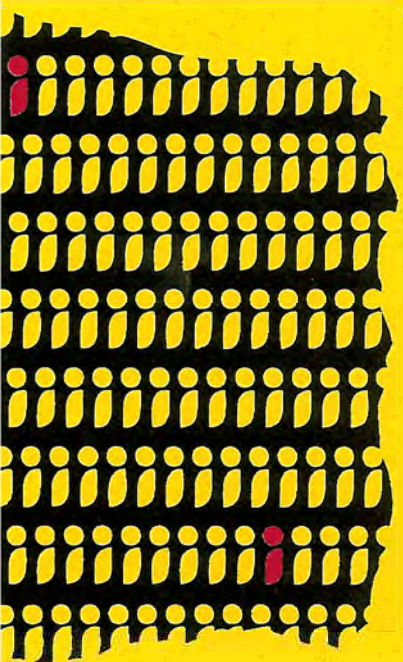


Empati och professionellt förhållningssätt

Behandlarrollen i missbrukarvården

Ulla Holm



Forskningsrapport nr 3 2001

Statens
institutions
styrelse SiS
FOU



Empati och professionellt förhållningssätt

Behandlarrollen i missbrukarvården

Ulla Holm

Författarpresentation

Ulla Holm är docent vid Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet. Hon är leg psykolog och leg psykoterapeut och arbetar med psykoterapi, handledning och utbildning av professionella grupper inom vården. Forskningsområdet är relationen mellan professionella hjälpare och deras klienter/patienter. Hon har utgivit böckerna *Empati – att förstå andra människors känslor* (2001) och *Det räcker inte att vara snäll* (1995), båda på bokförlaget Natur och Kultur.

Beställes genom SiS hemsida: www.stat-inst.se
Forskningsrapport nr 3 2001
ISSN 1404-2576

Tryck: Edita Stockholm 2007

Förord

Går det att mäta empati? Är det inte något som främst visar sig i den finstilta kommunikationen mellan människor?

Den här rapporten utgår från att empati inte är diffust och ogripbart, utan att det faktiskt låter sig både mätas och beskrivas. Ulla Holm använder sig av en tankeram och en metod som hon utvecklade redan i sin doktorsavhandling i pedagogik 1985. Empati ses då som en del av det överordnade begreppet "professionellt förhållningssätt". Detta begrepp innefattar kunskap, självkännedom och empati. Kunskapskravet är i jämförelse med de båda andra det mest teoretiskt betonade, men det inbegriper inte bara kunskap om teorier och metodmässigt kunnande och skicklighet, utan även kännedom om psykologiska försvar, omedvetna drivkrafter, ambivalenta motiv och omedveten kommunikation. Kravet på självkännedom handlar i praktiken om att vara medveten om egna känslor och behov, och om att kunna hantera dem på ett sådant sätt att de inte styr kontakten med den andre och de överväganden som gäller denne. Det tredje kravet – empati – är kanske det mest centrala och innebär förmågan att sätta sig in i och förstå en annan människas känslor och psykiska situation. Denna förståelse har dels en känslomässig, dels en kognitiv komponent. Upplevande kontra observerande, närhet kontra distans, inlevelse kontra analys är några begreppspar som anger vad det handlar om. Till detta hör en förmåga att uppfatta vad som ligger bakom klientens/patientens utspel, provokationer eller beroendehållning.

En grundbult är att relationen behandlare-klient/patient inte är en jämlik, ömsesidig relation. Ojämligheten visar sig bl a i att klienten/patienten står i en beroendeposition till behandlaren. Att relationen inte är ömsesidig visar sig i att parterna inte har samma rättigheter och förpliktelser. Den professionella relationen skiljer sig alltså från vanliga vänskapsrelationer, och det är av största vikt att behandlaren är medveten om detta. Om behandlaren agerar gentemot klienten/patienten som mot en jämställd part, faller behandlaren utanför den professionella ramen och gör sig skyldig till ett missgrepp.

De iakttagelser och slutsatser som redovisas i rapporten bygger på att läsaren accepterar det här resonemanget. Eller tydligare uttryckt: det är ingen poäng att säga att resultaten inte stämmer med "verkligheten" eller hur det "egentligen" är på LVM-hemmen. Så här är det – utifrån de förutsättningar som angetts!

Minst lika viktigt som de resultat som presenteras – eller måhända viktigare – är de diskussioner som resultaten kan föranleda. Rapporten – och i synnerhet den första delen som beskriver det konkreta arbetet – är både innehållsrik och lättläst, vilket är en god förutsättning för givande möten mellan forskning och praktik.



Sture Korpi
Generaldirektör



Vera Segraeus
FoU-direktör

Författarens förord

Detta är en rapport från en studie i två delar. Första delen är kvalitativ, baserad på deltagande observation och intervjuer med några av personalen som arbetar vid två LVM-hem. Andra delen är kvantitativ där personalen vid de båda LVM-hemmen har medverkat i testningar som avser att belysa deras förhållningssätt gentemot klienter och deras förutsättningar för empati.

Rapporten inleds med en analys av de teoretiska begrepp som studien baseras på. Trots att observationsstudien kommer sist i själva studien har jag valt att i rapporten placera den före den kvantitativa delen. Det är i observationsstudien som arbetet med klienter beskrivs. Förhoppningsvis har jag lyckats med att ge liv och färg åt det svåra arbetet i mötet med klienterna och att genom exempel konkretisera hur behandlingshemsassistenter bär sig åt för att på det inre planet möta de krav som ställs på dem i olika situationer. Jag har också beskrivit de yttre handlingarna som riktar sig mot klienterna i vardagsarbetet.

Den kvantitativa delen består av redovisningar av testmetoder och testresultat. Resultaten kan tyckas negativa för LVM-hemspersonalen medan observationsdelen, som visar bredden av goda och mindre goda handlingar och strategier, framstår som mer nyanserad med beskrivningar från observationerna som är lätta att känna igen. Det är min förhoppning att framför allt observationsdelen skall kunna användas som underlag för fortbildning/internutbildning och för diskussioner om det professionella förhållningssättet i arbetet på behandlings- och utredningshem inom SiS verksamhet.

Slutligen – ett varmt tack till personal och chefer vid de LVM-hem som medverkat för att de välkomnat mig och låtit mig få ta del av deras arbete – ofta påfrestande och utmanande, alltid meningsfullt.

Ulla Holm

Innehållsförteckning

Förord	3
Författarens förord	4
Sammanfattning	7
1 Bakgrund och syfte	9
2 Teoretiska utgångspunkter	12
2.1 Empati	12
2.2 Professionellt förhållningssätt	13
2.3 Motöverföring i relation till empati och professionellt förhållningssätt	14
2.4 Psykologiska strategier	15
2.5 Frågeställningar	15
2.6 Studiens uppläggning	16
2.7 Etiska överväganden	16
3 Observationsstudie	17
3.1 Metodval	17
3.2 Uppläggning och deltagare	18
3.3 Bearbetning av data	19
3.4 Kritiska händelser i termer av assistenternas handlingar	19
3.5 Strategier	24
4 Teststudie	32
4.1 Försöksgrupp	32
4.2 Datainsamlingsmetoder	32
4.3 Resultat	36
4.4 Jämförelse med andra yrkesgrupper	41
4.5 Sammanfattning och diskussion	43
5 Jämförelse mellan data från teststudien och observationsstudien	46
5.1 Sammanfattning	47

6 Sammanfattning och diskussion	48
6.1 Hur kan man förklara resultaten?	50
6.2 Teoretisk modell för faktorer relaterade till professionell hållning	52
6.3 Testinstrumentens validitet	53
6.4 Observationsstudiens trovärdighet	54
6.5 Vetenskaplig och praktisk betydelse av projektet	55
Referenser	58
 Bilaga 1: Metodutveckling	 61
Bilaga 2: Frågeformulär om utbildning och yrkeserfarenhet	69
Bilaga 3: Tabeller	73

Sammanfattning

I denna rapport redovisas ett forskningsprojekt med syfte att studera hur personal vid LVM-hem förmår att upprätthålla empatisk förmåga och professionellt förhållningssätt i sitt dagliga arbete med tvångsintagna alcohoolister och narkomaner, oftast med en kriminell belastning. Personal vid två LVM-hem, 61 personer, har deltagit. De frågor som studien velat besvara är huruvida LVM-hemsassistenter med ett mestadels professionellt förhållningssätt skiljer sig från dem som har brister i detta avseende vad gäller utbildning samt i fråga om förutsättningar för empati, psykiska strategier och andra personlighetsrelaterade faktorer.

För att belysa dessa frågor har både kvantitativa metoder och deltagande observation med intervjuer ingått. I observationsstudien, där 11 behandlingshemsassistenter medverkat, har psykiska strategier kunnat identifieras som är väl förenliga med ett professionellt förhållningssätt. De har en vägledande funktion och synes vara en produkt av både erfarenhet/utbildning och personlighetsfaktorer som ger en god balans mellan t ex närhet och distans. Även strategier som bryter mot ett professionellt förhållningssätt noterades. Dessa utmärks av starka inslag av psykiska försvar samt brister och problem i förmågan till kontakt och kommunikation.

Den kvantitativa delen av studien bidrar på den vetenskapliga sidan med en empirisk prövning av en teoretisk modell av empati. Två test har använts; Affekt-avläsningsskalan, som är ett test på förmågan att avläsa egna känsloreaktioner – en förutsättning för empatisk förståelse – och Bemötandetestet, som avser professionell hållning inkluderande empatisk kommunikation. För att få möjlighet att jämföra med andra yrkesgrupper har även en grupp sjukhuskuratorer och en med frivårdsinspektörer testats med Bemötandetestet. Det kan konstateras att LVM-hemsassistenter med högre utbildning – socionomer och sjuksköterskor – har lättare att avläsa och identifiera egna känslor och har en lägre andel svar i Bemötandetestet som uttrycker egna negativa känslor och primitiva försvar än gruppen av assistenter med lägre eller ingen vårdutbildning. Den högre utbildningsgruppen skiljer sig inte från frivårdsinspektörerna men har en signifikant högre andel icke-professionella svar än kuratorerna. Vid en kvalitativ analys av de icke-professionella svaren i Bemötandetestet visar det sig att den lägre utbildningsgruppen vid LVM-hemmen har signifikant större andel av utagerande och förnekande försvar än den högre utbildningsgruppen och att båda assistentgrupperna har mer av båda dessa svarstyper samt även av ett moraliserande bemötande än kurators- och frivårdsinspektörsgруппerna. Det visar sig att de assistenter som har övervägande professionella strategier också har de högsta värdena i båda testen, d v s de bästa förutsättningarna för empati och lägsta andelen oprofessionella svar.

Det kan konstateras vad gäller LVM-hemspersonalen att assistenter med ett mes-

tadels professionellt förhållningssätt skiljer sig från dem med brister i detta avseende i fråga om både utbildningsnivå, förutsättningar för empati och strategier där valet av strategi även ger viss information om personlighetsskillnader i hanterandet av behov och konflikter.

Studiens deskriptiva design innebär att många variabler, som är okända till sin karaktär och effekt kan vara involverade. Därför kan man inte dra några slutsatser om orsaker till skillnaderna. Emellertid kan vissa hypoteser genereras om olika faktorer inverkan. En teoretisk modell presenteras för att ge en överblick över dessa faktorer och samspelet mellan dem. Resultaten av studien understryker vikten av en noggrann selektion av personal till behandlingshemmen och även av att höja utbildningsnivån inom personalgruppen.

I Bakgrund och syfte

Social och emotionell kompetens (Mayer m fl, 2000), som inkluderar empati och kontaktförmåga, är grundläggande krav på de professionella inom vårdsektorn. Många studier understryker vikten av relationen mellan den professionella hjälparen och klienten/patienten för att exempelvis kunna etablera ett samarbete och för terapeutiska mål (Hall & Dorman, 1988; Bensing, 1991; Robbins m fl, 1993). Denna relation är speciell på grund av den professionella yrkesutövaren i maktposition och klienten i beroendeposition. För att skydda klienten i hans/hennes utsatta läge måste den professionella hjälparen utveckla en uppsättning etiska riktlinjer som kan sammanfattas i begreppet professionell hållning. Professionell hållning skiljer professionella från amatörer och förväntas läras in under yrkesutbildningen som ett led i professionalisering och professionalitet, den process och produkt där yrkesidentitet, internaliserad psykologisk kunskap och etikregler ingår (Holm, 1985; Jenner, 1992; Lundström, 1993; Werbart, 1988). Den professionella och yrkesmässiga identiteten bör vägleda hjälparen vad gäller förpliktelser och etiska val och fungera som ett inre stöd i situationer med t ex stress, provokationer och försök till manipulationer (Holm, 1995).

En annan vägledning i professionellt arbete är empati definierad som en förståelse/kunskap om den andras känslor och en anpassning av bemötandet av den andre utifrån denna förståelse. Empati kan uttryckas i kommunikationen till klienten, i valet av behandling – ja, i alla handlingar som riktas mot klienten liksom också i utformningen av den yttre miljön (Holm, 1995). Empati påverkas av inläring och erfarenheter (Holm & Aspegren, 1999; Nerdrum, 1996).

Den institutionella narkomanvården beskrevs av Bergmark & Oscarsson (1988) som "ett professionellt fält utan professionella". Utvecklingen inom missbrukarvården går emellertid mot en ökad professionalisering, ett ökat intresse för utbildning och en förändring av behandlarens roll från medmänniska till professionell hjälpare (Segraeus, 1993; Levin, 1997). Fortfarande finns emellertid olika uppfattningar om professionaliseringen och fortfarande är personalgrupperna (och behandlingshemmen) heterogena vad beträffar utbildningsbakgrund, ideologi, grad av professionalisering och behandlingsinriktning.

I Segraeus studie från 1993 anger samtliga talesmän för institutioner med årslång behandling, oavsett inriktning, att den personliga relationen till klienten är en förutsättning för att denne ska ta till sig behandlingsprogrammet. Att visa medmänsklighet, ge tillit och att se och bekräfta klienten framhålls också av Levin (1997).

Teoretiska modeller för professionalisering och professionalitet har presenterats av bl a Jenner (1992) och Lundström (1993). Tillämpningen av empati och professionellt förhållningssätt bestäms delvis av formella och informella regler i arbetsmiljön, av

diskurs, arbetsuppgifter och klienter (Säljö & Bergqvist, 1993). Empiriska studier som direkt fokuserar det faktiska beteendet i en vårdssituation saknas emellertid nästan helt men efterlyses i den internationella forskningslitteraturen (Alexander, Monk & Jonas, 1985). I en studie av Holm, *Läkares vardag – en studie av den psykiska arbetsmiljön*, har ett sådant försök gjorts med tvådagarsobservationer av var och en av fyrtio läkare (Holm, 1993). Syftet var att studera empati, professionellt förhållningssätt och psykologiska strategier i förhållande till de psykiskt påfrestande situationer som läkarna mötte i sitt dagliga arbete. Det visade sig att de läkare, som hade de lägsta värdena i test avseende förutsättningar för empati, också visade stora brister i sin professionella hållning, d v s styrdes alltför mycket av egna privata behov i kontakten med patienterna. Den största skillnaden gällde emellertid de psykologiska strategierna. Läkarna med bristande professionell hållning använde i hög utsträckning strategier som baserades på eller utgjordes av rigida psykologiska försvarsmekanismer. Karaktäristiskt var också bristen på mångfald i strategierna.

Ett antagande som ofta görs i diskussionen om professionella hjälparens bemötande av sina klienter är att det är svårare att upprätthålla en hög nivå av empati och professionell hållning gentemot vissa patienter än mot andra (Arborelius m fl, 1991; Hall m fl, 1996; Mawardi, 1979; McCue, 1982; Olkinuora m fl, 1990). I en översikt över forskning om utbrändhet i socialt arbete fann författarna dock inget tydligt samband mellan typ av klienter eller mängd av klientkontakt och utbrändhet (Soderfelt m fl, 1995). Det var främst faktorer relaterade till arbetssituationen, inte personlighetsvariabler eller klienttyp, som hade samband med utbrändhet. I andra studier finner man emellertid att multiproblemklienter och klienter med kroniska problem (Beck, 1987) samt socialarbetarens negativa intryck av klienten (Blostein, Eldridge, Kilty, & Richardson, 1985; Corcoran, 1987; Poulin & Walter, 1993) är positivt korrelerade med utbrändhet. En annan fråga av intresse är om arbete med speciella klientgrupper, arbetsuppgifter och uppdrag tenderar att forma speciella bemötandemönster hos de professionella hjälparna. En litteratursökning i PsykInfo och Medline visar en brist på forskning på detta område.

Empati är en förmåga som påverkas av både stabila personlighetsstrukturer och situationsbetingade faktorer. Depersonalisering kan ses som ett försvar mot att se den andra som en varelse med känslor, tankar, erfarenheter o s v och blir därigenom en barriär för empati. Resultaten från en studie av Holm & Aspegren (1999) tyder på ett negativt samband mellan stressnivå och empati. Andra studier rapporterar ett likaså negativt samband mellan empati och försvarsdrivet beteende (Williams, 1989). Samspelet mellan empati och utbildningsfaktorer har uppmärksamats i några studier. I en svensk sådan (Åström, 1990) konstaterades att sjuksköterskor hade högre empati än undersköterskor och sjukvårdsbiträden inom åldringsvården. Forsyth (1979) fann att empatinivå korrelerade positivt med utbildningsnivå bland sjuksköterskor. Även i två andra studier (Haraldsson & Sundin, 1993; Jobe, 1993) erhöles de lägsta värdena i test på förutsättningar för empati av de lägst utbildade vårdyrkesgrupperna,

i detta fall inom psykiatrin. Inom läkargruppen, som är en av de mest välutbildade grupperna i vården, har kirurger de lägsta värdena i samma test på förutsättningar för empati medan allmänläkare har betydligt högre. Kirurger ligger på samma nivå som sjuksköterskor. Den vårdyrkesgrupp som har högsta värdena är psykologer. En möjlig förklaring är att en längre vårdutbildning utvecklar den empatiska förmågan. En annan förklaring kan vara att personer med goda förutsättningar för empati söker sig till en fördjupad/längre vårdutbildning. Även typen av utbildning, t ex typ av specialistutbildning inom läkaryrket, kan tänkas ha ett inflytande på både urval av personer och utveckling av empatisk förmåga.

Vad gäller sambandet mellan professionellt förhållningssätt och utbildningsnivå har inga studier påträffats. Dock kan nämnas att vid testning med det instrument som används i denna studie, Bemötandetestet, ligger en läkargrupp från olika specialiteter på samma nivå som sjuksköterskor. Ur teoretisk synvinkel bör den empatiska förmågan, framför allt den affektiva delen (se nedan) vara mindre påverkbar av utbildning än professionellt förhållningssätt. Kunskap om etiska regler, kommunikationskunskap och -färdighet, en professionell identitet och ökad motivation att förhålla sig professionellt är vad en kvalificerad vårdutbildning bör leda till och innebära att det yttre beteendet, själva bemötandet av klienter/patienter, förändras från ett mer privat till ett mer reflekterat, yrkesmässigt styrt. Affektiv empati som är baserad på individens känslomässiga utveckling kan antas vara en förmåga som är mer stabilt förankrad i personligheten och därmed svårare att påverka positivt i en utbildning.

Syfte

De intagna vid LVM-hem är märkta av många års drogmissbruk och kriminalitet, ofta starkt ångestladdade, hotfulla och provocerande. Tvångsvård av drogberoende personer har en inbyggd konflikt mellan det tvång som personalen måste utöva och en behandlande inriktning där individens människovärde och utvecklingspotential betonas. Att arbeta i den speciella miljö och med de speciella klienter som ett LVM-hem rymmer kan antas ställa stora krav på personalens förmåga till empati, hållbarhet, förmåga att sätta gränser och inte minst självreflektion som hindrar att man dras med av egna känslor och behov och lever ut dem på ett destruktivt sätt. Syftet med projektet var att belysa hur personal vid LVM-hem förmår att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt, vilka psykologiska strategier de använder för att hantera vad som händer under en vanlig arbetsdag och hur de kan bevara sin empatiska förmåga.

2 Teoretiska utgångspunkter

Den teoretiska ramen för denna studie är psykodynamisk inkluderande modern utvecklingspsykologi och affektteori. Att jag valt dessa teorier beror på att de lämnat viktiga bidrag till förståelsen av de begrepp som bildar utgångspunkten för studien, empati, professionellt förhållningssätt och coping eller psykologiska strategier. Dessa begrepp beskrivs nedan.

2.1 Empati

Kärnan i begreppet empati är förmågan att förstå en annan människas känslor (empatisk förståelse) och att vägledas av förståelsen i sitt bemötande av den andra (Holm, 1985). Flertalet forskare ser empati som en inlärd förmåga (Basch, 1983; Hogan, 1969; Rogers, 1957), baserad på vissa grundläggande neurofysiologiska strukturer (Brothers, 1989). I forskningen kring empati framträder ett antal problem som bl a har att göra med begreppets komplexitet och avsaknaden av en gemensam definition (Levenson & Ruef, 1992). Försöken att studera empati kvantitativt avspeglar den aktuella innebörden av empati som en process med flera olika faser (Barrett-Lennard, 1981; Kagan & Schneider, 1987), där varje fas bygger på föregående och samtidigt är en förutsättning för efterföljande. En sådan flerfasmodell utgör en hjälp att systematisera och jämföra olika metoder att mäta empati. Varje fas har sina speciella mätproblem bl a beträffande begreppsmässig validitet. De empatiskala som utvecklats internationellt har mestadels tagit fasta på en specifik fas i den empatiska processen, vilket delvis förklarar varför de, trots att de alla syftar till att mäta empati, endast visar måttliga samband sinsemellan (Funder & Harris, 1986). Någon svensk empatiskala finns inte utgiven.

Den teoretiska modell för empati som ligger till grund för studien bygger på Barrett-Lennards indelning och utgår från psykoanalytisk utvecklingspsykologi. Den presenteras nedan.

