

Om sociala nätverk och hälsa

Bo Anderson

Stina Johansson

I litteraturen pågår en intensiv debatt om vad det är som gör att nätverkstillhörighet har gynnsamma effekter på hälsa, sjukdomsrisker, tillfrisknande, överlevnad och välbefinnande.

I ett läge av knappa resurser letar beslutfattare efter informella sektorer eller vårdresurser som kan fullgöra de uppgifter som blir en sviktande välfärdsorganisation övermäktiga. Att överlämna ansvaret för vård av gamla och sjuka till sådana vårdnätverk har både goda och dåliga sidor. De fungerar inte bara hälsobefrämjande, utan också i vissa fall förtryckande. Det kan emellertid vara svårt att upprätthålla nätverk över långa tidsperioder i ett samhälle där de flesta vuxna yrkesarbetar, vilket innebär brist på tid för aktiviteter utanför det egna hushållet. En urbanisering och omflyttning skapar avstånd och orsakar tidskrävande pendling till arbetsplatserna. En viktig fråga är hur man kan stärka de gemenskaper som finns och som riskerar att förstöras.

Bo Anderson är professor i sociologi vid Michigan State University och leder tillsammans med fil dr Stina Johansson forskning om organisation, sociala nätverk och professionalisering inom hemtjänst och hemsjukvård.

Artikeln skrivs inom ramen för det av Riksbankens jubileumsfond stödda projektet "Organizations, social networks and professionalization in home care and home health care delivery", RJ 88/78.

det ofta använda begreppet "socialt stöd" (*social support*). Därefter diskuterar vi några av de sociala faktorer som påverkar nätverkens utseenden och sätt att fungera, och som kan ha betydelse för de sociala nätverken i vården. Eftersom vi måste extrapolera utifrån observerade trender i samhällsförändringen, blir diskussionen på några ställen ofrånkomligen något spekulativ, men vi tror ändå, att våra resonemang i huvudsak är realistiska. Vi diskuterar därpå frågor, som rör makt och möjligt förtryck i nätverk. Att inte allt, som sker i gemenskaper och nätverk, är positivt vet vi från observationer och skönlitteratur, även om mycket positivt ifråga om omsorg och socialt stöd händer i nätverk. Slutligen behandlar vi kort problemet med "utbränning", överbelastning och vad man kanske kan göra för att stärka nätverksgemenskaper.

