



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Anhörigstöd i förändring

– en studie om anhörigstöd i äldreomsorgen

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare Maria Janz

Handledare Linda Lane

Förord

Tack till Ella-Mina och Marianne, genom er har jag på olika sätt fått ta del av hur ett projekt kan fungera ute på fältet.

Tack till ”kontaktpersonerna” ute på enheterna, det var ni som gjorde det möjligt att enkäterna blev ifyllda. Tack till er som tog er tid och svarade på enkäten.

Tack mina nära och kära för att barnen fick åka på ”kollo” hos er!

Tack till Matilda och Fabian, ni är så kloka fast ni inte är så gamla. Jag glömmer aldrig uttrycket, ”har mamma skola nu?”.

Tack till Linda som på bästa sätt lotsade mig framåt och i mål!

Abstract

Titel	Anhörigstöd i förändring – en studie om anhörigstöd i äldreomsorgen
Författare	Maria Janz
Nyckelord	Anhörigstöd, samverkan, äldreomsorg

Idag är mer än en miljon svenskar omsorgsgivare för närstående och hjälpen från anhöriga överlappas ofta av den offentliga omsorgen. Många anhöriga klarar sitt åtagande på egen hand, men åtskilliga uttrycker också behov av offentligt stöd. I lagens nuvarande form är socialnämnden inte skyldig att tillhandahålla stöd och avlastning. Ett förslag om lagförändring till tvingande text ligger ute på remiss. Inom socialt arbete och särskilt inom äldreomsorgen är det mer regel än undantag att olika yrkesprofessioner möter anhöriga. Jag valde därför att titta närmare på stödet till anhöriga i mitt examensarbete. Kontakter knöts med anhörigkonsulenter i stadsdelarna Frölunda och Tynnered som tillsammans driver projektet anhörigstöd i samverkan. Studiens syfte var att få en uppfattning om hur projektet mottagits hittills samt effekterna av detta. Det som studien ville finna svar på var med utgångspunkt från följande frågeställningar:

- Hur beskrivs anhörigstöd utifrån profession och verksamhet?
- Vilken samverkan sker mellan personal och anhöriga samt mellan olika instanser?
- Vilka incitament behövs för att upprätthålla och utveckla anhörigstödet?

En enkät har besvarats av 86 informanter på ett tjugotal olika enheter inom kommun och landsting. Informanterna representerar ett flertal olika yrkesprofessioner. Framgångsfaktorer för projektet är att anhöriga blivit synliggjorda på olika sätt. Framför allt har enheterna enskilda anhörigsamtal, anhörigträffar samt anhörigombud. Samverkan sker direkt med anhörigkonsulenter eller indirekt genom att informera om deras verksamhet. Nya arbetssätt/rutiner är genomförda kring enheternas arbete med anhörigstöd. Hindrande faktorer är att personalen inte anser sig ha tillräcklig med tid för att ge ett bra stöd. Även anses det svårt att nå vissa anhöriga och erbjuda stöd, exempelvis anhöriga med annan språkbakgrund än svenska samt anhöriga som vårdat länge.

1	Inledning.....	1
2	Socialtjänstlagen och socialtjänstutredningen.....	2
2.1	Äldreomsorgen nationellt.....	3
2.2	Äldreomsorgen i Göteborgs Stad.....	3
3	Tidigare forskning om anhörigstöd nationellt och lokalt.....	3
3.1	Projekt Anhörig 300.....	5
3.2	Anhörigkonsulenternas huvudsakliga arbetsuppgifter.....	5
3.3	Projekt anhörigstöd i samverkan 2007-2008.....	6
4	Syfte och frågeställningar.....	7
5	Det teoretiska perspektivet.....	7
5.1	Coping.....	7
5.2	Kris.....	8
5.3	Anhörigstöd.....	9
5.3.1	Direkt stöd och indirekt stöd.....	10
5.3.2	Tidigt stöd och upprätthållande stöd.....	11
5.4	Expertmodellen.....	11
6	Det undersökta området.....	12
6.1	Demografi.....	12
6.2	Vård och omsorg.....	12
6.3	Frölunda.....	12
6.4	Tynnered.....	12
7	Metod.....	13
7.1	Val av perspektiv och datainsamlingsmetod.....	13
7.2	Enkätkonstruktion.....	13
7.3	Urval och avgränsning.....	13
7.4	Tillvägagångssätt vid utlämning och insamling av enkäterna.....	14
7.5	Bortfallsanalys.....	14
7.6	Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	14
7.7	Etiska överväganden.....	15
7.8	Litteratursökning.....	16
7.9	Fördelning av de besvarade enkäterna.....	16
8	Resultat och analys.....	17
8.1	Hur beskrivs anhörigstödet utifrån profession och verksamhet.....	17
8.1.2	Enskilda anhörigsamtal och uppföljningssamtal.....	17
8.1.3	Anhörigsamtal i grupp och anhörigträffar.....	18
8.1.4	Anhörigombud.....	19
8.2	Samverkan mellan personal och anhöriga.....	20
8.2.1	Behov av stöd hos anhöriga.....	20
8.2.2	Att erbjuda stöd till anhöriga.....	20
8.2.3	Vården av den närstående.....	22
8.3	Samverkan med andra instanser.....	22
8.3.1	Information om anhörigkonsulterna.....	22
8.3.2	Samverkan med anhörigkonsulenterna.....	23
8.4	Att upprätthålla samt utveckla anhörigstödet på enheterna.....	24
8.4.1	Anhörigstödet på enheten.....	24
8.4.2	Anhörigstöd som inte finns på enheten.....	24
8.4.3	Enhetens stöd till anhöriga i relation till tid.....	24
8.4.4	Anhörigstödet nu och i framtiden.....	25
8.4.5	Enheternas utvecklig framöver.....	26

8.4.6 Förändringsarbetet på enheten	27
8.5 Fördjupat resultat och analys.....	27
8.5.1 Tidigt stöd och upprätthållande stöd	27
8.5.2 Det gemensamma samtalet.....	28
8.5.3 Uppföljningssamtal	28
8.5.4 Samverkan.....	29
8.5.5 Tid för anhörigstöd.....	29
9 Sammanfattande diskussion	30
Litteraturförteckning	33
Bilaga 1	35

1 Inledning

Sverige går mot en allt mer åldrande befolkning och i förlängningen kommer allt fler medborgare i större omfattning vara i behov av hjälp. De flesta äldre har i sin tur anhöriga som i större eller mindre utsträckning hjälper till med insatser av olika slag. Anhöriga har enligt socialtjänstlagen inga skyldigheter att bistå med insatser, men gör detta på grund av andra motiv. Anhöriga är därmed indirekt en betydelsefull grupp som kommer att öka till antalet på grund av utvecklingen.

Idag är mer än en miljon svenskar omsorgsgivare för närstående och hjälpen från anhöriga överlappas ofta med den offentliga omsorgen, främst hemtjänsten. Hjälpinsatser av anhöriga sker i alla åldrar, samhällsskikt och regioner i Sverige. Många anhöriga klarar på egen hand sitt åtagande, men åtskilliga uttrycker ett behov av offentligt stöd. En mindre grupp anhöriga utför tung omsorg och vård med risk för fysisk och mental ohälsa (Malmberg & Sundström, 2006).

Jag vill delge dig som läsare ett utdrag från Social Orage (2007: 2). I reportaget får läsaren följa Kickis och Gustavs erfarenheter av att vara anhöriga till Betty som har diagnosen Alzheimers. Båda utsattes av Bettys personlighetsförändringar. Gustav, make till Betty slöt sig i ett skal och sov i princip jämnt när det var som värst. Det var hans sätt att fly och klara av att stå ut med det svåra. Bettys dotter Kicki flydde in i jobbet och det fackliga engagemanget, då släppte den annars ständiga oron över föräldrarna. Räddningen kom efter att de fått information om att kontakta kommunens anhörig – respektive demenskonsulent. En diagnos kunde ställas och därefter kom hjälpen från samhället fort. Detta är bara en beskrivning av hur det kan se ut för anhöriga. Ständigt tillkommer nya anhöriga som var och en bär med sig sin unika upplevelse av att vara anhörig. Om du tillåter dig se, vara lyhörd och fråga kommer du kunna synliggöra anhöriga.

Inom socialt arbete och särskilt inom äldreomsorgen är det mer regel än undantag att olika yrkesprofessioner möter anhöriga. Privat kanske redan några av läsarna är anhörig till någon äldre eller kommer framöver få erfarenheter av att bli anhörig. Av egen erfarenhet, dels som yrkesverksam inom äldreomsorgen dels som student, anser jag att anhörigperspektivet inte varit tillräckligt uppmärksammat. Därför ville jag i mitt examensarbete titta närmare på detta perspektiv. Kontakt knöts med anhörigkonsulenter i stadsdelarna Frölunda och Tynnered, de driver projektet anhörigstöd i samverkan som pågår under år 2007-2008.

2 Socialtjänstlagen och socialtjänstutredningen

Redan 1956 togs de vuxna barnens anhörigansvar för föräldrar bort ur dåvarande sociallagstiftningen och år 1979 togs den bort ur familjelagstiftningen. Därmed är äldreomsorgen i huvudsak ett offentligt ansvar (Socialstyrelsen, 2004). I socialtjänstlagen erkänns numera vårdande anhörigas insatser och behov av stöd. I 5 kap 10 § SOL anges vad som gäller för socialnämndens omhändertagande av anhörigvårdare. I lagen går att läsa:

”Socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som har funktionshinder” (Lag 1997:313).

I lagens nuvarande form finns det därmed inget lagstöd som trycker på att socialnämnden är skyldiga att tillhandahålla stöd och avlastning. Bestämmelserna innehåller inte heller någon närmare precisering om hur stödet till anhöriga bör utformas.

I Socialtjänstutredningens slutbetänkande *Socialtjänst i utveckling*, (SOU 1999: 97) angavs förslag på att stödet till anhöriga borde skärpas eftersom utredningen pekar på att anhörigstödet är viktigt. Utredarna menar att det bör bli en reglerad skyldighet för socialtjänsten att ge stöd till anhöriga. Eftersom stödet idag inte är skarpare reglerat i lagen ser därmed stödet till anhöriga olika ut och är av skiftande karaktär. Detta beroende på hur kommunerna väljer att satsa på anhörigstöd samt hur långt de har kommit i utvecklingen.

Regeringen har nyligen på remiss skickat ut en departementsskrivelse om ökat stöd till anhöriga. Motivet till denna skrivelse är att det i socialtjänstlagen bör bli tydligare om vilka rättigheter den som vårdar en sjuk har. Förslaget är att ändra lagtexten i socialtjänstlagen från ”bör” till ”ska” och därmed ska anhöriga som vårdar ha rätt till att få sina behov av stöd prövade av kommunens socialnämnd samt att besluten ska dokumenteras. Ändringen är tänkt att gälla från årsskiftet 2008/2009. Socialstyrelsen har länge pekat på att anhöriga behöver stöd och avlastning, detta stöd är tänkt att utformas på ett individuellt sätt och kan handla om avlösning antingen i hemmet eller i form av korttidsboende, kontakt med andra anhörigvårdare och handledning (Göteborgs-Posten 2008-04-10).

Hur utvecklingen och tillgängligheten av anhörigstöd ser ut nationellt kan jag inte yttra mig om men troligen har utvecklingen kommit olika långt i kommunerna. Om det nya lagförslaget träder i kraft innebär det helt andra förutsättningar att kunna få en bild av vilka insatser som ges och vilka som efterfrågas av anhöriga. För de kommuner som redan har ett tillgängligt och förstärkt stöd till anhöriga ligger istället utmaningen i att utveckla kvalitén och innehållet i de olika stödinsatserna som erbjuds till anhöriga. Kvalitetsbristerna har uppmärksammats allt mer på grund av att anhörigas situation är satt i fokus (Socialstyrelsen, 2002).

Dessa kvalitetsbrister kan bero på en rad orsaker. Att avstå avlösning på ett korttidsboende kan bero på att de redan provat detta och upplevelsen var inte som de hade tänkt sig. Ett annat skäl kan vara att makarna har svårt att skiljas åt. Erbjudandet kan också komma vid fel tidpunkt eller att man själv skulle vilja styra när avlösningen passar bäst. Kostnadsaspekten kan också ha en betydelse varför man avstår från avlösning på korttidsboende. Ett nej till hjälp kan delvis tolkas som att samarbetet brister mellan den offentliga vården och de anhöriga. En tanke är att anhöriga mer sällan skulle tacka nej ifall det uttalat utgår från anhörigas villkor och perspektiv. En utmaning är att ta reda på varför anhöriga tackar nej till erbjudet stöd och därmed kunna utveckla kvalitén (Johansson, 2007).