Fas 1: Perception och affektiv resonans. I denna fas är en viktig mekanism perception av den andra personens känslomässiga budskap. Detta uppfattas på många olika nivåer. Perceptionen gäller inte bara verbala budskap utan även varseblivning av den andras fysiologiska reaktioner som mimik, lukt, ögonpupillförändringar, röstkvalitet, andning o s v. Perceptionen är parallell med en imitation av den andras kroppsspråk. Affektiv resonans, baserad på imitation med aktivering av motsvarande fysiologiska affektmönster hos "empatisören", har diskuterats av Basch (1976), Dimberg (1989), Freud (1921), Levenson & Ruef (1992) och Tomkins (1962).

Fas 2: Förståelse. En person kan fånga upp, varsebli, en annan persons känslor men denna perception kan vara och förbli omedveten. De mekanismer som ingår i fas

1 och 2, t ex affektiv resonans och projektiv identifikation, ger information om den andras emotionella tillstånd genom signaler som går via de egna känslorna. För att kunna använda dessa mekanismer i den empatiska förståelsen krävs affekttolerans, d v s att man kan uthärda de känslor som väcks inom den egna personen utan att bli överväldigad av ångest och utan att tränga bort dem (Holm, 2001; Krystal, 1975; Monsen, 1994). Om man inte kan tolerera och därmed avläsa en viss känsla hos sig själv, kan man inte heller korrekt avläsa den hos någon annan. När perception och resonans/upplevande av den andras känslomässiga budskap inte väcker alltför starka försvarsmekanismer till liv följs de av en medvetenhet och förståelse för den andras känslor, som går att verbalisera.

En gemensam uppfattning hos empatiforskare är att "empatisören" måste beröras känslomässigt för att en process av förståelse av en annan persons känslor skall betraktas som empati. En känslomässig respons, medveten eller omedveten, måste ske inom honom eller henne.

Fas 3: Kommunikation/beteende. Den tredje fasen innebär att med hjälp av olika strategier förmedla sin förståelse till den andra. Detta kan ske med hjälp av ord, handlingar och andra icke-verbala uttryck, t ex utformning av lokaler.

Kagan har utvidgat Barrett-Lennards modell genom att införliva aspekter av den inre processen som utvecklar eller försvagar den empatiska förmågan (Kagan & Schneider, 1987). Hinder för empati kan vara både kognitiva/intellektuella och affektiva/känslomässiga. Exempel på kognitiva hinder är brist på erfarenhet eller kunskap om regler för hur man uttrycker känslor medan affektiva hinder handlar om emotionella konflikter som är organiserade runt speciella känslor. Affektiv resonans och projektiv identifikation (Ogden, 1979) ger information om den andras känslomässiga tillstånd genom signaler som kommer från de egna känslorna. För att kunna använda dessa mekanismer för empatisk förståelse är affekttolerans nödvändig. Ytterligare ett hinder är brister i affektutvecklingen som tar sig uttryck i svårigheter att differentiera vissa affekter eller affekter i allmänhet (Strayer, 1987).

Kommunikationen av empatisk förståelse beror inte bara på den professionella hjälparens förmåga att uppfatta och förstå en klients känslor utan också på hans/hennes motivation att visa empati, vilket delvis bestäms av attityder och beteenden som lärts in under yrkesutbildningen och av kulturen i den aktuella arbetsmiljön (Holm, 1985; Suchman m fl, 1997).

2.2 Professionellt förhållningssätt

Professionell hållning kan definieras som en strävan att i yrkesutövandet styras av det som gagnar klienten – inte av de egna behoven, känslorna och impulserna (Holm, 1987). Detta ställer två speciella krav. Det första är att acceptera att relationen till klienten inte är jämlik och ömsesidig, d v s att den professionella utövaren inte har rätt att ställa samma krav på klienten som klienten har rätt att ställa på henne eller honom. Här avses respekt, uppmärksamhet, empati och medkänsla, vilka ingår i ett

professionellt bemötande men som är en psykologisk orimlighet att kräva av klienten i dennas utsatta läge som hjälpbehövande.

Det andra kravet är självkännedom, vilket bl a betyder att vara medveten om de egna behoven och känslorna. Endast då kan man hantera dem så att de inte levs ut och tar överhanden i kontakten med klienten och i de överväganden som gäller denna. Professionell hållning kräver av hjälparen att i sitt yrkesutövande frångå det naturliga sättet att utgå från sig själv och i stället ge klienten företräde. Det krävs speciell motivation för att ge upp de vanliga belöningarna och i stället utveckla attityder och värderingar som gör att andra handlingar och hållningar känns belönande. En sådan utveckling är en del av professionaliseringsprocessen.

Professionell hållning är relaterad till en humanistisk attityd inkluderande empatisk kommunikation (Rogers, 1957).

2.3 Motöverföring i relation till empati och professionellt förhållningssätt

Från att ha betraktats som ett hinder för en hjälpande relation (Sandler m fl, 1973) är idag synen på motöverföring att den är ett värdefullt verktyg i förståelsen av klienten och ett "normalt och ständigt närvarande fenomen" (Langs, 1980).

Enligt psykodynamiska tankegångar innebär empati att använda sina egna för- och omedvetna associationer, fantasier och minnen i förståelsen av den andra. Det krävs också en självobservation, en ansträngning att göra dessa associationer och känslor medvetna för att de skall kunna användas till ökad förståelse av den hjälpsökande. Det är emellertid inte alltid lätt att avgöra om hjälparens känslor enbart representerar en process som gynnar förståelsen av den andre eller om de motiveras av privata angelägenheter, t ex prestigeökning eller aggressionskonflikter (Reich, 1966).

Beskrivningar av ett konstruktivt sätt att hantera motöverföringar betonar i allmänhet att hjälparen måste kunna uthärda de känslor som väcks hos honom av klienten, behålla dem inom sig i stället för att agera ut dem samt observera och använda dem som medel att förstå klienten. Detta påminner starkt om beskrivningar av den empatiska processen. Skillnaden mellan motöverföringsbeteende och empati är då att i motöverföringsbeteendet ageras känslorna ut medan de i empati används i förståelsen av den andre.

Utvecklingen av professionell hållning är en del av professionaliseringsprocessen. Denna ger kunskap om de speciella kraven och förväntas även ge motivation och självdisciplin för att leva upp till kraven. Medvetenhet om kraven, att man accepterar dem och strävar efter att leva upp till dem är grundläggande förutsättningar för en professionell hållning. Men även om detta är tillgodosett kan en person hamna i lägen där han gör avsteg beroende på att privata behov och känslor väcks och vill komma till uttryck. Ju större självkännedom och medvetenhet om egna behov och känslor som en person har desto större möjlighet har han eller hon att härbärgera dem eller uttrycka dem inom ramen för en professionell hållning.

2.4 Psykologiska strategier

Psykologiska strategier eller coping är ett begrepp som främst använts i forskning som gäller patienters sätt att handskas med de psykiska följderna av sin sjukdom. Senare har termen även kommit att användas om de professionella hjälparnas sätt att handskas med exempelvis stress. Vissa författare ser coping som en medveten handling eller attityd medan andra ser den som en blandning av medveten handling och omedvetna psykologiska försvarsmekanismer (Kächele & Steffens, 1988).

I denna studie används i stället för coping den något svenskare termen psykologiska strategier för att beteckna hur människor bär sig åt för att på det inre planet möta de krav som ställs på dem i olika situationer. Medvetna och omedvetna handlingar, attityder och beredskap till handlingar liksom omedvetna försvar antas ingå.

I psykodynamisk teori ingår begreppet försvar som en viktig beståndsdel. Med försvar avses omedvetna mekanismer som syftar till att skydda individen från psykisk smärta. Psykiska försvar innebär alltid en mer eller mindre stor förvrängning av verkligheten, exempelvis i form av förnekande av vissa delar i en information, bortträngning, d v s att man inte har tillgång i sitt medvetna jag för händelser som faktiskt har inträffat – att man inte ”minns” – isolering av känslor från de kognitiva inslagen i en upplevelse och så vidare.

Psykiska försvar är nödvändiga för människors välbefinnande och välfungerande. En person som utvecklat många olika typer av försvarsmekanismer kan fungera mer flexibelt och med mindre stereotypa förvrängningar av omvärlden än en person som enbart har tillgång till några få typer av försvar.

I psykiskt starkt pressande situationer, där ångestväckande inslag förekommer, exempelvis inom läkarutbildningen (Holm, 1985; Holm & Aspegren, 1999), riskerar individen att ta till rigida psykiska försvar för att klara av de krav som ställs på honom – om inte omgivningen bidrar med tillräckligt psykologiskt stöd. Genom dessa försvar hotas individen inte längre av att överväldigas av starka känslor men följden kan bli att endast ett smalt perspektiv på omvärlden, fokuserat på icke-emotionella faktorer, återstår.

2.5 Frågeställningar

Med utgångspunkt från ovanstående kan forskningsproblemet preciseras i följande frågeställningar:

1. Skiljer sig personal inom missbrukarvården som mestadels har ett professionellt förhållningssätt från dem som har genomgående brister i detta avseende vad gäller utbildning, handledning och fortbildning?
2. Skiljer sig personal med en god professionell hållning från sådan med brister i detta avseende vad gäller förutsättningar för empati, psykologiska strategier och andra personlighetsrelaterade faktorer?

2.6 Studiens uppläggning

Två LVM-hem har deltagit i studien. LVM-hem A valdes för att det tar emot både kvinnor och män och har en heterogen personalstyrka vad gäller utbildning. Detta gäller även LVM-hem B, som valdes för att det har ett extremt tungt klientel som består av psykotiska eller psykopatiska drogmissbrukare, de flesta kriminella. Min avsikt har varit att få ett brett urval av behandlare vad gäller utbildning och likaså beträffande det klientel som man arbetar med.

I ett första steg av projektet utvecklades ett test på professionell hållning samt frågeformulär för bakgrundsdata. Testet baserades på observationer och intervjuer. Testning av personal vid fyra LVM-hem gjordes. A och B ingick ej i försöken. I bilaga 1 redovisas denna metodutveckling.

I nästa steg genomgick all personal vid LVM-hem A och B, vars arbete innebar klientkontakter, test på förutsättningar för empati, professionell hållning samt fyllde i frågeformulär om sina utbildnings- och yrkeserfarenheter.

I ett tredje steg gjordes en kvalitativ studie med deltagande observation och intervjuer som metod. Syftet var att studera behandlarnas faktiska handlingar i kontaktsituationer och att med hjälp av intervjuer som rör situationerna få förståelse för handlandet. De teoretiska begrepp som jag valt för att strukturera insamling och analys av data är liksom i den kvantitativa delen professionellt förhållningssätt och empati vilket möjliggör en metodtriangulering och en fördjupning av förståelsen av testresultaten. Även om antalet personer i observationsstudien är litet kan metodtrianguleringen ses som ett led i en validitetsundersökning vad gäller testinstrumenten.

Trots att observationsstudien är den sist utförda delen av studien, kommer den här att presenteras först. Orsaken är att jag velat ge en konkret introduktion till arbetet på LVM-hem. Den beskrivning som observationsstudien ger kan förhoppningsvis öka förståelsen för det ofta tunga arbetet med både fallgröpar och höjder i professionellt avseende.

2.7 Etiska överväganden

Cheferna vid de två utvalda behandlingshemmen informerade samtlig personal om projektet och fick allas samtycke till att delta. Medverkan i projektet var frivillig för varje enskild person. Alla samtyckte emellertid även till att delta i observationsstudien. Test- och observationsprotokoll kodades för att säkerställa sekretessen. Projektledaren ensam har tillgång till materialet. Återföring av observationerna och samtal om dessa med varje deltagande assistent ingick i observationsstudien på samma sätt som i projektet Läkares vardag (Holm, 1993).

3 Observationsstudie

3.1 Metodval

Empiriska studier av olika terapitypers effekt har visat att den avgörande faktorn för framgång inte är den speciella metoden utan i stället behandlarens värme, empati och äkthet. Därför är det förvånande att så få empiriska studier av behandlarna har gjorts. När det gäller exempelvis motöverföring är den teoretiska sidan väl belyst men det finns endast ett fåtal empiriska studier där man intresserat sig för hur motöverföring tar sig uttryck i handlingar. De studier som finns av behandlarens bidrag i interaktionen med patienter har mestadels gällt kognitiva aspekter medan den affektiva sidan har kommit i skymundan (Holmqvist, 1995). Intervjuer, frågeformulär och checklistor med känsloord är metoder som använts för att studera behandlars affektiva reaktioner i patientkontakten. Dessa metoder ger en inblick i behandlarens medvetna reaktioner. Resultaten kan emellertid vara svårtolkade. Är exempelvis noteringar om egna negativa reaktioner hos behandlaren ett tecken på god självkännsdom, affekttolerans och öppenhet och därmed följande förmåga att hantera dessa känslor på ett konstruktivt sätt eller antyder de svårigheter vad gäller motöverföring? Är behandlarens egna uppgifter om att han/hon inte har några egentliga svårigheter i patientkontakten ett tecken på omedvetenhet och bristande kunskap om ett komplicerat samspel, är det ett förnekande av svårigheter eller är det ett uttryck för en god förmåga i interaktionen med patienter? Studier där behandlarens omedvetna reaktioner, t ex försvar, belyses är sällsynta liksom framför allt systematiska observationer av behandlars strategier i deras dagliga arbete.

Valet av metod för denna del av studien är baserat på syftet – att studera behandlarnas faktiska handlingar och att försöka förstå dessa handlingar i sitt sammanhang. Jag har i en tidigare studie (Holm, 1993) arbetat med deltagande observation kombinerad med kontinuerliga intervjuer av läkare. Min erfarenhet av att använda metoden är mycket god. Det visade sig att det inte erbjöd några påtagliga svårigheter att – så nära som det ändå blir fråga om – följa en person i alla moment i det dagliga arbetet och ”som en skugga” smälta in i miljön. Flertalet läkare sade sig snarare stimuleras än störas av kontakten och av att tillsammans med mig få reflektera över vad som skedde. Tillvägagångssättet med feedback till varje deltagare omedelbart efter observationsperioden upplevdes likaså som belönande och ökade min förståelse. Jag har därför valt denna kombination av deltagande observation och intervju även i denna studie. För en diskussion av deltagande observation som en del av kvalitativa metoder, se t ex Holme & Solvang (1991) och Cohen & Manion (1991).

I redogörelsen för observationsdelen kommer jag först att presentera uppläggnings-

av observationerna och de praktiska förhållandena. Därefter beskriver jag arbetet med att analysera materialet och slutligen presenteras resultatet av analysen.

3.2 Uppläggning och deltagare

Den ursprungliga planen vad gäller observationsstudien var att jag som deltagande observatör skulle följa sammanlagt 14 behandlingsassistenter i deras arbete vid de båda LVM-hemmen, sju vid varje. Var och en av assistenterna skulle följas i två dagar. Planerna för observationsstudien vid LVM-hem B fick emellertid ändras på grund av nedläggning av hemmet i början av oktober 1997. Vid starten av observationsperioden i september fanns endast tre klienter kvar. Det blev då ofrånkomligt att många assistenter – oftast tjänstgjorde mer än dubbelt så många assistenter som det fanns klienter – var inblandade i flertalet situationer med samma klient. Jag valde då att, parallellt med observationer och intervju med en assistent, notera alla problematiska situationer som uppstod, dvs ett critical incident-förfarande. Fyra assistenter följdes i arbetet, varav tre under vardera en dag och en under två dagar. Assistenterna uttogs via lottning.

Observationerna avslutades med att alla assistenter som tjänstgjorde under observationsperioden deltog i ett seminarium, där jag presenterade och beskrev de kritiska situationer som jag observerat. Beskrivningarna gjordes så neutrala som möjligt och de inblandade tillfrågades om dessa stämde med deras uppfattning. Alla beskrivningar ”godkändes”. Därefter ombads assistenterna att reflektera, kommentera och diskutera vad som hänt. Jag gav även mina synpunkter. Hela seminariet bandinspelades.

Den tidpunkt vid vilken observationerna gjordes var illa vald med tanke på att all personal inom en snar framtid skulle entledigas från sitt arbete. Många hade arbetat i många år på vårdhemmet och följt dess anpassning till olika klientgrupper. Det var emellertid få som uttryckte oro över att bli arbetslösa, flertalet hade en förvisning om att kunna få arbete inom samma eller likartad bransch. Dock fanns helt naturligt en viss håglöshet och passivitet – det var helt enkelt ”för lite att göra för att man ska känna sig motiverad att göra något alls” som en assistent uttryckte det. Med tanke på att testdelen redan hade gjorts ville jag dock fullfölja studien på detta hem enligt principen att rädda vad som räddas kan.

Även på LVM-hem A hade förhållandena ändrats genom att kvinnliga klienter endast i undantagsfall togs emot. Under observationstiden fanns endast tre kvinnliga klienter vid olika tillfällen på hemmet. Observationsstudien kunde genomföras enligt planerna. Sju assistenter, uttagna via lottning, följdes under två dagar vardera under perioden januari–april 1998.

Alla de tillfrågade assistenterna vid båda LVM-hemmen tackade ja till att medverka. Alla var också mycket tillmötesgående mot mig. Av de elva assistenter som deltog i observationsstudien tillhörde fem gruppen med högre utbildning, sex den med lägre.

Jag följde varje assistent från arbetsdagens början till dess slut och deltog även i

två nattskift. Alla moment under arbetstiden ingick, t ex kontakt med klienter under aktiviteterna på behandlingshemmet, möten med personal, transporter av klienter till olika aktiviteter, enskilda samtal med klienter, gruppsamtal med klienter och administrativa uppgifter. Dokumentation av observationerna skedde med hjälp av anteckningar eller diktamen, mestadels i efterhand eftersom det var svårt att göra noteringar i själva situationen utan att påverka denna genom att väcka nyfikenhet och/eller misstänksamhet från klienternas sida. Jag presenterades för klienterna vid båda hemmen som en forskare som studerade personalens uppgifter. Klienterna var genomgående åtminstone till synes ointresserade av min närvaro.

I materialet från observationerna ingår noteringar om mina egna reaktioner inför klienter, assistenter och yttre situation. Min strävan var att förhålla mig så naiv som möjligt, d v s att hålla mig fri från avtrubbnings och styrande förväntningar, vilket inte helt gick att undvika men som jag åtminstone försökte bli medveten om efteråt. Att göra anteckningar i efterhand var därvid en god hjälp. Inte förrän jag skrev ner eller dikterade vad som hänt och reflekterade över detta insåg jag att jag under själva förloppet av den situation jag observerade hade förbisett viktiga aspekter, främst sådana som gällde klientens känslor. Detta blev tydligare under senare delen av observationsperioden, vilket antyder att det kan röra sig om en avtrubbnings/anpassning, förmodligen till den totala situationen, d v s klienter, personal, vårdklimat och organisation.

Under de dagar jag följde arbetet intervjuade jag kontinuerligt assistenten angående vad som pågick, det vill säga varför han/hon gjorde så eller så, vad han/hon tänkte och hur han/hon reagerade i olika sammanhang. Jag gjorde även en längre sammanhängande intervju med var och en som täckte inställning till arbetet, varför man sökt sig till detta, vad man gjort tidigare, inställning till utbildning och vilka kvalifikationer man ansåg att en god behandlare skulle ha.

3.3 Bearbetning av data

Datamaterialet består av anteckningar och utskrivna diktamina från 17 dagars och 2 natters observationer och intervjuer samt från ett seminarium med assistenter vid LVM-hem B. Efter upprepade genomläsningar av materialet delade jag upp det i kritiska händelser (Flanagan, 1954; Andersson, 1985). Exempel på en kritisk händelse är när en klient går fram till en assistent och kräver att få nykokt kaffe i stället för det som finns i termoskannan, vad assistenten då säger och gör i förhållande till klienten, vad denne säger och gör.

Händelserna beskrevs så detaljerat som möjligt. En viss validering av mina observationer skedde genom att jag berättade om dem för varje assistent för att förvissa mig om att min beskrivning av det yttre skeendet stämde med assistentens.

3.4 Kritiska händelser i termer av assistenternas handlingar

Utifrån den långa listan med beskrivning av händelser gjorde jag en kategorisering som var baserad på assistenternas handlingar. Nio kategorier framträdde:

- visad empati
- missad empati
- uppmuntran
- manipulation
- sakligt, respekterande bemötande
- positivt kontakttagande
- negativt kontakttagande
- desarmering av provokation
- gränssättning

Nedan följer en närmare beskrivning av handlingarna och exempel på de olika händelserna. För att bevara anonymiteten hos de deltagande assistenterna har ibland vissa kännetecken, t ex kön, förändrats.

Visad empati

Empatiskt beteende innebär att assistenten bekräftar klientens känslouttryck, att han visar att han förstått det känslomässiga budskapet, att han visar att han sett att klienten har svåra känslor även om han kanske inte vet sammanhanget, att han förmedlar medkänsla och förståelse i ord och/eller handling. Det kan även innebära att han låter en klient vara ifred.

Exempel:

- En svårt alkoholpåverkad klient, som supit under en lång period och är mycket medtagen behandlas med ömhet och respekt av assistenten. Assistenten beklagar att klienten mår så dåligt, stryker honom över armen och är sedan tyst. Hon hjälper honom när han kräks.
- En assistent frågar en klient som ser hängig ut hur han egentligen mår i själen. Detta blir inledningen till ett mycket informativt samtal.
- En assistent ger en klient cigaretter innan kiosken öppnat. Klienten är i miserabelt skick med hög ångestnivå efter återfall.
- En assistent som tittat in till en klient på dennes rum men blir avvisad säger lugnt: "Du vet var jag finns" och går ut ur rummet.

Missad empati

Missad empati innebär att assistenten inte verkar lägga märke till klientens känslouttryck, fånga upp känslomässiga signaler, förstå eller bry sig om vanliga mänskliga behov hos klienten, förstå hur handlingar hos honom själv kan påverka patientens känslor. Denna typ av bemötande var betydligt vanligare än empatiskt beteende.