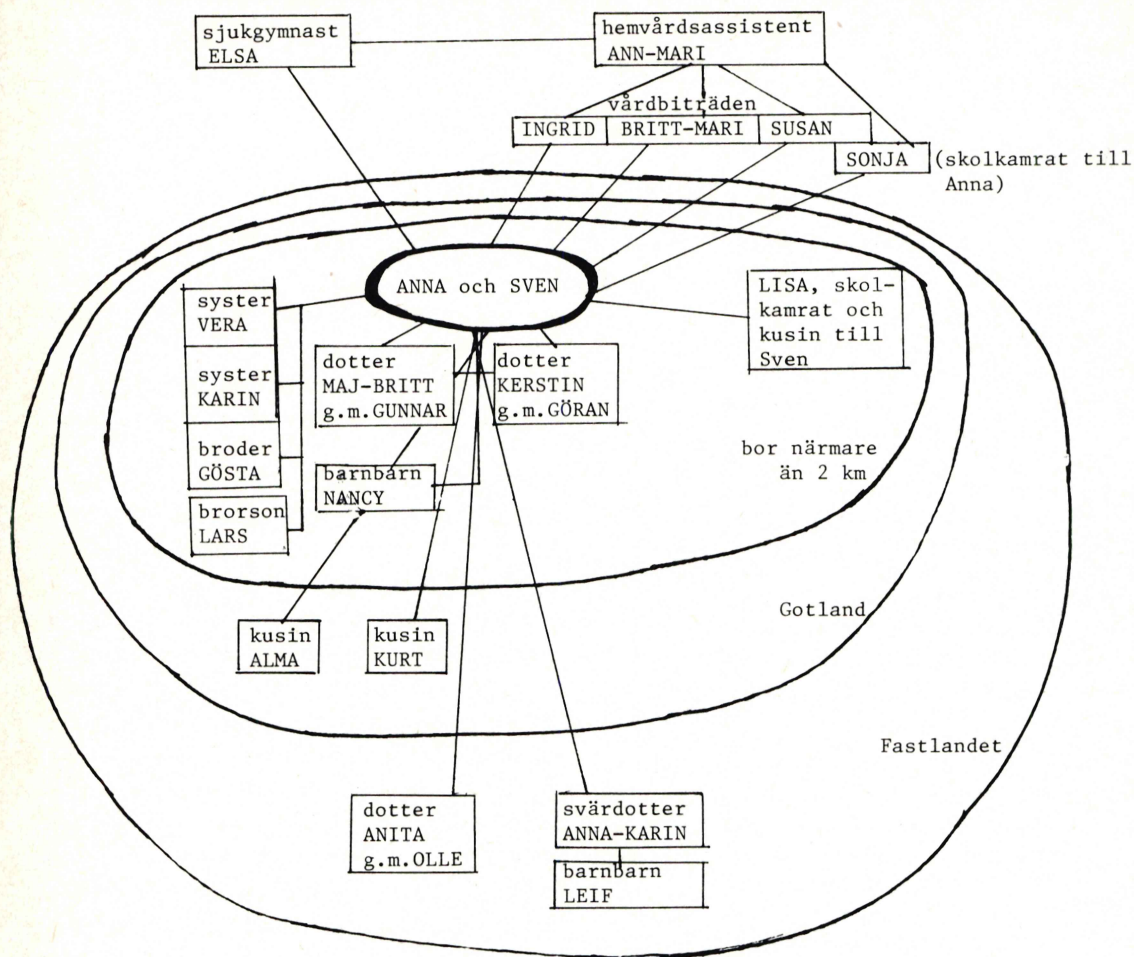
En väsentlig avsikt med denna uppsats, liksom med vår uppsats om professionalisering i detta nummer, är att ställa frågor. Det finns viktig och kompetent forskning om de problem vi behandlar, men det är nödvändigt både för praktiken och disciplinerna att på olika sätt fördjupa både den empiriska kunskapen och de teorier och bilder av verkligheten, som vi använder för att förstå forskningsresultat och frågeställningar som rör vård och nätverk.

Sociala nätverk är grupper av personer mellan vilka en eller flera specifika relationer eller band finns. Medlemmar av ett nätverk kan till exempel vara släkt, gifta med varandra, höra till samma förening eller organisation, vara arbetskamrater, vänner eller grannar. Vi beskriver ofta ett nätverk med utgångspunkt från en bestämd person, till exempel en vårdtagare, som står i centrum för vår uppmärksamhet, blir nätverkets *centralperson*. Syftet med beskrivningen bestämmer vilka relationer vi anser väsentliga. Om vi vill förstå en persons situation som vårdtagare, tar vi

Vad är sociala nätverk?

I denna artikel skall vi först presentera och tillämpa några nätverksbegrepp, som används och diskuteras i den medicinsk-sociologiska och socialmedicinska forskningen om hemtjänst och hemvård. Vi berör sedan kortfattat den socialpsykologiska tolkningen av

Figur 1. Vårdnätverket kring Anna och Sven



Personer som tar aktiv del i vården av Anna och Sven

kanske med delvis andra relationer än vi skulle göra, om vi vore intresserade av politisk opinionsbildning eller marknadsföring. Vi avbildar nätverket genom att rita en karta som visar vilka relationer som finns mellan centralpersonen och de övriga medlemmarna och mellan de övriga sinsemellan.