2.1 Äldreomsorgen nationellt

Socialstyrelsens lägesrapport från år 2007 visar på en dyster och negativ utveckling av äldreomsorgen. I förlängningen medför det ökat tryck på primärvården, hemtjänsten och ytterst de anhöriga. Rapporten tar upp en rad orsaker till detta. Idag finns det färre platser på sjukhus, hälften av sjukhusplatserna har försvunnit sedan 1990- talets början. De färre platserna på sjukhuset bidrar till att omsorgstagaren skrivs ut snabbare. Effekterna av detta blir att många inte kan återvända hem utan istället hamnar på korttidsboende. I sin tur har platserna på äldreboende minskat med en femtedel under 2000-talet och många äldre placeras på korttidsboende i väntan på äldreboende. Effekterna av nedskärningarna inom sjukvården och äldreboende leder i sin tur till minskade möjligheter för de omsorgstagare som bor i ordinärt boende och är i behov av avlösning och rehabilitering på korttidsboenden. En situation som både drabbar omsorgstagaren och deras anhöriga. De ”för tidigt” utskrivningsklara omsorgstagarna som återvänder till sin ordinära bostad behöver i större utsträckning hemtjänst och/eller hemsjukvård eftersom insatserna i sin tur måste ta över uppgifterna från sjukhusen (Socialstyrelsen, 2008).

2.2 Äldreomsorgen i Göteborgs Stad

Det senaste statistiska underlaget från Göteborg visar på liknande utveckling. År 2006 hade antalet ärenden i hemtjänsten ökat totalt med 415 fler ärenden i jämförelse mot år 2002. Samtidigt minskade antalet platser på äldreboende inklusive korttidsboende med 567 platser mellan år 2002 till 2006 (www.goteborg.se/statistik). Denna statistik pekar på att det i Göteborgs stad skett en förskjutning från kommunens olika former av äldreboende mot utökad hemtjänst. Troligen har denna förändring i sin tur medfört ett ökat tryck på primärvården och ytterst de anhöriga.

3 Tidigare forskning om anhörigstöd nationellt och lokalt

I Sverige är området om anhörigstöd praktiskt taget helt utforskat. Forskningen som bedrivs handlar snarare om den anhörigas situation, anhörigas behov och önskemål om hjälp. Några enstaka studier finns att tillgå om stödinsatser till anhöriga men dessa är oftast små, inte representativa och har metodmässiga brister (Johansson, 2007). Sand (2007) bekräftar detsamma och menar att det inte finns någon övergripande forskning med direkt inriktning på stöd till anhöriga. Forskning om anhörigstöd ingår snarare kring forskning om informell och formell omsorg. Jag finner dock ett fåtal rapporter som jag anser är relevanta med tanke på att de handlar om anhörigstöd utifrån de anhörigas samt de yrkesprofessionellas erfarenheter.

Krevers och Öberg (2007) finner i rapporten *Närstående till äldre – deras behov och användning av stöd* att generellt sett är anhöriga ensamma om att ge hjälp och vanligast är det mellan makar och makor. Resultatet visar att mycket få anhöriga får riktat stöd. Anhöriga som får mest stöd är makor, fast att det är endast en fjärdedel som uttrycker att de får stöd. Det framkommer vidare att anhöriga tycker det är mycket viktigt med information om stöd. Även kunskap om omsorgstagarens hälsa och sjukdom samt möjlighet att samtala med någon om sina upplevelser och problem är efterfrågat. Överlag är anhörigas uppfattning lika när det gäller vad ett bra stöd är. Bra bemötande, att stödet är tillgängligt när det behövs samt att personalen har rätt kompetens och stödet ges av samma person. Det framkommer vidare att anhöriga och omsorgstagare inte använder det stöd som finns att tillgå och som de anser sig behöva, vilket kan bero på att de inte har blivit erbjudna eller inte känner till stödet. Brister i kvalitet och tillit samt höga kostnader kan vara andra orsaker att avstå. I samma studie intervjuades 25 stycken nyckelpersoner inom kommun och landsting. Dessa hade olika positioner, uppdrag och erfarenhet av stöd till anhöriga, enda kriteriet var att de skulle vara

insatta i det stöd deras verksamhet ger till anhöriga. Frågorna gällde vilket stöd som ges till anhöriga, om verksamheterna ansåg att det fanns några framtida utmaningar samt behov av utveckling av anhörigstöd. Nyckelpersonerna uppfattade att i flertalet fall kan vara en svår uppgift att ge stöd som i sin tur beror på en rad orsaker. Det kan exempelvis vara svårt att nå ut med relevant information om det stöd som finns till anhöriga. Många anhöriga identifierar sig dessutom inte som en person som ger stöd och vård till en omsorgstagare.

I regel växer anhöriga in i rollen successivt och söker inte upp hjälpen vare sig i förebyggande syfte eller när situationen har förvärrats. Ett problem som särskilt personalen inom sjukvården upplever är att alla anhöriga inte är den mest lämpade personen att ge stöd och vård till omsorgstagaren. En annan problematik är om det finns flera anhöriga runt omsorgstagaren. Det kan därmed vara svårt att urskilja vilka anhöriga som är i behov av stöd. Vissa informanter menade att bristande resurser i organisationen bidrar till att det kan vara svårt att erbjuda rätt stöd till anhöriga. Informanterna vill i högre utsträckning genomföra det individuella stödet, något som idag inte är anammat fullt ut. Även att i större utsträckning kunna erbjuda äldreboende samt växelvård anses viktigt. Generellt sett uppfattar informanterna att anhöriga trots allt är nöjda med det stöd som erbjuds. När det gäller utmaningarna med att ge betydelsefullt stöd nämns målgrupperna, yngre anhöriga samt personer med annan etnisk och språklig bakgrund. Uppföljningar behöver även göras i större utsträckning för att identifiera att stödet verkligen har effekt. Stödutbudet bör förändras så det är i fas med vad anhöriga är i behov av i nuvarande situation. Andra förbättringsområden är förhållningssättet till anhöriga och omsorgstagaren. En annan förutsättning för att ge bästa möjliga stöd till anhöriga är att gemensamt utveckla och samordna bra vård – och omsorgsprocesser mellan kommuner och landsting (ibid.).

Socialstyrelsen (2004) har tittat på omfattningen av och efterfrågan på anhörigomsorg, samt hur samarbetet mellan den offentliga vården och stöd till anhöriga som vårdar en närstående utvecklats. Det är svårt att statistiskt fastställa vad anhöriga gör i praktiken. Istället bygger tillgängliga uppgifter på hur många anhöriga som gör en vårdinsats och var de finns. Det som går att utläsa utifrån de två senaste undersökningarna av äldres levnadsförhållanden och omsorgsmönster som gjordes 1994 och 2000, visar att anhöriga av alla slag, och särskilt barnen, markant ökat omsorgsinsatserna för närstående under perioden 1994-2000. Ytterst få saknar nära anhöriga och de flesta har någon eller flera av dem i närheten. I absoluta tal är det lika många män som kvinnor som vårdar sin respektive. Äldre sammanboende eller gifta använder sig av mindre offentlig omsorg, speciellt särskilt boende. Ensamboende äldre har i stor utsträckning hjälp av döttrarna och deras insatser har ökat kraftigt under 1990-talet. Attitydundersökningar bland medelsålders och äldre visar att utifrån olika samhällsskikt och miljöer finns en stor villighet att hjälpa till med anhöriginsatser. Det bästa alternativet är att upprätthålla kvalitén på vården till omsorgstagaren samtidigt som anhöriga får ett bra stöd. Framgångsrika lösningar tycks bygga på partnerskap mellan samhället och familjen (ibid.).

Varbergs kommun har i en studie systematiskt frågat anhöriga som vårdat hur stödet upplevdes. Rent konkret fanns det kostnadsfritt avlösning upp till tolv timmar per månad samt en individuellt utformad stödplan mellan anhörigombud och den anhörige. Stödinsatserna uteslöts inte av att omsorgstagaren även fick hjälp från hemtjänst. De anhöriga som ingick i studien gav anhörigstödet ett mycket gott betyg. Att vara generös med stödinsatserna har i detta fall visat sig falla väl ut. Resultatet visade att kommunens stödresurser användes bättre samt att det var både lättillgängligt och utbyggt av god kvalitet. Faktorer som både förbättrade omsorgstagarens och den anhöriges livskvalité. Det visade sig även att majoriteten angav att om de inte hade fått detta stöd hade sannolikt kommunen fått gå in med betydligt större insatser, antingen hemtjänst eller särskilt boende (Socialstyrelsen, 2004).

I Varbergs kommun, år 2001, var årskostnaden för att stödja anhöriga i genomsnitt på 22 000 kronor, en siffra som är intressant att jämföra mot en plats i särskilt boende, där årskostnaden under samma år låg i genomsnitt på 420 000 kronor. Enligt Johansson (2007) får det ekonomiska perspektivet inte missbrukas och leda till att anhöriga till sitt yttersta skall vårda en närstående. Villkoren måste istället ske utifrån vad anhöriga kan acceptera. Anhörigstödet ska snarare ses som ett komplement till de anhöriga som verkligen vill och har förutsättningarna att vårda en närstående. Anhörigstödet får inte heller ersätta och bromsa utbyggnaden av exempelvis äldreboenden, hemtjänst eller dagverksamheter (ibid.).

Erfarenheterna pekar på att det fortfarande finns mycket att göra kring anhörigstöd. Det behövs ett varierande och brett stöd samt att det skall vara flexibelt. Delvis skulle detta underlätta för anhöriga som vårdar och är av förebyggande karaktär. Anhöriga slits inte ut och kostar inte överlag så mycket. Om man ser resonemanget utifrån ett längre perspektiv är det inte heller möjligt eller önskvärt att ersätta alla anhörigas insatser med offentlig omsorg. Konsekvenserna av detta skulle leda till att det nordiska välfärdsystemet skulle raderas (ibid.).

3.1 Projekt Anhörig 300

Riksdagens beslut om ett stimulansbidrag på 100 miljoner kronor per år i tre år (1999-2001) var startskottet för det nationella projektet Anhörig 300. De övergripande målen med projektet var att kommunerna i samverkan med anhöriga och frivilligorganisationer skulle göra riktade insatser till anhöriga. Kommunernas anhörigstöd var främst riktat till anhöriga som vårdar äldre. Projektet skulle vidare stödja och underlätta för anhöriga som vårdar samt att det i förlängningen skulle öka livskvaliteten för de anhöriga. Utvärderingen av projektet Anhörig 300 visar att stimulansbidraget direkt påverkat hur kommunerna arbetar med anhörigfrågor. Generellt sett har det bidragit med stor aktivitet ute i kommunerna, vars resultat över lag har uppfattats som positiva. Anhörigstödet idag har en helt annan bredd och variationsrikedom än tidigare. Uppföljning av projektet Anhörig 300 visade på brister i helhetssynen på den anhöriges och omsorgstagarens situation, även i stödet till anhöriga och de insatser som behövs för att orka vårda. För att synliggöra och ge stöd till anhöriga måste samarbetet med hälso- och sjukvården utvecklas ytterligare. I flertalet fall begränsas insatserna och gäller i regel enbart omsorgstagarna. Nödvändigt är också att berörd personal som möter anhöriga får relevant kompetensutbildning i anhörigfrågor. Det riktade stödet till anhöriga spelar en viktig roll i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet (Socialstyrelsen, 2002).

3.2 Anhörigkonsulenternas huvudsakliga arbetsuppgifter

Stadsdelarna Frölunda och Tynnered medverkade i projektet Anhörig 300 och sedan år 2002 har stadsdelarna vardera en anhörigkonsulent anställd i respektive ordinarie verksamhet. Stöd till anhöriga kan erbjudas och ges på många olika sätt, exempelvis genom rådgivning, samtalsgrupper och/eller enskilda samtal. Anhörigkonsulenterna driver även projektet anhörigstöd i samverkan. De har även anhörigstödare kopplade till verksamheterna eftersom anhöriga kan få gratis avlösning till närstående i bostaden. Det finns även en träffpunkt, kallad 1200 kvadrat som är öppen en gång i veckan. Denna verksamhet riktar enbart in sig på anhöriga och närstående. De kan antingen vara där tillsammans eller att den närstående är själv kvar med personal om anhöriga behöver exempelvis uträtta ärenden eller har läkartid inbokad. Föreläsningar och seminarier arrangeras för anhöriga i syfte att öka kunskaperna om psykisk hälsa, demens- och Parkinsonssjukdomar, stroke samt läkemedelsinformation. Samarbete sker med exempelvis stadsdelarnas arbetsplatser, frivilligorganisationer, hemsjukvården, primärvården, psykiatrin, Hälso- och sjukvården i Väster, samfund samt olika föreningar.

Enligt Johansson (2007) finns det ingen samlad och dokumenterad kunskap om vad anhängkonsulenter eller samordnare gör. Idag tycks det vara stora skillnader hur man arbetar med anhängfrågor i kommunerna. Johanssons nämner att anhängkonsulenternas huvuduppgift är att hålla samman, planera och personifiera kommunens satsningar på anhängstöd. Anhängkonsulenterna kan dels ha direkt kontakt med anhängiga, dels arbeta med att arrangera utbildning för vårdpersonal. Anhängkonsulenterna ser sig många gånger som ”de anhängigas ombudsman”, och att i den rollen driva på utvecklingen av kommunens anhängstöd.