Exempel:

- En assistent möter en klient vid tåget efter hans första permission. Under bilfärden till LVM-hemmet frågar eller kommenterar assistenten ingenting om hur klienten haft det. Klienten sitter hängig och tyst.
- En assistent säger fel namn till en klient. Denne blir stött. Assistenten säger då att han har så många klienter att hålla reda på att han inte kan lära sig alla namn.

- En klient blir upprörd när han får veta att han inte får permission förrän efter 3 månader. Han kommer att missa en viktig familjehögtid. Assistenten understryker ånyo regeln utan att uppmärksamma de närmast chockartade känslor som klienten visar.
- En assistent berör inte vad klienten faktiskt säger om att han inte har någon annan mening i sitt liv än att supa utan ger ett schablonsvar: "Jag förstår hur du har det". Svaret ges i en helt neutral ton och missar det känslomässiga budskapet.
- En klient klagar över att bli barnsligt behandlad genom att assistenten kallar honom "pojke". Assistenten fortsätter att tala om honom och övriga klienter som pojkar.
- Vid kaffedrickning tillsammans med ett par klienter pratar två assistenter om sina familjer, framför allt barnen, på ett sätt som utesluter klienterna.
- En assistent har tillsammans med en socialsekreterare planeringssamtal med en klient inför utskrivningen. Klienten som är mycket avmagrad säger att hon inte har någon matlust när hon måste äta ensam. Hennes barn är omhändertagna för samhällsvård. De båda assistenterna berättar ingående om hur deras barn äter, vilken väldig aptit de har och hur de själva hanterar detta. Klienten sitter helt tyst och apatisk.
- En klient är mycket orolig och rastlös inför kontakt med myndigheter. Assistenten visar inte att han ser detta eller bryr sig om det.

Uppmuntran

Uppmuntran innebär att ge positiv feedback på klientens handlingar, att förstärka även små framsteg. Detta var en typ av händelse som var relativt sällsynt.

Exempel:

- En assistent berömmar en klient för att han påminner om att han är skyldig en summa pengar till kiosken. Säger till klienten att "du är plikttrogen".
- En assistent kramar om en klient som efter långa förhandlingar gått med på att lämna urinprov.
- En assistent som är på promenad med en klient säger att "dig kan jag lita på, du sticker inte".
- En assistent berömmar en klient, som är svårt fysiskt medtagen, för varje boll han lyckas ta i en bordtennismatch.

Manipulation

Med manipulation avses handlingar där man försöker använda klienterna i eget, privat syfte eller att påverka klienterna genom att väcka t ex skuld-känslor, ilska eller rädsla.

Exempel:

- En assistent klagar på ledningen inför klienterna.
- En assistent säger till en klient att han blir verkligt ledsen över att klienten inte nappat på ett sysselsättningserbjudande.
- En assistent drar igång en klients ilska genom att påminna honom om en kränkande situation som klienten tidigare varit med om.

Sakligt, respekterande bemötande

Detta beteende innebär att även i situationer där klienten uppträder påfrestande, öppet manipulerande eller direkt motbjudande visa respekt för klienten som människa, att

kontrollera känslorna så att man kan hantera situationen på ett balanserat och sakligt sätt. Det innebär också att hantera situationer, där maktpositionerna är uppenbart ojämlika, på ett sätt som inte är integritetskränkande.

Exempel:

- En assistent bemöter under en lång bilfärd en förvirrad, småmanisk, oupphörligt pratande klient på ett respektfullt sätt genom att lyssna och då och då komma med frågor som visar att han följer med i samtalet.
- En assistent är neutral och saklig mot en klient som ljuger och just har stulit föremål från en läkarmottagning.
- En assistent är neutral och respektfull mot en klient vid genomgång av frågeformulär med vissa potentiellt provokativa frågor.
- En assistent bryter en argumentering mellan en annan assistent och en klient om huruvida klienten ska ta antabus eller inte genom att sakligt fråga om han faktiskt tror att antabus förstör hans kropp, vilket han bl a har hävdad. Klienten börjar då skratta och går med på att börja med antabus.

Positivt kontaktagande

Detta innebär att aktivt skapa och fördjupa kontakten med klienterna inom en professionell ram, d v s att vara personlig utan att bli privat eller påträngande.

Exempel:

- En assistent söker vid kvällsronden upp alla klienter, slår sig ner och pratar med var och en om hur dagen har varit och hur det känns nu.
- En assistent deltar i pratstund i rökrummet och stimulerar klienterna att berätta historier från sina yrkesliv.
- En assistent är ganska tystlåten med en klient men ger kroppskontakt, håller under armen en kort stund, när de promenerar iväg.
- En assistent följer upp alla potentiellt negativa yttranden (t ex "Bättre har man ju mått") från klienterna vid gruppmöte.
- En assistent tar möjligheten till samtal med en skygg klient som brer smörgåsar i köket för att följa upp klientens reaktioner på en tidigare händelse.
- En assistent går iväg med en klient från en grupp med andra assistenter och klienter för att få tillfälle till enskilt samtal. Detta bryter klientens isolering.
- Genom att få med en klient i ett ärende i bil lyckas en assistent få kontakt med klienten som länge varit avvisande.

Negativt kontaktagande

Detta innebär antingen att inte alls ta kontakt trots att situationen skulle inbjuda till detta eller att vara alltför påträngande i kontakten och inte avpassa denna efter klientens signaler. Det kan även innebära att ha alltför litet avstånd i kontakten och att sudda ut skiljelinjen mellan privat och personlig.

Exempel:

- En assistent tar inte själv kontakt med en klient. Som svar på klientens kontaktsökande bemöter han honom på ett schablonartat sätt – nämner t ex upprepade gånger klientens namn men måste varje gång först kontrollera namnet i en lista.

- En assistent går in i en klients rum, pratar oupphörligt och ställer påträngande frågor utan att bry sig om att klienten inte ger gensvar. Är kvar alltför länge, försämrar kontakten med klienten som blir allt tystare och allt mer avvisande.
- En assistent regredierar under gemensamma sysslor tillsammans med en klient som han känner en viss likhet med. "Tramsar" på ett distanslöst, kontaktsökande och litet beundrande sätt.
- En assistent som tidigare inte tagit kontakt med en klient frågar på ett schablonmässigt sätt om han är orolig inför den förestående permissionen. Frågan passar så dåligt in i situationen att klienten inte förstår den utan blir förvirrad.
- En klient som är i mycket dålig psykisk kondition, bl a genom medicinomställning, blir sämre efter ett långt och argumenterande samtal med en assistent om hans familjesituation och hur han själv påverkar den.
- En assistent argumenterar länge och meningslöst med en klient angående en annan assistents beteende. Till slut avbryter en annan klient den låsta situationen.

Desarmering av provokation

Detta innebär att inte nappa på provocerande uttalanden från klienterna, att inte argumentera, att om möjligt tillmötesgå önskemål och att aldrig ta upp "kastade handskar" från klienterna.

Exempel:

- En assistent avstår från att argumentera när klienten säger att endast två missbrukare kan stödja och hjälpa varandra och att en professionell vårdare inte har någon hjälp att ge.
- En assistent säger att han kan förstå vad klienten menar när denne framhåller att alla på behandlingshemmet blir behandlade som idioter. "Vi är nog lite övertydliga."
- En assistent kompromissar med en klient som högljutt kräver att få äta lunch vid ett gatukök när de är på väg hem till lunchen efter ett ärende. "Du kan väl köpa en cocacola, så länge". Klienten accepterar detta förslag.
- En klient klagar provokativt på kaffet i termoskannan, assistenten brygger nytt kaffe.

Gränssättning

Detta innebär att säga nej till begäran som går emot reglerna på behandlingshemmet eller att avstyra beteenden som medför obehag för andra klienter.

Exempel:

- En assistent säger nej till en klients begäran att få ta med en stor cocacolaflaska till rummet. Klienten hotar med att upprätta en protestlista. Assistenten hänvisar vänligt till reglerna som kommit till efter det att klienter försökt att jäsa alkohol i flaskorna.
- En assistent ger ultimatum till en frivilligt intagen klient som inte vill ge urinprov – antingen får han lämna prov eller lämna behandlingshemmet.
- En assistent låter inte en klient ha deodorant (med alkohol) på rummet. Hänvisar till reglerna.
- En klient vill gå ensam tillbaka till behandlingshemmet efter aktivitet utanför. Assistenten förklarar att det ingår i hans yrkesskyldigheter att inte släppa honom ensam och att det inte handlar om tillit eller bristande tillit.
- En klient hotar med självmord för att han inte får viss medicin. Assistenten säger att han inte får hota med självmord och att det är assistenten som har ansvaret för hans liv nu. Klienten lugnar ner sig och går med på den medicinering han är ordinerad.

- En klient hotar med att kasta ett tungt föremål på en annan klient. Assistenten går lugnt fram och lägger armen runt honom, talar lugnande, tar föremålet ur hans hand och går ut med honom ur rummet.

3.5 Strategier

De beskrivningar av kritiska situationer som har gjorts ovan är baserade på observerade handlingar. Tolkningar har i möjligaste mån undvikits men ändå ofrånkomligt inverkat eftersom mina egna bedömningar ligger bakom uttryck som ”går lugnt fram”, ”beundrande sätt” och ”frågar på ett schablonmässigt sätt”. I ännu högre grad gäller detta den redogörelse för assistenternas strategier som närmast följer. För att upptäcka, analysera och förstå de inre psykiska mekanismer som utgör ett stöd och ibland en överlevnadsstrategi hos assistenterna har min psykoterapeutiska utbildning och erfarenhet varit en nödvändig resurs. Med hjälp av psykoanalytiskt orienterad metod både vad gäller insamling av data via observationer och intervjuer och tolkning av dessa data har jag försökt att gå bakom de observerbara handlingarna och den manifesta, medvetna information som har givits som svar på mina frågor för att nå fram till och förstå även de omedvetna komponenterna och deras funktion i de inre strategierna. Mina frågor efter varje kritisk situation om assistentens tankar och känslor i situationen innebar en fördjupning av min förståelse av händelsen men också en kontroll av konsensus.

Som ett första led i mitt arbete med att strukturera materialet gick jag igenom alla de kritiska situationer som jag tidigare detaljerat hade beskrivit, nu med utgångspunkt från vilka hjälpanande manövrer som assistenterna på ett inre plan använde för att hantera situationen. Ett exempel är en situation där en klient på en intagningsavdelning sitter vid matbordet efter lunchen. En assistent håller på att torka av bordet. Klienten, som är invandrare och väntar besök av polisen, säger att han skall sova när polisen kommer för att slippa bli förhörd och tvingad att lämna uppgifter som gör att hans familj kan råka illa ut genom vedergällning. Assistenten berättar då för honom att Sverige har en lag som är sådan att man inte med våld kan tvingas tala, att han har frihet att välja. Assistenten förmedlar här till klienten att han, liksom alla andra i Sverige, har rätt att respekteras i sina val och att hans människovärde gör att han inte får kränkas genom våld. Min tolkning är att assistenten har mobiliserat en inre modell för bemötande av klienter där en människosyn som är baserad på allas lika värde ingår. Ett annat exempel på mitt tillvägagångssätt är en situation där några klienter tillsammans med en assistent ska få sitta ute i solen. Assistenten sätter sig på en bänk en bit ifrån klienterna och samtalar inte med dem. De talar inte heller med varandra. På min fråga varför hon gör på detta sätt svarar hon att det kan vara bra för klienterna att få vara ifred. Klienterna nappar emellertid med iver på en annan assistents kontaktförsök strax senare i samma situation. Mitt antagande är att den första assistenten har som strategi att undvika kontakt med klienterna och att hon har projektion som försvar. Detta skulle innebära att hon projicerar på klienterna sin egen önskan om att slippa kontakt.

På detta sätt har jag analyserat de elva assistenternas sätt att hantera möten med klienterna. Ur beskrivningarna framträdde 25 teman, som kunde föras samman i följande tio strategier:

- Tillämpa medveten modell för bemötandet
- Ge kontakt
- "Backa"
- Avsluta svåra situationer
- Vara tydlig och saklig
- Undvika kontakt
- Söka regressiv kontakt
- Använda schabloner
- Moralisera/uppföstra
- Vara privat

Nedan beskrivs dessa tillsammans med exempel och kommentarer.

Tillämpa medveten modell för bemötandet

Detta var en strategi som var baserad på en genomtänkt och väl integrerad människosyn där allas lika värde var utgångspunkten. En annan viktig inställning var att man själv inte stod utanför risken att i vissa lägen bli drogmissbrukare och även begå kriminella handlingar. I modellen ingick att försöka mildra psykisk och fysisk smärta hos klienterna och att undvika ett strafftänkande med inslag av att man får skylla sig själv. Respekt för klienten och en strävan att lindra och trösta även om man inte alltid kan bota var huvudingrediensen i denna strategi som gav styrka åt assistenten genom att ge vägledning i det konkreta handlandet och meningsfullhet i arbetet. Den uttrycktes både i handling och ord. En manlig sjuksköterska berättade att han såg sin del i behandlingen av klienterna vid LVM-hemmet ungefär som han såg vården av cancerpatienter, där de som inte kunde botas ändå hade rätt till god omvårdnad och där besvikelsen hos behandlaren över återfall i sjukdomen inte fick ta överhanden och uttryckas i en avvisande hållning. En assistent kommenterade att ju mer hon kunde ta till sig denna modell, desto mindre intresserad blev hon av att lösa problem med klienterna med hjälp av nya regler och desto mer inriktad på att utveckla sitt förhållningssätt och att få tillfälle att diskutera detta i stället för regler vid personalmöten. De assistenter som hade en sådan medveten modell som ledstjärna var alla socionomer eller hade gått 20-poängsutbildningen vid IKM (Institutet för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården). Ett par assistenter, varav en saknade vårdutbildning, uttryckte i ord delar av samma modell men hade svårigheter att tillämpa den på grund av främst en bristande förmåga till gränsdragning mellan dem själva och klienterna.

Exempel på situationer där denna strategi kom till tydligt uttryck var intagning av nya klienter i miserabelt psykiskt och fysiskt skick, hög ångestnivå, ofta i en krisartad reaktion på tvångsingripandet och med ilska, skuld och skam som drivande affekter.

Ett respektfullt, tålmodigt och medkännande bemötande tillsammans med tydliga gränssättningar och försök att rent praktiskt lindra lidandet präglade beteendet hos den som hade denna strategi. Ett mer konkret exempel har givits ovan i beskrivningen av mitt tillvägagångssätt vid tolkningen av de psykologiska strategierna.

Ge kontakt

Flera av assistenterna såg som sin uppgift att så mycket som möjligt vara tillsammans med klienterna i deras aktiviteter, vid kafferaster och måltider, i rökrummet och i enskilda samtal bl a vid promenader och bilfärder. Det uttalade syftet var att utgöra en modell för socialt beteende, att hjälpa klienterna att uttrycka sina känslor i ord och att ge mänsklig kontakt. Att ge gensvar på känslor, att hjälpa till att fördjupa klientens förståelse av sig själv och att visa omtanke om klienten ingick. Detta medvetna syfte med kontaktgivandet kan ses som en komponent i föregående strategi och var liksom den ett stöd för assistenterna genom att ge deras arbete en inriktning. Den bedöms kräva av sin utövare ett genuint intresse för människor, låg aggressions- och ångestnivå och en trygghet i själva kontakten med klienterna. Exempel på denna strategi kan tas från en sjuksköterska som systematiskt var ute i uppehållsrum och i aktiviteter med klienterna med det medvetna syftet att ge mänsklig kontakt, fanga upp svåra reaktioner och hjälpa patienterna att bära dessa.

"Backa"

Detta var en strategi som framför allt var tydlig hos assistenter som arbetade vid intagnings-/avgiftningsavdelningarna med klienter som hade abstinensbesvär, var förvirrade, provocativa, hotfulla, labila och ibland i akut kris efter tvångsingripandet. Strategin bestod i att inte bemöta patientens provokationer med motprovokationer, argumentation eller prestige- och maktdemonstration utan att så långt möjligt hålla med klienten, tillfredsställa klientens önskemål och vara vänlig och tillmötesgående i hela förhållningssättet mot klienten. Det innebar också att vänta ut patientens acceptering av situationen och att inte forcera information eller insikter från patienten. Ofta kallade personalen detta för att "backa".

Under mina vistelser vid behandlingshemmen uppstod en hel del potentiellt hotfulla situationer men mycket få våldssituationer ens under en period med överbeläggning på en intagningsavdelning med många icke helt avgiftade klienter. En orsak till den låga våldsfrekvensen var uppenbarligen personalens strategi att backa, att utan argumentation, prestigeinblandning och maktkamp möta klientens svåra reaktioner av aggression och ångest. Också assistenter som i övrigt visade brister i det professionella förhållningssättet använde denna strategi, vilket tyder på att om en strategi är tillräckligt framgångsrik i en hotfull situation kan den ge hjälp i att kontrollera även starka egna reaktioner av exempelvis ilska och kränkthet. De flesta hade lärt den via internutbildning och handledning. De assistenter som jag träffade som inte "backade" var vikarier utan vårderfarenhet.

Avsluta svåra situationer

Assistenterna konfronterades inte sällan med situationer där de kränktes verbalt men också kroppsligt av klienterna. Kroppslig kränkning kunde innebära att klienten spottade assistenten i ansiktet, att han sparkade eller slog assistenten. Andra kränkningar var att uttala sig föraktfullt om assistentens utseende eller utbildning, att lura assistenten, att manipulera, att svika förtroenden. En del av kränkningarna kunde assistenterna neutralisera inom sig genom empati, förståelse av klientens reaktioner och situation. Andra kränkningar var av allvarigare art och upplöstes inte av empati. Den konstruktiva strategi som användes i dessa fall bestod i att konfrontera klienten med vad han gjort samt berätta om sina egna reaktioner. Därmed kunde händelsen avslutas. Ett exempel är en situation där en klient rymt, på natten återfunnits i trakten i berusat tillstånd och under stort besvär återförts till LVM-hemmet. Klienten gjorde kraftigt motstånd och utdelade slag mot assistenterna. Nästa morgon konfronterade två av assistenterna i korthet klienten med vad han gjort och sagt och avslutade med att säga: "Förstår du inte att vi blir förbannade då!" Därmed var saken utagerad för båda assistenterna, de hade avslutat och lämnat situationen utan kvarvarande ilska eller bitterhet. Den motsatta strategin, att inte i en direkt kontakt göra upp med klienten utan älta sin oförrätt tillämpades av en tredje assistent som fortsatte att vara förorättad och utvecklade bitterhet och en känsla av att vilja hämnas samtidigt som han även vände en del av dessa känslor mot arbetsledningen. Detta var en vikarie utan vårdutbildning eller tidigare vårderfarenhet. De båda övriga assistenterna hade tydliga gränser mellan sitt professionella jag och privatjaget, vilket är en förutsättning för att kunna lämna en kränkande situation utan bitterhet, en gränssättning som vikarien uppenbart inte hade tillgång till.

Vara tydlig och saklig

Denna strategi gick ut på att vara tydlig, saklig och ärlig mot klienterna. Den var i många fall framgångsrik genom att den signalerade respekt och prestigefrihet. Dock ledde den ibland till att kontakten med klienten hamnade på fel nivå. Eftersom strategin enbart inriktades på det rationella innehållet i kontakten hände det att det som avhandlades var långt ifrån huvudbudskapet när detta låg på en känslomässig nivå. Emotionellt gensvar ingick inte i strategin. Även denna strategi var medveten och uttryckt i ord och hade lärts in via internutbildning och handledning. Att vara tydlig och saklig i kommunikationen med klienter är naturligtvis nödvändigt, speciellt med det slag av klienter som kommer till LVM-hem och som ofta är förvirrade, har en hög ångestnivå och har manipulation och gränsöverskridande bland sina psykologiska strategier. Dock föreföll det som om framför allt de lågutbildade assistenterna hade en uppfattning om att detta att vara tydlig och saklig också var tillräckligt i kontakten med klienterna. En sådan uppfattning får i första hand ses som ett försvar mot känslomässig kontakt men kan även delvis tänkas bero på brist på utbildning och den förståelse som en sådan kan ge om kommunikation på olika nivåer och om vikten av empati.

Undvika kontakt

I denna strategi ingick att genom olika aktiviteter, t ex att städa, utföra pappers-/dataarbete och uträtta ärenden undvika eller minimera kontakten med klienterna. De assistenter som i hög grad använde denna strategi präglades av ett bristande engagemang i arbetet och bristande intresse för klienterna. De hade alla låg eller ingen vårdutbildning. Möjligen skulle strategin kunna vara ett uttryck för utbrändhet men ingen av de assistenter som tillämpade den hade enligt information från intervjuerna tidigare varit "brinnande", vilket är en förutsättning för att bli utbränd. Trots att denna strategi var mycket påfallande (och även kommenterades av annan personal) tycktes de assistenter som använde den inte medvetna om innebörden. I stället fanns ett starkt inslag av rationaliserande försvar, d v s att man tyckte sig ha fullgoda anledningar till att inte ha så mycket kontakt med klienter. Även projektion ingick i det psykologiska försvaret.

Söka regressiv kontakt

Denna strategi innebar att försöka bygga upp en nära relation till klienter som ett stöd i arbetet och framför allt som ett medel att tillfredsställa egna regressiva behov av närhet och identifikation men även av makt och inflytande. Ofta beskrevs denna strategi som att "bjuda på sig själv" vilket emellertid i praktiken innebar att klienten fick ge utrymme och uppmärksamhet åt assistenten. En av assistenterna med denna strategi var delvis medveten om sina svårigheter att sätta klara gränser mellan sig själv och klienterna men hade ändå ett rationaliserande försvar för sin strategi som han i grunden såg som god. Också i denna strategi fanns således ett inslag av rationaliserande försvar, vilket tydligt framträdde hos en assistent vars bemötande präglades av strävan efter att etablera en regressivt färgad kontakt med klienterna och som såg en sådan som själva essensen i behandlingen.

