

Refleksjoner fra et feltforskningsarbeid i den hjemmebaserte omsorgen

Kari Wærness

Hemvården har ännu inte funnit sin form. I Norge eksperimenterar man med en gemensam organisation för hemsjukvård och hemtjänst, en ändring som har inneburit att hemtjänsten har fått en starkare knytning till och klarare underordnats sjukvårdsorganisationen. Personal inom hemtjänsten har varit kritiska till detta, och inte på helt ogrundade villkor. Den medicinska kulturen skiljer sig från det informella omsorgsarbets kultur, och kulturella värden kan gå förlorade om dess arbetsordning blir den dominerande.

Kari Wærness är professor i sociologi vid Bergens universitet. Hon forskar om vad organisationsförändringen av hemvården innebär sett från ett underifrånperspektiv.

Den hjemmebaserte omsorgen – en offentlig tjeneste under omstilling

De offentlige hjelpeordningene for hjemmene er i dag inne i endringsprosess som av enkelte er blitt kalt "en omstillingsrevolusjon". Mens ressurstilgangen øker lite, vokser oppgavene, både på grunn av økningen i antallet eldre, og på grunn av nye ambisiøse målsettinger om å minske behovet for institusjonsomsorg for alle grupper omsorgstrengende. Myndighetenes strategier for den offentlige omsorgens forandring og utvikling har hittil i hovedsak vært ideologisk, dvs at mål er beskrevet uten grunnlag i særlig konkrete analyser av metoder, ressurser og behov. For tiden foregår det på kommunalt plan en rekke ulike organisatoriske endringer og forsøk med nye tiltak som antas å kunne fremme målsettingen om en bedre og billigere offentlig omsorg. På samme tid skjer det en mindre påaktet, men viktig endring i rekrutteringsgrunnlaget til den arbeidstakergruppen som har stått for størstedelen av arbeidet i den offentlige hjemmebaserte om-

sorgen – nemlig hjemmehjelperne: Denne arbeidstakergruppen har tidligere i all hovedsak bestått av midlaldrende og eldre husmødre som både har vært villige og følt seg kompetente til å inngå individuelle kontrakter om å yte hjelp til bestemte pensjonister på timelønnet basis og med svært begrensede arbeidstakerrettigheter. Fortsatt består antagelig størstedelen av den norske hjemmehjelpstjenesten av slike arbeidsforhold, men et endret rekrutteringsgrunnlag og nye organisasjonsformer er i rask framvekst. Hjemmehjelpsarbeidet er i ferd med å endre seg fra hva som kan karakteriseres som et *halvt privat individuelt arbeid* til et *offentlig organisert gruppearbeid*. Det innebærer bla at hjemmehjelperne skal ha normale arbeidstakerrettigheter, og at de må gå inn i mer regulerte og forpliktende samarbeidsforhold til såvel andre hjemmehjelpere som til andre mer profesjonaliserte arbeidstakere i den kommunale helse- og sosialsektor. Hvilke konsekvenser det vil ha for den hjemmebaserte omsorgens kostnader og kvalitet at det vi kan kalle tradisjonell husmorkompetanse og det normgrunnlaget som gjelder i de uformelle omsorgsrelasjoner i privatsfæren svekkes, har i liten grad vært problematisert. Det finnes imidlertid undersøkelser som viser at denne endringen kan føre til at den åpne omsorgen utvikler noen av de samme mønstre som institusjonsomsorgen hardt kritiseres for, og som har

Myndighetenes strategier for den offentlige omsorgens forandring og utvikling har hittil i hovedsak vært ideologisk, d.v.s. at mål er beskrevet uten grunnlag i særlig konkrete analyser av metoder, ressurser og behov.

vært en av de viktigste begrunnelser for nettopp å minske behovet for institusjonsomsorg (Gough 1987, Rønning 1986).