3.3 Projekt anhängstöd i samverkan 2007-2008

Anhängkonsulenterna i Frölunda och Tynnered driver tillsammans projektet anhängstöd i samverkan. Projektet syftar till att vidareutveckla och förbättra stödet till anhängiga som hjälper och vårdar en närstående. Projektet strävar också efter att försöka nå ut till anhängiga i ett så tidigt skede som möjligt och erbjuda stöd, därav betydelsen att samverka med andra instanser. En stor satsning inom projektets ramar är en femdagars utbildning som är uppdelad på två tillfällen. Denna samverkansutbildning i anhängstöd riktar sig till nyckelpersoner inom äldreomsorgens två stadsdelar samt personal inom hälso- och sjukvården. Syftet med utbildningen är bland annat att öka kunskaperna och medvetenheten om anhängigas livssituation, utöka samverkan och tillhandahålla konkreta tips hur man kan organisera anhängstöd på arbetsplatserna. Startskottet för utbildningen var 2006, därefter har cirka 75 personer medverkat i utbildningen. Under våren 2008 deltar cirka 30 personer i utbildningen och under hösten samma år ska en ny grupp startas. Efterfrågan på utbildningen är stor och därmed har anhängkonsulenterna varit tvungna att lämna negativt besked till många som anmält sig. Andra prioriterade mål med projektet är att utöka och förbättra samverkan med andra instanser, skapa samsyn samt utarbeta gemensamma mål med andra verksamheter. Fler mål är att en introduktion om anhängstöd ska ges till all nyanställd personal och att det ska finnas anhängombud/kontaktombud på enheterna inom stadsdelarnas äldreomsorg. Andra områden av projektet är att ordna seminarium för frivilligorganisationer, berörd personal, politiker och chefer. En referensgrupp är bildad där representanter från olika enheter och organisationer träffas. Svenska kyrkan, pensionärsföreningar, stadsdelarnas biståndsenheter, vårdcentraler, hemsjukvården, representant från Sahlgrenska och anhängkonsulenterna är exempel på enheter som ingår i gruppen. Ett informationsmaterial om anhängkonsulenternas verksamhet är utarbetat och upptryckt som ska spridas och finnas tillgänglig på olika enheter.

4 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att få en uppfattning om hur projektet anhörigstöd i samverkan mottagits hittills samt effekterna av detta. Det som studien vill finna svar på är med utgångspunkt från följande frågeställningar:

- Hur beskrivs anhörigstödet utifrån profession och verksamhet?
- Vilken samverkan sker mellan personal och anhöriga samt mellan olika verksamheter?
- Vilka incitament behövs för att upprätthålla och utveckla anhörigstödet?

Frågeställningar utgår från tre olika nivåer, i den första frågeställningen handlar anhörigstöd om hur det ser ut på en mikronivå, det vill säga vilket anhörigstöd som kan erbjudas på enheten. I den andra frågeställningen handlar anhörigstöd om hur det ser ut på en mesonivå, det vill säga utifrån ett samverkansperspektiv. Den tredje frågeställningen handlar om hur anhörigstödet ser ut på makronivå, det vill säga utifrån ett organisationsperspektiv.

5 Det teoretiska perspektivet

Den teoretiska delen är baserad på teorier och begrepp med anknytning till anhörigstöd, samt att de är tillämpliga mot bakgrund till studiens frågeställningar. De valda teorier som används i analysen är coping, kris, anhörigstöd samt expertmodellen.

5.1 Coping

Begreppet coping (Hagberg & Rennemark, 2006) är en beskrivning på hur individen lyckas bemästra och bemöta stress. Denna copingförmåga påverkar i sin tur välbefinnandet hos individen. Copingresurser finns på olika nivåer, det intrapsykiska, interpersonella och det strukturella planet. Exempel på dessa resurser kan vara att man har god fysisk och psykisk kondition, bra problemlösningsförmåga, tillgång till socialt stöd och utrymme för handling. Förmågan att bemöta stress beror även på andra faktorer i form av situationens eller händelsens karaktär, faktorer i den sociala miljön, individens personlighet. Copingens framgång är också beroende och avgörande utifrån den aktuella situationen. Coping bör också förstås och tolkas utifrån ett livstidsperspektiv där individens förmåga samt omvärldens krav och tillgång påverkar val av copingstrategi. Enligt Tornstam (2007) finns det fyra typer av stressorer som kan påverka individens subjektiva upplevelse av situationen och som kan förorsaka stress. Dessa stressorer är förlust som kan uppkomma vid separationer och/eller vid makes/makas bortgång, attacker i form av sjukdom, begränsningar i form av isolering, hot i form av kommande förluster. Tidigare forskning har visat att personer som inte tar emot hjälp fast de är i behov av det kan drabbas av utbrändhet, depression och även gå en tidigare död tillmötes (Edberg, 2002).

En intressant kartläggning är genomförd av Aldwin, där fokus låg på äldre personers upplevelse av stress (Tornstam, 2007). Genom intervjuer med äldre människor kunde han fastställa vilka olika slags händelser som man uppfattade som påfrestande, besvärliga eller stressande. Denna mätskala, elder life stress inventory utgick från totalt 31 stycken olika alternativ på stressfaktorer. En femgradig skala användes där personerna fick uppge hur påfrestande olika händelser hade varit. Det lägsta värdet 1 står för ”inte påfrestande alls” och det högsta värdet 5 står för ”extremt påfrestande”.

	Placering på mätskalan	Stressvärde
Barns dödsfall	1: a plats	5,00
Make/makas institutionalisering	2: a plats	4,82
Make/makas dödsfall	3: e plats	4,42
Separation	5: e plats	3,40
Föräldrarnas institutionalisering	6: e plats	3,38
Sjukdom hos familjemedlem	7: e plats	3,35
Vårdnadsansvar för förälder	11: e plats	3,13

Den intressanta observationen i denna studie är att stressbelastningen är hög när det inte direkt handlar om den egna personen, utan snarare om anhörigas förhållanden. Snarare fanns här en slags förskjutning av omtanke och bekymmer från den egna personen till närstående. Det vill säga att det är mer belastande när saker drabbar närstående än när man själv blir utsatt (ibid.).

5.2 Kris

En krisreaktion kan uppkomma om en person utsätts för en ofrivillig förändring av tillvaron (Edberg, 2002). Krisreaktioner kan uppstå när exempelvis ens make drabbas av svår sjukdom och/eller avlider. Krisreaktionen består av de fyra faserna, chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Det kan vara svårt att uppmärksamma om en anhörig drabbas av en krisreaktion. Dels kan det vara svårt att se på grund av okunskap hos vårdpersonal och/eller det informella nätverket. Dels att anhöriga inte i regel söker stöd och hjälp förrän en krisreaktion har uppkommit. Daniel Kuhn (ibid.) har kartlagt att en anhörig kan vid minst nio tillfällen drabbas av en krisreaktion under demenssjukdomens utveckling. Krisreaktionen och faserna kan upprepas flera gånger och kan gå in i varandra eftersom sjukdomsförloppet bidrar till att nya symtom tillkommer och att fysiska och kognitiva funktioner försämras. Kuhn beskriver att den allra svåraste krisen uppstår när man väljer, måste och/eller tvingas att släppa taget över situationen och överlämna den demenssjuka till ett äldreboende. En krisreaktion som även kan appliceras på övriga anhöriga när en flytt sker till äldreboende. När en flytt in till ett äldreboende ska ske är det av betydelse om vederbörande får vara delaktig och ha inflytande när hjälpen och vården ska utformas. Anhörigas erfarenheter och kunskaper ska snarare ses som en resurs än ett hinder. På så vis kan livskvalitén både för anhöriga och närstående förbättras och en förhoppning om en lindrigare eller helt avsaknad kris vid en ofrivillig separation. Samtal i grupp har visat sig vara ett bra instrument eftersom utbytet av att träffa andra med liknande situation och erfarenheter kan vara av stor betydelse. Att inse att man inte är ensam om situationen och att känna igen sig i andras berättelser kan vara befriande. Detta kan bidra till att man mobiliserar nya krafter och kanske vågar ta fler steg i processen och be om mer stöd och hjälp (ibid.).

5.3 Anhörigstöd

Forskning kring begreppet socialt stöd har sin bakgrund i amerikanska studier, bland annat från den forskning som bedrevs inom samhällsmedicinen på 1970-talet. Vad dessa och senare studier visat, är att socialt stöd har gynnsamma effekter både på den fysiska och psykiska hälsan. Det sociala stödet kan finnas i stödjande nätverksrelationer, subjektiva upplevelser av stöd samt stödjande handlingar. Till det sist nämnda räknas emotionellt, instrumentellt och kognitivt stöd. Hit räknas också den praktiska och materiella hjälpen inriktad mot problemlösning, råd, information och förmedling av kunskap (Bernler & Johnsson, 2001). Enligt Johansson (2007) saknas idag en vedertagen definition av begreppet anhörigstöd. Ett mer utvecklat resonemang om anhörigstöd finns i socialtjänstutredningens betänkande (SOU 1999: 97). Syftet med anhörigstöd handlar bland annat om att:

- Synliggöra de anhörigas situation
- Förebygga utbrändhet bland anhöriga
- Förbättra den anhörigas livskvalitet
- Bevara och/eller förbättra relationen mellan omsorgstagarna och anhöriga

Stödinsatserna kan med fördel sättas in tidigt i syfte att förebygga ohälsa hos anhöriga samt att olika former av stöd är relevant. Dels stöd med individuella inriktade insatser, exempel på detta är: avlösning (växelvård, dagvård och hjälp i hemmet), personligt stöd (personlig kontakt med omsorgen, information, kontaktperson, anhöriggrupp) samt ekonomisk ersättning (anställning som anhörigvårdare och vårdbidrag). Dels stöd med allmänt inriktade insatser som exempelvis informationsinsatser och utbildningar. Grunder för det individuella stödet är anhörigas behov av flexibilitet samt anpassning till att olika anhöriga har olika behov av stöd (ibid.).

Rollen som anhörig är varierade beroende på situation, relation till omsorgstagaren och behoven kan skifta över tid. Att hjälpa och/eller vårda kan ske utifrån olika tidsramar, alltifrån heltid, deltid eller mer sporadiskt. Vem som hjälper och vårdar är också varierande, det kan gälla sammanboende par, grannar, vänner eller omsorgstagarens barn. Å ena sidan kan definitionen anhöriga tyckas vara lika för alla eftersom det är mycket som förenar dem emellan. Å andra sidan finns det mycket som skiljer mellan anhöriga som hjälper och vårdar. Ett bra anhörigstöd är att undvika att se anhöriga som en homogen grupp av människor, utan istället utgå från anhörigas individuella behov av stöd. De anhörigas och omsorgstagarens situation förändras också över tid, varför stödinsatserna fortlöpande måste anpassas beroende på aktuellt läge. En utmaning som bidrar till att den offentliga omsorgen måste vara lyhörd för anhörigas individuella och skiftande behov (Johansson, 2007).

5.3.1 Direkt stöd och indirekt stöd

Anhöriga kan vara mottagare av både direkt och/eller indirekt stöd. Detta beroende på om stödet primärt är riktat direkt till anhöriga eller indirekt till anhöriga, dvs. ifall insatserna är riktade till omsorgstagaren (Grassman, 2003). Nedan följer exempel på olika former av anhörigstöd och i denna studie är det direkta stödet mer i fokus snarare än det indirekta stödet.

Direkt stöd:	Gruppstöd	Indirekt stöd:	Hemtjänst
	Utbildning		Dagverksamhet
	Enskilda stödsamtal		Hemvårdbidrag
	Strukturerade intervjuer		Hjälpmedel till omsorgstagaren
	Anhörigkonsulenter		
	Informationsmaterial		
	Avlösning i bostaden		
	Avlösning utanför bostaden		
	Akut avlösning		
	Telefonkontakt		

Tidigare studier visar att det svåra är att anhöriga inte får information om det anhörigstöd som finns tillgängligt samt att stödet till anhöriga behöver bestå av insatser som både är inriktade på det direkta och indirekta stödet (ibid.). Det direkta stödet i olika former har visat sig ha en positiv effekt för att reducera anhörigas ansträngningar. Ännu finns dock inte tillräcklig kunskap om vilket specifikt stöd som kan ha denna positiva effekt. Forskningen visar dock att det generellt sett är en väl fungerande och flexibel offentlig hjälp inklusive hemhjälp och ekonomisk ersättning är det bästa stödet (Sand, 2007).