Använda schabloner

Vissa assistenter använde sig i kontakten med klienterna av schablonartade bemötanden och psykologiseringar (t ex "Det är för att du inte vill erkänna att du är rädd"). Ibland imiterade de andra assistenter eller handledare eller använde vad de hade snappat upp via massmedia om kommunikation. Möjligen var strategin en artefakt av min närvaro – att man ville visa sig empatisk och "psykologisk" inför mig, men de som inte hade en äkta förmåga tog ibland till ytliga schabloner. Effekten blev att det känslomässiga avståndet till klienten ökade. Strategin användes av de assistenter som även hade strategin att undvika kontakt.

Moralisera/uppfostra

Denna strategi innebar att påpeka moraliska tillkortakommanden eller beteendemässiga brister hos klienten. Två olika typer av denna strategi framkom. Den ena tycktes vara omedveten och oreflekterad och huvudsakligen fylla syftet att lätta

på det aggressiva trycket hos assistenten genom att mästra klienten och ge utlopp för indignation. Den andra typen tycktes mer ha syftet att verkligen lära klienten hur man ska leva och vara, vilket på en medveten nivå kunde tyckas vara ett gott och terapeutiskt handlande. Emellertid blev effekten i båda fallen ett ökat avstånd till klienten och ibland även ett upptrappat aggressivt beteende hos klienten. En orsak till att strategin inte fick någon positiv effekt ens när det medvetna syftet var gott var förmodligen att den på ett omedvetet plan ändå hade inslag av kontroll och nedvärdering. En annan viktig orsak var att kommunikationen enbart låg på en rationell, intellektuell nivå utan att beröra och bekräfta underliggande känslor. Vistelsen i behandlingshem har bl a till syfte att hjälpa klienterna till insikt i deras missbruksproblem. Det förefaller som om moraliseringsstrategin var kopplad till detta syfte med inslag av rationaliserande försvar. Bl a använde sig en assistent av strategin i ett rollspel där meningen var att han skulle demonstrera ett gott förhållningssätt men där kommunikationen i stället var präglad av en uppfostrande och moraliserande attityd. Likaså kom strategin fram tydligt i längre klientsamtal som ett par assistenter hade med mig som observatör. I dessa situationer tycks man ha ansträngt sig för att visa upp ett gott bemötande och att man tar sin huvuduppgift på allvar samtidigt som de omedvetna inslagen av nedvärdering och kontroll blir mycket tydliga.

Vara privat

Strategin att vara privat tog sig uttryck i att assistenterna pratade om sina privatliv, sina barn, fritidsintressen o s v. Detta gjorde man med klienterna och med varandra när klienterna var närvarande. Speciellt tycktes denna strategi lockande när man träffade personal från andra myndigheter, t ex socialtjänsten, då man gärna föll in i prat som inte var av yrkesintresse. I dessa situationer blev klienten/klienterna utanför, ungefär som barn i förhållande till vuxna som ”vuxenpratar”. Det tycktes inte finnas någon pedagogisk avsikt i dessa privata informationsutbyten utan de verkade vara ett uttryck för behovet att få utrymme för sin privata person. Strategin verkar mer behovsbetingad – att få ge uttryck för vem man är, få stimulans i ett privat intresseutbyte och att få lite omväxling i arbetet – än försvarsdriven.

3.5.1 Strategierna i relation till professionell hållning

De ovan beskrivna tio strategierna kan indelas i sådana som är helt förenliga med ett professionellt förhållningssätt, sådana som är helt oförenliga och en som kan hänföras både till den ena och den andra kategorin beroende på situationen.

Strategier förenliga med professionell hållning

Tillämpa medveten modell för bemötande

Backa

Ge kontakt

Vara tydlig och saklig
Avsluta svåra situationer

Strategier oförenliga med professionell hållning

Vara tydlig och saklig
Undvika kontakt
Söka regressiv kontakt
Använda schabloner
Moralisera/uppföstra
Vara privat

Strategier som har en medveten bas och en vägledande funktion, särskilt "Tillämpa medveten modell för bemötande" och "Ge kontakt", eller ger handfast vägledning som "Backa" och "Vara tydlig och saklig", har förts till den professionella kategorin. Dessa strategier tycks vara en produkt av både erfarenhet/utbildning och personlighetsfaktorer som t ex en god balans mellan närhet och distans. De utgör en trygghet både för assistenten och klienten.

Strategier som jag bedömt som oförenliga med ett professionellt förhållningssätt är sådana som har starka inslag av psykiska försvarsmekanismer och där brister och problem i förmågan till kontakt och kommunikation är framträdande. Strategin "Vara privat" tycks mer vara uttryck för egna behov och vissa brister i självdisciplinen. En strategi som kan hänföras till båda kategorierna är att "Vara tydlig och saklig". Om den är grundad på alltför begränsad kunskap och bristande förmåga till empati kan den tillämpas vid fel tillfälle och leda till ett bemötande på fel nivå, ett "God dag, Yxskaff"-bemötande av klienten medan den vid t ex informationsgivning och gränssättning är konstruktiv, särskilt om den kombineras med empatisk kommunikation. Några av assistenterna hade i huvudsak strategier som var förenliga med ett professionellt förhållningssätt, andra hade en kombination av professionella och icke-professionella och några hade övervägande icke-professionella strategier. Alla assistenter, även de med mestadels professionella strategier, gjorde emellertid då och då avsteg från den professionella hållningen genom att i någon viss situation ge efter för behov och känslor, vars uttryck inte gagnade klienten. De allra vanligaste avstegen gällde empati och har tidigare beskrivits.

3.5.2 Viktiga yttre insatser som stöd i arbetet

De strategier som ovan har beskrivits har att göra med hur assistenterna på ett inre plan bar sig åt för att möta de krav som arbetet med klienterna innebär. De stämmer i många avseenden med vad assistenterna själva tog upp i intervjuerna i förstudien (bilaga 1). Några av de senare får dock snarare ses som yttre stödfaktorer, vilka även blev synliga i observationsstudien.

Stöd från arbetskamrater

De assistenter, som arbetade på LVM-hem B med klienter som hade särskilt grava psykiska störningar i form av psykoser och psykopati, betonade särskilt vikten av solidaritet mellan arbetskamrater. Om någon klient blev agiterad, aggressiv, orolig var det viktigt att assistenten inte blev lämnad ensam med klienten utan att en arbetskamrat markerade sin närvaro – för att ge psykiskt stöd till assistenten och markera gränser för klienten. En situation som kunde vara svår var exempelvis när sjuksköterskan skulle dela ut medicin och klienten inte fick den han begärde.

Stöd från arbetsledning

Alla assistenter betonade vikten av närhet till arbetsledare och/eller institutionschef för att få handledning och stöd under och efter svåra situationer. Det som betraktades som extra svårt var när en klient blev våldsam och attackerade personalen fysiskt. Som exempel kan nämnas när en klient tog loss en bräda från sin säng och hotade personal samt slog sönder inredning. Även mindre dramatiska utbrott, som t ex att en klient spottade en assistent i ansiktet, väckte svåra känslor. Flera av assistenterna efterlyste debriefing som rutin efter sådana tillfällen. Att institutionschefen markerade förståelse för allvaret i sådana kränkningar och hot var mycket viktigt, liksom att särskilda åtgärder sattes in för den som blivit utsatt, t ex att få gå hem och att få stödjande samtal.

Utbildning

På framför allt LVM-hem A erbjöds många utbildningsmöjligheter i form av både interna och externa kurser. Vid LVM-hem B hade flera assistenter påbörjat – en del även avslutat – 20-poängskursen vid IKM (Institutionen för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården), vilken upplevdes som mycket stimulerande och som man gav sig in i med stor entusiasm.

4 Teststudie

4.1 Försöksgrupp

All personal, som har fast anställning eller längre vikariat och som dessutom har klientkontakt vid LVM-hemmen A och B har deltagit i denna del av studien (se tabell 1).

Tabell 1. Antal försökspersoner i den kvantitativa studien

	LVM-hem A	LVM-hem B	Summa
Kvinnor	17	8	25
Män	13	23	36
Summa	30	31	61

Testningarna med Affektavläsningsskalan och Bemötandeskalan (se nedan) genomfördes i grupper av 2–22 personer. Frågeformuläret besvarades enskilt och samlades in av försöksledaren eller skickades per post. Alla testformulär kodades.

4.2 Datainsamlingsmetoder

Empati

I diskussionen kring mätning av empati betonas vikten av att skilja på innehåll och process (Strayer, 1987). Ett affektivt innehåll, t ex att ange en persons känslor, betyder inte nödvändigtvis att det är empati som mäts. Det är den process som leder fram till kunskapen om den andra personens känslor som bestämmer om denna kunskap eller förståelse verkligen är empati eller om det enbart är en intellektuell bedömning. En viktig komponent i den empatiska förmågan är affekttolerans, som innebär att kunna avläsa de känslor som väcks hos en själv och som är en del av den affektiva processen (Holm, 1985; Monsen, 1994; Krystal, 1975).

I Sverige finns ett behov av test på empatisk förmåga både för urvals- och utvärderingsändamål. I ett försök att utveckla en svensk empatiskala har jag utgått från ovanstående synpunkter. Testet, som kallas Affektavläsningsskalan, är speciellt utformat för professionella hjälpare, som ofta har lärt sig att göra kognitiva och ibland ganska schablonartade bedömningar av patienternas/klienternas känslouttryck. För att bestämma deras affektiva empatiska kapacitet krävs en metod som istället för att fokusera den kognitiva funktionen fångar upp delar av den affektiva processen i empati. Testet består av ett videomaterial med fyra korta avsnitt ur autentiska samtal med patienter i olika känslolägen. Efter varje kort samtal stannar videon och försökspersonen får svara på frågan: Vilka känslor väcks hos dig av den här personen? Testet kan ges både individuellt och i grupp och tar 12 minuter att utföra.

Utvärderingen skedde ursprungligen i en femgradig skala enligt en svarsmall. Vid förnyad genomgång av svarskategorierna har skalstegen reducerats till tre, vil-

ket gör scoringen entydigare och enklare. 1 poäng (lägsta) innebär att man inte alls kunnat ange egna känslor. I stället har man beskrivit patienten eller kommit med ett åtgärdsförslag ("hon skulle behöva antidepressiv medicin"). 2 poäng betyder att man angett allmänna och i vården tillåtna och vedertagna känslor som medlidande, förståelse, medkänsla, sympati. 3 poäng betyder att man hos sig själv kunnat avläsa även ambivalenta känslor som avståndstagande och irritation.

Det visar sig att den inre konsistensen även med den nya poängberäkningen är hög med variationer i Cronbach's alpha-koefficient mellan 0.85 och 0.68 för olika grupper.

Vid en test-reteststudie som gjorts på en grupp av 30 studerande vid psykolog- och undersköterskeutbildningarna i Uppsala är Pearson's korrelationskoefficient 0.85.

Den begreppsmässiga validiteten bygger dels på de härledningar som gjorts från den teoretiska modellen, dels på en empirisk analys. En valid skala bör ge skillnader i medelvärden för grupper som kan förväntas skilja sig åt i empati. Likaså bör en valid skala kunna återspegla skillnader i empati hos deltagare före och efter utbildningsprogram avsedda att öka den empatiska förmågan. I Holm (1996) redovisas sådana skillnader.¹ För att undersöka inflytandet av verbal förmåga testades 275 sökande till läkarutbildningen med Affektavläsningsskalan och BasIQ, ett begåvningstest med olika begåvningsfaktorer. Korrelationen med de verbala skalorna (synonymer och motsatser) var -0.01 och med testet som helhet 0.12. Detta visar att verbal förmåga inte är relaterad till prestationen i Affektavläsningsskalan men att allmänintelligensen (g-faktorn) som väntat ger ett visst, om än mycket modest bidrag till variansen.

Professionellt förhållningssätt/bemötandemönster

För att mäta professionellt förhållningssätt inkluderande empatisk kommunikation har ett testmaterial utvecklats, Bemötandetestet. Liksom Affektavläsningsskalan består det av ett videomaterial med fyra items. Varje item utgörs av en situation på cirka en halv minut där en klient säger något till den professionella hjälparen. Därefter fryses bilden och försökspersonen får frågan: "Vad skulle du säga till denna person om du var i din yrkesroll? Skriv ner ditt svar ordagrant på svarsblanketten." Situationerna är utvalda utifrån en mängd observerade autentiska interaktioner mellan klient och professionell hjälpare utifrån följande tre villkor:

1. De skall vara svåra, d v s känslomässigt provocerande, utan att vara dramatiska. Detta villkor uppställdes efter erfarenheter från studien *Läkares vardag* (Holm, 1993). Jag kunde där konstatera att de situationer, där även mycket professionella läkare hade svårigheter, inte var de dramatiska som de själva angav som påfrestande, utan de mer vardagliga men inte desto mindre känslomässigt provocerande.

¹ Vid konstruktionen av Affektavläsningsskalan var avsikten att också belysa den perspektivtagande förmågan. För närmare beskrivning, se bilaga 1.

2. Videopersonernas budskap skall ligga både på ett intellektuellt och ett känslomässigt plan. Huvudbudskapet skall dock vara av känslomässig art. Detta villkor utgår från erfarenheten att svåra kontaktsituationer ofta är mångtydiga (Truax & Carkhuff, 1967).
3. Personalen på behandlingshem skall känna igen situationerna från sina erfarenheter av liknande situationer.

Items

1. Ung kvinna som säger som svar på en (icke synlig) professionell hjälpare som föreslår att de ska träffas igen och prata vidare: "Jag tycker att det här har varit ett hemskt samtal. Jag tycker inte att du har visat någon respekt för mig som person. Det har känts som om du hade bestämt i förväg vad du skulle tycka om mig och att du inte alls har lyssnat till vad jag egentligen har sagt." Det känslomässiga budskapet är att hon känner sig kränkt, utlämnad och hjälplös.
2. Ung man som säger: "Du sa att jag kanske kunde få komma till ett familjehem efter det här. Nä men vadå! Det har man ju hört hur det kan vara där. Dom kan ju knarka där själva, det vet man ju aldrig. Det har jag faktiskt sett i tidningen, det har stått där." Det känslomässiga budskapet är att han är orolig inför framtiden – hur det ska gå för honom.
3. Kvinna som säger: "När jag var på stan häromdan så träffade jag en gammal bekant. Det enda hon berättade om var den nya segelbåten som hon och hennes pojkvän har köpt – hur fantastisk den var och vilka underbara resor dom hade gjort. Sen har jag en annan bekant och det enda hon pratar om är sina barn. För mig som inte har några barn blir ju det ointressant i längden. Förresten tycker jag att det är så, alla pratar bara om sig och sitt. Seriösa diskussioner det hittar man bara i radion, om ens där. Har jag inte rätt kanske?" Det känslomässiga budskapet är att hon känner sig ensam, avundsjuk och utanför.
4. Man som säger: "Nu tycker jag det här börjar bli lite konstigt! Jag har suttit här och berättat om mig hela tiden och du sitter där och bara frågar och frågar – vad har jag gjort, vad har jag inte gjort, en massa saker. Och sen så sitter du där och reagerar inte alls. Nu kan ju du ta och berätta lite om dig då, hur du har det!" Det känslomässiga budskapet är att klienten känner sig kränkt och i underläge av den ojämlika relationen mellan klient och hjälpare.

Utvärdering

Poängsättning av varje item görs i en fyrgradig skala utifrån dels empiriska data, dels Rogers teori om empatisk kommunikation (Rogers, 1957). För att erhålla en empirisk bas för poängsättningen av klart icke-professionell kommunikation ombads ett hundratal professionella hjälpare såsom sjuksköterskor, undersköterskor, läkare och socialarbetare att med utgångspunkt från den definition på professionell hållning som tidigare givits föreslå svar till de videoinspelade klienterna som de ansåg vara

klart icke-professionella. Svaren visade en gemensam uppfattning av vad som kännetecknar icke-professionell kommunikation. De fördelades på två poängkategorier (se nedan). För poäng 3 och 4 användes Carkhuffs operationalisering av Rogers empatibegrepp (Carkhuff, 1969). I The Scale of Empathic Understanding beskriver Carkhuff fem nivåer av empatisk kommunikation. Nivå 3 anses som miniminivån för hjälpande kommunikation: "Hjälparen svarar så att han varken drar ifrån eller lägger till något av vad den andre uttrycker. Han svarar inte på vad klienten verkligen känner men visar en vilja och öppenhet för att göra det." På nivå 4 bidrar hjälparens svar till att ge en djupare mening och förståelse av klientens känslor och på nivå 5 svarar hjälparen med "en fullständig och korrekt empatisk förståelse av klientens djupaste känslor". Poäng 3 i Bemötandetestet baseras på Carkhuffs nivå 3. Även om vårdyrkesgrupperna hade förslag på sådana relativt neutrala svar var dessa mycket färre än förslagen på icke-professionella svar. Förslag på svar på nivå 4 och 5 var så få att jag var tvungen att ge försökspersonerna i förhand färdigställda förslag och be dem markera om svaren var empatiska eller inte. Det visade sig att det fanns en gemensam uppfattning också om empatiska svar liksom det fanns för icke-professionella, även om det var mycket svårare för försökspersonerna att själva producera dem. Nivå 4 och 5 i Carkhuffs skala kombinerades i poäng 4 för Bemötandetestet eftersom nivå 5 mycket sällan uppnås (Nerdrum, 2000). Poängsättningen är standardiserad enligt en mall med listor av möjliga svar för varje poäng enligt följande:

Poäng 1. Uttrycker egna behov och känslor eller använder primitiva psykologiska försvarsmekanismer som förnekande, projicering och moralisering.

Poäng 2. Använder psykologiska försvarsmekanismer men av mindre primitivt slag, t ex argumentation, ifrågasättande eller bagatellisering av klientens känslor eller försöker "lägga locket på" på klientens känslor.

Poäng 3. Svarar sakligt på den intellektuella delen av innehållet eller beklagar att situationen har uppstått.

Poäng 4. Bekräftar det känslomässiga innehållet i klientens budskap.

Svar med poäng 1–2 betyder att den testade har ett försvarsinriktat bemötande eller agerar ut egna känslor och behov som han/hon är omedveten om eller inte bryr sig om att dölja på grund av bristande kunskap om vad en professionell hållning innebär eller bristande motivation att inta en sådan hållning. Ett svar med poäng 3 är sakligt. Det styrs inte av psykologiska försvar eller egna behov men uppmärksammar inte klientens känslomässiga kommunikation. Poäng 3 utgör minimikraven för ett professionellt förhållningssätt medan poäng 4 dessutom indikerar en förmåga att uppmärksamma och hantera känslor hos klienten. Det utgör en empatisk kommunikation där hjälpa-

ren i dessa emotionellt laddade situationer både uppmärksammar det känslomässiga budskapet och förmedlar sin förståelse på ett icke-kränkande sätt.

I en grupp av 228 försökspersoner från olika vårdsektorer var Cronbach's alphakoefficient 0.57. Detta tyder på en måttlig inre konsistens vilket är väntat med hänsyn till det mångfacetterade begreppet. Test-retestreliabiliteten var 0.84 i en grupp av 40 universitetsstuderande och undersköterskor.

Bemötandetestet kan användas som ett kvantitativt instrument med poängsättning av items. Det ger även möjlighet till kvalitativa analyser av svaren, t ex vilken typ av försvarsmekanismer som används.

För närmare beskrivning av utprovningen av testet, se bilaga I.

Frågeformulär för bakgrundsvariabler

Utifrån erfarenheterna från intervjuerna i förstudien har ett frågeformulär för kartläggning av bakgrundsvariabler som utbildning, fortbildning, handledningserfarenhet m m konstruerats (bilaga 2).

Nedan följer resultaten från LVM-hemmen A och B. Redovisningen inleds med en redogörelse av bakgrundsfaktorerna varefter själva testresultaten diskuteras.

4.3 Resultat

4.3.1 Bakgrundsvariabler

I nedanstående redogörelse varierar antalet personer något, eftersom alla inte fyllt i enkäterna så att svaren gått att tolka. Två personer har ej lämnat in sina enkäter.

Tabell 2 visar skolutbildning i personalgruppen. Den ojämförligt största andelen har antingen avslutat skolestudierna efter grundskolan eller valt 2-årig praktisk linje i gymnasiet.

Tabell 2. Skolutbildning

Skolutbildning	Folk-/grundskola	2-årigt gymn	3-årigt gymn	Ej uppgift
Antal personer	22	21	13	5

Personalgruppens yrkesutbildning framgår av tabell 3. Närmare 40 procent saknar helt yrkesutbildning eller har en utbildning inom ett praktiskt yrke utan anknytning till vården.

Tabell 3. Yrkesutbildning

Socionom, socialpedagog, fil kand	13 personer
Sjuksköterska	5 personer
Underskötare, mentalskötare	11 personer
Vårdarutbildning	9 personer

Tabell 4 visar tidigare arbetserfarenhet. 70 procent har tidigare arbetat inom vårdsektorn men 25 procent (15 personer) hade innan de började arbeta på LVM-hemmet ingen erfarenhet av vårdarbete – 9 av dessa hade inte heller någon vårdutbildning.

Tabell 4. Arbetserfarenhet

Arbetsbetyg	Ingen tidigare erfarenhet	Vårdarbete	Annat arbete
Antal personer	2	41	15

Tabell 5. Antal år i arbete inom missbrukarvården

Antal år	–1 år	2–4 år	5–10 år	11– år
Antal personer	3	14	32	7

Tabell 5 visar antal år som personerna arbetat inom missbrukarvården. 70 procent har minst 5 års erfarenhet.

Tabell 6 visar handledningserfarenhet i gruppen. Endast 7 personer saknar sådan erfarenhet. I enkäten ombads deltagarna att ange om handledningen varit klientinriktad eller processinriktad. Flertalet angav att handledningen behandlat vad man skulle göra i svåra situationer men att den även hade inslag av att diskutera de egna reaktionerna. Tre personer har ej besvarat frågan. På grund av osäkerheten i svaren beträffande typ av handledning samt det faktum att flertalet i personalgruppen haft handledning kommer denna bakgrundsvariabel inte att medtas i bearbetningen av testresultaten.

