkoren som sämre jämfört med vårdbiträden som har ett mer avgränsat ansvar när det gäller klientgrupp och/eller uppgifter? Stödjer resultaten tidigare studier (Astvik & Aronsson, 2000; Gough, 1987; 1990) som talar för en arbetsdelning som innebär att vårdbiträdesgrupper kan specialisera sig på en särskild klientgrupp men att samtidigt arbeta med en bredd i uppgifter?

Metod

Undersökta grupper och datainsamling

Föreliggande studie bygger på en enkät med fokus på arbetsmiljö, hälsa och vårdkvalitet. En del av enkäten utgjordes av frågor kring arbetets innehåll, det vill säga typ av arbetsuppgifter och klientgrupper. Datainsamling pågick under perioden november 1999 till och med februari 2000. Enkät och svarskuvert distribuerades till all personal, 883 anställda vid 14 arbetsplatser inom äldre- och handikappomsorgen i en svensk storstadskommun. Arbetsplatserna fanns inom såväl öppen hemtjänst som inom servicehus och äldreboenden. Tre enheter drevs i privat regi och övriga i kommunal regi.

Svarsfrekvensen var efter tre påminnelser 68 procent (n= 601). Svarsfrekvensen varierade mellan de 14 arbetsplatserna (mellan 48 och 91 procent) och var något högre för personal inom den öppna hemtjänsten jämfört med andra boendeformer. Svarsfrekvensen bland de 170 privat anställda var 53 procent och bland de 713 kommunalt anställda 72 procent. Av de svarande var 80 procent vårdbiträden eller undersköterskor, resterande var sjuksköterskor, verksamhetschefer och övrig personal. Av de svarande var 80 procent vårdbiträden eller undersköterskor, resterande var sjuksköterskor, verksamhetschefer och övrig personal. I föreliggande studie ingår enbart de undersköterskor och vårdbiträden som arbetade dag eller dag/kväll (387 personer). Nattpersonalen ingår inte eftersom deras arbetsuppgifter och arbetsförhållanden kan antas vara annorlunda än daganställd personal. Ytterligare 46 personer togs bort under kategoriseringen (se nedan), vilket ger 341 personer i studiegruppen.

Kategorisering av oberoende variabler

I det följande beskrivs kategoriseringen av personalen utifrån vårdtagargrupper och typ av uppgifter. Denna indelning är utgångspunkten för analyserna i studien.

Kategorisering utifrån klientgrupp

I enkäten fanns frågor om vilka vårdtagare som respondenten arbetade med. Frågan "Vilka personer är det som du hjälper?" följdes av fyra frågor om *äldre hjälptagare*; med fysiska funktionsnedsättningar, fysiska sjukdomar, psykiska sjukdomar och demenssjukdomar samt fyra frågor om *yngre hjälptagare*; med fysiska funktionsnedsättningar, fysiska sjukdomar, psykiska sjukdomar och mentala utvecklings-

handikapp. Svartalternativen var inga, några få, ett flertal, alla. Vid analyser av svarsmönster kunde tre typer av klientgrupper urskiljas.

1. *Blandad*. Omsorgsgivarna arbetade här med såväl yngre som äldre personer med olika sorters sjukdomar och handikapp.
2. *Äldre*. Omsorgsgivarna arbetade med äldre personer men med olika sorters sjukdomar eller funktionshinder (inga yngre vårdtagare).
3. *Demenssjuka*. Omsorgsgivarna arbetade med personer vilka alla hade demenssjukdomar.

Sex personer arbetade med enbart yngre (med fysiska funktionshinder och/eller mentala utvecklingshandikapp). Eftersom de var för få att bilda en egen grupp togs de ur analysen. Den oberoende variabeln, klientgrupp fick därmed tre kategorier; blandad, äldre och dementa.

Kategorisering utifrån arbetsuppgifter

I den tidigare nämnda kvalitativa studien (Astvik & Aronsson, 2000) identifierades arbetsuppgifter som fördelades till tre olika typer av uppgiftsområden.

Det första området kan ses som hemtjänstens mer traditionella ansvarsområden med arbetsuppgifter inriktade på *service och omsorg*. Uppgifterna innebär att ersätta eller komplettera klienternas bristande mentala och fysiska förmågor och funktioner i det vardagliga livet samt att agera som ställföreträdare i sociala sammanhang. Uppgifterna innefattar sådant som hemmets skötsel inklusive tvätt och mat, ärenden och inköp, personlig omsorg såsom att hjälpa klienterna att duscha, klä sig, gå på toaletten, tandhygien etc. Uppgifterna innefattar också ombudsfunktioner och ledsagning. Här finns också uppgifter som syftar till att tillgodose sociala och emotionella behov, att lyssna, trösta och samtala, ta en kopp kaffe tillsammans eller spela något spel.

Ett andra uppgiftsområde utgörs av *sjukvårdande och fysiskt rehabiliterande uppgifter*. Uppgifterna kan innefatta exempelvis sårvård, medicinutdelning, att byta kateter och sätta på stödstrumpor men också att bevaka klienternas hälsotillstånd och kontakta sjukvård vid behov. De fysiskt rehabiliterande arbetet kan innefatta att ge massage och att utföra vissa sjukgymnastiska övningar och exempelvis gångträning.

Ett tredje uppgiftsområde representerar en mer *socialpedagogisk inriktning* där syftet med insatserna är att stödja och utveckla klienternas egna resurser. Här är uppgifterna inriktade på att undvika passiviserande insatser. Det handlar om hjälp till självhjälp med syftet att öka klienternas oberoende och självständighet.

I föreliggande studie operationaliserades uppgifterna inom respektive område till 17 delfrågor i en enkät (uppgifterna presenteras i tabell 3). Svaren dikotomiserades, de som hade uppgiften med någon enstaka eller flertalet vårdtagare respektive de som inte hade uppgiften med någon vårdtagare.

För kategorisering av respondenterna kombinerades ett kvalitativt och ett kvantitativt förfaringssätt. De tre olika uppgiftsområdena service/omsorg, sjukvård och socialpeda-

gogik respresenterar möjliga avgränsningar i arbetet vilket är vad kategoriseringen avser fånga. När det gäller service/omsorg är de mest kännetecknande uppgifterna hemmets skötsel, mat, ärenden och personlig hygien (de fyra första uppgifterna i tabell 3). Området service/omsorg definierades som att det ingick i respondentens arbete när minst två av dessa fyra uppgifter angivits. Området sjukvård ingick om respondenten angivit att antingen sjukvårdsuppgifter och/eller sjukgymnastiska uppgifter ingick. Uppgiftsområdet socialpedagogik ingick när minst två av de fyra uppgifterna angivits. Kriterierna för kategoriseringen syftade till att särskilja och renodla grupperna avseende uppgiftsområden. Förfarandet bygger på en kvalitativ avvägning för respektive område.

Bara ett fåtal individer hade uppgifter inom enbart ett uppgiftsområde. Jämförelsegrupperna blev därför *generalister*, med uppgifter inom samtliga tre block och *avgränsade* med uppgifter inom ett eller två områden.

Med syftet att ytterligare renodla grupperna beaktades också antalet arbetsuppgifter. Frekvensfördelningar för respektive grupp visade att generalisterna hade mellan 8 och 17 uppgifter och de avgränsade mellan 1 och 14 uppgifter. För att undvika överlappande värden i de olika grupperna uteslöts de individer som befann sig i den nedre respektive övre extreman när det gäller antalet uppgifter. För att tillhöra de avgränsade sattes gränsen vid högst 12 arbetsuppgifter och för generalisterna sattes gränsen vid minst 13 uppgifter. Detta ledde till att 40 individer togs ur analysen. Efter denna procedur var det genomsnittliga antalet arbetsuppgifter för generalister 15 och för de avgränsade 9. Kategoriseringen av individer som generalister respektive avgränsade baseras således både på typ av uppgiftsområde och antal arbetsuppgifter. I tabell 1 visas antal individer i de sex undergrupper som blev resultatet av kategoriseringen utifrån klientgrupper och arbetsuppgifter.