Gurner och Thorslund (2003) menar att många äldre anhöriga gör stora insatser trots egen bräcklighet. Anhöriga kan ofta känna sig hårt pressade, främst på grund av att de saknar någon att samtala med om den totala livssituationen och om hur fortsättningen ska bli. De äldre anhöriga liksom övriga anhöriga är ständigt oroliga för de närstående samt att de har dåligt samvete för att inte göra tillräckligt. Anhöriga hjälper gärna till fast i de flesta fall ”skymtas” en önskan om stöd. Anhöriga hårdar ut så länge de orkar, framför allt är det äldre hustrur och män till multisjuka som är oroliga inför framtiden. Många anhöriga önskade att hemtjänsten fungerade annorlunda, de efterfrågar mer anpassat stöd med plats för spontana eller akuta behov, exempelvis enstaka serviceinsatser eller avlastning. Vidare beskriver författarna att anhöriga behöver individuellt anpassat stöd. Liknande resonemang förs av Sand (2000) som skriver att tidigare studier visar att anhöriga som vårdar inte gärna tar kontakt eller ber om hjälp. I flera fall är de anhörigas situation som omsorgsgivare så påfrestande att de inte orkar söka hjälp eller ta hänsyn till egna behov av hjälp. En problematik som socialtjänstutredningen (SOU 1999: 97) ville undvika genom att bland annat förbättra de anhörigas livskvalité samt förebygga utbrändhet. Istället för att söka stöd uppstår över tid en bundenhet. De anhöriga som vårdat under en längre tid upplever i högre grad bundenhet i jämförelse med dem som vårdat under kortare tid. Vidare beskrivs att de anhöriga som bor tillsammans med sin omsorgstagare är mindre fria än de som har separat boende. Ytterligare skäl till upplevd bundenhet är svårigheten att lita på att andra kan ge god omsorg. En intressant aspekt av Sands studie är att tre fjärdedelar upplever bundenhet men endast en fjärdedel uppger behov av hjälp (Sand, 2000).

5.3.2 Tidigt stöd och upprätthållande stöd

Enkäten gick ut till de enheter som träffar anhöriga i ett tidigt skede, exempelvis när omsorgstagaren fortfarande bor kvar i sin bostad, är inskriven på sjukhus eller är tillfälligt på ett korttidsboende. Enkäten gick även ut till de enheter som träffar anhöriga i ett senare skede, exempelvis när närstående flyttat till ett äldreboende. Rollen som anhörig kan därmed se annorlunda ut, vara av skiftande karaktär samt att anhöriga kan ha olika behov av direkt- och indirekt stöd. I vissa fall kommer jag att använda denna uppdelning och egna begreppsdefinition, tidigt respektive upprätthållande stöd, under resultat och analysdelen. Sand (2000) skriver att det anses som lätt att komma in i en process där bundenheten växer. Processen i sig behöver inte ta en negativ form och inte heller bli permanent om hjälpen kommer in på ett tidigt stadium. Utmaningen ligger i att tillgodose både de anhörigas behov av bra stöd och att exempelvis omsorgstagaren blir nöjd med det stöd som erbjuds. Rollen som anhörig kan också byta skepnad då en närstående flyttar till äldreboende, en tillvaro som för många anhöriga kan upplevas både ovant och psykiskt ansträngande. Stöd behöver därmed riktas till anhöriga på olika former av boende eftersom de i många fall har dåligt samvete över att "lämna över" ansvaret till vårdpersonalen.

5.4 Expertmodellen

Generellt sett är stöd till anhöriga sällan riktat direkt till anhöriga, en av orsakerna till detta är att anhöriga varken är klient eller patient men dock en del av en komplex omsorgssituation. Anhörigas eventuella behov av stöd kan tydliggöras genom ett integrerat synsätt där anhöriga ses som en egen part med egna intressen. Grundproblemet tycks vara att anhöriga inte alltid ses som en egen part i relationen till de närstående. I sin tur skiljer sig detta synsätt beroende på inom vilken organisation man är yrkesverksam i. Medicinsk inriktad personal kan betrakta anhöriga mer som en resurs medan socialtjänsten betraktar anhöriga som klienter. Orsakerna till det olika synsätten tycks bero på att hälso- och sjukvården delvis har ett annat uppdrag och organisering. Den offentliga sektorn behöver i större utsträckning ta hänsyn till viljan och förmågan att vårda en närstående. Det kan vara så att en anhörig inte vill ta på sig rollen som vårdare men kan känna sig förpliktad att göra detta. Å andra sidan kan det finnas en vilja men att förmåga och kunskap saknas (Lund & Nolan, 2002).

Expertmodellen utgår från och innefattar de tre aktörerna; omsorgstagare, anhöriga samt berörd personal. För att samverka mellan dessa tre aktörer ska vara genomförbart i praktiken krävs att anhöriga accepteras som samarbetspartner. Ett samarbetsklimat måste etableras dem emellan och innebär att en tillitsfull relation byggs upp. Tidsaspekten är här i centrum, eftersom behovet av stöd och samarbete kan variera över tid. I regel har anhöriga bäst individkunskap om omsorgstagarens behov, seder och bruk, medan de professionella har kunskaper om sjukdomar, behandling, vård och omsorg. Om samverkan utvecklades och implementerades skulle även anhöriga bli "experter" som genererar till att vårdens kvalitet kring omsorgstagaren skulle utvecklas. Anhöriga är aktörer fast det primära målet för personalen är omsorgstagaren. Fungerar samarbetet tas både de professionellas vårdgivares och de anhörigas kunskap tillvara. De tillsammans bidrar då med sin unika "expert" kunskap. Detta holistiska synsätt handlar om att samverka ska ske genom samarbete på bästa tänkbara sätt mellan anhöriga, närstående samt personalen. Hur man i praktiken kan finna detta samarbetsklimat är genom exempelvis anhörigsamtal, som innefattar en inventering och bedömning av anhörigas önskemål och behov, inklusive aktörernas expertkunskaper (idid.).

6 Det undersökta området

Mot bakgrund till ovan beskrivna utvecklingsläge, bevisas att det är mer aktuellt än tidigare att uppmärksamma anhörigas situation samt att samverkan behöver integreras inom och mellan olika instanser för att i så tidigt skede som möjligt erbjuda stöd. Att de båda stadsdelarna Frölunda och Tynnered har anhörigkonsulenter anställda samt att de driver projektet anhörigstöd i samverkan är antagligen helt rätt i tiden. Nedan beskrivna statistik om stadsdelarna är en bakgrundsinformation och en orientering med tanke på syftet med studien.

6.1 Demografi

Frölundas antal invånare var vid tidpunkten (2007-12-31) 12 937 personer, varav 25 procent är invånare med antingen utländsk medborgarskap eller svenska medborgare födda utomlands. Tynnereds invånare var vid samma tidpunkt 27 518 personer, varav 18 procent är invånare med antingen utländskt medborgarskap eller svenska medborgare födda utomlands. Av dessa är de sju största grupperna från Polen, Bosnien-Herzegovina, Jugoslavien, Afrika, Irak, Iran och Turkiet (www.goteborg.se/statistik).

6.2 Vård och omsorg

Hur invånarnas behov av hemtjänst, hemsjukvård, anhörigbidrag och särskilt boende ser ut i stadsdelarna redovisas här nedan, mätningarna är gjorda 1 oktober, 2006. Målgruppen är 65 år och uppåt. För närvarande finns inte tillgänglig statistik eller register över vilka insatser som görs för enskilda anhöriga. Det går därmed inte att säga hur omfattande stödet till anhöriga är, vilka som får hjälp, vad man får för hjälp och vad man tycker om hjälpen (Johansson, 2007). I stället är nedan beskrivna statistik en indirekt indikation på och skattning av antalet anhöriga som kan vara i behov av eller som redan har stöd. I regel har de flesta omsorgstagare minst en anhörig men detta innebär naturligtvis inte att alla anhöriga per automatik är i behov av stöd.

6.3 Frölunda

Andelen invånare som hade beviljad hemtjänst var 516 personer, cirka 4 procent av den totala befolkningen i stadsdelen. I Göteborg låg de 21 stadsdelarnas genomsnittsvärde på cirka 2 procent. De invånare som var beviljade anhörigbidrag var 61 personer, varav 23 kvinnor och 38 män. Anhörigbidraget är en ekonomisk ersättning som betalas ut till omsorgstagaren. Storleken beror på omfattningen av vårdinsatserna och kan kombineras med andra insatser som hemtjänst, dagvård och hemsjukvård (www.goteborg.se). De som var på korttidsboende var för tillfället nio personer samt att 199 stycken var bosatta i särskilt boende (www.goteborg.se/statistik). De invånare i ordinärt boende och som endast var registrerade som mottagare av hemsjukvård i väster var 141 personer. De som både var registrerade som mottagare av hemsjukvård och hemtjänst var 552. Hemsjukvården Västers upptagningsområde är Högsbo, Älvsborg, Frölunda, Askim och Tynnered.

6.4 Tynnered

Andelen invånare som hade beviljad hemtjänst var 360 personer, 1,3 procent av den totala befolkningen i stadsdelen. De invånare som var beviljade anhörigbidrag var 52 personer, varav 26 kvinnor och 26 män. De som hade korttidsboende var för tillfället 56 personer, samtidigt var 250 personer bosatta i särskilt boende (www.goteborg.se/statistik). Siffrorna för de personer i ordinärt boende och som endast var mottagare av hemsjukvård eller samtidigt hade hemtjänst är detsamma som för Frölunda, eftersom organisationens mottagningsområde innefattar även Tynnered.

7 Metod

7.1 Val av perspektiv och datainsamlingsmetod

Den första prioriteringen och avvägningen som behövdes göras var om utvärderingen skulle utgå från ett anhörig - eller yrkesprofessionellt perspektiv. Utifrån ett anhörigperspektiv var det tänkt att en enkät skulle besvaras av anhöriga i respektive stadsdelar. En inblick i anhörigas situation och beskrivning av nuvarande stöd skulle därmed vara möjligt att utläsa. Eftersom utvärderingen görs under pågående projekt och att det hittills bara pågått i drygt ett år av totala två kändes det för tidigt att dra några generella slutsatser utifrån ett anhörigperspektiv. Det är troligen bättre om en enkätundersökning kan genomföras när projektet är avslutat. Antagligen har projektet nått ut till ännu fler personer samt att det är integrerat både inom och mellan de olika verksamheterna.

Om istället intervjuer skulle göras med anhöriga hade underlaget blivit allt för smalt, endast en liten grupp av anhöriga skulle nås och det är inte direkt representativt för gällande målgrupp, det passar inte heller in med tanke på syftet med studien. Istället kom valet av insamlingsmetod att utgå från en kvantitativ ansats och utifrån ett yrkesprofessionellt perspektiv. Syftet med detta val är att empirin förhoppningsvis bidrar till att det vetenskapliga arbetet får ett bredare och mer nyanserat svar utifrån dess syfte. Enkäten kan nå ut till fler enheter och informanter i jämförelse om intervjuer hade valts. Enligt Svenning (2003) är tanken med kvalitativa studier att exemplifiera, ett syfte som inte var relevant i samband med denna studie. Men å andra sidan finns det fördelar med att göra intervjuer, exempelvis kan oklarheter och följdfrågor följas upp i en annan utsträckning än enkäter. Denna studie är av explorativ karaktär eftersom den ingår i ett större projekt samt att forskningsområdet i sig är förhållandevis nytt (ibid.). Att utgå från anhörigstöd utifrån ett yrkesprofessionellt perspektiv blev det mest relevanta valet och förhoppningsvis kan studien bidra till användbar kunskap.

7.2 Enkätkonstruktion

Enkätens frågor utgick från ett antal bakgrundfrågor samt olika teman som var kopplade till studiens syfte och frågeställningar. Det blev till slut ett trettiotal frågor, mestadels frågor med enbart ett svarsalternativ men även några flervalfrågor. Enkäten innehöll några öppna frågor där informanterna kunde skriva ner utförligare svar samt ge exempel. Eftersom enkäten skulle spridas till enheter av varierande slag och uppdrag var det en utmaning att formulera frågorna på ett sådant sätt att alla på ett eller annat sätt skulle kunna svara.

7.3 Urval och avgränsning

Anhörigstöd kan appliceras på en rad områden i socialt arbete eller inom hälso- och sjukvården. Denna studie är avgränsad och gäller enbart anhörigstöd i äldreomsorgen, inom den offentliga sektorn. Frivilligorganisationer, anhörigföreningar och samfund är andra exempel på instanser som möter anhöriga men var inte aktuella utifrån studiens frågeställningar. Syftet med enkäten var att den skulle spridas och nå ut till många enheter, samt enheter av varierande slag. Ett annat syfte var att nå enheter som kommer i kontakt med anhöriga tidigt samt enheter som träffar anhöriga i ett senare skede, exempelvis på äldreboende.

De enheterna som enkäten lämnades till var enheter i de båda stadsdelarna Frölunda och Tynnered samt enheter inom hälso- och sjukvården. På så vis spreds enkäten till både äldre- och korttidsboende, hemtjänsten, biståndsenheten, primärvården, hemsjukvården samt till kuratorer på SU. Två slags urval användes, dels ett slumpmässigt urval genom att jag

personligen ringde de enheter som fanns hos de båda stadsdelarna, dels ett bekvämlighetsurval. Trost (2007) förklarar detta begrepp med ”man tager vad man haver”, något som skedde genom kontakt med referensgruppen samt att några enheter var placerade i närheten av mitt bostadsområde.