Et forskningsprosjekt som søker å belyse omstillingen sett nedenfra

Vårt prosjekt er en studie av den hjemmebaserte omsorgen i et sosialdistrikt i Bergen kommune, det samme distriktet som jeg gjorde en lignende studie av på slutten av 70-tallet. (Se Wærness 1982.) Den hjemmebaserte omsorgen i dette distriktet har gjennomgått en rekke viktige endringer i løpet av denne perioden. Gjennom deltakende observasjon, uformelle intervjuer og samtaler med representanter for arbeidstakere og klienter og analyser av dokumenter og rapporter søker vi nå i prosjektets første fase å få et bilde av hvordan endringsprosessen fortoner seg sett nedenfra, dvs fra førstelinjearbeidernes og klientenes perspektiv. Senere vil vi følge opp denne kvalitative delen av prosjektet med en spørreskjemaundersøkelse blant arbeidstakerne og med statistiske bearbeidinger av visse registerdata. Selv om den kvalitative delen av prosjektet ikke er avsluttet, og vi enda ikke har samlet inn de kvantitative data, har jeg funnet det verdt å presentere en del refleksjoner basert på mitt feltarbeid hittil. Dette feltarbeidet er begrenset til deltakende observasjon i den del av hjemmesykepleien som er minst modernisert — dvs som er organisert som rene sykepleiegrupper. I tillegg baserer jeg meg på uformelle intervjuer og samtaler med representanter både for hjemmesykepleierne og hjemmehjelperne. Det jeg her vil presentere er ingen beskrivelse av hvordan den hjemmebaserte omsorgen i dette distriktet faktisk fungerer i dag. Det er heller ingen beskrivelse av fordelingen og omfanget av holdninger, vurderinger og oppfatninger blant hjemmehjelperne og hjemmesykepleierne i distriktet. Hensikten med denne presentasjonen er å synliggjøre noen utviklingstendenser i de offentlige hjelpeordningene for hjemmene som kommer lite fram i mange av planene og utredningene på området. Disse utviklingstendensene mener jeg har en del uheldige konsekvenser som det er liten oppmerksomhet omkring både blant planleggere, politikere og forskere. For personalgruppene i omsorgens hverdagsvirkelighet er det derimot mulig at disse mine refleksjoner ikke representerer noen særlig ny

kunnskap. Mitt bidrag er ett forsøk på å synliggjøre og sette inn i en større sammenheng den kunnskap jeg har fått gjennom samhandling med representanter for førstelinjearbeiderne i denne virksomheten, en kunnskap som jeg anser ikke uten videre blir tatt vare på i den omstilling og omorganisering som den offentlige omsorgen nå er inne i. Eller slik en av hjemmehjelperne jeg intervjuet uttrykte det: "Det er lang vei fra administrasjonen inne på Engen [helse- og sosialtjenestens sentraladministrasjon for hele Bergen kommune] og ut til oss som arbeider i hjemmene. Planleggerne skulle sett den elendigheten og skitten som vi ser".

Flere klienter pr hjemmehjelper og hjemmehjelp-tjenesten administrativt underordnet hjemmesykepleien

En iøynefallende endring av hjemmehjelpernes arbeid kan vi direkte lese ut av statistikken: I 1979 var det 137 hjemmehjelpere som ga hjelp til 446 klienter, mens det i 1987 var 122 hjemmehjelpere som ga hjelp til 829 klienter. Denne økningen i gjennomsnittlig antall klienter pr hjemmehjelper fra 3,4 til 6,8, betyr at hjemmehjelperne både har fått lengre arbeidstid og flere klienter å forholde seg til. Samtidig har stadig flere fått en eller annen form for gruppetilhørighet til kolleger og noen også til sykepleiere. Hjemmehjelpere som har erfart disse endringene, ser både negative og positive sider ved disse. De negative vurderinger som kommer til uttrykk, berører viktige endringer i forholdet til klientene. At en i løpet av arbeidsdagen må omstille seg til flere klienter, er i seg selv stressende. Dessuten, det "å gå ut og inn" hos flere klienter oppleves som at en ikke får gitt den hjelpen som en mener at den enkelte behøver eller har rimelig krav på. Det kan oppleves slik at en blir psykisk nedfor. Det positive er at en har fått kolleger som en kan drøfte vanskelige problemer med, og at den nye organisasjonsformen gir muligheter for å unngå de sterke følelsesmessige påkjenninger som den personlige tilknytningen til enkeltklienter kan innebære.

I vårt feltarbeid har vi fått et klart inntrykk av erfarne hjemmehjelpers ambivalens overfor de organisatoriske endringer som nå er i ferd med å gjennomføres. En overgang fra en to-delt administrativ struktur for hjemmehjelp og hjemmesykepleie under sosi-

altjenesten til en egen felles Avdeling for pleie og omsorg ble foretatt i 1984. Denne endringen innebar at hjemmehjelpstjenesten fikk en sterkere tilknytning til og en klarere underordning under hjemmesykepleien. På samme tid ble den mer atskilt fra resten av sosialtjenesten. Av skriftlige dokumenter framgår det at mens hjemmesykepleierne synes å ha vært entydig positiv til denne endringen, var hjemmehjelperne dels svært negative. De fryktet bla at omorganiseringen ville innebære et tap av selvstendighet ved at de ble degradert til sykepleiernes assistenter, at utelukkende medisinske kriterier ville bli lagt til grunn for tildeling av hjelp, og at klientene ville bli fratatt den trygghet som det innebar å få en fast hjemmehjelper som kom til faste tider.