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

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

Beroende variabler

Enkäten innehöll olika frågeområden; arbetsvillkorsvariabler såsom krav, inflytande, stöd; frågor om relationer med vårdtagarna och om upplevelse av omsorgskvalitet samt stress- och hälsofrågor. Med syfte att reducera variabelmängden till ett färre antal mått med högre reliabilitet har vissa frågeområden faktoranalyserats med principal-komponentmetoden och varimaxrotering. Ett antal faktorer framkom som bildade underlag för index. Reliabilitetstestning genomfördes med cronbach´s alpha. Beroende variabler i studien utgörs sålunda av ett antal index och enskilda frågor. Resultaten av faktoranalyserna samt de enskilda frågornas exakta ordalydelse redovisas i bilaga 1.

Statistisk analys

För att pröva om arbetsinnehåll har betydelse för personalens arbetsförhållanden i ovan nämnda avseenden användes tvåvägs variansanalys (ANOVA). Oberoende variabler i variansanalysen var klientgrupp (blandade, äldre, dementa) samt arbetsuppgifter (generalister, avgränsade). Prövningar av medelvärdeskillnader för klientgruppsvariabeln genomfördes med Scheffe´s post-hoc test. För att pröva skillnader mellan uppgiftsgeneralister i de tre olika klientgrupperna genomfördes envägs variansanalys samt Scheffe´s post-hoc test. Signifikansnivån sattes vid 5 procent.

I en variansanalys kan felvariansen minskas genom att en eller flera kovariater inkluderas i analysen, så kallad kovariansanalys. Eftersom kovariaterna behandlas som ytterligare oberoende variabler är det meningsfullt att inkludera dessa om samvariation föreligger med de beroende variablerna. Korrelationsanalyser mellan möjliga kovariata variabler såsom ålder, år i yrket, tjänstgöringsgrad och de beroende variablerna visade dock mycket låga samband, varför enbart vanliga variansanalyser genomfördes.

Resultatdelen inleds med en deskriptiv presentation av studiens jämförelsegrupper med bakgrundsvariabler såsom ålder, år i yrket, kön, befattning samt tjänstgöringsgrad.

Resultat

Bakgrundsdata

Medelåldern i studiegruppen är relativt hög, 42 år och de flesta har arbetat mellan 10 och 12 år i yrket. Som visas i tabell 2 föreligger inga större skillnader mellan de olika undergrupperna. Den skillnad som kan noteras är att de uppgiftsavgränsade är något äldre ($F= 2.41$, $fg=5$, 325). När det gäller könsfördelningen är nio av tio kvinnor och fördelningen är i stort sett densamma i de olika undergrupperna.

Tabell 2. Bakgrundsdata. Medelvärden (m), standardavvikelse (sd) och procentuell andel i de olika undergrupperna.

Klientgrupp	Blandad		Äldre		Dementa		Total
	Generalist	Avgränsat	Generalist	Avgränsat	Generalist	Avgränsat	
Ålder (m)	40.6	43.1	40.6	43.8	40.9	48.8	41.8
sd	10.7	12.6	11.7	11.3	11.5	12.6	11.6
År i yrket (m)	11.4	10.7	10.8	12	10.1	11.7	11.1
sd	5.4	8.5	8.4	9.3	7	9.7	7.9
Kvinnor (%)	95	100	87	85	91	100	90
Vårdbiträden (%)	81	73	59	52	47	60	62
Undersköterskor (%)	19	27	41	48	52	40	38
Heltidsanställda (%)	77	46	85	56	67	56	73
Deltidsanställda (%)	23	54	15	44	33	44	27

I studiegruppen är 62 procent vårdbiträden och 38 procent undersköterskor. Störst andel vårdbiträden finns bland dem som arbetar med en blandad klientgrupp, särskilt i den undergrupp som är generalister i uppgifter. Den enda undergrupp där andelen undersköterskor är störst finns bland de som arbetar med dementa och är generalister i uppgifter. När det gäller tjänstgöringsgrad har generalisterna i samtliga tre klientgrupper en större andel som arbetar heltid jämfört med de uppgiftsavsgränsade.

Vad gör de egentligen i äldre- och handikappomsorgen?

I det följande presenteras det konkreta arbetsinnehållet för vårdpersonal inom äldre- och handikappomsorgen i den undersökta kommunen. Tabell 3 visar den procentuella andelen av personalen i respektive undergrupp som utför den aktuella arbetsuppgiften med några få eller flera klienter. Med hjälp av tabellen ges en överblick av vilka uppgifter som personalen i de olika undergrupperna har. För att underlätta läsningen av tabellen är de siffror markerade med fet stil som innebär att färre än hälften i undergruppen har angett att uppgiften ingår i arbetet.

Tabell 3. Procentuell andel i de sex olika undergrupperna som arbetar med olika uppgifter (n=341).

Klientgrupp	Blandad		Äldre		Dementa	
	Generalist (n=78)	Avgränsat (n=11)	Generalist (n=131)	Avgränsat (n=60)	Generalist (n=36)	Avgränsat (n=25)
<i>Service/omsorg</i>						
Sköta hem, städ, disk	97	91	97	65	92	48
Planera mat, matinköp	96	64	50	18	39	12
Uträtta ärenden	96	55	80	28	56	8
Personlig hygien	100	82	100	85	100	92
Klienters ekonomi	62	18	44	18	50	24
Ombudsfunktioner	97	91	99	72	97	72
Ledsagning	85	64	92	48	94	56
Kärlek, omtanke	97	82	99	85	100	92
Lyssna, samtala	97	82	99	85	97	96
Kamratstöd (spela spel, promenera, fika)	89	64	95	67	100	100
<i>Sjukvård</i>						
Sjukvårdsuppgifter	94	55	97	78	94	80
Bevaka hälsa	97	100	99	77	100	80
Sjukgymnastik	72	46	89	55	97	56
<i>Socialpedagogik</i>						
Psykologiskt stöd	92	27	97	50	92	60
Pedagogik	83	27	67	17	50	12
Aktivering	97	55	100	37	97	52
Nätverksskapande	83	9	81	17	64	20

Arbetsuppgifter som samtliga undergrupper arbetar med är personlig hygien, ombuds-funktioner, visa kärlek och omtanke, lyssna och samtala med klienterna och att bevaka klienternas hälsa liksom sjukvårdande uppgifter. Detta tyder på att samtliga undergrupper har klienter som är ganska vårdkrävande.

Bland de vårdbiträden och undersköterskor som är uppgiftsgeneralister inom de tre olika klientgrupperna (blandad, äldre och dementa) finns vissa skillnader. Det är framförallt de som arbetar med en blandad klientgrupp som arbetar med samtliga uppgifter. Bland de som arbetar med enbart äldre vårdtagare liksom med dementa är det en något mindre andel som hjälper sina klienter med uppgifter kring mat och matinköp samt ekonomi.