7.4 Tillvägagångssätt vid utlämning och insamling av enkäterna

Första övervägandet som gjordes var på vilket sätt enkäten skulle överlämnas och samlas in. I mitt fall valdes att lämna enkäterna personligen istället för att exempelvis skicka ut enkäterna via post. Nästa övervägande var hur jag på bästa sätt kunde informera om undersökningen på enheterna och därmed få möjlighet att överlämna enkäterna. Valet blev att försöka finna ”kontaktpersoner” ute på fältet. Dessa ”kontaktpersoner” skapades på tre olika sätt. Telefonnummer till olika enheter kunde hittas på stadsdelarnas hemsidor, en lista över telefonnummer inhämtades även via anhörigkonsulenterna. Var även på plats när anhörigkonsulenterna hade möte med en referensgrupp bestående av nyckelpersoner inom vård och omsorg. Endast en enhet tackade nej att delta men detta var i ett tidigt skede och det fanns tid till att lämna ut dessa enkäter till någon annan enhet. Det tog en hel del tid i anspråk att både lämna och hämta in enkäterna, men detta övervägdes mot att jag troligen varit tvungen att istället ”ligga på” och påminna enheterna om att fylla i enkäterna om de skickades ut via post. Att det överhuvudtaget var möjligt att personligen dela ut enkäterna berodde även på att jag var relativt orienterad i de båda stadsdelarna samt att det var gångavstånd mellan några enheter. Enheterna fick ungefär en vecka på sig att svara på enkäterna, därefter hämtades enkäterna, av praktiska skäl valde två enheter att skicka enkäterna med posten. Analysen har gjorts med hjälp av SPSS programmet. Resultatet har tolkats med hjälp av frekvenstabeller och korstabeller och då studerat de beroende och oberoende variablerna som var intressanta att titta närmare på.

7.5 Bortfallsanalys

Totalt lämnades 94 enkäter ut på 21 olika enheter, i de båda stadsdelarnas samt enheter i landstingets regi. Sammantaget besvarades 86 enkäter, ett externt bortfall på cirka 10 procent. Den sista enkäten av de totalt 95 upptryckta fick utgå eftersom jag inte ansåg att det var prioriterat att enbart lämna en enkät i förhållande till den tid och resurser det ändå tog. Vid bearbetningen valdes en av enkäterna bort på grund av dålig kvalitet. Möjliga orsaker till den höga svarsfrekvensen kan vara att enkäten lämnas ut till många enheter och att de i sin tur endast fick mellan fyra och sex enkäter vardera. En annan orsak kan även vara att ämnet anhörigstöd är uppmärksammat hos enheterna samt att en kontakt skapades med enheterna innan enkäten lämnades ut. En tredje orsak kan vara att jag valde att personligen hämta enkäterna på de flesta enheterna. Det interna bortfallet var över lag lågt, men en fråga upplevdes nog lång och tung med många svarsalternativ. Någon fråga kanske inte var lika aktuell på enheten som på andra enheter.

7.6 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Trost (2007) beskriver att begreppet reliabilitet kan särskiljas och gälla de fyra komponenterna kongruens, precision, objektivitet och konstans. När det gäller kongruens ska det finnas likhet mellan frågorna som avser mäta samma sak. Enkäten gick ut till många olika yrkeskategorier och arbetsplatser med varierade uppdrag, några av frågorna fick därmed en mer allmän karaktär. Om jag exempelvis enbart riktat enkäten till äldreboenden hade vissa frågor kunnat preciseras mer. Fråga nio som gällde anhörigstöd på arbetsplatsen skulle istället kunna ha formulerats annorlunda, t ex om enheten har ankomstsamtal för anhöriga och närstående vid inflyttning till äldreboende. Jag anser dock att frågan i dess nuvarande form

kunde besvaras av de enheter som har enskilda samtal som anhörigstöd, troligen svarade de utifrån det som var en aktuell rutin från respektive enhet. Precisionen handlar om hur de som svarat på enkäten kryssat i rutorna, i följebrevet visade jag symboliskt hur de skulle kryssa i enkäten, inga otydligheter kunde därmed upptäckas i samband med kodning av materialet. Det saknades en ruta i en av frågorna och för giltighetens skull ströks den ur analysen. Objektivitet i detta sammanhang handlar om att kodningen av enkäterna utförs på rätt sätt. Enkäterna fick vardera ett nummer och var det samma som numret i SPSS mallen, på så vis kunde jag dubbelkolla och söka efter fel i kodningen. Konstans handlar om tidsaspekten och förutsätter att fenomenet inte ändrar sig eftersom man vid en enkätundersökning inte är intresserad av snabba förändringar. Eftersom studien gäller temat anhörigstöd i utveckling är det inte troligt att det under den veckan enkäten var ute skedde några större förändringar som påverkat svaren på enkäten. Det är viktigt att uppmärksamma reliabilitetsproblemen väl eftersom de variabler som inte är mätbara måste förkastas under bearbetningen av enkäterna och är därmed obrukbara. Trots vissa brister anser jag att studien kan uppnå viss grad av reliabilitet.

Med validitet eller giltighet menas att enkätens frågor ska mäta det den är avsedd att mäta (Trost, 2007). I möjligaste mån har jag tänkt på att inte använda svåra ord, negationer och att frågan inte består av två frågor. En pilotenkät studerades av de båda anhörigkonsulenter som kom med relevanta invändningar samt att handledaren kommenterade enkäten innan den trycktes upp. I efterhand är jag dock självkritisk till själva layouten av vissa frågor och om alla frågorna var relevanta med tanke på syftet och frågeställningarna med studien. Några av frågorna skulle istället ha haft bättre layout och på så vis kortats ner betydligt. Men jag tror inte att detta påverkande reliabiliteten av själva enkäten i sin helhet eftersom jag har använt mig av begripliga och vanliga ord som bidragit till att de som svarat på enkäten har tolkat frågorna på liknande sätt och de uteblivna interna svaren var lågt i de allra flesta fall. Utifrån avsnittets resonemang anser jag att studien har tillförlitlighet och giltighet.

Kontaktpersonerna fick fritt välja till vem de lämnade ut enkäterna men muntlig information gavs att enkäterna inte enbart behövde lämnas till de personer som redan är insatta i ämnet. De som valt att svara på enkäten kan också ha valt att göra detta på grund av ökat intresse gällande anhörigstöd. På grund av detta är jag medveten om att det till viss del kan ha skett en selektion av vilka som svarat på enkäten. Hade jag istället valt att exempelvis skicka enkäten till var tionde anställd hade spridningen varit bredare men antagligen hade ett mindre antal svar inkommit. Överlag är studien liten och studerar endast en mindre del av den totala populationen (Larsson, Lilja och Mannheimer, 2007). Studien kan därmed inte utge sig för att vara representativ och gälla på en nationell nivå. Snarare bidrar studien till att beskriva hur anhörigstödet till viss del ser ut just nu i två av Göteborg Stads stadsdelar. Denna studie är dock ett litet bidrag till forskningsområdet anhörigstöd utifrån ett yrkesprofessionellt perspektiv.

7.7 Etiska överväganden

Studien har följt det fyra forskningsetiska principerna som är framtagna är humanistiskt och samhällsvetenskaplig forskning. Principerna är informations- samtycke- konfidentialitets- samt nyttjandekravet (www.vr.se). I följebrevet till enkäten informerades om att enkäten besvarades anonymt och att enkäten förstörs efter att den är bearbetad. Eftersom inte enkäten är skickad till informanterna har jag inte haft tillgång till vare sig personnummer eller namnlistor. Därmed har jag inte behövt kodat vem jag lämnat ut enkäterna till respektive vem en eventuell påminnelse ska skickas till. Informanterna har även fått kännedom om studiens syfte, att den ligger till grund för ett examensarbete samt att den kommer att offentliggöras på

institutionens hemsida. Likaså informerades också att alla uppgifter enbart kommer användas för studiens ändamål. Alla informanter garanteras vara konfidentiella genom att studien inte namnger någon, istället utgår studien utifrån deras profession och/eller verksamhet. Etiska övervägande har särskilt gjorts med tanke på att stadsdelarna är namngivna men eftersom det inte framkommer några känsliga uppgifter kändes övervägandet realistiskt. Med tanke på att de både har fått namnge enhet och profession har hänsyn tagits till hur djupt och kritisk empirin ska analyseras. Valde därmed att inte urskilja olika yrkesgrupper som enbart hade några få informanter representerade i studien (Larsson, Lilja och Mannheimer, 2007).

7.8 Litteratursökning

Tillämplig forskning på området anhörigstöd samt annan användbar litteratur har sökts både genom nationella och internationella databaser. De sökord som används är bland annat anhörig, stöd, anhörigstöd, närstående, samverkan, äldreomsorg, relative och support. Dessa sökningar gav inte den respons jag hade hoppats på utifrån syftet med studien. Istället utgår studien från relevanta artiklar via de tryckta tidskrifterna *socialmedicin* samt *äldre i centrum*. Rapporterna om anhörigstöd är utgivna av Socialstyrelsen och socialtjänstutredningen är hämtad från statens offentliga utredningar. Vald avhandling och annan litteratur är skaffade efter sökning på LIBRIS, Google Scholar och GUNDA.

7.9 Fördelning av de besvarade enkäterna

De som besvarade enkäten hade varierande yrkesprofessioner och uppdrag. Informanterna kommer i kontakt med anhöriga i större eller mindre utsträckning beroende på vilken form av uppdrag de har samt vilken typ av enhet de arbetar på. En del enheter möter anhöriga i ett tidigt skede, andra enheter kommer i kontakt med anhöriga i ett senare skede. Nedan följer en tabell som visar fördelningen av svarande, yrkesprofessionerna och kön.

	Kvinnor	%	Män	%
Sjuksköterskor	12	14 %	1	1 %
Sjukgymnaster	1	1 %	0	0 %
Vårdbiträden	6	7 %	0	0 %
Arbetsterapeuter	2	2 %	0	0 %
Undersköterskor	41	48 %	4	5 %
Biståndshandläggare	10	12 %	1	1 %
Kuratorer	6	7 %	1	1 %
Samordnare i hemtjänsten	1	1 %	0	0 %
Totalt	79	92 %	7	8 %

Av samtliga svarade var nio av tio kvinnor och medelåldern av alla informanter är mellan 45-55 år. Lite drygt hälften har enbart gymnasieutbildning, yrkesbefattningarna är här vårdbiträden och undersköterskor. Dessa fanns representerad både på de olika boenden samt hemtjänsten. De resterande har högskoleutbildning eller liknande och representeras av sjuksköterskor som finns på vårdcentraler, hemsjukvården och Sahlgrenska. Biståndsbedömare som arbetar på stadsdelarna Frölunda och Tynnered. Kuratorer representeras av hemsjukvården, vårdcentraler och Sahlgrenska. Många av de tillfrågade har lång yrkeserfarenhet, nästan hälften har längre yrkeserfarenhet än 15 år, medan varannan uppger att de varit anställda på nuvarande tjänst fem år eller kortare tid. Å andra sidan är siffrorna något lägre när frågan gällde hur länge de haft anknytning till stadsdelarna. Ungefär var femte svarande har medverkat eller medverkar i projektets utbildning, hälften av dessa

genomgår utbildningen under tiden enkäten är ute. Drygt en tredjedel av enkäterna innehöll något slag mer detaljerad information under de öppna frågorna. Några av de skrivna svaren kommer att användas i anslutning till att resultatet presenteras.

8 Resultat och analys

Enkäten innehöll olika teman som handlade om anhörigstöd på enheten, informanternas erfarenheter av möten med anhöriga, samverkan samt anhörigstödet nu och i framtiden. Empirin kommer nedan att beskrivas, redovisas och analyseras med anknytning till studiens frågeställningar.

8.1 Hur beskrivs anhörigstödet utifrån profession och verksamhet

För att få en uppfattning om vilket stöd som erbjuds till anhöriga samt hur frekvent detta ges ställdes frågor till informanterna som handlade om enskilda anhörigsamtal och uppföljningssamtal. Enkäten innehöll även frågor som ville ge svar på om anhörigträffar erbjuds, om det finns anhöriggrupper samt om anhörigombud finns på enheterna. Till några frågor kunde utförligare svar lämnas.