Det är i viss mån godtyckligt hur man avgränsar ett nätverk. Ganska indirekta kontakter kan ha stor betydelse i många fall, när resurser, vårdinsatser eller information skall mobiliseras. Det blir en empirisk fråga när man vill avgöra hur indirekta kontakterna kan vara för att bli av intresse.

När man använder nätverksanalys för att analysera en vårdbehövandes situation, kan det löna sig att skilja mellan två typer av nätverk. Vi har för det

första vad vi kallar vårdtagarens *horisontella* nätverk. Det kan bestå av familjemedlemmar, grannar, vänner och bekanta. För det andra har vi *vertikala* eller *organisatoriska* nätverk, som han eller hon kan ha kontakt med. Dessa kan till exempel bestå av personer anställda i socialtjänsten eller sjukvården som direkt eller indirekt påverkar vilken vård vederbörande får eller kan få. De personer från hemtjänsten eller sjukvården, som har direkt kontakt med personen ifråga, kan ofta betraktas som tillhörande *båda* typerna av nätverk.

Horisontella nätverk som byggs upp kring en vårdbehövande bygger säkert ofta på redan föreliggande *gemenskaper*. Man är släkt, man har bött nära varandra, varit arbetskamrater, bekanta och så vidare

under en längre tid. De kulturella förutsättningarna för att bygga upp sådana nätverk varierar från samhälle till samhälle. I ett litet samhälle på Gotland har vi tex träffat Anna och Sven (se *figur 1*). Anna, centralpersonen i nätverket, kan, trots att hon är helt förflamad, klara sig med en mycket liten insats från kommunens hemtjänst just på grund att ett mycket stabilt socialt nätverk.

Anna och Sven har bott på samma ort i hela sitt liv, liksom deras föräldrar gjort sedan generationer tillbaka. De har gått i samma skola som släktingar och nuvarande grannar. En social gemenskap byggdes upp som sedan bibehållits i livets alla skeden. När de nu är gamla och sjuka bildas ett vårdnätverk inom, och på basis av denna gemenskap. Då får de, enligt vad de själva uppger, hjälp av dottrarna Maj-Britt och Kerstin och deras familjer. Anna har två systrar, Vera och Karin samt brodern Gösta. Alla dessa bor alldeles i närheten. Eftersom syskonen också börjar bli gamla och skröpliga kan de kanske inte ge så mycket praktisk hjälp, men de är likväl ett socialt stöd i situationen. Flera andra släktingar, som då och då ger sitt stöd, finns på Gotland. Dottern Anita som bor på fastlandet kommer hem vid storhelger, vilket innebär en viss avlastning för de andra släktingarna. Anna och Sven får hjälp också av personal från hemtjänsten. Dessa personer är inte anonyma, utan de är personer som Anna och Sven känt sedan länge från många andra sammanhang och som de har flera band med. Annas och Svens situation är säkert ganska vanlig på Gotland. Det finns emellertid andra sociala kontexter, där det kan vara betydligt svårare att konstruera fungerande vårdnätverk.

Det är fruktbart att skilja mellan starka och svaga nätverk. (I vissa fall kan vi vilja skilja på grader av styrka hos nätverk.) I starka nätverk är kontakterna talrika, sker ofta och samkänslan positiv och väl utvecklad. I svaga nätverk äger kontakterna rum sällan, medlemmarna känner kanske en viss likgiltighet för varandra, och de som står i kontakt med centralpersonen har få eller inga kontakter med varandra. Den situation som vi beskrivit med Anna och Sven är ett ganska starkt nätverk. I medicinsk-sociologiska och socialmedicinska framställningar sägs ibland de som tillhör starka och svaga nätverk vara socialt väl respektive socialt svagt *integrerade*.