Hjemmehjelpernes invendinger mot omorganiseringen synes ikke å ha fått noe særlig gehør hos administratorer og planleggere. Den organisasjonsplan som ble vedtatt, og de endringer i arbeidsdeling og organisering som er under utvikling, går i retning av en sterkere samordning og etterhvert integrering av hjemmehjelp og hjemmesykepleie og en styrking av sykepleiernes lederfunksjoner. Eldre hjemmehjelpers negative reaksjoner på disse endringene kan forstås eller forklares ut fra rene arbeidstakerinteresser: Endringene innebærer tap av autonomi og fører til at hjemmehjelperne får delegert arbeidsoppgaver som tradisjonelt og formelt har tilhørt hjemmesykepleien. Ikke for alle veies ulempene ved disse endringene opp av fordelene ved å slippe ensomhet i arbeidssituasjonen og ved å ha fått bedre arbeidstakerrettigheter. Om denne negative vurderingen utelukkende kunne sees som et spørsmål om å endre holdninger blant hjemmehjelperne fra en personorientert husmorsinstilling til en mer profesjonell yrkesorientering, ville det være liten grunn til å rette stor oppmerksomhet mot problemet. Det er jo bare et tidsspørsmål når "den gamle garde" av hjemmehjelpere er ute av systemet, og gjennom rekruttering av yngre hjelpere og ved en hensiktsmessig sosialisering av disse, kan en tenke seg at ulikheter i holdninger og vurderinger blant yrkesgruppene vil bli ubetydelige. Men "den gamle gardes" ambivalens overfor endringene er ikke bare et uttrykk for underordnede arbeidstakers forståelige frustrasjon over endringer i arbeidssituasjonen. Den er et uttrykk for mer grunnleg-

Men "den gamle gardes" ambivalens overfor endringene er ikke bare et uttrykk for underordnede arbeidstakers forståelige frustrasjon over endringer i arbeidssituasjonen. Den er et uttrykk for mer grunnleggende og omfattende problemer i den offentlige omsorgen.

gende og omfattende problemer i den offentlige omsorgen.

Politiske målsettinger i konflikt i omsorgens hverdag

En grunnleggende problem er at de politiske målsettinger, når de skal gis konkrete og virkelighetsnære innhold, kan komme direkte i konflikt. Det gjelder ikke bare konflikten mellom hensynet til den offentlige økonomi og til klientenes velferd, selv om denne konflikten i den senere tid sannsynligvis er blitt langt mer påtrengende enn tidligere. Den skyldes ikke minst at målet om en *bedre* tjeneste som skal *koste mindre*, er eksplisitt formulert av kommunale myndigheter sentralt. Et høringsdokument er sendt ut til arbeidstakerne i førstelinjetjenesten med ønske om at formulerte overordnede mål og delmål skal være noe å strekke seg mot, noe som fanger interessen og motiverer til innsats. En negativ reaksjon på *utopien* i målsettingene synes å være utbredt blant representanter for alle yrkesgrupper i førstelinjetjenesten. Når stadig flere oppgaver desentraliseres, og det samtidig må foretas stramme innsparinger på budsjettet, er det kanskje ikke så underlig at honnørordene innen dagens offentlige omsorg synes å skape mer irritasjon enn inspirasjon blant de som befinner seg i denne omsorgens hverdag. I denne situasjonen anser omsorgsarbeidere og administratorer på distriktsnivå, i motsetning til administrasjonen på sentralt nivå, at det hadde vært bedre med mer nøkterne og realistiske målformuleringer.