8.1.2 Enskilda anhörigsamtal och uppföljningssamtal

Åtta av tio tillfrågade uppger att enskilda samtal görs med anhöriga, men däremot tycks det skilja sig åt beroende på profession och verksamhet. De informanter som arbetar på Sahlgrenska, äldreboendena inklusive korttidsboende, hemsjukvården och vårdcentralerna uppger att de nästan alltid eller alltid har enskilda anhörigsamtal. De tillfrågade på biståndsenheterna har enskilda anhörigsamtal tre gånger av fyra medan hemtjänsten endast har detta i hälften av fallen. En informant på Sahlgrenska skriver att de flesta ur personalen träffar anhöriga och är öppna för samtal om anhöriga efterfrågar det. En representant från hemsjukvården skriver att arbete pågår med att ta fram strukturerade anhörigsamtal. En person från ett boende skriver att de har ankomstsamtal med anhöriga när närstående ska flytta in. I sin tur är det mest förekommande svaret att de flesta ur personalen har enskilda anhörigsamtal, utom hos kuratorerna och sjuksköterskorna. Nästan hälften av dessa informanter uppger att en eller några få ur personalen har anhörigsamtal. I regel arbetar sjuksköterskor samt kuratorer i en organisation där samverkan sker mellan dessa två yrkeskategorier. Troligen kan sjuksköterskorna lämna över vissa samtal till kuratorerna.

Informanterna fick även frågan om uppföljningssamtal sker på enheterna, där svarade fyra av tio att denna form av anhörigstöd finns. En informant från Sahlgrenska skriver att enheten inte har uppföljningssamtal regelbundet men om det finns behov sker detta i regel av kuratorn. De enheter där det är vanligt förekommande med uppföljningssamtal är hos hemsjukvården och biståndsenheterna. På Sahlgrenska görs uppföljningssamtal i genomsnitt varannan gång. De enheter som har minst antal uppföljningssamtal är vårdcentralerna, hemtjänsten, somatisk - och korttidsboendena. När frågan handlar om vilka yrkeskategorier som uppger att enheten har uppföljningssamtal ges istället följande bild. Tre av fyra sjuksköterskor, sex av tio biståndsbedömare samt drygt hälften av kuratorerna säger att enheten har uppföljningssamtal. Endast tre av tio undersköterskor menar att enheten har uppföljningssamtal.

Resultatet visar att hur kontinuerligt samt vem som gör dessa enskilda anhörig- och uppföljningssamtal tycks variera utifrån profession och verksamhet, troligen en indirekt påverkan beroende på enheternas varierande uppdrag. Genomgående är det de med enbart gymnasieutbildning samt de inom hemtjänsten som menar att varken enskilda anhörigsamtal eller uppföljning görs i någon större omfattning. Antagligen beror detta på att de i större utsträckning arbetar mer direkt med omsorgstagarna där huvuduppgifterna i regel är praktiska

insatser samt omvårdnadsinsatser. I de andra yrkesprofessionerna ingår troligen enskilda samtal och uppföljning som en del av arbetsuppgifterna. I denna fråga spelar antagligen också tiden in till vad man har möjlighet att prioritera under en arbetsdag. Möjligen skulle samverkan mellan hemtjänsten och anhörigkonsulenterna i högre utsträckning vara en tillgång. Anhörigkonsulenterna har anhörigsamtal som en av arbetsuppgifterna, en stödplan skulle kunna utarbetas i ett tidigt skede i syfte för att exempelvis förebygga utbrändhet hos anhöriga. Sannolikt görs detta redan idag men detta resultat visar dock att hemtjänsten som arbetsplats inte har tillräckligt med resurser för detta ändamål.

Generellt sett tycks det ändå vara så att många anhöriga har någon professionell att samtala med men studiens empiri kan inte ge en djupare analys, hur i så fall ett sådant samtal genomförs. Krevers och Öberg (2007) såg i sin studie att många anhöriga inte får riktat stöd, något som inte tycks stämma i denna studie. Å andra sidan är det inte lika frekvent att erbjuda uppföljningssamtal till anhöriga. Troligen skulle anhöriga i högre utsträckning ha behållning av uppföljningssamtal med tanke på att anhörigas situation förändras över tid. Enligt Gurner och Thorslund (2003) är många anhöriga hårt pressade på grund av att de inte har någon att samtala med om den totala livssituationen och om hur fortsättningen ska bli. Edberg (2002) skriver att det som regel är svårt att uppmärksamma om en anhörig har drabbats av en krisreaktion samt att många anhöriga i regel inte söker stöd och hjälp förrän en krisreaktion har uppkommit. Möjligen är det genom enskilda anhörig- och uppföljningssamtal som eventuella stress- och krisreaktioner kan undvikas, därmed skulle samtalen troligtvis vara av förebyggande karaktär.

8.1.3 Anhörigsamtal i grupp och anhörigträffar

Empirin visar vidare att det är vanligare att enheterna har anhörigträffar än anhörigsamtal i grupp. Dessa anhörigträffar sker framförallt inom hemsjukvården, hemtjänsten samt på äldreboenden inklusive korttidsboende. Hur frekvent anhörigträffarna sker verkar variera beroende på enhet. De skrivna svaren från hemtjänsterna visar att enheten har anhörigträff 1-2 ggr/år medan olika boenden har anhörigträffar månadsvis. I sin tur skiljer det sig åt vem som håller i träffarna, på äldreboendena uppges det exempelvis att både närmsta chef, de flesta ur eller någon av personalen har träffarna. På korttidsboendena uppges informanterna att en eller några få håller i träffarna. Anhörigsamtal i grupp sker i högre utsträckning på olika typer av boenden samt inom hemsjukvården. Det vanligaste är att en eller några få ur personalen ansvarar för anhörigsamtal i grupp, men på boendena kan det även förekomma att närmsta chef håller i denna form av gruppsamtal. En informant skriver att på deras enhet anordnar anhörigombudet samtalscirkel och ordnar anhörigträffar.

Varför enheterna väljer att anordna anhörigträffar i högre utsträckning än anhörigsamtal i grupp beror förmodligen på att enheterna når ett större antal anhöriga samt att träffarna troligtvis har annan fokus än samtal i grupp. Hur enheterna väljer att göra beror säkerligen vidare på vad som efterfrågas hos anhöriga samt vad som är mest lämpligt utifrån enhetens inriktning, personalens utbildning och resurser i form av tid. En intressant iakttagelse är att det skiljer sig så framträdande åt när det gäller anhörigträffarna. Jag uppfattar olikheterna med att det handlar om hur organisationen ser ut och hur mycket tid enheten har utöver alla andra arbetsuppgifter, snarare än viljan. Denna tolkning görs mot bakgrund till att de enheter som ansåg att de inte hade tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd var överrepresenterade av hemtjänsten. Krevers och Öberg (2007) informanter menade att bristande resurser i organisationen bidrar till att det är svårt att erbjuda rätt stöd till anhöriga. Det är antagligen även lättare att rent praktisk lösa exempelvis lokalfrågan på ett boende samt att omsorgstagaren har personal lättillgänglig. Motsvarande praktisk lösning är antagligen inte

lika enkel bland de anhöriga och närstående som enbart har hemtjänst. Men med tanke på att allt fler bor i ordinärt boende skulle denna form av anhörigstöd troligen behöva utvecklas. En informant från Sahlgrenska skriver att när vårdtiderna var längre fanns det alltid anhöriggrupper. Varje grupp hade fem träffar med information från olika team på sjukhuset. De som var inbjudna kunde exempelvis var läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped och kurator. Nu är det så korta vårdtider att det inte är möjligt. Forskningen kring ämnet socialt stöd visar på att information och förmedling av kunskap har effekter både på den fysiska och psykiska hälsan (Bernler & Johnsson, 2001). Det tycks dessutom ha skett en förskjutning från vård på sjukhus till att vården ska fortsätta antingen i omsorgstagarens bostad eller på korttidsboende. Enligt Krevers och Öberg (2007) finns det behov av att ha samverkan mellan kommuner och landsting för att gemensamt utveckla och samordna bra vård- och omsorgsprocesser.

Av empirin går det inte att utläsa vilken form av enskilt anhörigsamtal det gäller, dvs. om det är strukturerat anhörigsamtal, ankomstsamtal och/eller handlar om enskilt anhörigsamtal av mer tillfällig karaktär. Troligen är det en blandning av varierande slag, dels beroende på vilken typ av enhet man arbetar på dels hur långt enheten har kommit med att utveckla formerna för enskilda anhörigsamtal. Enheter som ger möjlighet till enskilda anhörigsamtal och olika träff/gruppsammankomster anser jag är bidragande faktorer till att anhöriga synliggörs på ett helt annat sätt, både som enskilda och i grupp. Det finns ingen jämförbar statistik att utgå ifrån men anser att det direkta stödet till anhöriga överlag är stort. Det tyder på att anhöriga i många fall synliggörs utifrån deras subjektiva behov. Direkt stöd till anhöriga har visat sig ha en positiv effekt för att reducera anhörigas ansträngningar (Sand, 2007). Här drar jag paralleller med vikten av det tidiga stödet och att det ska vara av förebyggande karaktär.

8.1.4 Anhörigombud

När frågan gällde om enheterna har anhörigombud på enheterna uppger hälften av informanterna att ombud finns. Nästan alla ombud finns representerade i de kommunala verksamheterna, samt att anhörigombuden är spridda på varierande enheter. Av de enheter som har anhörigombud uppger sju av tio informanter att de lotsar anhöriga vidare till ombudet för ytterligare information. Det ser förmodligen olika ut vilken funktion anhörigombuden har beroende på arbetsplats. Men ombuden är högst troligt en tillgång för att exempelvis få ut information till anhöriga, etablera samverkan med anhörigkonsulenter och andra instanser. Krever och Öberg (2007) skriver att det är svårt att nå ut med relevant information om det stöd som finns till anhöriga, något som skulle kunna underlättas om arbetsplatser exempelvis har tillgång till anhörigombud.

8.2 Samverkan mellan personal och anhöriga

Nedan följer en beskrivning av hur informanterna kan uppleva mötet med anhöriga. Dessa möten kan ske på olika sätt, exempelvis spontant eller mer strukturerat i de fall anhöriga, personal och närstående tillsammans samtalar kring vården om den närstående. Under denna del uppmärksammas också anhörigas behov av stöd samt erfarenheten av att erbjuda stöd till anhöriga.

8.2.1 Behov av stöd hos anhöriga

Nästan samtliga informanter är uppmärksammade på att behoven av stöd ser olika ut. Detta kan ha att göra med att många ur personalen har lång yrkeserfarenhet och att personalen uppmärksammar anhörigas individuella behov. Även troligt att de olika yrkesprofessionerna möter alla sorter av anhöriga, vissa anhöriga kanske befinner sig i början i rollen som anhörig medan andra har varit anhöriga under en mycket längre tid. Johansson (2007) skriver att det finns mycket som skiljer anhöriga åt och att ett bra anhörigstöd utgår från anhörigas individuella behov av stöd. Utmaningen tycks vara att stödinsatserna till anhöriga måste anpassas till de nya behoven som uppstår när det exempelvis sker en förändring hos omsorgstagaren. I en förändrad situation är det förmodligen också många anhöriga som är utsatta för stress och känner att de befinner sig utanför sin normativa tillvaro. I många situationer kanske det kan vara svårt för anhöriga själva att se att de har behov av stöd. Att ensam klara av en belastande situation är i många fall övermäktigt och anhöriga kan vara en sårbar grupp som utsätts för stora påfrestningar. Kan både det direkta och indirekt stödet erbjudas i ett tidigt skede kan det troligen ha effekt för att minimera ansträngningar hos anhöriga (Grassman, 2000). Trots att det finns många olika former av både direkt och indirekt stöd, samt att personalen har förmåga att se behoven av stöd verkar det vara de anhörigas osäkerhet att ta emot erbjudet stöd som är det stora problemet. Ett perspektiv och problematik som lyfts i följande stycke.

8.2.2 Att erbjuda stöd till anhöriga

Det ställdes en fråga i enkäten som ville beskriva om det fanns anhöriga som är ”svåra att nå fram till” och erbjuda stöd. Drygt sex av tio informanter menade att det i större eller mindre utsträckning fanns anhöriga som upplevdes vara ”svåra att nå fram till” och erbjuda stöd. Detta kan säkert bero på en rad orsaker, anhöriga kanske inte ännu upplever att de har ett behov av stöd från samhället, många kanske har ett fungerande socialt nätverk eller att de själva vill klara vården kring den närstående så långt det är möjligt. Gurner och Thorslund (2003) menar att anhöriga kan ha dåligt samvete för att de inte gör tillräckligt, att anhöriga hjälper till fast det ”skymtas” en önskan om stöd. Enligt dem tycks det vara så att många anhöriga istället härdar ut så länge de orkar. Antagligen är det också svårt både för den anhöriga samt för omsorgstagaren att ta första steget, att bli beroende av andra. Enligt Krevers och Öberg (2007) kan brister i kvalitet, tillit och höga kostnader vara anledningar att avstå. Utmaningen tycks handla om att vara observant på att inte anhöriga kommer in i en process där bundenheten växer. Sand (2000) menar att denna process inte behöver bli permanent om hjälpen kommer in på ett tidigt stadium.

Följdfrågan till vilka anhöriga som är ”svåra att nå och erbjuda stöd” handlar om vilka grupper anhöriga det i så fall gäller. De tre största grupperna är anhöriga med annan språkbakgrund än svenska, anhöriga som ”vårdat” länge och anhöriga som är maka/make till närstående. Indirekt kan gruppen maka/make hänga ihop med gruppen anhöriga som nyligen börjat ”vårda” eller anhöriga som ”vårdat” länge. Tabellen nedan uppger informanternas erfarenhet av vilka anhöriga som är svåra att erbjuda stöd.