När det gäller de uppgiftsavgränsade skiljer sig mönstret i de tre klientgrupperna. För de som arbetar med en blandad klientgrupp gäller uppgiftsavgränsningen framför allt de socialpedagogiska uppgifterna, som är mindre vanliga i denna grupp. Även bland personalen som arbetar med klientgruppen äldre är de socialpedagogiska uppgifterna mindre vanliga liksom uppgifter kring mat, ärenden och ledsagning. För personalen som arbetar med dementa är det uppgifter inom blocket service/omsorg som är mindre vanliga, framförallt uppgifterna som har med hushållets skötsel att göra.

Av tabell 3 kan också utläsas att de flesta vårdbiträdena och undersköterskorna i den undersökta kommunen har uppgifter som spänner över ett mycket brett fält. För de som har ett mer avgränsat uppgiftsområde gäller att antingen socialpedagogiska uppgifter eller de mer servicebetonade uppgifterna som att städa, diska och laga mat inte ingår i arbetet.

Arbetsinnehållets betydelse för arbetsvillkor, klientrelationer och hälsa

Arbetsvillkor

I detta avsnitt redovisas resultaten från en serie variansanalyser där betydelsen av uppgifter och klientgrupp prövas mot ett antal arbetsvillkorsvariabler om krav, inflytande, utveckling och stöd i arbetet. Olika typer av krav i arbetet speglas av de fem första variablerna i tabell 4. När det gäller kvantitativa krav uppger 73 procent i hela studiegruppen att arbetet ofta eller alltid innebär hög arbetstakt utan möjlighet att varva ner, 34 procent anser att de har för många vårdtagare att ansvara för och 69 procent anser att de har för lite tid att ägna åt var och en av sina klienter.

Variansanalysen visar att mest tidspress rapporteras av de som arbetar med en blandad klientgrupp och att generalisterna i högst utsträckning upplever att de har för många vårdtagare att ta hand om.

När det gäller de kvalitativa kraven rapporterar uppgiftsgeneralisterna högre nivåer både var gäller svåra och snabba beslut och intellektuella/emotionella krav. Svåra och snabba beslut skiljer sig också beroende på klientgrupp.

Inflytande och kontroll mättes dels genom ett index och dels genom en enskild fråga om deltagande i vård- och omsorgsplanering. Båda variablerna skiljer sig signifikant beroende på vilken klientgrupp personalen arbetar med. I båda fallen är det de som arbetar med en blandad klientgrupp uppger lägst inflytande medan

de som arbetar med dementa uppger högst inflytande. Vad beträffar variabeln utveckling och stimulans i arbetet finns inga skillnader.

Det fanns inte heller några signifikanta skillnader mellan grupperna när det gäller upplevelsen av stöd från arbetsledningen. Däremot fanns en skillnad beträffande möjligheten att få handledning vid svåra händelser. Återigen rapporterar vårdbiträdena som arbetar med en blandad klientgrupp sämst möjligheter.

Scheffés test av medelvärdeskillnader för arbetsvillkoren i tabell 4 visar att de som arbetar med en blandad klientgrupp skiljer sig signifikant från både de som arbetar med äldre och de som arbetar med dementa för de variabler där huvudeffekten klientgrupp var signifikant nämligen inflytande, tidspress och krav på att fatta svåra beslut. Undantaget är handledning vid svåra händelser där det enbart skiljer sig mellan klientgrupperna blandad och äldre.

Envägs variansanalys visade signifikanta skillnader mellan generalisterna i de olika klientgrupperna, blandad, äldre och dementa beträffande inflytande ($p=.004$), deltagande i vård och omsorgsplaneringen ($p=.000$) tidspress ($p=.010$), krav på att fatta svåra beslut ($p=.000$), handledning ($p=.006$) och stöd från ledning ($p=.004$). Genomgående är det vårdbiträdena som arbetar med en blandad klientgrupp som upplever sämst arbetsvillkor.

Tabell 4. Tvåvägs ANOVA med klientgrupp och uppgifter som oberoende variabler och arbetsvillkor som beroende variabler. Medelvärden i respektive undergrupp, F-värden, signifikans och frihetsgrader (fg). Svartaltemativ 3-gradig skala för frågan om antalet vårdtagare och frågan om tid för varje vårdtagare (1) för många /för lite tid (2) lagom (3) för få/ för mycket tid. För övriga frågor 4-gradig skala (1) aldrig (2) sällan (3) ofta (4) alltid.

Klientgrupper	Blandad		Äldre		Dementa		F-värde och signifikans		Felterm fg
	Generalister	Avgränsade	Generalister	Avgränsade	Generalister	Avgränsade	Klientgrupp fg=2	Uppgifter fg=1	
<i>Krav</i>									
Antal vårdtagare	1.60	1.86	1.66	1.75	1.57	1.92	0.15	7.39**	1.48
Tid för klienterna	1.20	1.25	1.32	1.39	1.31	1.54	1.74	2.49	0.70
Tidspress	2.99	2.80	2.77	2.77	2.68	2.46	3.60*	2.20	0.84
Svåra, snabba beslut	2.81	2.59	2.50	2.30	2.39	2.14	6.55***	6.63**	0.03
Emotionella/intellektuella krav	2.12	1.99	2.07	2.02	2.19	1.80	0.14	4.74*	1.85
<i>Inflytande</i>									
Inflytande	2.61	2.62	2.78	2.80	2.89	2.87	3.61**	0.03	0.54
Deltar i vårdplaner för klienterna	2.50	2.22	3.22	3.08	3.40	3.47	13.0***	0.58	0.36
<i>Utveckling</i>									
Utveckling/stimulans	2.79	2.75	2.88	2.83	2.88	2.81	0.34	0.36	0.01
<i>Stöd</i>									
Handledning för svåra händelser	2.00	2.00	2.37	2.40	2.20	2.08	4.43**	0.05	0.19
Stöd arbetsledning	2.59	3.12	2.91	3.00	2.92	2.84	0.46	2.85	2.10

*** p<0.005, ** p<0.01, * p<0.05

Relationer med klienter och upplevelse av omsorgskvalitet

Tre variabler belyser personalens upplevelse av relationerna med vårdtagarna. En anmärkningsvärd stor andel av personalen har minst några klienter som de ogillar att arbeta med (61 procent). Variansanalysen visar (tabell 5) att detta är vanligast förekommande bland personalen som arbetar med en blandad klientgrupp. Interaktionseffekten visar att mönstren mellan avgränsade och generalisterna i de tre olika klientgrupperna skiljer sig åt. Bland de som arbetar med dementa uppger de uppgiftsavgränsade oftare än generalisterna att de arbetar med klienter de ogillar medan det omvända förhållandet gäller bland de som arbetar med de två andra klientgrupperna.

Beträffande personliga kontakter med vårdtagare framgår att de som arbetar med en blandad klientgrupp har färre personliga kontakter med sina vårdtagare medan de som arbetar med dementa uppger fler sådana kontakter.

De två sista variablerna i tabell 5 rör vårdbiträdenas/undersköterskornas uppfattning om kvaliteten på den vård och omsorg som ges. Varken personalens upplevelse av om vårdtagarna får ett vänligt/trevligt bemötande eller ”nöjdhet” med kvaliteten hade några signifikanta skillnader beroende på huvudeffekterna, klientgrupp respektive uppgifter.

Envägs variansanalys av skillnader mellan generalisterna i de olika klientgrupperna, blandad, äldre och dementa visade att personalen som arbetar med en blandad klientgrupp rapporterar sämst utfall. Arbete med klienter man ogillar är vanligast i denna grupp ($p=.002$) och jämförelserna av undergruppernas medelvärden visar att mest nöjd med kvaliteten är generalisterna som arbetar med dementa medan de minst nöjda är generalisterna som arbetar med en blandad klientgrupp ($p=.006$).