De sociala nätverkens betydelser för hälsa, tillfrisknande, välbefinnande och överlevnad har undersökts i ett ganska stort antal studier. En uppsats av Cassell, som publicerades 1976, har blivit tonbildande för forskningen. På svenska finns det en utmärkt diskussion av Karin Tengvald från 1973. Vi hänvisar särskilt till en nyligen publicerad artikel i den ansedda amerikanska tidskriften *Science* av James House och några av hans medarbetare. Där kan läsaren finna en mängd referenser till en rad studier och arbeten som diskuterar resultaten från ett antal undersökningar. Författarna sammanfattar klart och kortfattat det nuvarande forskningsläget och berör också några av de problem som kräver mera forskning och teoretisk bearbetning. En volym redigerad av Isacsson och Janzon innehåller goda sammanfattningar, bland annat av svensk forskning (2).

Det finns, visar ett antal studier, tydligt positiva statistiska samband mellan social integration och hälsa, välbefinnande, tillfrisknande och dödlighet. Det finns också ganska goda argument för tesen, att de statistiska sambanden åtminstone till en stor del kan tolkas så, att social integration orsakar tillfrisknande, överlevnad och så vidare, även om det säkert också är så, att någorlunda friska människor också har bättre möjligheter att bilda och vidmakthålla sociala nätverk.

Varför är nätverk bra för hälsa?

I den vetenskapliga litteraturen pågår en ganska intensiv debatt om vad det är som gör att nätverkstillhörighet har gynnsamma effekter på hälsa, sjukdomsrisker, tillfrisknande, överlevnad och välbefinnande. I diskussionen används ofta begreppet *social support* som en sammanfattning av det som en person både kan få genom sitt nätverk och som har hälsobefordrande effekter. Diskussionen handlar om hur man bör tolka detta begrepp *socialt stöd*. Ett antal förslag har framförts, men ännu har inte något vunnit allmän anslutning. Vi håller det för troligt, att begreppet, som det mätes i de empiriska undersökningarna, innefattar ett antal ganska olika faktorer, som var och en eller i kombination har gynnsamma effekter. Några av de viktigare faktorerna är följande:

a. socialt stöd som ges i form av en rad olika tjänster, till exempel hjälp med olika sorters hushållsarbete,

te, inhandling av varor, transporter och andra fysiska aktiviteter.

b. socialt stöd i form av bekräftelse av en önskad självbild och självvärdering. Man kan undandraga socialt stöd genom att förneka eller negligera den andres självbild eller genom att handla som om hans eller hennes självkänsla vore irrelevant.

c. socialt stöd som kommer mottagaren att känna sig omtyckt, värderad för sin egen skull, accepterad som han eller hon är, älskad och liknande. Man kan undandraga socialt stöd genom att behandla den andre med likgiltighet, som ett "ting" utan känslor.

d. socialt stöd i form av uppmuntran till och hjälp med *coping*, alltså förmågan till aktiviteter som till en viss grad kan förändra en stressande situation eller personens syn på situationen, så att den blir mindre stressande och mera dräglig.

e. Socialt stöd genom att till exempel någon anhörig eller annan person i en vårdtagares nätverk genom besök informerar sig om den vårdbehövandes tillstånd och situation. Denna kontroll bidrar till att vårdtagaren känner sig trygg.

Hjälp med arbeten, och fysiska och kanske även fysiologiska aktiviteter, kan till en viss grad rutiniseras och bedömas efter effektivitetskriterier, till exempel i ett lag av hemhjälsarbetare (se Eliassons och Thulins artikel i detta nummer). Den känslomässiga kontakten och det egopsykologiska samspel, som gör stöd i formerna b–d möjligt, tar en viss tid, förutsätter en fortlöpande dialog med ömsesidig *responsivitet* (1) och kan helt eller till en del fördärras av sådan tidspress och jäkt, som kan förekomma i de situationer i servicehus, som Eliasson och Thulin illustrerar i sin artikel.