Tabell 8.2.2 Vilka anhöriga är ”svåra att nå” och erbjuda stöd	
	Antal svar
Anhöriga som nyligen börjat ”vårda” närstående	26
Anhöriga som under lång tid ”vårdat” närstående	45
Anhöriga med annan språkbakgrund än svenska	46
Anhöriga som är barn till närstående	33
Anhöriga som är maka/make till närstående	36
Inga anhöriga är ”svåra att nå” och erbjuda stöd	7
Ej svar	4

Att antal svar i första gruppen är lägre än gruppen under tolkar jag som något positivt, troligen känner informanterna att det är lättare att erbjuda stöd tidigt samt att det i sin tur är enklare för anhöriga att ta emot stöd som erbjuds. Idag kanske både det direkta och indirekta stödet kan tillgodoses i större utsträckning än tidigare och därmed motverka att bundenheten växer (Sand, 2000). Resultatet pekar på att stödet kan tillgodoses i ett tidigt skede och blir istället anhörigstöd i förebyggande syfte. Exempelvis kan det förhindra eventuell utbrändhet bland anhöriga samt förbättra den anhörigas livskvalité (SOU 1999: 97).

Den grupp som dock anses vara svårast att erbjuda stöd till är anhöriga med annan språkbakgrund än svenska. Varför denna grupp av anhöriga upplevs som svåra att nå och erbjuda stöd kan bero på flera olika orsaker. Behoven av stöd samt viljan att ta emot stöd är individuella, men en ytterligare svårighet kan vara att två skiftande kulturer möts, där troligen språket och är en stor utmaning, inklusive kulturella skillnader. I Krevers och Öbergs (2007) studie intervjuades nyckelpersoner inom kommun och landsting, de informanterna menade att en av utmaningarna med att ge ett bra anhörigstöd är exempelvis anhöriga med annan etnisk och språklig bakgrund.

Den andra stora gruppen som anses vara ”svåra att nå” är anhöriga som ”vårdat” länge. Dessa siffror kan tyda på att ”vården” pågått så pass länge att det är svårt att inse behovet och vilja ta emot stöd. Man har förmodligen anpassat sig till situationen och de egna behoven och ens önskemål är inte lika prioriterade som förut. Troligen har en del anhöriga successivt skaffat sig en identitet som anhörig samt att social isolering bidragit till att man tappat mycket av tidigare kontakter. Enligt Sand (2000) tycks det inte heller vara så att de anhöriga som vårdat länge tar kontakt eller ber om hjälp. I vissa av fallen är anhörigas situation så påfrestande att de inte orkar söka hjälp eller ta hänsyn till egna behov av hjälp (Sand, 2000). Denna upplevelse av bundenhet tycks uppstå över tid och de anhöriga som vårdat länge upplever detta i högre utsträckning i jämförelse med anhöriga som vårdat under kortare tid. Denna beskrivning ger även en fingervisning om att studiens resultat pekar på samma problematik. I detta resonemang tycks två utmaningar finnas, dels att få komma in i ett tidigt skede och erbjuda stöd för anhöriga dels innan den anhörigas upplevelse av bundenhet blir för svår att självmant ta sig ur. Det paradoxala här är att anhöriga tycks stå ut längre än de egentligen

orkar och hamnar istället omedvetet och smygande i den ovan beskrivna bundenheten som kan vara svår att bryta.

En annan grupp av anhöriga som generellt sett inte alltid uppmärksammas är barnen till anhöriga. Enligt tidigare studier får många omsorgstagare som är ensamboende i hög utsträckning hjälp från barnen. En markant ökning av omsorgsinsatserna till närstående har skett under perioden 1994-2000. Framförallt är det döttrarnas insatser som ökat kraftigt (Socialstyrelsen, 2004). I denna studie uppger knappt fyra av tio informanter att gruppen barn till närstående är svåra att erbjuda stöd. Antagligen finns många barn tillgängliga för omsorgstagaren, men deras behov är inte lika stort som andra grupper. I regel kanske barnen har ett annat socialt nätverk samt att de inte bor tillsammans med omsorgstagaren. Hade snarare frågan gjorts separat, hade möjligen resultatet visat en skillnad i jämförelse om det gällde döttrar till närstående eller söner till närstående.

8.2.3 Vården av den närstående

När frågan avsåg i vilken utsträckning samtal sker tillsammans mellan personal, anhörig och närstående uppger tre av fyra informanter att detta görs ofta. Var femte informant säger dock att denna form av samtal sker ganska sällan. Det är en ytterst en liten del av informanterna som upplever att denna form av samtal inte sker mellan de tre olika aktörerna. Det kan säkert skilja sig åt beroende på vilken typ av enhet man är anställd på, enhetens organisation, arbetssätt och vilken tid som finns tillgängligt. Överlag indikerar dessa siffror på att det fortfarande finns rutiner att utveckla för att samverkan dem emellan kan ske mer kontinuerligt. Att vara omsorgstagare och anhöriga är inget statiskt tillstånd utan behoven av stöd och samverkan kan variera över tid. Enligt Lund och Nolan (2000) bör anhöriga snarare ses som en resurs eftersom de som regel har bäst personkunskap kring omsorgstagaren samt att de kan få del av personalens kunskap om vård. Utifrån detta perspektiv bör ett samarbetsklimat etableras som innefattar att en tillitsfull relation byggs upp, där även anhöriga accepteras som samarbetspartners.

8.3 Samverkan med andra instanser

Samverkan kan ske utifrån olika grader, dels kan det vara en direkt samverkan mellan exempelvis olika yrkesprofessioner och anhörigkonsulent. Eller indirekt, där personal inom vård och omsorg informerar om exempelvis anhörigkonsulenternas verksamhet.

8.3.1 Information om anhörigkonsulterna

Hur informationen förmedlas till anhöriga om att anhörigkonsulterna finns att tillgå sker framför allt utifrån tre olika sätt med varierande frekvens. Det vanligaste sättet är att muntligen informera om att anhöriga finns att tillgå, detta gör sju personer av tio. Knappt var sjätte lämnar ut anhörigkonsulenternas informationsbroschyr. Drygt var tredje informant uppger att de hänvisar till stadsdelens hemsida för vidare information. När frågan gäller om informanterna själva är uppdaterad på stadsdelens/stadsdelarnas hemsida uppger var fjärde person att de i större eller mindre utsträckning är detta. I dagens samhälle sker mycket av informationsutbyte via nätet, sannolikt har även hemsidornas funktion möjliggjort att varierande enheter kan ha tillgång till uppdaterad information och föra detta vidare till anhöriga.

När frågan handlade om i vilken utsträckning anhöriga informerade om att anhörigstöd finns att tillgå uppger drygt var sjätte person att detta görs ofta. Enkäten gick som sagt ut till både informanter som möter anhöriga i varierande situationer, dels under tiden omsorgstagaren bor i bostaden eller när omsorgstagaren flyttat in på äldreboende. Detta pekar dock på att

information ges och att den kan ges på olika sätt. Många anhöriga är mottagliga för både muntlig, skriftlig information samt upprepad information. Det kan även vara så att vissa anhöriga som är barn till omsorgstagaren bor geografiskt längre bort och håller sig istället uppdaterad via hemsidan. En annan aspekt är att det i många fall måste kännas bra för personalen att kunna lotsa anhöriga vidare ifall det finns saker som de inte kan lösa direkt. I SOU (1999: 97) ges starka indikationer på att informationsinsatser bör finnas. Detta är något som tycks vara uppmärksammat hos informanterna. Kan information förmedlas kan det i alla fall vara ett första steg till att anhöriga, kanske inte direkt, men framöver överväger att ta emot det stöd som finns att tillgå.

8.3.2 Samverkan med anhörigkonsulenterna

Hälften av informanterna uppger att de i större eller mindre utsträckning samverkar med anhörigkonsulenterna. Det kan antagligen vara så att några specifika ur personalgruppen i större utsträckning har ett utökat samarbete med konsulenterna, exempelvis anhörigombuden. Det är antagligen inte rimligt att alla ur personalgruppen skulle vara i behov av en intensiv samverkan med konsulenterna. Det kan snarare ha betydelse vilken typ av organisation som har en nära samverkan med anhörigkonsulenterna och som indirekt skulle kunna påverka anhöriga att ta emot stöd. Lund & Nolan (2002) poängterar dock att problem kan finnas och tycks bero på hur yrkesprofessionella framställer de anhöriga. I enstaka fall kanske någon inte är tillräcklig uppmärksam på att anhöriga är en egen part i relation till omsorgstagarna. Om anhöriga istället ses som en resurs till omsorgstagaren är det inte lika troligt att anhöriga synliggörs i lika stor utsträckning och att samarbete med konsulenterna uteblir.

I enkäten fanns det med en fråga som handlade om enheten samverkar med andra instanser. Denna fråga ställdes allmänt och gäller inte enbart med tanke på stöd till anhöriga. Men kan nog vara ett indirekt stöd till anhörig i vetskap om att omsorgstagaren får behållning av ett sådant utbyte. Den vanligaste samverkansformen var med volontärverksamheter, varannan informant har uppgett att denna samverkan finns. Samverkan sker också med andra instanser, fast i mindre utsträckning. Ungefär två av tio personer nämner att enheten har frivilligorganisationer, samfund och anhörigföreningar som samverkanspartners. Ytterst få enheter har samverkan med invandrarföreningar. Det tycks skilja sig åt hur föreningar, verksamheter och andra organisationer väljer att förlägga sin del av verksamhet ute på exempelvis boenden och hemtjänst. Samt vilken samverkan som sker emellan dessa instanser och vård och omsorg instanser. Att så få informanter uppger att samverkan inte sker med invandrarföreningar väljer jag att inte spekulera i. Men som nämns tidigare tycks det svåra vara att ge betydelsefullt stöd till anhöriga med annan etnisk och språklig bakgrund (Krevers & Öberg, 2007). Den parallellen jag snarare väljer att göra är att det var så pass många anhöriga med annan språkbakgrund än svenska som var ”svåra att nå fram till” och erbjuda stöd. Är det allmänt så att det inom den offentliga sektorn inte ännu har utvecklats tillräckliga med bra former för hur olika kulturer kan mötas och dra nytta av varandra? Troligen finns behov av aktivitet från båda hållen, dels att enheterna påtalar behovet av föreningsverksamheter med mångkulturell inriktning, dels att dessa föreningar själva informerar om vad de kan erbjuda.

8.4 Att upprätthålla samt utveckla anhörigstödet på enheterna

Denna del utgår från ett organisationsperspektiv med frågor från enkäten som handlade om anhörigstödet på enheten samt om stöd efterfrågas som inte finns tillgängligt. Informanterna fick även uppge vilken tid som finns för att ge ett bra anhörigstöd. En fråga handlade om närmsta chefs inställning till enhetens arbete med anhörigstöd. Enkäten hade även frågor som gällde informanternas syn på enhetens arbetsätt/rutiner, nu och i framtiden. Följdfrågan till dessa handlade om hur detta förändringsarbete i så fall skulle kunna se ut på enheten. Till några frågor kunde utförligare svar lämnas.

8.4.1 Anhörigstödet på enheten

För att få en uppfattning om hur informanterna tycker att anhörigstödet fungerar generellt sett på enheten svarade var femte att anhörigstödet fungerade mycket bra medan hälften av informanterna är ganska nöjda. En fjärdedel tycker att anhörigstödet fungerar varken bra eller dåligt, endast en liten grupp på fem procent anser att anhörigstödet fungerar ganska dåligt. Överlag låter det som om denna siffra är bra och att det är få informanter som är missnöjda. Tolkar detta som om det finns mycket vilja och medvetenhet om vad ett bra stöd kan innebära och att enheterna överlag är nöjda med enhetens sätt att arbeta. Utmaningen kanske snarare ligger på ett strukturellt plan, hur enhetens arbetsätt och organisationen fungerar utifrån perspektivet stöd till anhöriga. Krevers och Öberg (2007) skriver att uppföljningar behöver göras i större utsträckning för att identifiera om stödet har effekt. Följdfrågan till detta resonemang är i vilken uträkning enheterna har möjlighet att prioritera och hinna med att utvärdera och följa upp anhörigstödet på enheterna.