Stress och hälsa

Stress och hälsa studerades med hjälp av fem variabler, psykiskt illabefinnande och fysisk trötthet det senaste året samt förekomsten av problem den senaste månaden såsom muskel/ledbesvär, sömnsvårigheter respektive stress/jäkt på grund av arbetet.

Som framgår av tabell 6 är det endast variablerna fysisk trötthet och stressad/jäktad på grund av arbetet som uppvisar signifikanta skillnader beroende på arbetsinnehåll. Upplevelser av stress och jäkt på grund av arbetet är vanligast bland generalister medan de uppgiftsavgränsade är minst stressade. När det gäller fysisk trötthet har klientgruppen betydelse. De som arbetar med en blandad klientgrupp rapporterar fysisk trötthet i större utsträckning än personalen i de bägge andra klientgrupperna.

Envägs variansanalys för de undergrupper som var uppgiftsgeneralister visar att de som arbetar med en blandad klientgrupp upplever stress/jäkt ($p=.014$) och fysisk trötthet ($p=.008$) i högre utsträckning än de som arbetar med dementa eller äldre.

Tabell 5. Tvåvägs ANOVA med klientgrupp och uppgifter som oberoende variabler och klientrelationer och omsorgskvalitet som beroendevariabler. Medelvärden i respektive undergrupp. F-värden, signifikans och frihetsgrader (fg). Svartaltemativ för frågor om klientrelationer: (1) samtliga (2) de flesta (3) några (4) några enstaka (5) inte någon. Vänligt/respektfullt bemötande: (1) aldrig/nästan aldrig (2) sällan (3) ibland (4) oftast/alltid. Nöjd med kvalitet (1) inte alls nöjd (2) inte särskilt nöjd (3) ganska nöjd (4) mycket nöjd.

Klientgrupper	Blandad			Äldre			Dementa			F-värde och signifikans		
	Generalister	Avgränsade	Generalister	Generalister	Avgränsade	Generalister	Generalister	Avgränsade	Klientgrupp fg=2	Uppgifter fg=1	Interaktion fg=2	Felterm fg
<i>Klientrelationer</i>												
Har klienter man ogillar	4.04	4.18	4.23	4.51	4.10	4.58	4.51	4.10	3.06*	0.06	6.09***	319
Trevliga klientkontakter	2.00	2.00	1.95	1.86	2.05	2.05	1.86	1.92	0.72	0.35	0.13	326
Personlig i klientkontaktarna	2.25	2.70	2.10	2.06	2.55	2.70	2.06	1.74	3.83*	1.29	2.62	314
<i>Omsorgskvalitet</i>												
Bra bemötande	3.84	3.86	3.88	3.96	3.93	3.86	3.96	3.90	0.77	0.02	0.71	328
Nöjd med omsorgskvalitet	3.03	3.14	3.13	3.31	3.18	3.14	3.31	3.21	2.00	0.11	0.88	328

*** p<0.005, ** p<0.01, * p<0.05

Tabell 6. Tvåvägs ANOVA med klientgrupp och uppgifter som oberoende variabler och stress och hälsa som beroende variabler. Medelvärden i respektive undergrupp. F-värden, signifikans och frihetsgrader (fg). Svartaltemativ för psykiskt illa befinnande och fysiskt trötthet: (1) aldrig (2) sällan (3) ofta (4) alltid. Svartaltemativ för övriga variabler: (1) aldrig (2) några enstaka gånger (3) några gånger/vecka (4) dagligen.

Klientgrupper	Blandad			Äldre			Dementa			F-värde och signifikans		
	Generalister	Avgränsade	Generalister	Generalister	Avgränsade	Generalister	Generalister	Avgränsade	Klientgrupp fg=2	Uppgifter fg=1	Interaktion fg=2	Felterm fg
Psykiskt illabefinnande	2.09	2.06	2.08	1.91	1.95	2.06	1.91	1.91	1.07	0.35	0.32	307
Fysisk trötthet	2.79	2.80	2.54	2.44	2.38	2.80	2.44	2.39	4.11**	0.45	0.32	319
Muskel/led besvär	2.21	2.35	2.13	2.14	2.14	2.35	2.14	2.18	0.52	0.25	0.12	313
Sömnsvårigheter p.g.a. arb.	1.69	1.45	1.73	1.47	1.64	1.45	1.47	1.64	0.80	0.22	0.96	323
Stressad/jäktad p.g.a. arbetet	2.93	2.36	2.69	2.47	2.48	2.36	2.47	2.17	2.67	9.00***	0.79	322

*** p<0.005, ** p<0.01, * p<0.05

Diskussion

I denna studie undersöks vård- och omsorgspersonalens arbete efter de stora omstruktureringar som genomförts under 90-talet. I studien kopplas arbetsinnehåll till arbetsvillkorsvariabler som krav, inflytande och stöd, liksom till indikatorer på kvalitet i omsorgsarbetet. Resultaten bygger på en totalundersökning av vårdbiträden och undersköterskor i en kommun. Svarsfrekvensen i hela gruppen kan bedömas som acceptabel men storleken på bortfallet varierade mellan olika arbetsplatser. Om detta påverkat funna resultat och i så fall hur, är svårt att bedöma. Dock baseras jämförelserna på arbetsinnehåll oavsett arbetsplatstillhörighet varför variationen i bortfall mellan olika arbetsplatser kan antas vara av mindre betydelse. Studien visar att ett brett arbetsinnehåll innebär stora krav på vård- och omsorgspersonal och att det är viktigt att beakta arbetets innehåll ur både arbetsmiljö- och kvalitetssynpunkt.

Genomgående mönster i analysen

Ett genomgående mönster i analysen är att vårdbiträden och undersköterskor som arbetar med en blandad klientgrupp upplever svårare arbetsvillkor jämfört med de som arbetar med de mer avgränsade klientgrupperna äldre och demenssjuka. De som arbetar med en blandad klientgrupp har en arbetssituation som präglas av ett lägre inflytande i arbetet samtidigt som tidspress och krav på att fatta svåra beslut är vanligare. Personalen som arbetar med en blandad klientgrupp har också oftare vårdtagare de ogillar att gå till och även färre personliga kontakter med sina vårdtagare. När det gäller hälsofrågorna uppgav personalen med blandad klientgrupp en högre grad av fysisk trötthet.

Analysen av arbetsuppgifternas betydelse visar också ett genomgående mönster - att det innebär en särskild belastning att vara generalist. Generalisterna upplever i större utsträckning arbetet som emotionellt och intellektuellt krävande liksom att arbetet innebär krav på att fatta svåra beslut. De upplever också i högre grad att de har för många vårdtagare. När det gäller hälsofrågorna utmärker sig generalisterna genom en högre grad av arbetsrelaterad stress.

Dessa mönster pekar på den särskilt svåra kombinationen av att både vara generalist i uppgifter och att arbeta med en blandad klientgrupp. Det är personal med detta breda arbetsinnehåll som genomgående har svårare arbetsvillkor och upplever mer problematiska klientrelationer, liksom stress och trötthet.