Socialt stöd kan naturligtvis ges i form av olika kombinationer av a–e. Man kan tänka sig personer vars nätverk är starkt och ger mycket stöd av typ a, men föga av typerna b–e. En sådan person kan se socialt integrerad ut, men är det naturligtvis inte. Vill man utvärdera ett nätverk ur vårdsynpunkt bör man skaffa sig en god bild av alla de fysiska aktiviteter och socialpsykologiska samspel som pågår i nätverket.

En starkt fördjupad förståelse av hur det sociala stödet i nätverk påverkar hälsa, tillfrisknande, överlevnad och välbefinnande kan, som bland andra House och hans medarbetare påpekar i den anförda arti-

Man kan och bör emellertid också peka på och diskutera ett antal skäl till att man inte kan ta för givet att det finns eller i framtiden kommer att finnas stora reserver av personer och tid som kan avsättas till vårduppgifter inom många sociala nätverk och de gemenskaper, som de bygger på.

keln, endast uppnås när vi får en detaljerad bild av hur de socialpsykologiska (eller fenomenologiska) faktorerna och processerna som här berörts ingriper i de neuroendokrina och andra förlopp, som bland annat påverkar immunförsvaret. Någon sådan modell eller teori finns ännu inte, även om man kan skissera vissa huvudförlopp. Utvecklingen och prövningen av teorier och hypoteser om hur de sociala, psykologiska och biologiska förloppen i kombination påverkar olika hälsovariabler kräver naturligtvis andra metoder än de, som använts i de stickprovsundersökningar, som mycket av kunskapen om sambanden mellan social integration och olika hälsovariabler är baserad på. Arbete med utveckling av sådana alternativa forskningsmetoder är nödvändigt, om vi skall komma vidare i forskningen om socialt stöd och hälsa.

Problem med vårdnätverk

De sociala nätverk som kan konstrueras kring vårdtagare tillmättes en allt ökande roll i vården. Den brist på personal och resurser, som redan finns och som på goda grunder kan förväntas starkt öka i framtiden, har fått beslutsfattare att leta efter "vårdreserver" i "informella" sektorer av samhället, det vill säga i sociala gemenskaper eller närsamhällen, och de nätverk, som finns inom dem. I den politiska debatten om vårdens framtida organisation skymtar det ibland fram tankegångar, som kanske förutsätter att gemenskaper och närsamhällen kan mobilisera större resurser än vad många av dem i praktiken har. Väl fungerande vårdnätverk uppkommer inte genom "spontan ordning", utan endast om vissa specifika förutsättningar föreligger.

Det finns många väl fungerande nätverk, som bidrar till vården av många gamla, handikappade och

andra. Det visar vår egen och andras forskning och observationer. Man kan och bör emellertid också peka på och diskutera ett antal skäl till att man inte kan *ta för givet*, att det finns eller i framtiden kommer att finnas stora reserver av personer och tid som kan avsättas till vårduppgifter inom många sociala nätverk och de gemenskaper, som de bygger på. I vårt eget forskningsprojekt utgår vi från att det finns skillnader i social struktur och kanske också ifråga om kulturella (i kulturantropologisk mening) värderingar och normer, som gör att fungerande vårdnätverk lättare kan konstrueras i vissa miljöer än i andra. Låt oss, till exempel, se närmare på Annas och Svens fall. När Annas hälsotillstånd successivt försämrats, har allt fler släktingar och grannar ryckt in. Vid det kaffedrickande, som alltid äger rum när släktingar och grannar hälsar på, ges tillfällen att "kolla läget", hjälpa till med småsaker, ge psykologiskt stöd och bekräftelse. En av döttrarna har sjukvårdsutbildning och är den som avgör allvaret i ett försämrat hälsotillstånd. Båda döttrarna bor nära och kan passa på att handla mat samtidigt som de handlar åt sig själva. En gammal skolkamrat har hjälpt till att rensa rabatter. Han är dessutom släkt med familjen. När det blev aktuellt med hemtjänst fanns Sonja som Anna och Sven hade känt sedan tidigare i livet och som de också umgås med privat. Även de två andra vårdbiträdena är kända i familjen. Utan all hjälp från personer i det sociala nätverket, och naturligtvis maken Sven, hade Anna varit ett tungt fall på någon långvårdsavdelning. Nu klarar hon sig med några timmars hjälp från den kommunala hemtjänsten. Anna och Sven är inte unika, men man bör inte generalisera utifrån deras och liknande situationer, när man planerar att utnyttja de informella nätverken i den framtida vården.