Men om yrkesgruppene i omsorgstjenestens hverdagsvirkelighet synes å vurdere gapet mellom de vakre målformuleringer og de knappe ressurser nokså likt, finnes det andre mindre synlige målkonflikter som en i utgangspunktet kan anta at yrkesgruppene vil vurdere ulikt, og der denne ulikheten er knyttet til

ulikheter i yrkesgruppenes utdanning, innflytelse og status. Denne ulikheten er knyttet til det forhold at den offentlige hjemmebaserte omsorg knytter an *både* til hva vi noe forenklet eller spissformulert kan kalle *medisinens kultur* og til *det uformelle omsorgsarbeidets kultur*. Disse kulturene kan innebære til dels direkte motstridende syn på hvordan omsorgsarbeidet best kan organiseres, hvilke prioriteringer mellom arbeidsoppgaver en bør foreta når ressursene ikke strekker til for å få gjort alt en egentlig burde, og hvilke endringer en vurderer som forbedringer eller forverring av de offentlige omsorgstjenestene.

Omorganiseringen: en styrking av den medisinske kultur og en svekking av den uformelle omsorgskulturen

Noe forenklet kan en beskrive den økende integreringen av hjemmesykepleien og hjemmehjelpen med sykepleiere som ledere slik: På det ideologiske plan innebærer denne utviklingen en styrking av den medisinske kulturs verdier og normer, og en tilsvarende svekking av verdiene og normene i den uformelle omsorgskulturen. Et konkret eksempel på en ulikhet i disse kulturenes verdigrunnlag som kan få stor betydning for arbeidets organisering, gjelder synet på *mat*. I den medisinske kultur blir "mat" til "kost", hvilket innebærer at en primært er opptatt av om hjemmehjelpstjenesten kan tilby klientene tilstrekkelig og næringsmessig riktig sammensatt kost. Ut fra den uformelle omsorgskulturs verdigrunnlag er andre sider av maten vesentlig: Mat er kultur og personlig smak. Tilbereding og servering bør derfor ta utgangspunkt i den enkelte klients ønsker og tilfredsstillende sanselige og estetiske behov i tillegg til de rent fysiologiske. Denne ulikhet i vurdering får bla betydning for hvordan en stiller seg til den rasjonalisering av hjemmehjelpstjenesten som består i at en går over fra å lage mat i den enkelte klients hjem til å distribuere ferdige matporsjoner fra et sentralkjøkken. Dette er en endring som flere av de eldre hjemmehjelperne vurderer negativt,

.....

Et konkret eksempel på en ulikhet i disse kulturenes verdigrunnlag som kan få stor betydning for arbeidets organisering, gjelder synet på mat.

.....

dvs som en forringelse av hjemmehjelpens kvalitet. Hjemmesykepleierne, derimot, synes ikke å ha engasjert seg i denne endringen, hvilket kan forstås ut fra at de primært vurderer den hjemmebaserte omsorgen ut fra den medisinske kulturs premisser. Det ulike synet på matens betydning, kommer også fram i enkelte situasjoner der spørsmålet om en rasjonell arbeidsdeling mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp aktualiseres: Når hjemmesykepleien må foreta morgenstell hos klienten, er det rasjonelt at de også tar jobben med å servere frokost. Spørsmålet om den mest rasjonelle arbeidsdeling er at hjemmehjelperen gjør klar denne frokosten dagen før, eller om "det bør være en menneskerett for en pleiepasiert å få *nylaget* frokost," slik en av mine informanter uttrykte det, gir de to kulturene ulike svar på. Om den medisinske kultur blir den enerådende, blir ikke muligheten for å få nylaget frokost eller hjemmelaget mat etter eget ønske *i seg selv* viktige kriterier på den offentlige omsorgstjenestens kvalitet, slik de vil være om vi legger den uformelle omsorgens verdier til grunn for kvalitetsvurderingen.

Mer generelt er det grunnlag for å hevde at omorganiseringen innebærer at målsettinger som klientens selvbestemmelse over hjelpens innhold og arbeidsforhold som gir muligheter for en viss personlig tilknytning mellom hjelpere og klienter, tillegges mindre vekt til fordel for oppfyllingen av mer generelle profesjonelle og byråkratiske standarder for hva som er godt arbeid. Flere erfarne hjemmehjelpere gir uttrykk for at omorganiseringen har ført til at den medisinske prioriteres stadig sterkere og at det de benevner "det sosiale, trivselen, det rundt mennesket," teller stadig mindre. Dette betyr *ikke* at den enkelte sykepleier er ensidig opptatt av de medisinske behov hos klientene. Erfaringen fra feltarbeidet tyder på at sykepleierne er svært opptatt av klientenes sosiale situasjon, og at de søker å tilfredsstillende behov for sosial kontakt og for selvbestemmelse. Men slik organisering og arbeidsdeling er utformet, synes det klart at medisinske kriterier blir dominerende for fordelingen av knappe hjelperessurser. Dessuten er sykepleiernes arbeid organisert slik at de enkelte besøk hos hver klient blir kortvarige og primært bestemt ut fra mer avgrensede behov for bestemte medisinske hjelpetiltak og fysisk pleie. I tillegg til at sykepleieren i løpet av en arbeidsdag skal

rekke over mange klienter, tar rapportskrivning og gruppemøter en vesentlig del av arbeidsdagen.