Specialisering avseende klientgrupper

Det fanns inga signifikanta skillnader i vårdgivarnas skattningar av omsorgskvalitet, men det är vanligare att den personal som arbetar med blandad klientgrupp har vårdtagare de ogillar att gå till och att de också har färre personliga kontakter med sina vårdtagare. I de statliga utredningar som har behandlat bemötandefrågor av äldre respektive funktionshindrade (SOU 1997:170; SOU 1999:21) betonas att mötet mellan den som ger och den som tar emot hjälp är avgörande för kvalitet. Stor vikt läggs vid personalens förmåga att upprätthålla goda relationer och föra en dialog som förmedlar en respekt för klientens integritet, självbestämmande, trygghet och värdighet. Att de

som arbetar med en blandad klientgrupp uppger färre personliga kontakter med sina omsorgstagare behöver inte vara en indikation på sämre klientrelationer utan kan vara ett uttryck för uppfattningen om ett sådant behov i klientgruppen. Studier visar att det förekommer ett flertal olika typer av relationer mellan vårdbiträden och klienter och att inte alla omsorgstagare önskar en personlig relation med sina vårdbiträden (Eustis & Fischer, 1991; Gustafsson, 1999). En annan tolkning av det större antalet opersonliga relationer är att dessa har ett samband med svårare arbetsvillkor för denna grupp. Studier har visat hur psykologiskt påfrestande arbetsförhållanden i kombination med otillräcklig kompetens ger upphov till försvarsstrategier. Personalen försöker på olika sätt distansera sig från den svåra klienten för att undvika det som väcker obehaget (Rinnan & Sylwan, 1994; Astvik & Aronsson, 2000). Opersonliga relationer kan således vara ett uttryck för distanserade bemästringsstrategier. Den andra relationsvariabeln som visade att de som arbetar med en blandad klientgrupp oftare har omsorgstagare som de ogillar att gå till kan ses som en mer tydlig indikator på brister i kvaliteten. Ogillandet tyder på avsaknaden av en fungerande dialog mellan hjälpgivare och hjälpmottagare och en relation som med stor sannolikhet är otillfredsställande för båda parter. Även om studier visat att det förekommer svåra relationer i hemtjänsten (Aronsson m.fl., 1998; Astvik & Aronsson, 1994 a,b; Larsson, 1996; Thulin, 1987) är kunskapen liten om hur och varför relationerna blir svåra. Vissa organisatoriska villkor såsom kontinuitet, tillräckligt med tid och handlingsutrymme är nödvändiga för att vårdbiträdena ska kunna etablera fungerande relationer med sina omsorgstagare (Aronsson m.fl., 1995; Astvik & Aronsson, 1994b; Eliasson & Szebehely, 1991; Freed-Solfeldt, 1990; Szebehely 1995; Silfverberg, 1996; Thulin, 1987). Studier har också visat att utbildning, handledning och andra typer av professionellt stöd hjälper vårdbiträdena i de svåra mötena och att kunskaperna understödjer ett mer empatiskt bemötande (Aronsson m.fl., 1995; Astvik & Aronsson, 2000; Rinnan & Sylwan, 1994).

Resultatet i denna studie, att de som arbetar med en blandad klientgrupp i högre grad upplever problematiska klientrelationer, kan tolkas som att en heterogen klientgrupp innebär svårigheter för personalen att förvärva tillräcklig kunskap och förståelse för de vitt skilda problem som finns hos hjälptagarna. I den undersökta kommunen arbetade majoriteten av de anställda med äldre, vilket inte är att betrakta som en renodlad klientspecialisering eftersom äldregruppen är mycket heterogen med många typer av sjukdomar och handikapp. Den klientgruppspecialisering som kunde identifieras var inriktningen mot dementa omsorgstagare. Trots den vård- och omsorgstyngd som demenssjukdomar medför (se t.ex. Melin-Emilsson, 1998) rapporterar denna personal om relativt bättre villkor och relationer med vårdtagarna. Astvik och Aronssons (2000) studie, där specialisering med inriktning mot psykiskt funktionshindrade undersöktes, visade samma tendens. Specialiseringen medförde där att vårdbiträdena kunde fördjupa kunskaperna om klientgruppen bland annat genom ökat professionellt stöd i form av handledning och samarbete med andra yrkesgrupper som arbetade med klienterna. Ett parallellt exempel finns i Härenstams (1989) studie av arbetsvillkor för fängelsepersonal. Där framkom att det fanns ett samband mellan å ena sidan en hög proportion av drogmisbrukare bland internerna och å andra sidan stress, hälsa och påfrestande arbets-

förhållanden för personalen men inte under alla förhållanden. Undantag var två större fängelser som skiljde sig från de övriga genom att de hade specialiserade verksamheter för arbete med denna grupp av interner och att det fanns särskilda behandlingsprogram för drogmissbrukare. Härenstams tolkning var att personalen på dessa fängelser var bättre rustade att hantera de problem och svårigheter som uppstod i klientarbetet.

Specialisering avseende uppgifter

De uppgifter och ansvar som ingår i omsorgsarbetet är inte helt och hållet på förhand givna. Söderfeldt och medarbetare (1996) påpekar att det i allmänhet finns en viss frihet för human-service arbetare att påverka arbetskraven. Detta arbete kännetecknas ofta av en låg grad av övervakning och otydliga förväntningar på yrkesrollen vilket ger utrymme för individuella rolldefinitioner. Vi vet inte om de uppgiftsavgrensningar som identifierats i denna studie är formellt definierade i organisationen eller om dessa avgrensningar beror på vårdbiträdernas/undersköterskornas egna rolldefinitioner. I den undersökta kommunen var de flesta vårdbiträderna och undersköterskorna dock uppgifts-generalister. Detta innebär att de har en bred rolldefinition där arbetet innefattar uppgifter som handlar om att ersätta och komplettera klienternas bristande mentala och fysiska funktionsförmågor i det vardagliga livet och att agera ställföreträdare i sociala sammanhang, uppgifter som rör sjukvård och fysisk rehabilitering samt socialpedagogiska uppgifter som syftar till att stödja och utveckla klienternas egna resurser. Denna breda rolldefinition stämmer väl överens med den helhetssyn som eftersträvas i alla hjälp- och stödinsatser inom socialtjänstens verksamheter (SOU 1999:97; SOU 1999:170). Resultaten visar dock att det innebär en särskild belastning att vara generalist, framförallt när det gäller upplevelsen av såväl kvantitativa som kvalitativa krav i arbetet. De höga kravnivåerna avspeglas också i stressupplevelser. Ur arbetsvillkorssynpunkt förefaller alltså en avgränsning i uppgifter vara fördelaktig men denna typ av specialisering får konsekvenser när det gäller omsorgskvalitet. Uppgiftsavgrensning motverkar en flexibel och individuellt anpassad hjälp. I Astviks och Aronssons (2000) kvalitativa studie identifierades olika förhållningssätt hos personalen i relation till omsorgstagarnas behov. Uppgiftsgeneralisterna i den studien rörde sig mellan de två förhållningssätten som innebär att en klients behov blev tillgodosedda antingen av vårdbiträdet/boendestödjaren själv eller att uppgiften vidarebefordrades till en annan yrkeskategori inom omsorgsnätverket. Bland de uppgiftsspecialiserade fanns istället exempel på förhållningssätt som innebär att vissa behov ignorerades då de uppfattades ligga utanför yrkesrollens ansvar, eller att otillräckliga kunskaper medförde att viktiga behov inte ens uppmärksammades av personalen.