En rimlig hypotes är att pågående och väntade sociala trender och förändringar kommer att stärka de faktorer, som urholkar och försvagar de gemenskaper, som vårdnätverk bygger på. Men man kan, anser vi, inte generalisera för hela Sverige. Vill man planera för att mer och mer utnyttja sociala nätverk inom vården, bör man göra det från fall till fall, eller i varje fall från miljö till miljö. Detta strider naturligtvis mot en vårdmodell som poängterar uniformitet. Men Sverige är starkt differentierat ifråga om *lokal* social struktur. Detta skulle kunna ge rikt utrymme för försöksverk-

samhet med olika sätt att tillvarata och stärka de resurser för vård som kan ligga i de sociala nätverken.

Några av de trender och sociala förändringar vi tror kan komma att försvaga gemenskaper och horisontella nätverk är följande:

a. Brist på arbetskraft och medföljande press på män och kvinnor inom yrkesrollerna, som gör, att många får ännu mindre disponibel tid än de redan har för varje enskild yrkes- och hemaktivitet. Man kommer att med goda skäl kunna säga, att man inte har tid med många sociala kontakter utanför det egna hushållet.

b. Urbanisering och omflyttningar, som skapar avstånd mellan dem som tidigare hade flitiga och starka kontakter, orsakar tidskrävande pendling till arbetsplatserna och försvårar de kontakter som måste finnas för att man skall kunna vidmakthålla och bygga upp gemenskaper och samkänsla.

Dessa faktorer slår naturligtvis inte ut lika starkt, var för sig eller i kombination, på alla typer av orter eller regioner.

När gemenskapskontakterna, samkänslan och den sociala kontroll som de gör möjlig, blir försvagad uppstår problemet med "friåkning", (*free-riding*), som ibland debatteras i samband med kollektivt handlande (6). I det sammanhang som här diskuteras, kan friåkning yttra sig så, att personer som "i princip" anser, att de borde bidra till vården av en person, som de har eller haft anknytning till, undviker att göra detta och intalar sig, att det säkert finns andra, som har mera tid och bor bättre till. Om också dessa andra resonerar på detta sätt kan det inte bli några sociala nätverk, trots att alla önskar det, eller också läggs *de facto* alla bördorna på ett kanske redan överbelastat hushåll och den anställda personal, som finns. I den gotländska miljö som vi har beskrivit kring Anna och Sven finns det kanske mindre möjligheter till friåkning, eftersom de kulturella värderingarna starkt fördömer ett sådant beteende.

Vi sade tidigare att anställda i hemtjänst och sjukvård kan vara medlemmar av horisontella så väl som organisatoriska nätverk. Inom horisontella nätverk har de ofta nyckelroller. De har yrken med relativt låg lön och status, och ibland besvärliga arbetsförhållanden. Man kan tänka sig en utveckling, där det blir svårt att nyrekrytera eller behålla sådan personal, om

många lockas av jobb med något högre lön och/eller status och bättre arbetsförhållanden, för att ersätta dem som sugits upp av sektorer inom arbetsmarknaden där man erbjuder ännu bättre lön, status och arbetsvillkor. De som arbetar inom hemtjänst och hemsjukvård är för det mesta kvinnor. Ju mera kvinnorna avancerar inom arbetsmarknadens hierarkier desto mera kommer kanske dessa yrken att avtappas.

Kanske hemtjänsten hittills fungerat så bra som den gjort, därför att man i ett övergångsskede i den sociala förändringen kunnat rekrytera många erfarna husmödrar eller tidigare hemmafruar, och all deras "tysta" kunskap till uppgifterna.