De korte besøk, der det ofte bare vil være snakk om å stikke innom for å gi medisiner eller for å se etter om alt står bra til, gir begrensede muligheter for å dekke behov for sosial kontakt. "Klientenes selvbestemmelse" over hjelpens innhold begrenses i praksis ikke sjelden til at klientene kan takke nei til eller få utsatt en tjeneste som er tilbudt, dersom denne tjenesten ikke vurderes som medisinsk nødvendig. Vanligvis har ikke sykepleieren tid til å gå nærmere inn på *hvorfor* klienten takker nei og gjennom en dialog søke å overtale han eller henne til å ta imot en tjeneste som vurdert utenfra klart skulle kunne bidra til å øke velvære eller velbefinnende. Når feks klienter avslår hjelp til personlig hygiene i situasjoner der dette ut fra vanlige kulturelle standarder på området så klart synes å være nødvendig, er det selvsagt positivt at sykepleieren ikke *påtvinger* klienten slik hjelp. Men det at hun ofte ikke har tid til forsøke å overtale klienten til å ta imot slik hjelp, kan få som konsekvens at noen av de som mest kunne trenge denne hjelpen, i liten grad får den. Eller slik en av hjemmehjelperne uttrykte det: "Om en ukjent hjelper kommer inn og spør: "Skal vi bade?", er det vel ikke så rart om mange klienter takker nei. Vi kan ofte motivere klientene til å gjøre det, men det tar tid. Vi må først oppnå tillit, da kan vi oppnå mye".

Slik arbeidssituasjonen er for hjemmesykepleierne, blir det lite tid til å overtale motvillige klienter. Om vi som Eliasson (1988) trekker fram det dilemmaet mellom unnlattessynder og formynderi som offentlige omsorgsarbeidere i førstelinjetjenesten ofte befinner seg i, vurderer jeg det slik at dagens hjemmebaserte omsorg nok som oftest står i fare for å begå unnlattessynder. Ideologien om klientens selvbestemmelse kan i en travel hverdag få den funksjon at en slipper å ta inn over seg og vurdere de fordelingskonsekvenser en hjelpeform basert på motiverte klienter kan medføre.

Kan vi unngå at den hjemmebaserte omsorgen blir "en institusjon på hjul?"

Den medisinske kultur sykepleierne er sosialisert inn i, er i alt vesentlig utformet innenfor byråkratiske institusjoner med en sterkt hierarkisk og differensiert

Ut fra den uformelle omsorgskulturs verdier synes det f.eks. mer rimelig å kutte ned på møtevirksomhet og skrivning enn på denn direkte hjelpen til klientene når budsjettet må strammes inn.

arbeidsdeling og der pasientene er umyndiggjorte og avpersonifiserte. Flere av hjemmesykepleierne ga uttrykk for det mest positive ved å jobbe i den åpne omsorgen, er at det er annerledes enn å jobbe innen institusjonsomsorgen på den måten at klientene ikke er så umyndiggjorte, og at arbeidet krever mer improvisasjon, fantasi og selvstendighet. Noen av hjemmehjelperne har på sin side gitt uttrykk for at "sykepleierne tenker institusjon og den flytter de ut i den hjemmebaserte omsorgen". Konkrete ting som hjemmehjelperne legger til grunn for denne vurderingen, er bla den utstrakte møtevirkomheten og rapportskrivningen og den hierarkiske arbeidsdelingen basert på formell kompetanse og stillingstype. Ut fra den uformelle omsorgskulturs verdier synes det feks mer rimelig å kutte ned på møtevirkomhet og skriving enn på den direkte hjelpen til klientene når budsjettet må strammes inn. Eller slik en av hjemmehjelperne uttrykte det: "Hvorfor trenger sykepleierne å ha møte hver morgen? Nå når vi har fått beskjed om å stramme inn på budsjettet, hvorfor kan ikke sykepleierne redusere møtevirkomhet og rapportskrivning? Hvorfor er det bare hjemmehjelperne som går ute som skal tøyas som en strikk?"