Arbetskrav betraktas vanligen som stressorer men de är naturligtvis också viktiga förutsättningar för utveckling och lärande (Aldwin, 1994; Aronsson, 1985; Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkman, 1984). Viss obalans mellan individens resurser och upplevda krav skapar stimulans och leder till lärande och utveckling. Därmed förändras upplevelsen av arbetskraven och de kommer att uppfattas som mindre stressfyllda (jmf Karasek & Theorell, 1990). Resultaten i denna studie tyder på en mindre gynnsam balans mellan krav och resurser hos den personal som är uppgiftsgeneralister och

dessutom arbetar med en blandad klientgrupp. Att åstadkomma en bättre balans genom en uppgiftsspecialisering skulle inte bara ha konsekvenser för omsorgskvaliteten med försämrade kontinuitet och minskad helhetssyn utan också med stor sannolikhet leda till en utarmning av arbetet. En utveckling som innebär att olika vårdbiträden tar hand om olika typer av behov som exempelvis hemmets skötsel, personlig hygien, sjukvård, samtal, aktivering eller rehabilitering, skulle sänka arbetets utvecklings- och lärandepotential. Denna arbetsdelning och dess problem har beskrivits i studier av arbetet på servicehus och har illustrativt kallats, omsorgsarbetets ”löpandeband-modell” (Freed-Solfeldt, 1990; Szebehely, 1995). Andra forskare har visat hur en funktionsuppdelning kan leda till att okvalificerade och rutinbetonade uppgifter koncentreras till en grupp (Gardell m.fl., 1979; Gough, 1987; Waerness, 1983).

Vi har inte kunnat hitta några studier som visar motsvarande negativa konsekvenser av en specialisering när det gäller klientgrupper. Vi har dock sett exempel på hur klientgruppspecialisering kombineras med en avgränsning i uppgifter (Astvik & Aronsson, 2000). Det kan exempelvis innebära att en kommun startar särskilda boendestödsverksamheter för psykiskt sjuka och att denna verksamhet profileras mot socialpedagogiskt arbete. Fortfarande finns då psykiskt sjuka som är i behov av service- och omsorgsuppgifter för att klara ett eget boende, och för detta arbete får den vanliga hemtjänsten rycka in. För hemtjänsten innebär denna typ av specialisering ingen avlastning då det är de svårast sjuka som inte klarar av sådana saker som att sköta om sin personliga hygien eller att sköta sitt hem.

När det gäller arbete i äldre- och handikappomsorgen redogör Gough (1987) för några studier som genomfördes i slutet av 1970-talet där vårdbiträdesgrupper specialiserade sig på klienter med särskilda behov, exempelvis missbrukare och psykiskt sjuka. I flera fall initierades specialiseringen av de problem som vårdbiträdesgrupperna upplevde med dessa svåra klienter. Enligt Gough innebär specialisering med en mer homogen grupp klienter att arbetet upplevdes som mer utvecklande och meningsfullt och specialiseringen skapade förutsättningar för fördjupade kunskaper om klientgruppens särskilda behov. Gough beskriver denna typ av utveckling som en ”positiv professionalisering” som rimmar väl med kvalitetsaspekter som helhetssyn och kontinuitet.

Konklusion

Forskningen om arbetsmiljö och arbetsvillkor i äldre- och handikappomsorgen har inte problematiserat och undersökt betydelsen av klientgruppens profil för att utifrån detta förstå omsorgsarbetets krav. De statliga utredningar som gjorts inför och i uppföljningar av de olika reformerna under 1990-talet behandlar de olika klientgrupperna var för sig. Äldreomsorgen diskuteras i vissa utredningar och fysiskt respektive psykiskt funktionshinder i andra. Detta kan ha bidragit till att hjälpgivarnas arbetssituation – en praktik där undersköterskorna och vårdbiträdena ofta arbetar med alla dessa klientgrupper - inte setts ur ett helhetsperspektiv. Ett vårdbiträde kan vara kontaktperson och arbeta med en äldre dam med demens, en annan äldre dam med hjärtbesvär och astma som ofta drabbas av depressioner, en medelålders kvinna med ganska stora funktionshinder på grund av den neurologiska sjukdomen MS, en strokedrabbad herre som har

talsvårigheter och en yngre psykiskt sjuk man. Att hjälpa dessa människor med service och omsorg, att bevaka deras hälsa och medverka i ett fysiskt, psykologiskt och socialt rehabiliterande arbete ställer krav på kunskaper inom ett mycket brett fält. Nödvändigheten av ökade kunskaper när det gäller olika gruppers särskilda behov är något som tas upp i flera av de utredningar som gjorts. Frågan är hur vårdbiträdena ska kunna förvärva och underhålla kunskaper som är tillräckligt djupa för att ge dem en säkerhet och trygghet i arbetet och samtidigt bidra till en bättre vård- och omsorg för var och en av de klienter de hjälper. Som nämndes inledningsvis ser Svenska kommunförbundet framtidens omsorgspersonal som ”kvalificerade generalister” dock utan att närmare definiera innebörden i detta. I föreliggande studie framgår att det inte är oväsentligt på vilket sätt personalen specialiserar sig. Medan uppgiftsavgränsning motverkar helhetssyn och kontinuitet så innebär klientgruppspecialisering att vårdbiträdena får en möjlighet till fördjupade kunskaper om klientgruppens behov. Föreliggande studie talar för en ”klientspecialiserad generalist” som bästa lösning för att tillgodose både goda arbetsvillkor och en god vård- och omsorgskvalitet.

Sammanfattning

Astvik W, Bejerot E och Petterson I-L. *Gränser i omsorgsarbete. En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet*. Arbete och Hälsa 2001:16, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Studiens syfte var att undersöka arbetsinnehåll i äldre- och handikappomsorg och dess betydelse för upplevelse av arbetsvillkor och kvalitet. Med arbetsinnehåll avses dels vilka arbetsuppgifter som ingår i personalens ansvar och dels hur klientgruppen ser ut. En enkät skickades ut till samtliga vårdbiträden och undersköterskor i en svensk kommun. Svarsfrekvensen var 68 procent (n=341). Respondenterna kategoriserades utifrån klientgrupp (blandad, äldre och demenssjuka) samt utifrån arbetsuppgifter (generalister och avgränsade). Variansanalyser genomfördes med klientgrupp och uppgifter som oberoende variabler. Resultaten visar att arbetsvillkor upplevs som mer påfrestande dels av uppgiftsgeneralister jämfört med de uppgiftsavgränsade, dels av de som arbetar med en blandad klientgrupp jämfört med de som arbetar med äldre eller med demenssjuka. Resultaten pekar på den särskilt svåra kombinationen av att både vara generalist i uppgifter och att arbeta med en blandad klientgrupp. I studien diskuteras olika förändringsstrategier för en avgränsning av arbetsinnehållet. En uppgiftsavgränsning kan modifiera arbetsbelastningen men medför samtidigt negativa konsekvenser för omsorgskvaliteten. Medan uppgiftsavgränsning motverkar helhetssyn och kontinuitet innebär klientgruppspecialisering att vårdbiträdena får en möjlighet till fördjupade kunskaper om klientgruppens behov. Denna utveckling kan betraktas som en ”positiv professionalisering” som rimmar väl med kvalitetsaspekter som helhetssyn och kontinuitet.

Summary

Astvik W, Bejerot E och Petterson I-L. *Boundaries in home care work. A study of work content and its significance for working conditions and quality in care.* Arbete och Hälsa 2001:16, National Institute for Working Life, Stockholm.

The aim of the study was to investigate work content and its significance for working conditions and quality in home care work. Work content refers to work tasks and client category. 341 home care workers in a Swedish municipality answered a questionnaire concerning work content, working conditions, client relations, quality in care and health (response rate 68 per cent). The workers were categorised according to the client group they worked with (mixed, elderly and demented) and according to work tasks (generalists vs. specialists). Differences between groups were tested using two way analyses of variance. The results reveal that those working with a mixed client group experienced more strain than those working with elderly or demented caretakers and task generalists expressed more problems in work compared to the specialists. Workers with a mixed client group reported lower level of decision latitude and greater qualitative and quantitative work load as well as a more problematic relationship with their clients. They also reported a higher degree of physical exhaustion. The task generalists more often felt they had to many caretakers to attend to and also reported a larger emotional and intellectual workload as well as work related stress. Task generalists who worked with a mixed client group had the most strainful working conditions. Different strategies for specialisation in home care are discussed with respect to quality in work and care.