Ett "värsta-fall" scenario är, att en sådan utveckling äger rum precis på de orter och inom de regioner där förutsättningarna för skapandet av väl fungerande horisontella vårdnätverk blir försvagade på grund av de två faktorer som nämndes ovan.

Det är naturligtvis omöjligt att säga, hur starka de tendenser på samhällets marknivå, som vi pekat på i denna diskussion, kommer att bli. Vi menar emellertid att vårt resonemang är tillräckligt realistiskt för att motivera vår (och andras) slutsats, att man i vårdplaneringen bör förutsätta, att det kommer att råda avsevärd brist på både anställda och "informella" vårdgivare.

I vår andra uppsats i detta nummer hävdar vi att en ökad grad av *professionalisering* kanske kunde i viss mån motverka de tendenser vi diskuterat. Vi hänvisar läsaren till denna uppsats och går inte här in på den delikata problematiken kring professionaliseringen.

Nätverk och makt

Den som får vård är beroende av dem som ger vård, och beroende skapar makt och kan vara en källa till förtryck. I vissa fall kan den mikromakt, som finns i vårdkontexter ha en komplicerad dynamik. Lars Tornstam visar i sin uppsats i detta nummer att medan vårdtagaren kan vara helt beroende av en vårdgivare för olika vårdtjänster, så kan vårdgivaren vara ekonomiskt beroende av vårdtagaren. Då kan de förtrycka varandra i komplicerade turer, och förhållandet kan bli mycket spänt. Men även om sådana situationer kan undvikas, befinner sig ju vårdtagaren i en mening oftast på botten av hierarkierna. Det kommer att uppstå konflikter och missnöje bland vårdtagare,

.....
I svaga nätverk skall ett litet antal personer utföra många, kanske ofta tunga, uppgifter. Den press som då uppstår kommer att förvärras om de också pressas i sina övriga roller, såsom i yrken eller de egna familjerna.
.....

anhöriga och personal. Det är en följd av de sociala relationer som råder mellan kontrahenterna och de helt motsäggande förväntningar, som dessa skapar hos parterna, och som dessa var för sig anser vara legitima, och behöver alltså inte böttna i psykiska problem eller oskicklighet hos någon av dem. Man bör därför vänta sig, att konflikter kan vara latenta även i nätverk som för det mesta ger en hel del socialt stöd till vårdtagaren.

Hur formar man organisationen så att vårdtagarna skyddas och upplever sig ha ett visst mått av kontroll över sina situationer, samtidigt som vårdpersonalens och övriga nätverksdeltagares legitima förväntningar också uppfylls?

Överbelastning och "utbränning" i sociala nätverk

I svaga nätverk skall ett litet antal personer utföra många, kanske ofta tunga, uppgifter. Den press som då uppstår kommer att förvärras om de också pressas i sina övriga roller, såsom i yrken eller de egna familjerna. Att svaga vårdnätverk kan bli överlastade är lätt att förstå. I sådana nätverk kan man bli trött och utsliten i kropp och själ, irriterad, arg eller deprimerad. Man kan komma att känna sig otillräcklig och få skuld känslor. Detta gäller både för de anhöriga och andra i horisontella nätverk och för anställd personal. Sådana reaktioner bildar grund för konflikter och förtryck. Man bör fundera på vad som kan göras för att stödja och ta hand om vårdgivare psykiskt.