Hjemmehjelpere som har arbeidet i distriktet i flere år, opplever at arbeidssituasjonen har blitt stadig travlere, og at omfanget og kvaliteten av hjelpen til den enkelte klient har blitt dårligere. Denne endringen skyldes nok først og fremst at den hjemmebaserte omsorgen i økende grad har fått ansvaret for mer skrøpelige klienter, og at ressursene ikke har økt i relasjon til såvel økningen i antall klienter som til omfanget av klientenes hjelpebehov. Det forhold at den medisinske kultur er blitt mer dominerende i utformingen av denne tjenesten, kan forsåvidt legitimeres ut fra det forhold at klientene er blitt både psykisk og fysisk skrøpeligere. Men den hjemmebaserte omsorgen er i overveiende grad en offentlig tje-

Den uformelle omsorgskultur bæres ikke oppe av noen sterke profesjoner eller andre grupper i våre velferdsstater.

Socialmedicinsk tidskrift nr 5-6 1989

serte omsorgen ut fra den uformelle omsorgskulturens verdier, krever at en så langt som mulig *både* søker å begrense antallet hjelpere som den enkelte klient må forholde seg til og den funksjonelle arbeidsdelingen mellom ulike typer hjelpere. En klargjøring av hvordan disse organisasjonsprinsipper kommer i konflikt med de arbeids og organisasjonsformer som den medisinske og den byråkratisk/administrative kultur synes å fremme, er antagelig en nødvendig, om enn ikke en tilstrekkelig betingelse for å hindre at den hjemmebaserte omsorgen i en tid med stor ressursknapphet utvikler seg til "en institusjon på hjul". Uten at dette blir gjort, tror jeg neppe vi kan realisere det ønsket som en av hjemmehjelperne uttrykte slik: En hjemmebasert omsorg der en større del av ressursene går til direkte hjelp til klientene og mindre til administrasjon og vurderingsarbeid.

NOTER

¹ Prosjektet er et 3-årig forskningsprosjekt "Endringer i den kommunale hjemmebaserte omsorgen" som hører inn under NORAS' forskningsprogram Ledelse, organisasjon og styring

(LOS programmet.) Kari Wærness er prosjektleder og cand mag Karen Christensen er forskningassistent på prosjektet.

² Karen Christensen har gjennomført et omfattende feltarbeid blant hjemmehjelperne og også i den mest moderniserte del av denne tjenesten — dvs den delen som er organisert som integrerte grupper av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Først når vi har sammenstilt analysen av hennes felldata med analysen av mine felldata og av de ulike typer kvantitative data vi vil benytte oss av kan vi si om hvordan holdninger og oppfatninger i relasjon til det jeg her har kalt for henholdsvis den medisinske og den uformelle omsorgskultur er fordelt blant de ulike grupper av arbeidstakere, og hvordan selve den integrerte organisasjonsformen påvirker styrkeforholdet mellom kulturene i den konkrete utformingen av tjenesten.

REFERANSER

- Eliasson, Rosmari 1988: Forskningsetik och perspektivval. Studentlitteratur. Lund.
Gough, Ritva 1987: Hemhjälp till gamla. Forskningsrapport 54. Arbetslivscentrum. Stockholm.
Rønning, Rolf 1986: Eldre i nærmiljøet. Tanum/Komunalforlag et. Oslo.
Wærness, Kari 1982: Kvinneperspektiver på sosialpolitikken. Universitetsforlaget. Oslo.



Familjekrets, grannskap och samhälle. Röster om boende och omsorg. Barbro Sollbe, redaktör.

232 sidor. Pris 160 kr inkl moms. Exp-avgift tillkommer. Beställs från Informationsavdelningen, Statens institut för byggnadsforskning, Box 785, 801 29 Gävle, tel 026-10 02 20

Ur innehållet:

- Gerdt Sundström, fil dr:
Äldreboende i framtiden – undantag eller pensionat?
- Owe Åhlund, docent:
Äldreomsorg i Klippan: att vilja, att våga, att kunna
- Lennarth Johansson, psykolog:
Tierpsborna och deras gamla
- Marianne Wiktorin, bostadsforskare:
Att vårda en äldre anhörig – kan man få bostad i närheten?
- Lars Hjärne, sociolog:
Sociala nätverk i bostadsområdet
- Louise Nyström Gaunt, arkitekt:
Planera för familjekretsen!