Referenser

- Aldwin, C M. (1994) *Stress, coping, and development. An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Aronsson G. (1985) *Arbetsinnehåll - handlingsutrymme - stressreaktioner. Teorier och fältstudier, del 1 och 2*. akad. avh. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Aronsson, G., Astvik, W., Freed Solfeldt, M. & Svensson, G. (1995) *Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G., Astvik, W. & Thulin, A-B. (1998) Home-care workers: work conditions and occupational exclusion. A comparison between carers on early-retirement and regular pensions. *Home Health Care Services Quarterly*, Vol. 17(2) 71-91.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994a) *Det goda arbetet i hemtjänsten*. *Arbete och Hälsa* 1994: 32, 92-103, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (1994b) *Hälsomässiga, psykologiska och organisatoriska aspekter på vårdbiträdesarbetet i hemtjänsten*. *Arbete och Hälsa* 1994: 32, 20-48, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik, W. & Aronsson, G. (2000) *Specialister eller generalister. Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst- och boendestödsverksamhet*. *Arbete och Hälsa* 2000:2, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Baines, C., Evans, P. & Neysmith, S. (1992) Confronting Women's caring: Challenges for practice and policy. *Affilia, Journal of Women and social work*, 7 (1) 21-44.
- Barron, K., Michailakis, D. & Söder, M. (2000) Funktionshindrade och den offentliga hjälppapparaten. I *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38, Stockholm: Fritzes.
- Eliasson, R. (1992) Omsorg som lönearbete: Om taylorisering och professionalisering. I R Eliasson (Red.). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgen villkor*. Lund: Arkiv förlag.
- Eliasson, R. & Szebehely, M. (1991) Äldreomsorgens särart och särbehandling. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2-3, 69-77.
- Eustis, N. N. & Fischer, L. R. (1991) Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care. *The Gerontologist*, 31 (4) 447-456.
- Franssén, A. (1997) *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. akad avh. Lund :Arkiv förlag.
- Freed Solfeldt, M. (1990) *Tyvär, jag hinner inte... Om arbetet vid servicehus och om olika faser i en arbetsprocess*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Gardell, B., Gustafsson, R Å., Brandt, C., Tillström, I. & Torbiörn, I. (1979) *Sjukvård på löpande band*. Stockholm: Prisma.
- Gough, R. (1990) Arbetsorganisation och samverkan. I L. Johansson & G Alaby, (red:er). *Den nya äldreomsorgen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Gough, R. (1987) *Hemhjälp till gamla*. Forskningsrapport 54, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Gustafsson, G. (1999) *En omsorgstriad. Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter*. akad avh. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Härenstam, A (1989) *Prison personnel –working conditions, stress and health. A study of 2000 prison employees in Sweden*. akad avh. Stockholm, Department of Stress Research, Karolinska Institute.
- Johansson, S. (1997) Hälsoprofessioner i välfärdsstatens omvandling. I E Sundin (Red.) *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. SOU; 1997:3. Stockholm: Fritzes.

- Karasek, R. & Theorell, T. (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Larsson, P. (1996) *Hemtjänsten ur tre perspektiv – en studie bland äldre, anställda och ledning*. akad avh. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Lazarus, R S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Melin Emilsson, U. (1998) *Vardag i olika världar. Om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. akad avh. Lund: Arkiv förlag.
- Rinnan, T. & Sylwan, U. (1994) *Hjälparens utsatthet -psykiska påfrestningar i social omsorg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Silfverberg, G. (1996) *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik och praktik*. akad avh. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.
- Socialstyrelsen (1997) *Äldreuppdraget. Årsrapport 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1998) *Äldreuppdraget. Årsrapport 1998*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000a) *Vård och omsorg till äldre 1999*. Statistik Socialtjänst 2000:5. Sveriges officiella statistik, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000b) *Insatser till personer med funktionshinder*. Statistik Socialtjänst 2000:7. Sveriges officiella statistik, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000c) *Äldreuppdraget. Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000: 4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1997:170, *Bemötande av äldre*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1999:97, *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från socialtjänstutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1999:21, *Lindqvists nia –nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm: Fritzes.
- Svenska Kommunförbundet (1999a) *Vår framtid: Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Äldreberedningens slutrapport. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svenska kommunförbundet (1999b) *Personal och kompetens i förändring*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svenska kommunförbundet (2000) *Kommunal personal 1999*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svensson, L. (1986) *Grupper och kollektiv. En undersökning av hemtjänstens organisation i två kommuner*. Utredningsrapport 2, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Szebehely, M. (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. akad avh. Lund: Arkiv förlag.
- Szebehely, M. (2000) *Äldreomsorg i förändring –knappare resurser och nya organisationsformer*. I *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38, Stockholm: Fritzes.
- Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O´Campo, P., Warg, L.-E. & Ohlson, C.-G. (1996) *Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model*. *Social Science and Medicine*. Vol 42 (9), 1217-1226.

- Thulin, A-B. (1987) *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. Rapport n 80, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån.
- Wærness, K. (1983) *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma.
- Wærness, K. (1984) The rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy*, Vol 5 (2) 185-211.

Bilaga 1. Redovisning av beroende variabler och variabelreduktion

Arbetsvillkor (i tabell 4)

För mätning av olika arbetsvillkor användes dels ett antal speciellt utformade frågor som passar för vårdbiträdesarbete och dels mer allmänt formulerade frågor om krav, inflytande, stöd och utveckling i arbetet som har använts i ett stort antal svenska arbetsmiljöundersökningar. Dessa senare frågor faktoranalyserades med principal-komponentmetoden och varimaxrotering. Kriteriet för antalet faktorer var ett egenvärde <1 . I tabell B1 framgår vilka enskilda item som ingick i analysen. Resultatet och reliabilitetstest ledde till att fem index bildades och att två item användes som enskilda frågor. För komponent nummer fem minskade reliabiliteten ($\alpha = .58$) då fråga 23.1 inkluderades. Detta item används istället som en enskild fråga. Eftersom reliabiliteten var låg för de två ingående variablerna i komponent 6, bildades inget index utan en av frågorna (item 26.6) användes.

Arbetsvillkor mättes också med tre frågor som mer specifikt fångar krav och inflytande i arbetet med klienterna. Dessa frågor var formulerade enligt följande:

- Vad tycker du om antalet vårdtagare du hjälper per vecka? Svartalernativ: (1) för många (2) lagom många (3) för få.
- Vad tycker du om den tid du vanligtvis ägnar åt var och en av de boende? Svartalernativ: (1) för lite tid (2) lagom (3) för mycket tid.
- Deltar du i vård och omsorgsplaneringen för dem du hjälper? Svartalernativ: (1) aldrig (2) sällan (3) ofta (4) alltid.