Tabell 6. Antal personer med handledningserfarenhet

Typ av handledning	Antal personer
Processinriktad	2
Klientfokuserad	17
Både process- och klientfokuserad	32
Ingen	7

Internutbildningen vid LVM-hemmen spänner över ett brett fält med studiedagar/ kurser om kvinnomisshandel, incest och sexuella övergrepp, kriminalitet som beroende, kognitivt förhållningssätt, självskydd, bensodiazepiner, samtalsmetodik, psykiska störningar m m. Tjugotre personer har uppgivit att de ej deltagit i utbildningar varav 9 personer återfinns på LVM-hem A, som satsat mycket på internutbildning, och 14 på LVM-hem B (se tabell 7).

Tabell 7. Antal personer som deltagit i internutbildning

	Aldrig	Sällan	Ofta
LVM-hem A	9	3	17
LVM-hem B	14	2	12
Totalt	23	5	29

4.3.2 Testresultat

Interbedömarreliabiliteten för Bemötandetestet beräknades på 11 testprotokoll som skattades av tre oberoende bedömare genom att jämföra i tur och ordning frekvensen av varje poäng med den summerade poängen för samma item. Medelvärde av de 48 fyrfaldiga Kappakoefficienterna som blev resultatet var 0.75 (medianen 0.79). Den genomsnittliga intraklasskorrelationskoefficienten för skattningarna var 0.88. Den genomsnittliga överensstämmelsen mellan de tre bedömare var $r=0.92$.

Tabell 8 visar medelvärden och standardavvikelser i Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet. För att direkt ge en bild av nivån i testresultaten har medelvärdet i de fyra uppgifterna i varje test beräknats för varje person och använts vid denna redovisning. Till gruppen ”högre yrkesutbildning” har förts personer med socionom-, socialpedagogisk, fil kand- och sjuksköterskeutbildning. Till gruppen ”lägre utbildning” har förts övriga personer dvs sådana med mentalskötar-/vårdarutbildning och undersköterskeutbildning men även sådana som inte har någon yrkesutbildning alls eller endast kortare praktisk utbildning utanför vårdområdet.

Tabell 8. Medelvärden (m) och standardavvikelser (Sd) i Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet

Affektavläsningsskalan				Bemötandetestet		
	Kön	m	Sd	m	Sd	n
Högre utbildning	Kv	1.97	0.471	2.41	0.566	8
	Män	1.85	0.543	2.00	0.425	10
	Totalt	1.90	0.501	2.18	0.520	18
Lägre utbildning	Kv	1.50	0.516	1.73	0.588	16
	Män	1.80	0.489	1.79	0.431	25
	Totalt	1.68	0.515	1.77	0.492	41
Totalt		1.75	0.517	1.89	0.532	59

Variansanalys med ANOVA gjordes för att undersöka variansen relaterad till utbildnings- och könsgrupper (se bilaga 3). Resultaten visar inga differenser relaterade till kön men däremot en utbildningsrelaterad effekt främst vad gäller Bemötandetestet. I Affektavläsningsskalan är denna skillnad inte signifikant ($p>0.07$), även om en klar tendens finns. En viss interaktionseffekt mellan utbildningsgrupp och kön framkommer dessutom. Denna bestäms av gruppen med assistenter med den högre utbildningen där det finns en tendens till högre värden i Bemötandetestet för kvinnorna.

Korrelationen mellan Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet är 0.27, ett signifikant samband.

Resultaten visar således högre värden i både Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet för gruppen med högre utbildning. Av de sju personer med högsta värdena i såväl Affektavläsningsskalan som Bemötandetestet hör fem till gruppen med högre utbildning medan en har mentalskötarutbildning och en saknar yrkesutbildning. Av de sju personerna med lägsta värdena i båda testen saknar fem yrkesutbildning och två har mentalskötar- respektive vårdarutbildning.

Tabell 9 visar den procentuella fördelningen av poäng i Bemötandetestet. En till

två poäng betyder att försökspersonen föreslagit ett bemötande som uttrycker egna negativa känslor eller psykiska försvar. Tre poäng anger att försökspersonen besvarat det kognitiva budskapet utan att styras av försvar och egna behov och fyra poäng anger att det känslomässiga budskapet bekräftas på ett icke-kränkande sätt.

Tabell 9. Procentuell fördelning av poängen i Bemötandetestet

Poäng	1–2 poäng, %	3 poäng, %	4 poäng, %
Hela gruppen	68	29	3
Hög utbildning	58	36	6
Låg/ingen utbildning	72	26	2

Drygt två tredjedelar av assistenterna har givit svar som uttrycker negativa känslor och/eller psykiska försvar. Endast tre procent har bekräftat det känslomässiga budskapet. Gruppen med högre utbildning har lägre andel av behovs- och försvarsdrivna svar och högre andel av bemötande av det intellektuella budskapet. Båda utbildningsgrupperna har ungefär lika låg andel av bemötande av det känslomässiga budskapet.

4.3.3 Kvalitativ analys av svaren i Bemötandetestet

Bemötandetestet ger, förutom den kvantitativa utvärderingen, även möjlighet till en kvalitativ analys av svaren i poänggruppen 1–2. Samtliga dessa svar kunde inordnas i tio kategorier. Vissa svar kunde hänföras till flera kategorier. Nedan beskrivs kategorierna i frekvensordning tillsammans med exempel. För att underlätta förståelsen hänvisas läsaren till beskrivningen av testitem på sid 34.

Olika svarstyper i poänggruppen 1–2

1. *Uppfostrar/moraliserar*: Detta är den ojämförligt största kategorin; 49 av 244 möjliga svar hör till denna kategori. Svaren karaktäriseras av att de påpekar klientens negativa karaktär eller inställning, t ex ”Det märks att du har mycket kvar i ditt motivationsarbete” (item 1), ”Du har en förutfattad mening om behandlingshem utan att själv provat” (item 2), ”Nu tycker jag att du är enbart negativ eller är du rent av avundsjuk!” (item 3), och ”Du borde försöka vara lite mer tillmötesgående mot andra” (item 3).

2. *Förnekar*: 35 svar. I dessa svar förnekas klientens upplevande och utsagor. Exempel är ”Jag har visst lyssnat på dig” (item 1), ”Det är inte sant” (item 2), ”Jag har verkligen reagerat och tänkt och känt mycket” (item 4).

3. *Argumenterar*: 26 svar. Här ger man sig in i en diskussion om huruvida klientens upplevande och känslor är befogade eller inte. Exempel: ”Kan du beskriva i detalj vad du uppfattat som hemskt och utveckla dig om mitt lyssnande” (item 1), ”Vad menar du med det egentligen?” (item 1), ”Kan du stå för vad du säger?” (item 2) och ”Hur vill du att jag ska reagera – bli arg, svära, träta?” (item 4).

4. *Negligerar/kör över/övertalar*: 25 svar. Detta innebär att klientens känslor och

uttalanden helt negligeras, att man inte tar hänsyn till klientens åsikter utan övertalar eller talar maktspråk. Exempel är: "Vi bestämmer en ny tid" (item 1), "Det bästa du kan göra är att testa det här stället, du har inte så mycket att välja på just nu" (item 2), och "Det är faktiskt du själv som bestämmer om du vill knarka, det mesta är upp till dig själv, det gäller att bestämma sig" (item 2).

5. *Lämnar yrkesrollen.* 20 svar. Alla svar i poänggruppen 1–2 innebär att bemötandet inte avspeglar ett professionellt förhållningssätt. Denna kategori som enbart gäller svar från item 4 innebär dessutom att man, i stället för att möta patientens känslor, låter sig manipuleras av klientens provokation och går in i en mer privat relation i betydelsen att man berättar om eller meddelar att man är beredd att berätta om sina privata förhållanden. Exempel: "Jag är gift och har 2 barn", "Det är klart att jag ska berätta lite om mig", "Du får gärna fråga om mig" och "Visst kan jag berätta lite om mig själv, vad vill du veta?".

6. *Ytliga råd/bagatellisering.* 10 svar. Till denna kategori hänförs ytliga praktiska råd för känslomässiga problem. De har karaktären av att bagatellisera det känslomässiga budskapet från klienten. "Vilket problem vill du ta upp i nästa samtal? Skriv ned det så diskuterar vi det nästa gång" (item 1), "Du ska se att det bara är under en period som dina vänner är så upptagna" (item 3) och "Du får skaffa dig ett intresse, gå med i en förening" (item 3).

7. *Lägger skulden på klienten.* 7 svar, alla från item 1. Här motanklagas klienten som i dessa exempel: "Jag har hört allt vad du sagt men har du lyssnat på mig?", "Det är du som har missuppfattat mig", "Hur mår du nu, mår du dåligt? Vi kanske ska fortsätta samtalet i morgon så du får tänka över om det är mig du är besviken på eller om det är för att du mår dåligt" och "Jag tycker att du själv har haft förutfattad inställning under hela samtalet".

8. *Psykologisering/schablon svar.* 7 svar. Detta innebär att man, utan att ha underlag för det, tillskriver patienten psykologiska skäl för sitt handlande, vilket gör det omöjligt för denne att försvara sig, eller att man på ett schablonartat sätt använder psykologiska fraser eller tekniker. "Kanske är det så att vissa sanningar är väldigt obehagliga för dig att höra" (psykologisering) (item 1), "Det är klart att jag lyssnar på dig (förnekar) men jag förstår att du känner så (schablon)" (item 1), "Vill du ha någon behandling eller är det bara en ursäkt?" (psykologisering) (item 2), "Nu hör jag att du är arg. Det är riktigt bra" (schablon) (item 4), "Kanske du vill ha mer reaktioner – brukar det vara så för dig?" (psykologisering) (item 4).

9. *Omvandlar uppgiften eller ger inget svar.* 7 svar varav endast 2 (av 244 möjliga) var "blanka", d v s där försökspersonen inte hade något förslag till svar. Övriga 5 svar utgjordes av omskrivningar, t ex "Jag skulle på ett diplomatiskt sätt få henne att förstå ..." (item 1).

10. *Avfärdar.* 2 svar. Avfärdar och avvisar klientens känslomässiga budskap. "Vi sitter inte här för att jag har problem utan du" (item 4) och "Jag är här för att hjälpa dig, inte lämna ut mitt privatliv" (item 4).

4.4 Jämförelse med andra yrkesgrupper

En jämförelse av resultaten i Bemötandetestet har gjorts med två socionomgrupper, d v s grupper med samma utbildning som högutbildningsgruppen vid LVM-hemmen. Den ena gruppen är frivårdsinspektörer som arbetar med klienter av liknande art som vid LVM-hemmen men som endast träffar sina klienter under korta möten till skillnad från assistenterna vid LVM-hemmen som arbetar dagligen och stundligen med sina klienter. Den andra gruppen utgörs av kuratorer vid sjukhus. De arbetar mestadels med somatiskt sjuka patienter i korta kontakter. Försökspersonerna testades i samband med en utbildningsdag. Testningen var frivillig men inget bortfall noterades.

Tabell 10. Medelvärden (m) och standardavvikelser (Sd) i Bemötandetestet för olika yrkesgrupper

Yrkesgrupper	Kön	m	Sd	n
LVM, lägre utbildning	Kvinnor	1.73	0.588	15
	Män	1.82	0.462	26
	Totalt	1.79	0.509	41
LVM, högre utbildning	Kvinnor	2.40	0.566	8
	Män	2.00	0.425	10
	Totalt	2.18	0.520	18
Frivårdsinspektörer	Kvinnor	2.37	0.475	10
	Män	2.52	0.491	9
	Totalt	2.45	0.476	19
Kuratorer	Kvinnor	2.86	0.612	32

Resultaten framgår av tabell 10. Variansanalys med ANOVA har utförts och Fishers PLSD har använts för att testa differenserna (se bilaga 3).

Som framgår har kuratorerna det högsta testmedelvärdet, följt av frivårdsinspektörerna, LVM-hemsassistenter med högre utbildning samt assistenter med lägre utbildning i fallande ordning.

En separat ANOVA utfördes för att undersöka effekten av kön och yrkesgrupp. Kuratorsgruppen uteslöts eftersom den består av enbart kvinnor. Ingen genomgående könseffekt framkom.

I tabellerna 11 och 12 redovisas den procentuella fördelningen av svarspoäng för testet totalt respektive procentandelen av 1–2 poäng för varje item för de fyra grupperna. Kuratorerna särskiljer sig från övriga grupper genom att ha lägre andel svar där egna negativa känslor eller psykiska försvar uttrycks samt högre andel svar som bekräftar det känslomässiga budskapet.

Tabell 11. Procentuell fördelning av svar i Bemötandetestet för olika grupper

	1–2 poäng, %	3 poäng, %	4 poäng, %
LVM, lägre utbildning	72	26	2
LVM, högre utbildning	58	36	6
Frivårdsinspektörer	45	51	4
Kuratorer	34	36	30

Tabell 12. Andelen med 1–2-poängssvar i 4 items i Bemötandetestet

	Item 1, %	Item 2, %	Item 3, %	Item 4, %
LVM, lägre utbildning	86	52	82	61
LVM, högre utbildning	76	47	76	47
Frivårdsinspektörer	68	26	42	42
Kuratorer	63	19	25	28

När det gäller enskilda items framgår av tabell 12 att alla fyra grupperna har den största andelen behovs- och försvarsdrivna svar på item 1, där kritik riktas mot den professionella hjälparen. Även item 3 utlöser en stor andel försvarsdrivna svar hos alla grupper utom kuratorerna. I detta item är det känslomässiga budskapet ensamhet och bitterhet bakom en fasad av förakt och nedvärdering av andra.

Alla svar som skattades 1–2 analyserades utifrån deras speciella typ/kategori av avvikelse från en professionell attityd. Kategorierna varierade något med items genom att vissa items provocerade vissa typer av psykiska försvar mer än andra. I tabell 13 redovisas alla kategorier som representerar minst 5 procent av alla svar på alla items för någon av de fyra yrkesgrupperna. För att testa differenser har Chi Square använts. När två grupper har jämförts ges Fisher's Exact P-value.

Tabell 13. Svar i olika kategorier för 1–2-poängssvar i Bemötandetestet. Endast kategorier som angetts av minst 5 procent av någon grupp redovisas. Procent

	LVM, lägre utbildning, %	LVM, högre utbildning, %	Frivårdsinspektörer, %	Kuratorer, %
Argumentation	9	18	18	10
Moralisering	14	11	7	2
Utagerande	14	10	3	2
Förnekande	10	6	1	2

Vad gäller argumentation är skillnaden mellan grupperna ej statistiskt säkerställd, men en viss övervikt av detta intellektualiserande försvar finns hos assistenter med högre utbildning och frivårdsinspektörer. I fråga om moralisering har LVM-hemsassistenterna signifikant högre andel än de övriga ($p < 0.005$). När det gäller att agera ut behov och känslor anger signifikant högre andel assistenter med lägre utbildning än av övriga grupper, svar ingående i dessa kategorier ($p < 0.008$). Vidare finns en signifikant skillnad mellan båda grupperna av LVM-hemsassistenter å ena sidan och frivårdsinspektörer och kuratorer å den andra ($p < 0.0001$). Det psykiska försvaret förnekande återfinns framför allt hos LVM-hemsassistenterna. Skillnaderna är signifikanta ($p < 0.0006$).

Nedan ges en översikt av riktningen i skillnaderna mellan grupperna utifrån dels utbildningsnivå – socionomutbildning eller lägre/ingen vårdutbildning – och dels kontakttyp:

<i>Argumentation</i>	inga skillnader
<i>Moralisering</i>	korta kontakter < dagslånga kontakter
<i>Utagande</i>	socionomutbildning < lägre utbildning korta kontakter < dagslånga kontakter
<i>Förnekande</i>	socionomutbildning < lägre utbildning korta kontakter < dagslånga kontakter

4.5 Sammanfattning och diskussion

De personer som ingår i den kvantitativa delen av studien utgör en heterogen grupp vad beträffar yrkesutbildning och yrkeserfarenhet. Flertalet har genomgått enbart grundskola, endast cirka en femtedel har gått ut 3-årig linje vid gymnasium. Sjutton personer, 28 procent, har genomgått en längre teoretisk yrkesutbildning, dvs socionom-, socialpedagogisk eller sjuksköterskeutbildning. Av dessa 17 återfinns 13 på LVM-hem A. Trettioåtta procent har ingen yrkesutbildning inom vårdsektorn eller ingen yrkesutbildning alls. En tredjedel har mentalskötar-/vårdarutbildning eller undersköterskeutbildning.

Endast 3 personer har arbetat kortare tid än 2 år inom missbrukarvården medan en så stor andel som 70 procent har arbetat i mer än 5 år, varav 7 personer mer än 10 år. Det är alltså en erfaren personalgrupp som medverkat i studien.

Åtta personer, varav 7 på LVM-hem B, har genomgått eller genomgår IKM:s 20-poängskurs i behandlarrollen. Alla utom 7 personer har angett att de deltagit i handledning under sin tid på behandlingshemmet. Denna handledning tycks i flertalet fall ha varit fokuserad på klienten och hur man ska handskas med problematiska situationer som uppstår i arbetet med klienterna. Processhandledning i betydelsen granskning av de egna reaktionerna är mer sällsynt. Att testa resultaten utifrån en indelning som utgår från fortbildning och handledning var inte möjligt beroende på alltför små grupper om även hänsyn togs till yrkesutbildning.

När det gäller resultaten i Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet kan konstateras att gruppen med högre utbildning har högre värden i båda testen.

I förhållande till andra vårdyrkesgrupper ligger värdena i Affektavläsningsskalan från behandlingshemsgruppen lågt (Holm, 1996). I närmare hälften av svaren har LVM-hemsgruppen inte lyckats ange egna känslor. En möjlig förklaring är att arbetet med det tunga klientel som finns på LVM-hemmen gör att personalen stänger av de

egna känslorna som ett psykiskt försvar, ett sätt att ta sig igenom vardagsarbetet. Detta medför emellertid risk för att lyhördheten gentemot andra går förlorad. Gruppen med högre utbildning har dock i betydligt större utsträckning kunnat ange egna känslor, även mer ambivalenta sådana.

I Bemötandetestet har LVM-hemspersonalens resultat jämförts med två andra socionomgrupper, kuratorer vid sjukhus och frivårdsinspektörer. Det visar sig att kuratorerna skiljer sig signifikant från övriga grupper genom högre totalpoäng i testet. När det gäller kvalitativa svars kategorier finns en skillnad mellan den grupp vid LVM-hem som har lägre utbildning och övriga grupper i fråga om utagerande av egna känslor samt den psykiska försvarsmekanismen förnekande. Detsamma gäller även gruppen med högre utbildning vid LVM-hem vid jämförelse med kuratorer och frivårdsinspektörer. Även vad gäller ett moraliserande bemötande skiljer sig LVM-hemsassistenterna från övriga grupper genom en större andel sådana svar. Svaren i item 4 visar att gruppen med den lägre utbildningen i större utsträckning låter sig manipuleras av klientens provokation, bortser från klientens svåra känslor av underläge och förödmjukelse och går med på klientens utmaning att berätta om sina privata förhållanden i ett försök att blidka honom. En möjlig förklaring är att denna grupp, där många helt saknar yrkesutbildning, har en svagare professionell identitet och i stället tar till en amatörisk/kamratlig hållning i en provocerande situation. En annan möjlig förklaring är att "kulturen" på LVM-hem tillåter en mindre strikt gränsdragning mellan det professionella och det privata.² Samtidigt är ett distansnerande, moraliserande och uppfostrande mönster starkt framträdande. Detta är speciellt tydligt i svaren till item 3, där bemötandet bortser från klientens känslor av ensamhet och utanförskap till förmån för ett tillrättavisande genmäle.

En av LVM-hemmens viktigaste uppgifter är att motivera de intagna att fortsätta en frivillig rehabilitering genom att gå vidare till exempelvis behandlingshem. För att få till stånd en genuin motivation för detta förefaller det betydelsefullt att klienternas kontakt med LVM-hemmets personal blir något av en modellsituation eller ett smakprov på vad en vistelse på ett behandlingshem kan innebära. För detta krävs ett äkta möte mellan personal och klient, ett möte där klienten blir sedd i ögonblickssituationen. Det mönster som framträder i Bemötandetestet präglas emellertid mer av ett uppfostrande, moraliserande, förnekande och argumenterande förhållningssätt. Personer som bryter mot denna bild finns emellertid i båda utbildningsgrupperna.

Sammanfattningsvis kan konstateras att utbildningsnivån är relaterad till resultaten på gruppnivå i både Affektavläsningsskalan men framför allt Bemötandetestet. Gruppen med högre utbildning visar signifikant högre värden d v s större affekttolerans och ett bemötandemönster som i mindre grad är styrt av egna negativa känslor och

² För att undersöka hur stort inflytande item 4 hade på skillnaderna mellan de olika grupperna uteslöts det på prov från analysen. Skillnaderna kvarstod emellertid varför de inte kan förklaras med LVM-hemspersonalens svar på enbart detta item.

psykiska försvar. I jämförelse med grupper som har samma yrkesutbildning men som arbetar i en annan arbetsmiljö/kultur ligger emellertid även gruppen med högre utbildning sämre till i Bemötandetestet, vilket tyder på olikheter i traditioner, normer och värderingar i arbetsmiljön i kombination med behov av starka psykiska försvar i arbetet med LVM-hemmens klientel.

5 Jämförelse mellan data från teststudien och observationsstudien

I teststudien har försök gjorts att med hjälp av standardiserade situationer belysa dels beredskapen till olika slags bemötanden av klienter, dels förmågan att identifiera och sätta ord på, reflektera över, egna känslor som väcks av klienterna. En fråga som måste ställas är hur väl testresultaten rimmar med verkligheten. Finns det en överensstämmelse mellan vad testen visar och vad behandlarna faktiskt gör i kontakten med klienterna?