Uttröttnings är inte det samma som utbränning. Utbränning är en form av likgiltighet, leda eller känslolöshet. I vårdssammanhang kan den yttra sig så, att den vårdtagande upplevs som ett "ting" och vårdandet som en rutin utan mening. Rosmari Eliasson har i en bok som recenseras på annan plats i detta nummer (3) på ett intressant sätt diskuterat utbränningen i vårdnätverk. Hon använder sig av Asplunds in-

trängande analyser på utbränningens socialpsykologi, som vi också gärna hänvisar läsaren till. (1) Utbränning är brist på *konkretion* i vårdrelationen. Man vårdar inte längre en människa, som man individualiserar, utan ett *fall*, och kommer kanske även att upplevas som bara en anställd av den man vårdar. Vårdare och vårdad gör varandra till abstrakta roller. Detta kan föda den ömsesidiga "responslöshet" som i Asplunds analys är kärnan i utbränningen. Medan anhöriga blir utslitna och trötta kommer kanske utbränningen att drabba anställd personal. Eliassons hypotes är att risken för utbränning blir stor om vårdarbetet upplevs som rent lönearbete mot betalning, i en arbetssituation, som i en olycklig mening blivit professionaliserad eller "tayloriserad". Vi tror att det här finns ett stort behov av den kombination av forskning, praktisk försöksverksamhet och dialogisk utvärdering, som Rosmari Eliasson och andra kallat aktions- eller praxisforskning.

Hur kan man stärka vårdnätverken?

Vi har pekat på sociala trender, som kanske bidrar till en fortlöpande försvagning av de gemenskaper, som de horisontella vårdnätverken bygger på. Men sociala förändringar består inte bara av trender, som obönhörligen och mekaniskt har sin gång. Man bör studera hur man praktiskt stärker gemenskaperna. Eftersom Sverige är så starkt differentierat när det gäller lokal samhällsorganisationen, bör det finnas ett rikt utrymme för försöksverksamhet. Man bör i den anknyta till de för Sverige ganska unika folkrörelsetraditionerna. Där finns det rik erfarenhet av gemenskapsbygge, fast den kanske kommit i skymundan, när rörelserna blivit professionaliserade.

Det är säkert också viktigt, att man tillvaratar den kunskap och erfarenhet, som finns i väl fungerande

vårdnätverk. Det är för det mesta fråga om en konkret, "tyst" eller i varje fall ej nedskriven kunskap. Den förloras naturligtvis lätt när vårdnätverk upplöses och måste då återuppfinnas på nytt gång efter gång. Om det är så, att man i det långa loppet inte som hittills kan rekrytera många erfarna husmödrar till arbetet, blir det viktigt att man motverkar kunskapsförstörelse så mycket man kan, och finner på sätt att föra kunskapen vidare till nya, mycket yngre, arbetare. Detta är en av anledningarna till att vi anser, att man bör söka utveckla fruktbara former för professionalisering inom hemtjänsten. De invändningar mot professionalisering, som Eliasson och Thulin och Eriksson reser i sina uppsatser i detta nummer, måste naturligtvis tas i beaktande. De pekar på problem, som måste undvikas. Det innebär en stor utmaning att konstruera organisatoriska former för en adekvat professionalisering inom hemtjänsten.

REFERENSER

1. *Asplund, Johan*: Det sociala livets elementära former, Göteborg: Bokförlaget Korpen, 1987.
2. *Cassel*: "The Contribution of Social Environment to Host Resistance." *American Journal of Epidemiology*, Vol. 104, 1976.
3. *Eliasson, Rosmari*: Forskningsetik och perspektivval, Lund: Studentlitteratur, 1987. *Tengvald, Karin*, "Vårdapparaten och den informella strukturen om medicinska och psykiska strukturer och åtgärder," *Sociologisk Forskning*, no 3, 1973.
4. *House, James S.; Karl R. Landis och Debra Umberson*, "Social Relationships and Health". *Science*, Vol 241, 29 July 1989. Innehåller många hänvisningar till den vetenskapliga litteraturen.
5. *Isacsson, S O och Janzon, L*: Social Support-Health and Disease, Malmö, Sweden: Sixth International Berzelius Symposium, Almqvist och Wiksell International, 1986.
6. *Olson: Mancur.*, The Logic of Collective Action. Cambridge: Mass: Harvard University Press, 1965.