Tabell B1. Principalkomponentanalys av enkätfrågor om arbetsvillkor. Item och faktorladdningar. Svartalternativ: (1) aldrig (2) sällan (3) ofta (4) alltid

Item nr		Komponenter					
		1	2	3	4	5	6
<i>Stöd arbetsledning</i>							
24.4	Jag är överens med min närmaste chef	.835			-.179		
24.5	Vid problem i arbetet får jag stöd från min närmaste chef	.879	.110				.132
24.6	Jag får uppskattning i arbetet av min närmaste chef	.832	.107	.123			
24.7	Min chef skapar förutsättningar för att jag ska kunna utföra ett bra arbete	.789		.145			.241
<i>Inflytande</i>							
25.1	Har du möjlighet att själv påverka vilka arbetsuppgifter du ska utföra	.142	.673	.277		.165	-.156
25.2	Har du möjlighet att själv påverka hur du ska lägga upp ditt arbete		.755		-.175		
25.3	Har du möjlighet att själv påverka när du ska genomföra dina arbetsuppgifter		.787				
25.4	Har du möjlighet att utföra ditt arbete så att du är nöjd med resultatet	.122	.611			-.181	.143
25.5	Har du möjlighet att själv bestämma arbetstakten		.699			-.263	
25.7	Känner du dig delaktig i det som beslutas på din arbetsplats	.118	.429	.214		.174	.412
<i>Utveckling/stimulans</i>							
26.1	Är Dina arbetsuppgifter tillräckligt stimulerande och engagerande		.198	.780			.131
26.2	Känns ditt arbete meningsfullt och viktigt	.108	.147	.653			.123
26.3	Innebär Ditt arbete att du kan lära nytt och utvecklas		.112	.767			.173
26.4	Tas dina kunskaper och erfarenheter tillvara i ditt arbete		.137	.543			.501
<i>Emotionella/intellektuella krav</i>							
23.3	Arbetet med gamla och sjuka människor är alltför känslomässigt påfrestande för mig				.840		
23.6	Att ständigt bemöta boende och anhöriga är alltför krävande för mig			-.202	.710	.269	.124
25.6	Tycker du att ditt ansvar för de boende känns för stort				.673		-.119
23.7	På mitt arbete upplever jag motstridiga krav	-.102	-.193	-.151	.519	.413	-.163
<i>Svåra snabba beslut</i>							
23.1	I mitt arbete krävs hög arbetstakt utan möjlighet att varva ner (Enskild fråga)	-.168		-.297		.578	.156
23.4	I mitt arbete måste jag ta snabba och svåra beslut			.164	.175	.725	-.159
23.5	I mitt arbete måste jag hantera oförutsedda händelser					.784	
26.5	Får du klara instruktioner för att kunna utföra ditt arbete bra	.114		.202			.751
26.6	Får du handledning för att hantera oförutsedda händelser och svåra beslut (Enskild fråga)	.156		.137			.696
	Egenvärde	2.96	2.86	2.36	2.08	1.93	1.78
	Procent av varians	12.9	12.4	10.3	9.0	8.4	7.8
	Cronbach's alpha	.89	.78	.76	.70	.66	.58

Laddningar i fetstil indikerar de variabler som bidrar mest till komponenten och som även använts i bildning av index. Laddningar >.10 redovisas inte i tabellen.

Relationer med vårdtagare och omsorgskvalitet (i tabell 5)

Relationer med vårdtagare mättes med tre frågor som var formulerade enligt följande:

- Har du vårdtagare du ogillar att gå till?
- Tycker du att du har trevliga och stimulerande kontakter med vårdtagarna?
- Är du personlig i kontakten med vårdtagarna?

Svarsalternativ för de tre frågorna var: (1) samtliga (2) de flesta (3) några (4) några enstaka (5) inte någon.

I tabell B2 presenteras principalkomponentanalysen av omsorgskvalitetsfrågor. Två index bildades.

Tabell B2. Principalkomponentanalys av enkätfrågor om omsorgskvalitet. Item och faktorladdningar. Svarsalternativ för item 65.1 tom 65.4: (1) Inte alls nöjd (2) inte särskilt nöjd (3) ganska nöjd (4) mycket nöjd. Svarsalternativ för item 64.1 och 64.2 (1) aldrig/nästan aldrig (2) sällan (3) Ibland (4) oftast/alltid

Item nr		Komponenter	
		1	2
	<i>Nöjd med omsorgskvalitet</i>		
65.1	Är du nöjd med den vård och omsorg din arbetsplats ger de boende	.700	.120
65.2	Är du nöjd med den vård och omsorg du själv ger de boende	.734	
65.3	Tror du att de boende är nöjda med den vård och omsorg de får	.827	
65.4	Tror du att de boendes anhöriga är nöjda med vården och omsorgen	.781	
	<i>Bra bemötande</i>		
64.1	De boende bemöts med respekt		.898
64.2	De boende får ett vänligt bemötande		.888
	Egenvärde	2.33	1.62
	Procent av varians	38.9	27.0
	Cronbach's alpha	.76	.75

Laddningar i fetstil indikerar de variabler som bidrar mest till komponenten och som även använts i bildning av index. Laddningar >.10 redovisas inte i tabellen.

Stress och hälsa (i tabell 6)

Enkäten innehöll två olika frågebatterier om stress och hälsa. Det ena batteriet avsåg mäta arbetsrelaterade besvär som respondenten upplevt den senaste månaden och det andra batteriet mätte allmänt välbefinnande under det senaste året. Frågebatteriet om arbetsrelaterade besvär den senaste månaden faktoranalyserades och reliabilitets-testades. Som framgår av tabell B3 hade den första komponenten muskel/ledbesvär en godtagbar reliabilitet medan de två andra komponenternas reliabilitet var låg. Därför bildades ett index av den första komponenten medan item 43.9 respektive 43.10 togs ut som enskilda frågor att använda som beroende variabler i variansanalysen.

Tabell B3. Principalkomponentanalys av arbetsrelaterade hälsofrågor. Frågorna gäller besvär de senaste 30 dagarna. Item och faktorladdningar. Svartalernativ (1) aldrig (2) några enstaka gånger (3) några gånger/vecka (4) dagligen

Item nr	Arbetet kan ibland ge besvär eller påverka hur du mår. Hur ofta har Du under de senaste 30 dagarna varit/haft:	Komponenter		
		1	2	3
<i>Muskel/ledbesvär</i>				
43.2	Smärta/besvär i nacke/skuldror/axlar/bröstrygg	.743	.197	.193
43.3	Smärta/besvär i armar eller händer	.722	.186	
43.4	Smärta/besvär i ländrygg eller korsrygg	.764		.183
43.5	Smärta/besvär i höfter, ben eller fötter	.719		.142
<i>Oro</i>				
43.7	Hjärtklappning, smärta/tryck i bröstet	.282	.669	
43.8	Oro, sveda eller smärta i magen	.136	.751	.215
43.9	Svårt att somna/orolig sömn pga tankar på arbetet (Enskild fråga)		.725	.254
<i>Arbetsrelaterad stress</i>				
43.10	Stressad/jäktad p.g.a. arbetet (Enskild fråga)	.144	.149	.825
43.13	Orolig för att inte hinna bli färdig i tid med dina arbetsuppgifter	.118	.134	.823
	Egenvärde	2.31	1.67	1.58
	Procent av varians	25.6	18.5	17.5
	Cronbach's alpha	.78	.64	.67

Laddningar i fetstil indikerar de variabler som bidrar mest till komponenten och som även använts i bildning av index. Laddningar >.10 redovisas inte i tabellen.

Det andra batteriet innefattar nio frågor som avser mäta allmänt välbefinnande under det senaste året. Eftersom frågorna var högt korrelerade genomfördes ett reliabilitetstest och åtta av frågorna har slagits ihop till ett index som benämns Psykiskt illabefinnande (Alpha .90). De åtta frågor som ingår är: Har du under senaste året känt följande besvär/problem; psykiskt trötthet, rastlöshet, irritation, ängslan och oro, nedstämdhet, håglöshet, koncentrationssvårigheter, social trötthet. Fysiskt trötthet från samma frågebatteri används som separat fråga. Frågorna har svartalernativen: (1) aldrig (2) sällan (3) ofta (4) alltid.