Vid jämförelsen av data från testdelen med observationsdelen uppstår ett problem. Jag har själv utvärderat testresultaten och känner således till värdena för de assistenter jag följt under observationsstudien. Testresultaten baseras på en i förväg fastställd mall, varför de får anses som opåverkade av mig. Däremot finns det en möjlighet att mina observationer och tolkningarna av dessa är påverkade av min kunskap om varje persons testresultat. En viktig fråga blir då om några avvikelser finns, om det förekommer att personer med goda testresultat bedömts som icke-professionella och icke-empatiska och vice versa. Sådana avvikelser skulle tala för att jag, åtminstone delvis, stått fri i bedömningen. Det blir också intressant att försöka förstå eventuella avvikelser och ta vara på den information som de kan ge.

Bemötandetestets möjlighet att ge information av både kvantitativ (poäng) och kvalitativ art har använts i jämförelsen med den kvalitativa informationen i observationsstudien.

Vid jämförelsen har jag rangordnat varje person i vart och ett av testen och därefter summerat rangen. En person som kommit tvåa i rangordningen för Affekt-avläsningsskalan och får 3 i rangordningen för Bemötandetestet får således 5 poäng och rangordnas på nytt efter denna poäng. Tabell 14 visar rangordningen.

Tabell 14. Summerad rangordning i Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet

Assistent	Rangordning
A	1
B	2,5
C	2,5
D	4
E	5
F	6
G	9
H	9
I	9
J	9
K	11

Assistent A, som kommer först i rangordningen, har i observationsstudien i huvudsak använt sig av psykologiska strategier som är förenliga med ett professionellt förhållningssätt. Han är "avvikare" i så motto att han inte tillhör den högre utbildningsgruppen men har gått IKM:s 20-poängskurs. Assistenterna B–F, som fått rang 2,5–6, tillhör den högre utbildningsgruppen. Av dessa är alla övervägande professionella utom assistent D, som visar svårigheter att avgränsa sig känslomässigt från klienterna och söker en regressiv kontakt. Data från observationsstudien stämmer således inte med de kvantitativa värdena från testen vad gäller denna assistent. Enligt hypotesen bakom testen skulle detta slå igenom kanske främst i Affektavläsningskalan, där man kunnat vänta sig en sammanblandning mellan egna och klientens känslor. Man kan emellertid spåra en tendens i Bemötandetestet att sätta sig själv i en maktposition gentemot klienterna, vilket stämmer med att han i observationsstudien visar försök att kontrollera och binda upp klienter till sig. De avsteg som övriga personer i denna grupp gör från professionell hållning gäller mestadels bristande empatisk kommunikation, att de missar att se och ta hand om klienters känslomässigt svåra reaktioner.

Assisterna G–K, som har 9–11 i rang, använder i observationsstudien vid många tillfällen strategier som är oförenliga med en professionell hållning. Alla tillhör gruppen med lägre utbildning. I testen använder de förnekandeförsvar och moralisering men även direkta kränkningar och avvísning av kontakt. I observationsstudien använder G, J och K "Undvika kontakt" som en huvudstrategi. Både i Bemötandetestet och under observationerna använder de ett schablonmässigt beteende mot klienterna, vilket kan ses som ett uttryck för bristande förmåga till genuin kontakt med dem. Assistent I använder "Söka regressiv kontakt" som en huvudstrategi och H "Vara tydlig och saklig", vilket ibland ger en god hjälp till klienten men ofta gör att assistent och klient inte når varandra. Assistent I, som använder "Söka regressiv kontakt" som en viktig strategi visar i Bemötandetestet bristande professionell gränssättning.

5.1 Sammanfattning

De personer som hade de bästa testresultaten var de som i observationsstudien var mest professionella, visade ett genuint intresse för klienterna, klarade av att både vara gränssättande och empatiska och som huvudsakligen hade konstruktiva, med professionell hållning väl förenliga psykologiska strategier. En avvikelse noteras med en assistent som hör till högpoängs- och högutbildningsgruppen men som har så mycket av regressivt kontaktbeteende och behov av kontroll att han inte kan anses ha ett övervägande professionellt sätt.

De som hade de lägsta testpoängen, mycket under genomsnittspoängen för hela LVM-hemsgruppen, använde i så hög grad psykologiska strategier som var oförenliga med ett professionellt förhållningssätt, att de måste anses som i huvudsak icke-professionella i sin hållning. Data från de båda informationskällorna är således med ett undantag samstämmiga.

6 Sammanfattning och diskussion

Syftet med detta projekt var att undersöka hur personal vid LVM-hem förmår att upprätthålla empatisk förmåga och professionellt förhållningssätt i sitt dagliga arbete med tvångsintagna alcoholister och narkomaner, oftast med en kriminell belastning. De frågor som studien velat besvara är huruvida LVM-hemsassistenter med ett mestadels professionellt förhållningssätt skiljer sig från dem som har brister i detta avseende vad gäller utbildning samt i fråga om förutsättningar för empati, psykiska strategier och andra personlighetsrelaterade faktorer.

För att belysa dessa frågor har både test och deltagande observation med intervjuer använts. Personal vid två LVM-hem har deltagit i studien. Två test har använts; Affektavläsningsskalan, som är ett test på förmågan att avläsa egna känsloreaktioner – en förutsättning för empatisk förståelse – och Bemötandetestet, som avser professionell hållning inkluderande empatisk kommunikation. För att få möjlighet att jämföra med andra yrkesgrupper har även en grupp med sjukhuskuratorer och en med frivårdsinspektörer testats med Bemötandetestet. Det kan konstateras att LVM-hemsassistenter med högre utbildning – socionomer och sjuksköterskor – har lättare att avläsa och identifiera egna känslor och har en lägre andel svar i Bemötandetestet som uttrycker egna negativa känslor och primitiva försvar än gruppen av assistenter med lägre eller ingen vårdutbildning. Den högre utbildningsgruppen skiljer sig inte från frivårdsinspektörerna men har en signifikant högre andel icke-professionella svar än kuratorerna.

Vid en kvalitativ analys av de icke-professionella svaren i Bemötandetestet visar det sig att den lägre utbildningsgruppen vid LVM-hemmen har signifikant större andel av utagerande och förnekandeförsvar än den högre utbildningsgruppen och att båda assistentgrupperna har mer av båda dessa svarstyper samt även av ett moraliserande bemötande än kurators- och frivårdsinspektörsgrupperna. Resultaten stämmer väl överens med Jeanneaus studie, där det framkommer att personal vid LVM-hem och särskilt de med lägre utbildning har en mer distansnerande, depersonaliserande och förtryckande attityd än personal vid andra behandlingshem (Jeanneau, 2002).

I observationsstudien där elva behandlingsassistenter medverkat har psykiska strategier kunnat identifieras som är väl förenliga med ett professionellt förhållningssätt. Dessa utmärker sig genom att ha en vägledande funktion och vara en produkt av både erfarenhet/utbildning och av personlighetsfaktorer som ger en god balans mellan t ex närhet och distans. Även strategier som bryter mot ett professionellt förhållningssätt noterades. Dessa utmärks av starka inslag av psykiska försvar och brister och problem i förmågan till kontakt och kommunikation. Det visar sig att de assistenter som har övervägande professionella strategier också har de högsta värdena i båda

testen, d v s de bästa förutsättningarna för empati och lägsta andelen icke-professionella svar. Assistenterna med de lägsta testvärdena har övervägande strategier som inte är förenliga med professionell hållning. Dock skiljer sig en av assistenterna från detta allmänna mönster genom att trots relativt höga testvärden i praktiken tillämpa en icke-professionell huvudstrategi – att söka regressiv kontakt med klienterna och därigenom försöka kontrollera och binda upp dem till sig.

Svaret på de forskningsfrågor som ställts blir att behandlingsassistenter med ett mestadels professionellt förhållningssätt skiljer sig från dem som har brister i detta avseende vad gäller både utbildning, förutsättningar för empati i termer av förmåga att avläsa egna känslor samt typ av strategier, där valet av strategi även ger viss information om olikheter i hanterandet av behov och konflikter, d v s vissa personlighetsfaktorer.

Med tanke på att empati ofta beskrivs som en viktig grundläggande kompetens hos professionella hjälpare och att forskning visar att empatinivå är relaterad till effektiviteten i hjälpen till klienten (Bendtsen & Bjurulf, 1993) är resultaten i denna studie anmärkningsvärda genom att de visar en så låg andel av empatisk kommunikation i alla undersökningsgrupper, även hos välutbildade kuratorer med ”lätta” patienter. Finns det en tradition bland professionella hjälpare att inte låtsas om klientens känslor och känslomässiga budskap utan i stället endast beröra det intellektuella budskapet?

För att belysa denna fråga intervjuades läkare om sina föreställningar om att bekräfta känslomässiga budskap (Williamson m fl, 1981). En viktig uppfattning hos läkaren var att om man signalerade att man hade noterat patientens svåra känslor måste man också muntra upp honom eller befria honom från dem. En annan uppfattning var att om man uppmärksammade patientens känslor skulle samtalet inte gå att avsluta och hela situationen skulle hamna utanför läkarens kontroll. Professionella hjälpare tror ibland också att det är integritetskränkande att beröra känslor (Smith, 1984). Föreställningar av detta slag avspeglar troligen en blandning av psykiska försvar och en tradition av att betrakta den professionella hjälparen som en objektiv, litet distanserad person som enbart befattar sig med rationella förhållanden. Försvarsaspekten relateras till rädslan för närhet och starka känslor – det är lugnare för hjälparen att tro att klienten mår bättre om hans känslor inte berörs (Andrae, 1994). Ett negativt samband mellan empati och försvarsinriktat beteende har rapporterats (Bachrach, 1968; Williams, 1989).

I många studier av empati där man har beaktat könsaspekter rapporteras att kvinnor har högre empatisk förmåga än män, särskilt när man använt självskattningsformulär (Graham & Ickes, 1997). Emellertid finns också resultat som stöder hypotesen att män som väljer yrken inom vårdsektorn är mer empatiska än män i allmänhet (Williams, 1989). Detta kan förklara att inga genomgående könsskillnader finns i denna studie. Kvinnorna i gruppen av assistenter med högre utbildning har emellertid högre värden än männen i Affektavläsningsskalan, vilket kan tyda på en selektionsfaktor

eller kanske på bättre motståndskraft mot faktorer i arbetet som negativt påverkar empati. För det senare skulle resultaten från Jeanneaus studie tala (Jeanneau, 2002); hon finner att männen vid LVM-hem har angett signifikant högre skattningsvärden på utbrändhet än kvinnorna.

6.1 Hur kan man förklara resultaten?

Studiens deskriptiva design innebär att många variabler, som är okända till sin karaktär och effekt, kan vara involverade. Därför kan slutsatser om orsaker till skillnaderna i bemötandemönster, empati och psykiska strategier inte dras. Emellertid kan vissa hypoteser om olika faktorerers inverkan genereras.

Professionell identitet

Skillnaderna mellan grupperna med högre och lägre utbildning i bemötandemönster i både testdelen och observationsdelen skulle kunna tolkas som en effekt av yrkesutbildning vilken hjälper till att upprätthålla en professionell hållning och empatisk förmåga. Utbildningen kan tänkas leda till en professionell identitet som gör det lättare att prioritera klienten utan att själv förlora i prestige och självkänsla. Utbildningen kan också tänkas utveckla självkännedom och en medvetenhet om vad ett professionellt förhållningssätt innebär. Resultaten stämmer väl överens med andra studier som visar ett samband mellan utbildningsnivå och empati (Holm, 1996; Åström, 1990). Även i Jeanneaus studie (ibid) finns indikationer i sådan riktning genom att lågutbildad personal vid LVM-hemmen uppger högre grad av depersonalisering, något som är oförenligt med empati.

Selektion till utbildning

Skillnaderna kan emellertid även vara relaterade till orsaken till att vissa individer väljer en längre utbildning på detta speciella område medan andra inte gör det. Skälen kan vara kopplade till personlighetsstruktur och empatisk förmåga. En jämförelse av sådana personlighetsvariabler vid starten av olika vårdutbildningar med olika längd och inriktning skulle kunna kasta ljus över denna hypotes. Ett visst stöd för en selektion av studerande som delvis baseras på empatisk förmåga ges i en rapport om läkarstuderande, psykologstuderande och sjuksköterskestuderande från deras första termin på utbildningen (Holm, 1996). Affektavläsningsskalan användes som test på förutsättningar för empatisk förståelse och visade vid jämförelse mellan studerandegrupperna det högsta värdet för psykologstuderande följt av sjuksköterskestuderande medan läkarstuderande hade lägsta värdet.

Klienter och uppdrag

Emellertid kompliceras bilden av att även grupper med samma grundutbildning – socionomutbildning – skiljer sig åt i denna studie. Kuratorerna och frivårdsinspektörerna har lägre andel av primitiva försvarsmekanismer och utagerande än LVM-hems-

assistenterna. Skillnaderna skulle kunna tolkas som en effekt av skillnader i klienttyp typ av kontakt och den tid som tillbringas med klienterna. LVM-hemsassistenterna arbetar hela dagarna i nära kontakt med klienter som är dömda till vård och finns på institutionen mot sin vilja. Klienterna är märkta av många års drogmissbruk och ett hårt liv. De är ofta manipulerande och ibland även hotfulla. Frivårdsinspektörerna arbetar med klienter med liknande bakgrund och i tvångskontakt men de träffas endast vid kortare schemalagda tillfällen. Kuratorerna arbetar vid korta kontakttillfällen med patienter som frivilligt söker deras hjälp.

De mönster i Bemötandetestet som framträder vid jämförelsen med de två andra grupperna kan tolkas som uttryck för LVM-hemspersonalens speciella situation vad beträffar arbetsuppgifter och klientel. Exempelvis skiljer sig svarsmönstret åt i item 4, där det gäller att förstå klientens känsla av förödmjukelse och att inte låta sig provoceras av hans krav på att berätta om sitt privatliv. Gruppen med den lägsta utbildningen är mest lättprovocerad. I denna grupp uttrycks mer av en förtryckande attityd eller också provoceras man till en berättelse om sina privata förhållanden. En möjlig förklaring är att denna grupp, där många helt saknar yrkesutbildning, har en svagare professionell identitet och tar till en amatörisk/kamratlig hållning i en provocerande situation. En annan möjlig förklaring är att "kulturen" på LVM-hem tillåter en mindre strikt gränsdragning mellan det professionella och det privata. Övriga grupper är mer neutrala och sakliga i sina svar.

Ett annat svarsmönster där LVM-hemsassistenterna skiljer sig från de övriga två grupperna gäller item 3, där deras förslag till bemötande bortser från klientens känslor av ensamhet och utanförskap till förmån för ett tillrättavisande, moraliserande genmäle. En av LVM-hemmens viktigaste uppgifter är att motivera de intagna att fortsätta en frivillig rehabilitering genom att gå vidare till exempelvis behandlingshem. Den höga andelen moraliserande svar hos LVM-hemspersonalen kan antyda att denna uppgift har bidragit till ett stereotyp beteende där man ser moralisering som ett led att öka motivationen hos klienten. Detta stämmer med data från observationerna, där assistenter demonstrerade denna strategi bl a i situationer där man kunde anta att de ville vara extra duktiga. För att få till stånd en genuin motivation för frivillig behandling förefaller det betydelsefullt att klienternas kontakt med LVM-hemmets personal blir något av en modellsituation eller ett smakprov på vad en vistelse på ett behandlingshem kan innebära. För detta krävs ett äkta möte mellan personal och klient, ett möte där klienten blir sedd i ögonblickssituationen.

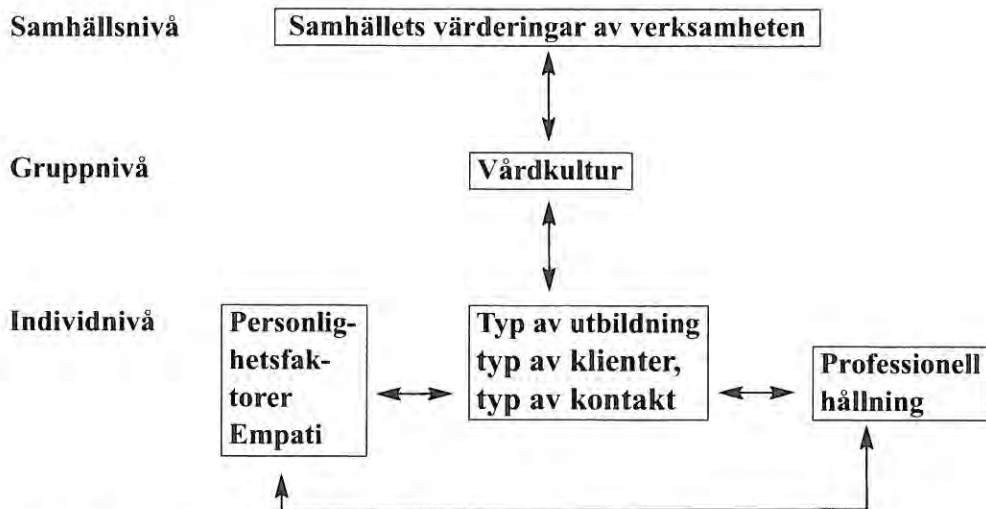
Det är möjligt att det dagliga och stundliga arbetet med det psykiskt tunga klientelet på LVM-hemmen, vilket enligt intervjuerna lett till upplevelser av stark besvikelse, gör att personalen stänger av sin empatiska förmåga och därigenom de egna känslorna som ett försvar, ett sätt att ta sig igenom vardagsarbetet. Ett stöd för denna hypotes är resultaten i Affektavläsningsskalan där assistenterna i närmare hälften av svaren haft svårigheter att avläsa och identifiera sina egna känsloreaktioner. Detta medför en risk för att lyhördheten gentemot andra går förlorad. Det kan noteras att de as-

sistenter som i observationsstudien hade "Undvika kontakt" som en framträdande strategi hade mycket låga värden i Affektavläsningsskalan.

De skillnader i testresultaten som här diskuterats har relaterats till klienttyp och kontaktlängd och även i viss mån till uppdrag. Frivårdsinspektörernas läge mitt emellan kuratorer och LVM-hemsassistenter vad gäller bemötandemönster skulle kunna tyda på att det klientel som både frivårdsinspektörerna och LVM-hemsassistenterna arbetar med hjälper till att forma vissa mönster som kuratorerna inte har involverats i. Emellertid skulle man även kunna se skillnaderna som relaterade till personlighetsfaktorer som i sin tur påverkar val av arbete/område.

6.2 Teoretisk modell för faktorer relaterade till professionell hållning

För att ge en överblick över de faktorer som kan tänkas vara relaterade till professionellt förhållningssätt presenteras nedan en modell för samspelen mellan dessa faktorer. Tyngdpunkten har lagts på individnivå men även grupp- och samhällsnivå antyds.



Figur 1. Modell för samspel mellan faktorer relaterade till professionell hållning

I modellen antas samhällets värderingar, t ex den vikt och betydelse samhället ger verksamheten, i detta fall tvångsvård av vuxna missbrukare, påverka men även påverkas av vårdkulturen. Med vårdkultur förstås i detta sammanhang alla de uttalade och outtalade regler som finns för kommunikation och handlingar gentemot klienter och arbetskamrater, delaktighet och påverkansmöjligheter för arbetstagarna, organisation, arbetsledning, stödfunktioner och inte minst människosyn. Vårdkulturen påverkar och påverkas av den utbildning arbetstagarna har, av de krav som ställs eller inte ställs på personalens utbildningsnivå och typ av utbildning. Detta kommer i sin tur att influera vårdkulturen. Den typ av klienter som verksamheten riktar sig

mot kommer likaså att inverka på vårdkulturen liksom den typ av kontakt som gäller, t ex öppenvård, slutenvård, frivillig vård eller tvångsvård. På individnivå förväntas personlighetsfaktorer, varav empatisk förståelse är en, påverka och påverkas av valet av utbildning, den klienttyp man väljer att arbeta med och den typ av klientkontakt man väljer. I modellen antas utbildning, klienttyp och kontakttyp ha ett samband med utveckling av professionell hållning vilken emellertid även är direkt kopplad till individens personlighetskaraktäristika och -struktur, t ex jagfunktioner som försvarsstruktur, stresstolerans, impulskontroll, uthållighet och empati samt djupgående intressen och attityder som t ex människosyn.

Det som beskrivits är en teoretisk samspelsmodell som nödvändigtvis innebär en stilisering och förenkling av verkligheten. Modellen tar inte hänsyn till den konkreta verklighet som t ex innebär att valet av arbete betingas av arbetsmöjligheter på den ort där man bor, att utbildningsvalet likaså påverkas av geografiska faktorer, av den ekonomiska situationen o s v. Säkerligen har sådana faktorer i okänd grad påverkat de personer som ingår i denna studie. Modellen skulle bli mer realistisk men samtidigt förlora i överblick om även sådana faktorer togs med.

6.3 Testinstrumentens validitet

Poängsättningen av Bemötandetestet

Bemötandetestet har speciellt utvecklats för att användas i denna studie. Kvantifieringen av testsvaren bygger på antagandet att bemötanden som uttrycker motöverföringar, d v s är ett utagerande av egna (negativa) känslor eller ett resultat av försvarsmekanismer, är mindre effektiva vad gäller att skapa kontakt och samarbete än sakliga svar där egna negativa känslor och behov inte kommer till uttryck eller svar som bekräftar det känslomässiga budskapet. Detta är ett okontroversiellt antagande, väl förenligt med psykodynamisk teori och den gängse definitionen av professionell hållning (Rogers, 1957; Berglind & Pettersson, 1980). Ett annat antagande bakom poängsättningen är att sakliga svar som riktar sig till det intellektuella budskapet är mindre effektiva än svar som bekräftar det känslomässiga huvudbudskapet (empatisk kommunikation). I alla items i testet uttrycker den videoinspelade klienten ett sådant budskap även om det i vissa fall är kamouflerat. Det visar sig också att de flesta försökspersoner på förfrågan kan identifiera det.

En fråga som infinner sig och som ofta ställs i detta sammanhang är om det alltid är bra att bekräfta en klients känslor. Svaret måste givetvis bli nej. I vissa lägen vill en klient vara ifred med sina känslor och vill inte ens att de ska märkas. Att då bekräfta känslor är inte empati utan brist på empati. Emellertid uttrycker klienterna i Bemötandetestet sina känslor så pass öppet att man måste anta att de söker bekräftelse. Vi är nu inne på frågan om Bemötandetestets validitet, om det går att predicera professionellt förhållningssätt och empatisk kommunikation utifrån testet och poängberäkningen i detta. Det kan konstateras att försöksgrupper som använts i utprovnigen av testet presterar i förväntad riktning, där psykologer med en utbildning som fokuserar arbete

med relationer och där utbildningsterapi (med inriktning på ökad självkännet) ingår har de högsta värdena och undersköterskor med ringa utbildning i detta avseende har de lägsta. Emellertid blir frågan om känslomässig bekräftelse mer en akademisk än en praktisk sådan eftersom frekvensen av bekräftande svar är låg i alla grupper. Psykologernas relativt höga värden kommer i stället av att de har en mycket högre andel sakliga svar. Den lilla andelen bekräftande svar från flertalet testade grupper stämmer väl överens med en amerikansk studie av samtal mellan läkare och patient där en mycket låg frekvens av empatisk kommunikation noterades (Suchman m fl, 1997). Samma resultat visades i en norsk studie på socionomstuderande (Nerdrum, 1997).

Validering via observationerna

Ett led i valideringen av Bemötandetestet utgörs av jämförelsen mellan testet och data från observationsstudien även om de senare baseras på ett litet antal försökspersoner. Det visar sig att de assistenter som har de lägsta värdena i Bemötandetestet och Af-fektavläsningsskalan också är de som har övervägande icke-professionella psykiska strategier i observationsstudien. En person avviker från detta mönster genom att ha relativt höga testvärden men mestadels icke-professionella strategier. Denna person har som en viktig strategi att söka regressiv kontakt. Förklaringen till avvikelserna kan ligga i felaktig tolkning av observationerna eller i en svaghet hos testen. Mina observationer bekräftades av annan personals reaktioner på denna assistent, varför bristen snarare tycks ligga på testsidan. Det kan vara så att testen har lättare att avtacka distansnerande försvarstyper än en brist på försvarssidan som tar sig uttryck i alltför stark känslomässig involvering.

6.4 Observationsstudiens trovärdighet

De iakttagelser som ligger till grund för analysen av observationerna är av uppenbara skäl gjorda med mina egna ögon, d v s präglade av mina förväntningar, erfarenheter, fördomar och kunskaper. Ett förhållande som ytterligare komplicerar tolkningen av observationerna är att jag har känt till värdena från testdelen av studien. Den möjlighet till korrigering och realitetstestning som jag kontinuerligt använt mig av är att efter varje avslutad tvådagarsobservation berätta för assistenten om mina observationer och få respons på dessa. Jag har även varit observant på arbetskamraters och arbetsledares reaktioner. En annan korregerande faktor har varit min träning som psykoterapeut som gett en viss medvetenhet om mina egna psykiska ovanor och en vana vid "fritt flytande uppmärksamhet", d v s att låta uppmärksamheten sväva fritt utan att inrikta den på någon speciell företeelse utifrån egna förväntningar. Inte minst har min teoretiska referensram utgjort en vägledning bort från alltför egensinniga uppfattningar av det observerade materialet och gett mening åt de tolkningar jag gjort.

En fråga man måste fundera över är om jag som observatör har fått se "verkligheten" eller en förskönad bild av verkligheten. Har de assistenter jag fått följa

i arbetet uppträtt som vanligt eller har de varit mer empatiska, mer professionella osv? Min uppfattning är att det är mycket svårt att under två hela dagar konsekvent förstå sig även om man skulle vilja göra det. Samtliga assistenter som deltog i studien, dvs alla tillfrågade, var mycket tillmötesgående. Min uppfattning är att assistenterna själva önskade visa hur de hade det i sitt arbete och hur de gjorde för att tackla det. Den effekt min närvaro haft har sannolikt varit likartad för de olika assistenterna.

Självklart kommer dock både medvetna och omedvetna önskningsar om att visa sin bästa sida in i bilden. Som nämnts tidigare misstänker jag att strategin "använda schabloner" användes speciellt för att kamouflera en brist på genuin kontaktförmåga. Man kan emellertid anta att assistenterna i övrigt använt sitt vanliga förhållningssätt och sina vanliga psykologiska strategier och mött de vanliga påfrestningarna i arbetet. Detta skulle innebära att den verklighet jag skildrar, filtrerad genom mina ögon, innehåller alla de fenomen, interaktioner, påfrestningar, försvar och bemästringssätt som jag velat belysa.

6.5 Vetenskaplig och praktisk betydelse av projektet

Empirisk prövning av en teoretisk modell

När jag började studera empati i början av 1980-talet fanns en väl utvecklad litteratur om begreppet. Framför allt fanns teorier beskrivna som gällde de mekanismer som kan tänkas ingå i den empatiska processen. På den empiriska sidan fanns utveckling av olika mätmetoder och metoder för att utveckla den empatiska förmågan. De var emellertid sällan kopplade till någon utvecklad teori om empati (Holm, 1985). Vid en konferens i USA om empati våren 1998 (anordnad av American Psychiatric Association) gällde bidragen och diskussionen i stort sett samma frågor som på 80-talet, dvs frågor kring identifikationens betydelse samt kognitiva och affektiva komponenters relativa bidrag. Empirisk forskning på empatiområdet är emellertid en bristvara. Det denna studie bidrar med på den vetenskapliga sidan är en empirisk prövning av delar av en teoretisk modell. Resultaten i studien tyder på att förmågan att avläsa de egna känslorna har samband med dels prestationerna i ett test på bemötande av känslomässigt laddad kommunikation, dels med de strategier som används i kontakten med klienter. Att kunna avläsa egna känslor förutsätter affekttolerans vilket innebär att stå ut med egna känslor utan att behöva tränga bort dem med hjälp av psykiska försvar. I den teoretiska modellen av empati som presenteras i denna studie utgörs en viktig del i förståelsen av andras känslor av signaler från de egna känslorna, vilka ger information via bl a affektiv resonans och projektiv identifikation. Denna information når inte fram om de egna känslorna hämmas av försvar. I den teoretiska modellen antas även att det finns ett tydligt men måttligt samband mellan den intrapsykiska processen av förståelse av känslor (empatisk förståelse) och det yttre beteendet (empatisk kommunikation). Detta bekräftas i studien av den signifikanta men inte starka korrelationen mellan Affektavläsningsskalan och Bemötandetestet.

Betydelsen av noggrann selektion

Ett fynd av praktiskt intresse är sambandet mellan utbildningsnivå och professionellt förhållningssätt. Det är viktigt att påpeka att ett sådant förhållningssätt inte är någon terapimetod utan snarare kan liknas vid den god-vuxen-roll som Fyhr (1999) beskriver. Även om personer med högre utbildning i större utsträckning har övervägande professionella strategier finns även bland personer med lägre utbildning sådana med mycket god professionell hållning. Detta visar på betydelsen av en noggrann selektion av personal till behandlingshemmen och också av att höja utbildningsnivån inom personalgruppen.

6.5.1 Förslag till fortsatt forskning

Studien visar på behovet av ökad kunskap om relationen mellan grundläggande personlighetsstruktur och utveckling av empatisk förmåga. Frågor som studien väcker är om det är möjligt att via utbildning modifiera icke-professionella strategier eller om dessa är uttryck för mer djupgående personlighetsmässiga brister som inte är tillgängliga för påverkan genom utbildning. Är det t ex möjligt att via utbildning komma åt de starka och oflexibla försvar mot närhet som tar sig uttryck i strategin "Undvika kontakt" och som kan tänkas ha skadat empatiutvecklingen?

Personlighetsfaktorers inverkan på yrkesval och yrkeskarriär

Intressant vore att närmare undersöka personlighetsfaktorers roll i selektionen av studerande till olika nivåer av utbildning och olika områden inom vårdsektorn. En annan forskningsfråga är vad som händer professionella hjälpare i deras yrkesverksamhet. Är det så att empatiska hjälpare stannar kvar i uppgifter där de har nära kontakt med klienter, går de vidare till uppgifter som erbjuder större distans till klienterna, t ex administration, eller väljer de uppgifter som innebär ytterligare fördjupning i klientkontakten? Vad händer med hjälpare med låg förmåga till empati? Vilka områden väljer de och stannar de kvar i uppgifter som kräver klientkontakt? Ytterligare en forskningsinriktning av intresse är att studera effekten av utbildning inom den sociala sektorn på empati och professionell hållning hos studerande med olika empatinivåer och personlighetsstruktur/-drag. Detta skulle dessutom kunna leda till utveckling av tester och intervjuförfarande vid urval till yrkesutbildningar med höga krav på social kompetens inkluderande empati och kommunikationsfärdighet.

Inverkan av klienter och arbetsbetingelser

En fråga som knappast har belysts i forskningen kring empati och professionellt förhållningssätt är hur olika klientgrupper, arbetsbetingelser och arbetsuppgifter är relaterade till den empatiska förmågan och bemötandemönstret. I en studie med Myers-Briggs Type Indicator har man funnit att läkare inom olika specialiteter har likartad preferensprofil och att läkare som avviker från denna profil ofta lämnar specialiteten (McCaulley, 1981). I den studien tyder resultaten på att man väljer

specialitet/arbetsinriktning efter sina preferenser och sin personlighet. Resultaten i föreliggande studie antyder skillnader inom olika verksamhetsfält men ger inget svar på huruvida dessa skillnader är en effekt av redan utvecklade mönster eller om det handlar om påverkan från arbetsbetingelser och klienter. Om det sistnämnda är fallet väcker det frågor om hur en eventuellt negativ påverkan kan motarbetas liksom hur effektiva mönster kan utvecklas – och även vilka mönster som är effektiva.

Analys av interaktionen

Som ett led i en sådan forskning är en intressant möjlighet att göra mer detaljerade analyser av interaktionen mellan professionell hjälpare och klient än vad som varit möjligt i denna studie. I en studie (Holm, 1985) som gällde läkarstuderandes bemötande av patienter användes videoinspelade sekvenser av läkar–patient-kommunikation för att belysa effektiva och mindre effektiva bemötanden i termer av exempelvis den information som patienten lämnade. Intressant vore att använda ett liknande tillvägagångssätt med analyser av interaktionssekvenser och att relatera dessa till metoder som avtäcker även mer grundläggande personlighetsvariabler.

Referenser

- Alexander, D., Monk, J. S. & Jonas, A. P. (1985) Occupational stress, personal strain, and coping among residents and faculty members. *Journal of Medical Education*, 60, 830–839.
- Andersson, B. E. (1985) *Som man frågar får man svar – en introduktion i intervju- och enkätteknik*. Kristianstad: Rabén & Sjögren.
- Andrae, M. (1994) *Facing death. Physicians' difficulties and strategies in cancer care*. Unpublished thesis, Umeå University, Umeå.
- Basch, M. (1976) The concept of affect: a reexamination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 759–777.
- Basch, M. F. (1983) Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 31: 101–115.
- Beck, D. F. (1987) Counselor burnout in family service agencies. *Social Casework*, 68, 3–15.
- Bendtsen, P. & Bjurulf, P. (1993) Perceived needs and patient satisfaction in relation to care provided in individuals with rheumatoid arthritis. *Quality Assessment in Health Care*, 5, 243–259.
- Bensing, J. (1991) Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine* 32(11): 1301–1310.
- Berglind, H. & Pettersson, U. (1980) *Omsorg som yrke eller omsorg om yrket – en studie av omsorgens professionalisering* (Sekretariatet för framtidsstudier). Stockholm.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1988) Behandlingskultur och alkoholmissbruk. DSF (D88/2012:1–2013:1).
- Brothers, L. (1989) A biological perspective on empathy. *American Journal of Psychiatry* 146: 10–19.
- Carkhuff, R. R. (1969) *Helping and human relations*. New York: Holt, Reinhart & Winston.
- Cohen, L. & Manion, L. (1991) *Research methods in education*. London: Routledge.
- Corcoran, K. (1987) The association of burnout and social work practitioners' impressions of their clients: Empirical evidence. *Journal of Social Service Research*, 10, 7–22.
- Dimberg, U. (1989) *Gender differences in facial reactions to facial expressions*. (Uppsala Psychological Reports 416). Uppsala: Psychology.
- Forsyth, G. L. (1979) Analysis of the concept of empathy: Illustration of one approach. *Advances in Nursing Science*, 1(2), 54–61.
- Freud, S. (1921) *Group Psychology and the analysis of the ego*. (Vol. 18). London: Hogarth Press.
- Funder, D. C. & Harris, M. J. (1986) On the several facets of personality assessment: the case of social acuity. *Journal of Personality*, 54, 528–550.
- Fyhr, G. (1999) *Klockbacka. En välintegrerad akutinstitution*. SiS följer upp och utvecklar 3/1999. Statens institutionsstyrelse, Stockholm.
- Goffman, E. (1961) *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Graham, T. & Ickes, W. (1997) When women's intuition isn't greater than men's. In W. Ickes (Ed.), *Empathic accuracy*. New York: Guilford Press.
- Hall, J. A. & Dorman, M. C. (1988) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction level. *Social Science & Medicine* 27: 637–644.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Milburn, M. A. & Daltroy, L. H. (1996) Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits. A synthesis of four studies. *Medical Care* 34 (12): 1205–1218.

- Holm, U. (1985) *Empathy in the doctor-patient relationship. A theoretical and empirical analysis*. Thesis. Uppsala University.
- Holm, U. (1993) *Läkares vardag. En studie av den psykiska arbetsmiljön* (Pedagogisk forskning i Uppsala nr 110). Uppsala: Pedagogiska institutionen.
- Holm, U. (1995) *Det räcker inte att vara snäll*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holm, U. (1996) The Affect Reading Scale: a method of measuring prerequisites for empathy. *Scandinavian Journal of Educational Research* 40: 239–253.
- Holm, U. (2001) *Empati – att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holm, U. & Aspegren, K. (1999) Pedagogical methods and affect tolerance in medical students. *Medical Education*, 33, 14–18.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1991) *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmqvist, R. (1995) *Countertransference feelings in milieu therapy*. Thesis. Umeå universitet, Umeå.
- Jeanneau, M. (2002) Arbetsmiljö och behandlingskultur. Forskningsrapport nr 2. Statens institutionsstyrelse.
- Jenner, H. (1992) *Pygmalion i missbrukarvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Jobe, T. (1993) *Empati som en faktor i vårdkvalité. En studie inom en sektoriserad psykiatrisk klinik* (Påbyggnadsutbildningen i psykoterapi). Uppsala: Institutionen för tillämpad psykologi.
- Kagan, N. & Schneider, J. (1987) Toward the measurement of affective sensitivity. *Journal of Counseling and Development*, 65, 459–464.
- Kächele, H. & Steffens, W. (1988) *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Berlin: Springer.
- Langs, R. (1980) *Interaction – the realm of transference and countertransference*. New York: Jason Aronson Inc.
- Levenson, R. W. & Ruef, A. M. (1992) Empathy: a physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 234–246.
- Levin, C. (1997) *Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94* (Rapport nr 2): Statens institutionsstyrelse.
- Lundström, T. (1993) *Tvångsomhändertagande av barn. En studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. (Rapport i Socialt arbete 61–1193). Stockholm: Socialhögskolan.
- Mawardi, B. H. (1979) Satisfaction, dissatisfaction, and causes of stress in medical practice. *Journal of American Medical Association* 241: 1483–1486.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Slovic, P. (2000) Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence* 27 (4): 267–298.
- McCaulley, M. H. (1981) Jung's theory of psychological types and Myers-Briggs Type Indicator. In McReynolds (Ed.) *Advances in psychological assessment* (Vol. 5). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- McCue, J. D. (1982) The effects of stress on physicians and their medical practice. *The New England Journal of Medicine* 306(8): 458–463.
- Monsen, J. T. (1994) *Personality disorders and intensive psychotherapy focusing on affect-consciousness: a prospective follow-up study*. Unpublished thesis, Oslo University.
- Nerdrum, P. (1996) Steps towards an integration of basic therapeutic skills: a qualitative study of the development of the ideas of 15 social work students about being helpful to clients. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5: 175–184.
- Nerdrum, P. (1997) Maintenance of the effect of training in communication skills: a controlled follow up study of level of communicated empathy. *British Journal of Social Work* 27: 705–722.

- Nerdrum, P. (2000) *Training of empathic communication for helping professionals*. Thesis. Oslo University.
- Ogden, T. H. (1979) On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis* 60: 357–373.
- Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L. & Äärimaa, M. (1990) Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 25: 81–86.
- Poulin, J. & Walter, C. (1993) Social worker burnout: a longitudinal study. *Social Work Research & Abstracts*, 29(4), 5–12.
- Reich, A. (1966) *Psychoanalytic contributions*. New York: International University Press.
- Robbins, J. A., Bertakis, K. D., Helms, L. J., Azari, R., Callahan, E. J. & Creten, D. A. (1993) The influence of physician practice behaviours on patient satisfaction. *Family Medicine* 25 (1): 17–20.
- Rogers, C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1973) *Grundbegreppen inom psykoanalysen. Från Freud till den moderna jagpsykologin*. Stockholm: Prisma.
- Segraeus, V. (1993) *Vår står vi?* (Rapport i Socialt arbete nr 65). Stockholm: Socialhögskolan.
- Smith, R. C. (1984) Teaching interviewing skills to medical students: the issue of countertransference. *Journal of Medical Education*, 59, 582–588.
- Soderfelt, M., Soderfelt, B. & Warg, L. E. (1995) Burnout in social work. *Social Work*, 40, 638–646.
- Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren, L. & Styrbom, S. (1991) *Från upptäckt till presentation. Om kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Strayer, J. (1987) Affective and cognitive perspectives on empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B. & Frankel, R. (1997) A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, 277(8), 678–682.
- Säljö, R. & Bergqvist, K. (1993) Seeing the light. Discourse and practice in the optics lab. In Reznick, L., Säljö, R., Pontecorvo, C. (Eds.) *Discourse, tools and reasoning: Situated cognition and technologically supported environments*. New York: Springer-Verlag.
- Tomkins, S. S. (1962) *Affect, imagery, consciousness*. New York: Springer.
- Werbart, A. (1988) Psykiatrisk institutionsbehandling och psykoterapeutiskt förhållningssätt (Nr 2): *Psyisk hälsa*.
- Williams, C. A. (1989) Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing and Health*, 12, 169–178.
- Williamson, P., Beitman, B. & Kayton, W. (1981) Beliefs that foster avoidance of psychosocial aspects of health care. *The journal of family practice*, 13(7), 999–1003.
- Åström, S. (1990) *Attitudes, empathy and burnout among staff in geriatric and psychogeriatric care*. Unpublished thesis, Umeå University.

Metodutveckling

Förutsättningar för empati

Vid konstruktionen av Affektavläsningsskalan var ett syfte att belysa den affektiva delen av empati i form av förmågan att identifiera egna känslor, dvs affekttoleransen. Intentionen var att med samma material även få en uppfattning om den perspektivtagande förmågan, kognitiv empati. De testade har därför även fått ange vilka känslor de tror att den videoinspelade personen har. Svaren poängsattes på grundval av om man angav känslor eller en beskrivning eller bedömning av personen. Exempel på känslor är "hon är mycket förtvivlad och arg" medan "hon har blivit överkörd av läkaren" eller "han verkar vara en duktig person" är beskrivning eller omdöme. Det visade sig emellertid att reliabiliteten i form av Cronbach's alpha var mycket låg, 0.16 i en grupp på 150 försökspersoner. Orsaken till den låga inre konsistensen kan vara att de videoinspelade personernas känslor är alltför dubbeltydiga för att ge underlag för en hållbar skala. Resultaten vad gäller avläsning av patienternas känslor visade samma mönster som för avläsningen av egna känslor för olika vårdyrkesgrupper. Korrelationen mellan de båda uppgifterna varierar mellan nollkorrelation och 0.54 för olika grupper. Med hänsyn till den låga reliabiliteten men också på grund av att svaren på patienternas känslor följer samma trend som avläsningen av egna känslor tycks en skala med avläsning av patienternas känslor inte bidra med väsentliga tillskott varför jag enbart har använt mig av avläsningen av egna känslor.

För att undersöka inflytandet av verbal förmåga testades 275 sökande till läkarutbildningen med Affektavläsningsskalan och BasIQ, ett begåvningstest med olika begåvningsfaktorer. Korrelationen med de verbala skalorna (synonymer och motsatser) var -0.01 och med testet som helhet 0.12 . Detta visar att verbal förmåga inte är relaterad till prestationen i Affektavläsningsskalan men att allmänintelligensten (g-faktorn) som väntat ger ett visst, om än mycket modest bidrag till variansen.

Utveckling av ett test på professionell hållning

Professionellt förhållningssätt inrymmer empatiskt beteende men innefattar även situationer där det känslomässiga budskapet från klienten inte står i fokus. Ett sådant exempel på professionell hållning är att sätta nödvändiga gränser för en klient även om detta innebär att den professionella hjälparen blir utsatt för klientens missnöje – åtminstone på kort sikt. Ett annat exempel är att anstränga sig att hjälpa även klienter som man inte sympatiserar med. I en studie av läkare (Holm, 1995) framkommer att empati är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för professionell hållning. Det måste även till kunskap och medvetenhet om vad en sådan hållning innebär och självdisciplin för att avstå från vissa privata tillfredsställelser för att låta en annan människas väl komma i första hand.

Ett test som avser bemötande av klienter har utvecklats. Det har en likartad utformning som det test som användes för att mäta förutsättningar för empati, Affektavläsnings-skalan. Avsikten var att presentera standardiserade situationer med klienter där den testade ger förslag till bemötande av klienten. För att få ett underlag för konstruktionen följde jag som deltagande observatör arbetet vid två LVM-hem under fem dagar och utförde intervjuer med femton assistenter, 9 kvinnor och 6 män. Dessa assistenter var utvalda av chefen för behandlingshemmet på basis av praktiska överväganden som tjänstgöringsscheman.

Intervjuer

Syftet med intervjuerna var att som underlag för testitem identifiera de situationer som behandlingsassistenterna ansåg svåra. Det visade sig att man talade om de mest påfrestande situationerna som fällor. Fällorna bestod av vissa beteenden eller attityder som den intagne visade och de känslor dessa väckte hos assistenten. Svårigheten låg i att kunna hantera och kontrollera känslorna. Jag har nedan gjort en sammanställning av fällorna med den utlösande situationen och känslorna. Alla intervjuade nämnde flera av fällorna.

Fällor

Situation

- Smicker
- Hot
- Tjat
- Svek, löftesbrott
- Anklagelser
- Kritik
- Vägran att samarbeta

Känslor som väcks

- Behov leva upp till förväntningar att vara snäll
- Rädsla
- Hjälplöshet, vanmakt, ilska
- Besvikelse
- Känsla av att vara misstrodd
- Känsla av misslyckande, skuld, skam
- Ilkska, hjälplöshet

Ytterligare ett syfte med intervjuerna var att få fram vad assistenterna själva ansåg som viktiga psykologiska strategier för att göra ett bra arbete. Varje strategi som anges nedan beskrevs av en eller flera av de intervjuade. Den oftast nämnda är den första som så gott som alla ansåg nödvändig för att kunna vara kvar i sitt arbete.

Psykologiska strategier

- Vara gränssättande, entydig och lugn
- Utveckla sin självkännetdom, t ex förstå i vilka situationer som man själv blev provocerad
- Ha realistiska ambitioner
- Öka sin kunskap via kurser och litteratur
- Tänka positivt
- Stanna kvar och lyssna i svåra situationer

- Vara diplomatisk
- Använda humor
- Ge och få psykologiskt stöd i personalgruppen

En fråga som jag diskuterade med de intervjuade var vilka människor som inte passar in som personal på LVM-hem. Hur var de personer som de hade sett misslyckas, som hade slutat själva eller blivit uppmanade att sluta? En gemensam uppfattning om detta blev tydlig i intervjuerna. Nedan anges det som man ansåg leda till en ohållbar situation i längden.

Vad som bäddar för misslyckande

- För höga ambitioner
- Fixare
- Paragrafryttare, ”plit”
- Översittare, maktbehov
- Kompis
- Moralist
- Rädd och snäll
- Behov att bli omtyckt
- Brist på fasthet och egen vilja

Slutligen frågade jag assistenterna om hur de själva hade utvecklats under sitt arbete med missbrukare, vilka förändringar de hade genomgått på ett personligt plan. Många av de intervjuade berättade, ofta starkt känslomässigt berörda, hur de börjat arbeta inom tvångsvården med en naiv, blåögd och idealistisk inställning och hur de efter en svår period av besvikelse kommit fram till en mer realistisk syn på klienterna. De hade lärt sig att inte ta vad som hände personligt, lärt sig att vara gränssättande och tydliga och att ha en viss distans till klienterna. De menade att detta bara gick att lära genom egen erfarenhet, inte genom andra. En person ansåg sig ha blivit mer cynisk och var rädd för hur detta skulle påverka på längre sikt.

Några hade i början varit rädda för klienterna men via ökad kunskap och praktisk erfarenhet övervunnit denna rädsla. Rädslan hade bl a tagit sig uttryck i rigida regler men med ökad trygghet i yrkesrollen hade man blivit mer flexibel.

Vissa av de intervjuade hade till att börja med tagit på sig en mammaroll som inkluderade att vara ”fixare”, något som man så småningom kunnat lämna. Andra berättade att de i början haft en ganska hård attityd och mött utagerande beteende från klienterna med hårdhet. De hade senare lärt sig att förhålla sig lugna och att allmänt ha en mjukare inställning. Ökad psykologisk kunskap och en speciell människosyn hade därvid varit till hjälp. Nedan har jag sammanställt dessa berättelser.

Egen utveckling

Utveckling från

snäll, naiv

gränssättande, mammaroll, fixare

rädd, rigid

hård attityd, okontrollerad ilska

mot

realistisk

ställer krav

trygg, flexibel

förståelse, lugn

Observationer

Under delar av 5 dagar följde jag arbetet vid två behandlingshem vid olika avdelningar. Syftet var att komplettera materialet från intervjuerna vad gäller svårigheter och strategier samt att urskilja konkreta situationer som skulle kunna användas som testitem.

Två typer av situationer kunde urskiljas. Den ena gällde sådana där kunskap var av avgörande betydelse. Exempel är situationer där klienten begär att få göra något som enligt reglerna på hemmet inte är tillåtet. Annan kunskap är att identifiera utspel och manipulationer från klientens sida, t ex när klienten hänvisar till ett löfte/tillstånd från en annan behandlare. Denna kunskap har att göra med specifik kompetens, att känna till, identifiera och kognitivt förstå vad som sker. Varje specialbransch inom vårdsektorn kräver en sådan specialkunskap hos den professionella hjälparen.

Den andra typen av situationer var sådana där personalens egna känslor och behov provocerades. Exempel på sådana situationer är när en klient kritiserar behandlaren eller utmanar behandlaren prestige. Det kan även gälla smicker eller hot från klientens sida. Denna typ av situationer är generell för alla områden inom vården och kräver inte specialkunskap utan i första hand en förmåga att kontrollera och hantera de egna känslorna på ett sätt som inte går ut över klienten. Givetvis kan den senare kategorin av situation ingå i den förra; den jag emellertid främst har tagit fasta på i utformningen av testet är den andra som generellt följer definitionen på professionellt förhållningssätt.

För testets konstruktion och utvärdering se avsnitten Professionellt förhållningssätt/bemötandemönster, Items och Utvärdering.

Utprovning

De grupper av försökspersoner som ingår i utprovningen framgår av tabell 2. Personal från fyra LVM-hem, två för kvinnliga och två för manliga intagna, har medverkat. Övriga grupper består av personer inom sjukvård, elevvårdspersonal inom verksamhet för speciellt krävande elever samt skolpsykologer. Grupperna har valts ut för att representera olika utbildningsnivåer och olika inriktning och tyngdpunkt i utbildningar vad gäller utveckling av samtalsmetodik och social lyhördhet. Psykologer och kuratorer får ses som extremgrupper vad gäller utbildningsnivå och träning i social kompetens medan barnsköterskor tillhör den lägsta utbildningsnivån och även har ringa utbildning i bemötande av patienter och anhöriga. Sjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter

och sjukgymnaster antas ligga på en mellannivå. Behandlingsassistentgruppen är heterogen vad gäller utbildningsnivå och bemötandekunskap.

Gruppen av skolpsykologer testades även med Affektavläsningsskalan.

Resultat

Tabell 1 visar en korrelationsmatris för item 1–4 samt totalt. Den inre konsistensen eller homogeniteten för items har beräknats med hjälp av Spearman och Browns formel med $\alpha=0.57$.

Tabell 1. Korrelationsmatris för item 1–4

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Totalt
Item 1	1				
Item 2	.158	1			
Item 3	.194	.349	1		
Item 4	.276	.286	.223	1	
Totalt	.585	.66	.735	.638	1

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser för olika yrkesgrupper i Bemötandetestet

Yrkesgrupp	n	m	Sd
Behandlingsassistenter	29	8.3	2.71
Psykologer	95	12.0	2.93
Kuratorer	20	12.2	3.69
Barnmorskor	27	9.9	2.19
Sjuksköterskor	36	8.4	2.49
Barnsköterskor	21	7.6	2.44

Tabell 3. Variansanalys enligt ANOVA för yrkesgruppernas medelvärden

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-value	P-value
Yrkesgrupp	5	756.559	151.312	21.366	<0.0001
Residual	225	1593.423	7.082		

Tabell 4. P-värden vid testning med Fisher's PLSD för jämförelser mellan olika yrkesgruppers värden i Bemötandetestet

	Psykologer	Kuratorer	Barnmorskor	Sjuksköterskor	Barnsköterskor
Behandlingsassistenter	0.0001**	0.0001**	0,01**	0.88	0.37
Psykol.		0.87	0.0006**	0.0001**	0.0001**
Kuratorer			0.005**	0.0001**	0.0001**
Barnmorskor				0.020*	0.0024**
Sjuksköterskor					0.276

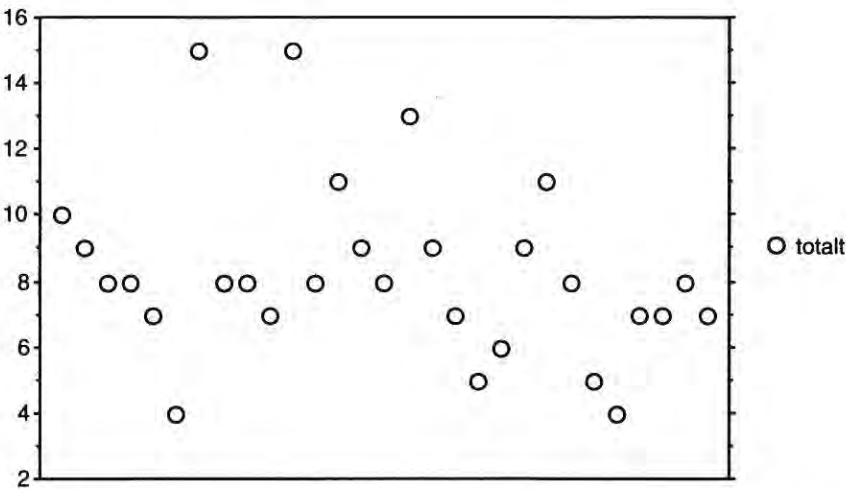
* $p<0.05$, ** $p<0.0$

Tabell 2 visar medelvärden för olika yrkesgrupper. Vid variansanalys med ANOVA i statistikprogrammet STATVIEW visar sig mellangruppsskillnaderna vara signifikanta

med $p=0.0001$ (tabell 3). I tabell 4 anges p-värden för Fisher's PLSD vid jämförelser mellan yrkesgruppernas värden.

Som framgår av tabell 2–4 har psykologer och kuratorer de högsta värdena, signifikant högre än övriga grupper. Behandlingsassistentgruppen ligger på samma nivå som sjuksköterskorna medan barnmorskor ligger högre och barnsköterskor lägre.

Figur 1 visar spridningen av värden för behandlingsassistentgruppen. Ungefär hälften, 19 personer har 8 poäng eller lägre medan 10 personer har 9 poäng eller högre. Värdena varierar från 4 till 15 poäng.



Figur 1. Fördelning av värden i Bemötandeskalan i behandlingsassistentgruppen

Tabell 5 visar värdena i Bemötandetestet och Affektavläsningsskalan för gruppen med skolpsykologer och tabell 6 korrelationer mellan de båda testen. Vid beräkningen av dessa har olika poängnivåer i testen använts. Totalt blir korrelationen 0.20, vilket visar ett signifikant samband. Om endast de personer tas med som har en poängssumma som är högst 12, blir korrelationen 0.34 respektive 0.19 (se tabell 6) och om endast de som har en poängssumma över 12 tas med blir sambandet 0.

Tabell 5. Medelvärden och standardavvikelser i Bemötandetestet och Affektavläsningsskalan för skolpsykologgruppen

	m	Sd
Bemötandetestet	12	2.93
Affektavläsningsskalan	12.7	2.78

Tabell 6. Korrelationer mellan Bemötandetestet och Affektavläsningsskalan för skolpsykologgruppen

Poäng i Bemötandetestet	n	Korrelation	Poäng i Affektavläsningsskalan	n	Korrelation
4–20	90	0.20*	4–20	90	0.20*
4–12	52	0.34*	4–12	37	0.19
13–20	38	–0.008	13–20	53	–0.08

* $p < 0.05$

Test-reteststudie

Vid en test-retestundersökning av Bemötandetestet på 30 personer, 15 psykologstuderande och 15 undersköterskestuderande, befanns korrelationen mellan poängen från de två testtillfällena med cirka en månads intervall vara 0.84.

Diskussion

Homogeniteten i Bemötandetestet mätt med Spearman och Browns formel ($\alpha = 0.57$) visar att de ingående fyra uppgifterna har en måttlig men inte hög inre konsistens. Detta kan förväntas med tanke på att professionell hållning är ett mångfacetterat begrepp. Det finns ingen anledning att eftersträva en ökad homogenitet, vilket skulle innebära att enbart en aspekt av många skulle mätas.

För en av grupperna med de högsta värdena i Bemötandeskalan, skolpsykologerna, har korrelationen med Affektavläsningsskalan beräknats, där $r = 0.20$. Ett måttligt samband mellan de båda skalorna kan förväntas utifrån den teoretiska modellen. Det visar sig i skolpsykologgruppen att om poängspridningen begränsas så att korrelationsberäkningen endast omfattar de 52 personer som har högst 12 poäng i Bemötandetestet, blir koefficienten högre med $r = 0.34$. Resultaten pekar således mot att personer med relativt låga värden i Bemötandetestet, d v s de som agerar ut sina egna känslor i förslagen till svar till klienterna, också tenderar att ha låga värden i Affektavläsningsskalan, d v s är omedvetna om eller inte kan avläsa egna känslor. Detta är just vad den teoretiska modellen förutsäger. På högre poängnivå i Bemötandetestet finns däremot inget samband med Affektavläsningsskalan. Detta gäller även högre poängnivåer av den senare skalan, vilket tyder på att båda testen har en "takeffekt", d v s differentierar sämre på högre nivå. Emellertid är det för projektets syfte och även i t ex urvalssammanhang av mindre intresse att få en finare differentiering av personer med mycket god empati och professionellt förhållningssätt än att identifiera de personer som har tillräckligt goda resurser eller som brister i dessa avseenden.

Värdena i Bemötandetestet visar skillnader mellan olika grupper i förväntad riktning. Grupper, där utbildning och yrkesverksamhet varit inriktad mot att möta patienter och klienter i samtalssituationer och där yrkesidentiteten omfattar att vara "psykologisk", har de högsta värdena. Psykologernas och kuratorernas gruppvärden (12.0 respektive 12.2) visar att de inte styrts av de egna känslorna men att de mestadels enbart tagit fasta på det intellektuella budskapet. Värdena (7.6–8.4) i de tre grupperna

med de lägsta värdena visar däremot att man i dessa grupper ofta har angivit svar som styrts av egna behov och känslor och således inte lyckats stå fria från prestige, utagerad ilska och diverse försvarsmanövrer i sina förslag till bemötande. Det känslomässiga budskapet, vilket är det huvudsakliga, berörs i ännu mindre utsträckning än i kurators- och psykologgrupperna. Intressant är att gruppen barnmorskor har signifikant högre värde än gruppen sjuksköterskor. Det är möjligt att detta beror på att barnmorskorna arbetar med patienter med stora behov av psykologiskt stöd och i situationer som kräver hög grad av samarbete med patienterna och att detta lett till att barnmorskorna utvecklat sin professionella hållning.

En jämförelse kan göras med test som avser empatisk kommunikation, dvs förmågan att förstå och bekräfta en annan människas känslomässiga budskap. Den högsta poängen i Bemötandetestet avser just denna typ av kommunikation. I Norge har Truax och Carkhuffs test på empatiskt beteende, "Accurate Empathy Scale" respektive "Empathic Understanding in Interpersonal Processes" modifierats av Nerdrum (1997). Också i detta test används videosituationer där den professionella hjälparens förslag till bemötande skattas av en erfaren skattare. Nerdrum har i en studie använt testet på socialarbetare samt elever vid Socialhögskolan i Oslo. I båda grupperna i Nerdrums studie ligger medeltalet på omkring 2 poäng, vilket i Bemötandeskalan motsvarar 3 poäng. Resultaten i Nerdrums test stämmer således väl med värdena för kuratorsgruppen i Bemötandetestet.

Fördelningen av poäng i gruppen av behandlingsassistenter visar både mycket låga och höga poäng.

Testets validitet har belysts genom att testa grupper som utifrån inriktning av utbildning och arbetsuppgifter kan förväntas ha olika värden i testet. Jämförelsen med det mest använda testet på empatisk kommunikation, Truax och Carkhuffs, visar likartade värden för samma yrkesgrupp (socionomer), vilket ger en samtidig validitet. Dock återstår att visa att testresultaten går att generalisera till verkliga situationer, att det har förmågan att predicera beteenden.

Testet kan användas som ett kvantitativt mått genom att varje item poängsätts och summapoängen eller medelpoängen för varje individ beräknas. Det ger även möjligheter till analyser som baseras på kvalitativa kategoriseringar av svaren.

Frågeformulär om utbildning och yrkeserfarenhet

Detta frågeformulär, som du ombeds att fylla i, utgör en del av en kartläggning av LVM-hemspersonals utbildningsbakgrund och utbildningsbehov. Detta är i sin tur ett led i ett forskningsprojekt kring behandlarrollen i missbruksvården.

Alla uppgifter behandlas helt konfidentiellt. Blanketterna kodas och endast försöksledaren kan bryta koden.

1. Skolutbildning

Folkskola år Grundskola år Realskola år

Gymnasium år

2. Postgymnasial utbildning

Högskola år Examen (ange vilken t ex socionom, sjuksköterskeexamen)

.....

3. Annan utbildning (ange t ex mentalskötartutbildning. Ange även ev. utbildning utan anknytning till ditt nuvarande arbete).

a)

b)

c)

d)

4. Speciella externa kurser för behandlingsassistenter (ange vad kursen hette, var du gick kursen, hur lång den var t ex 2 kvällar/vecka i 2 terminer och ev. hur många högskolepoäng den omfattade

a)

b)

c)

d)

5. Interna kurser för behandlingsassistenter (ange namnet på kursen, omfattningen, t ex 4 dagar heltid eller 2 tim/vecka i 1 termin)

a)

b)

c)

d)

e)

f)

7. Arbetserfarenhet. Ange nedan vilka arbeten du haft och hur länge, t ex taxichaufför 3 år eller behandlingsassistent på LVM-hem 4 år.

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

8. Har du varit med i **handledning** (grupp eller individuellt) i ditt arbete på behandlingshem? Ja Nej (ringa in ditt svar).

Om ja, hur länge? år

Har handledningen varit inriktad på dina egna reaktioner i arbetet med de intagna (processhandledning) eller har den mestadels gällt hur du konkret ska göra i kontakten med intagna eller kanske både och? Var snäll och beskriv innehållet i handledningen utifrån dessa frågor

.....

.....

9. Har handledning erbjudits på de behandlingshem du har arbetat?

Ja Nej (ringa in ditt svar)

Om handledning erbjudits och du ej deltagit, vad var anledningen?

10. Har du erfarenhet av egen **psykoterapi**? (ringa in ditt svar)

Ja, i samband med min utbildning

Ja, i annat sammanhang

Nej

11. Vilka utbildnings- eller arbetserfarenheter har du haft mest **nytta** av i ditt nuvarande arbete?

.....

.....

.....

12. Vad skulle du vilja **utveckla mer** av hos dig själv, t ex viss kunskap eller vissa personliga egenskaper/resurser?

Övriga synpunkter.

Tabeller

Tabell 1. ANOVA-tabell för medelvärden i Affektavläsningskalan för LVM-hemsassistenter med lägre resp högre utbildning

	DF	Sum of squares	Mean square	F-value	P-value
Kön	1	0.100	0.100	0.395	0.5321
Utbildning	1	0.822	0.822	3.239	0.0774
Kön x utbildning	1	0.535	0.535	2.110	0.1520
Rest	55	13.955	2.54		

Tabell 2. ANOVA-tabell för medelvärden i Bemötandetestet för LVM-hemsassistenter med lägre resp högre utbildning

	DF	Sum of squares	Mean square	F-value	P-value
Kön	1	0.375	0.375	1.528	0.2216
Utbildning	1	2.375	2.375	9.667	-0.0030
Kön x utb.grupp	1	0.651	0.651	2.652	0.1092
Rest	55	13.511	0.246		

Tabell 3. ANOVA-tabell för medelvärden i Bemötandetestet för LVM-hemsassistenter med lägre resp högre utbildning samt frivårdsinspektörer och kuratorer vid sjukhus

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
Grupp	3	21.465	7.155	24.772	<0.0001
Residual	107	30.905	0.289		

Tabell 4. Fisher's PLSD för testning av medelvärdesdifferenser i Bemötandetestet

Yrkesgrupp	Mean Difference	Crit. Diff.	P-Value
Kuratorer – Frivårdsinspektörer	0.412	0.309	0.093
Kuratorer – LVM, högre utbildning	1.068	0.250	<0.0001
Kuratorer – LVM, lägre utbildning	0.679	0.314	<0.0001
Frivårdsinspektörer – LVM, högre utbildning	0.267	0.350	0.1341
Frivårdsinspektörer – LVM, lägre utbildning	0.656	0.295	<0.0001
LVM, högre utbildning – LVM, lägre utbildning	0.389	0.300	0.116

Tidigare utgivna forskningsrapporter

ISSN 1104-6155

- Nr 1 1994 Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare–praktiker
(Vera Segraeus)
- Nr 2 1997 Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94 (Claes Levin)
- Nr 3 1997 Etiska konflikter inom tvångsvård av ungdomar (Gunnel Colnerud)
- Nr 1 1998 LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning
(Arne Gerdner)
- Nr 2 1998 Ett § 12-hem för flickor. Omdefinitioner i ungdomsvården
(Berit Andersson)

ISSN 1404-2576

- Nr 1 1999 Etik och ungdomsvård. En empirisk studie av anställdas etiska problem inom tvångsvård av ungdomar. Slutrapport
(Gunnel Colnerud)
- Nr 2 1999 ”Plötsligt får man lust att leva.” En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök (Eva Johnsson, Mats Fridell)
- Nr 3 1999 Ungdomar från särskilda ungdomshem i Stockholms brottsliga nätverk
(Jerzy Sarnecki)
- Nr 1 2000 Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst
(Göran Johansson)
- Nr 2 2000 När anhöriga involveras. Personalens beskrivning av anhöriga på särskilda ungdomshem
(Maria Bangura Arvidsson, Malin Åkerström)
- Nr 1 2001 Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor (Bengt Svensson)
- Nr 2 2001 Kommunikativ pedagogik och särskilda ungdomshem
(Per Gerrevall, Håkan Jenner, red)