8.4.2 Anhörigstöd som inte finns på enheten

Ungefär var tionde informant uppger att det är ganska vanligt att anhöriga efterfrågar stöd som inte finns på enheten. Resten av informanterna uppger att det i större eller mindre utsträckning är ovanligt. Det intressanta med denna fråga är vilket stöd som efterfrågas men som inte kan erbjudas. Två olika slags enheter, som kommer i kontakt med anhöriga i ett tidigt skede, har svarat skriftligt med liknande motiveringar. En informant skriver att anhöriga efterfrågar så kallade ”trygghetsplatser” som kan avlasta anhöriga som vårdar någon sjuk. En annan informant skriver att anhöriga önskar få ett ”löfte” och ett datum, en tid, i förväg för exempelvis korttidsplats/avlastningsplats. Avlastning kvällar och helger efterfrågas också av anhöriga. Antagligen hänger detta ihop med att närstående i större uträkning bor kvar i bostaden och önskar ett flexibla stöd. Gurner och Thorslund (2003) skriver att anhöriga efterfrågar ett mer anpassat stöd med plats exempelvis avlastning. Även de nyckelpersoner som Krevers och Öberg (2007) intervjuade önskade att de i högre uträkning skulle kunna tillgodose exempelvis växelvård.

8.4.3 Enhetens stöd till anhöriga i relation till tid

När frågan gällde om informanterna anser att enheten har tid för att ge ett bra anhörigstöd svarar nästan hälften av informanterna att de oftast har tillräcklig med tid. Var fjärde person upplever att de oftast inte har tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd. Många av informanterna arbetar på enheter som har många varierande arbetsuppgifter samt varierande uppdrag och organisationer. De informanter som anser att de inte har tillräckligt med tid kan troligtvis ha svårt att ha ett stadigvarande direkt stöd till anhöriga. Det kanske i vissa fall snarare sker när tillfället ges och är då av en mer sporadisk karaktär. Det kan därmed vara svårt att i vissa fall ha ett kontinuerligt direkt stöd till anhöriga (Grassman, 2003). Samt att det även indirekt kan bli svårt att arbeta i förebyggande syfte (SOU 1999: 97). En hindrande faktor tycks vara att det i exempelvis hemtjänsten finns alldeles för lite tid. Studiens empiri

visar att de som ansåg att det hade minst tid att ge ett bra anhörigstöd var framför allt hemtjänstpersonalen. En informant från hemtjänsten skriver att det måste avsättas mycket mera tid för anhörigstöd. Det låter snarare som om det är ett organisationsproblem i kombination med att hemtjänsten har omsorgstagaren som sin primära målgrupp. Möjligen bidrar det till att det är svårt att vara flexibel ifall anhöriga med kort varsel skulle behöva avlastning och utökad hjälp. Enligt Gurner och Thorslund (2003) önskar anhöriga att det fanns plats för spontana behov eller enstaka serviceinsatser. Det indirekta stödet i form av hemtjänst kan därmed vara svårt att tillfredsställa om behov finns.

8.4.4 Anhörigstödet nu och i framtiden

Informanterna fick även en fråga som handlade om vilken inställning närmsta chef hade till enhetens arbete angående anhörigstöd. Enkätens resultat visade att drygt 80 procent av informanterna ansåg att närmsta chef var positivt inställd, knappt 10 procent av informanterna ansåg att chefen är varken positiv eller negativ. Dessa siffror bekräftar att stöd till anhöriga är över lag förankrat hos chefen och att det därmed finns incitament att antingen börja eller fortsätta enheternas utveckling av anhörigstöd på arbetsplatsen. Tolkar även dessa siffror som att chefen är medveten, dels om anhörigas situation dels att de har en vilja till att förändra. För att få en uppfattning om vad som händer ute på enheterna ställdes frågan om enheten har genomfört några förändringar under det senaste året. Tabellen nedan ger en bild av om informanterna upplever att de skett några förändringar på enheten.

	Antal	%
Flera nya arbetssätt är genomförda	16	19 %
Enstaka nya arbetssätt är genomförda	27	31 %
Förändringar är på gång	6	7 %
Inga förändringar	17	20 %
Vet ej/ej svar	20	23 %

På många arbetsplatser har det skett en hel del förändringar samt att några informanter uppger att förändringar är på gång. Hälften av informanterna uppger att förändringar är genomförda på enheterna i större eller mindre omfattning. Eftersom frågan enbart gällde för ett år sedan och framåt säger inte materialet något om de enheter som möjligen har gjort förändringar tidigare. Det kan även vara så att vissa informanter inte heller har direkt koll på om enstaka förändringar är gjorda. Flertalet av dessa har nog valt att uppge att de inte vet. En informant som arbetar på primärvården skriver att ett äldrevårdsteam håller på att startas som förhoppningsvis kommer ge större möjlighet att uppmärksamma anhörigas situation. En informant från hemsjukvården skriver att de 1 ggr/månaden har anhörigträffar, utökad skriftlig anhöriginformation samt utökat samarbete med svenska kyrkan. Anhöriggrupper och anhörigträffar nämns också av olika informanter.

Empirin visar tydligt att de informanter som medverkat den fem dagars långa utbildningen har i högre grad förändrat arbetssätt/rutiner på enheten. Det som också bidragit till förändrade arbetssätt/rutiner kan även hänga ihop med närmsta chefs inställning, enheternas förändrade arbetssätt har troligen först blivit förankrat hos chefen. Det vore naturligtvis intressant att få kännedom om på vilket sätt och hur dessa förändringar inverkat på anhöriga, inklusive personalen. Det teoretiska resonemanget som förespråkarna framför är betydelsen av att det finns ett direkt stöd till anhöriga och som är prioriterat med anhörigas bästa i åtanke (Grassman, 2003). Ett annat mer konkret exempel är den så kallade expertmodellen. Ett

arbetssätt som förespråkare vill implementera inom vård och omsorg (Lund & Nolan, 2007). Om ett sådant förändringsarbete är genomförbart på exempelvis äldreboenden och hemtjänsten är det sannolikt att utvecklingen inom den offentliga sektorn är på väg åt rätt håll.

8.4.5 Enheternas utvecklig framöver

Utifrån ett organisationsperspektiv var det även intressant att få vetskap om vad informanterna tyckte om anhörigstödet på enheten nu och framöver. I enkäten ställdes några frågor som berörde detta område. De handlade om nuvarande arbetssätt/rutiner behöver göras annorlunda, om det fanns behov av att utveckla stödet till anhöriga samt om en fråga om förändringsarbetet på enheten, till denna fråga kunde informanterna skriva ner fler alternativ.

Första tabellen, 8.4.5 a vill visa vad informanterna tycker om enhetens anhörigstödsarbete i nuläget. Den andra tabellen, 8.4.5 b vill visa om informanterna tycker att det finns behov av att utveckla enhetens arbete kring anhörigstöd.

Tabell 8.4.5 a	Behövs nuvarande arbetssätt göras annorlunda	%
I stor uträkning	10	12 %
I mindre utsträckning	32	37 %
Varken mer eller mindre	19	22 %
I liten utsträckning	12	14 %
Nej, inte alls	13	15 %
Ej svar	0	0 %

Tabell 8.4.5 b	Finns det behov av att utveckla stödet till anhöriga	%
I stor uträkning	25	29 %
I mindre utsträckning	29	34 %
Varken mer eller mindre	17	20 %
I liten utsträckning	8	9 %
Nej, inte alls	7	8 %
Ej svar	0	0 %

Det som framträder här är att fler tycker (i stor eller mindre uträkning) att det finns behov av att utveckla stödet till anhöriga i jämförelse med nuvarande arbetssätt. Den tolkningen jag gör är att de arbetssätt/rutiner som redan finns kring stöd till anhöriga är informanterna mer nöjda med än hur utvecklingen generellt sett ser ut på enheten. Det är även fler som är nöjda med nuvarande arbetssätten/rutinerna. Informanterna har svarat att det i liten utsträckning eller inte alls behöver göras annorlunda. En reflektion jag gör men som inte kan utläsas här är om dessa enheter redan kommit långt i sitt utvecklingsarbete. Jag tror att en faktor i detta sammanhang är om enheten anser sig ha tillräckligt med tid eller inte för att ge ett bra anhörigstöd. Detta stöds av att drygt hälften av informanterna svarade att de skulle behöva mer avsatt tid för stöd till anhöriga på frågan om hur anhörigstödet skulle kunna utvecklas på enheten. I SOU (1999: 97) anges att för att stödet ska vara i förebyggande syfte bör stödinsatserna sättas in tidigt. Om inte enheterna har detta utrymme kan det i praktiken vara svårt att genomföra och utveckla ett förändringsarbete på enheterna.

8.4.6 Förändringsarbetet på enheten

När frågan handlade om hur detta förändringsarbete skulle kunna se ut på enheten svarade drygt hälften av informanterna att enheten skulle behöva mer avsatt tid för stöd till anhöriga. Detta tycks hänga samman med enkätens fråga om informanterna ansåg att den har tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd.Handledning är också något som är önskvärt att få, hur frekvent olika grupper har handledning kan jag inte uttala mig om men behovet tycks vara stort. Det är en stor utmaning för personalen att möta både anhöriga och närstående och självgående veta varför vissa anhörig reagerar och fungerar på ett visst sätt. Det tycks vara så att anhöriga kan utsättas både av belastning i form av stress (Tornstam, 2007) och/eller krisreaktioner (Edberg, 2002), olika tillstånd som kan vara svåra att uppmärksamma vare sig av närmsta nätverk och/eller av olika yrkesprofessioner.

Många informanter skulle också vilja ha kunskaper om anhörigas situation och behov av stöd, drygt var fjärde person hade detta som förslag på förändringsarbete. Kanske är det så att de som har gått projektets utbildning redan har mycket kunskap men tycker att fler behöver få tillgång till kompetensutveckling i anhörigfrågor. Möjligen kan denna fråga även hänga ihop med att så pass många informanter önskade sig handledning. Det kanske är först då, genom egen utbildning som personal kan utveckla enhetens och sina yrkesprofessionella former för stöd till anhöriga. Informanterna uttrycker att de även önskar sig bättre information från andra instanser om vilket stöd som kan erbjudas till anhöriga, drygt var fjärde person tyckte detta. Troligen kan denna fråga hänga samman med att var femte svarande uttryckte att inte enheten gav information om anhörigstöd till nyanställd personal. I sin tur kan det därmed vara svårt att upplysa anhöriga om vad som finns att erbjuda. Grassman (2003) poängterar vikten av att informationen ges till anhöriga om vilket stöd som finns att tillgå. I syfte att det i förlängningen kan generera till att de anhöriga som är i behov av stöd har möjlighet till en förbättrad livskvalité (SOU 1999: 97). Knappt var tredje person uppgav att enheten inte var i behov av ett förändringsarbete. Antagligen upplever flertalet av dessa informanter att det redan finns ett bra anhörigstöd på enheten. Informanterna fick också lämna förslag på andra alternativ hur förändringsarbetet skulle kunna se ut på enheten. En informant tycker att det vore mycket bra om flera i arbetsgruppen fick gå kursen som finns för ”anhörigstödjare”. En annan informant skulle vilja att enheten ordnade leva vidare grupper. Utmaningen med ett förändringsarbete på enheten tycks bero på vilken tid personalen anser sig ha till att ge stöd till anhöriga samt vilka interna/externa resurser som finns tillgängliga. Antagligen är detta förändringsarbete också beroende av hur enhetens uppdrag samt organisation ser ut.

8.5 Fördjupat resultat och analys

Under processens gång har jag insett att några av enkätens frågor skulle vara intressanta att analysera utifrån andra grupperingar och perspektiv. Dels att nedan beskrivna grupper har anknytning till studiens frågeställningar, valda teorier och/eller tidigare forskning. Dels att ett av syftena med projektet anhörigstöd i samverkan strävan efter att komma i kontakt med anhöriga i ett så tidigt skede som möjligt. Helst innan det börjar bli ohållbart och/eller akut både för anhöriga och närstående. Det var därmed intressant att få en uppfattning om det finns några specifika skillnader mellan dessa två olika grupper. Ur enkäten valde jag att titta närmare på några frågor som handlade om samtalet, enhetens samverkan med anhörigkonsulenter samt om grupperna anser sig ha tid med att ge ett bra anhörigstöd.

8.5.1 Tidigt stöd och upprätthållande stöd

Vägen in i anhörigrollen är i stor skala varierande och olika från fall till fall, rollen som anhörig kan komma hastigt efter att den närstående drabbas av en stroke. Eller successivt då den närstående drabbas av en demenssjukdom. Anhörigrollen börjar som regel lång innan

omsorgstagaren exempelvis flyttar in på ett äldreboende. Därmed är många anhöriga i behov av både direkt och indirekt stöd under tiden omsorgstagaren bor i bostaden.

De enheter som träffar anhöriga i ett tidigt skede har jag valt att kalla ”tidigt stöd” och representeras av enheter från stadsdelarna samt i landstingets regi. Enheterna inom landstinget (primärvårdsrehab, Sahlgrenska och vårdcentralerna) kan i många fall vara de instanser anhöriga och omsorgstagare är i kontakt med utan att hemtjänsten är inkopplad. De enheter inom kommunen, och som kan nå anhöriga i ett tidigt skede, är hemtjänsten, hemsjukvården, biståndsenheter och korttidsboenden. Ovan beskrivna enheter är betydelsefulla med tanke på att de kan informera om anhörigkonsulenternas verksamhet samt förmedla eget anhörigstöd i form av exempelvis anhörigsamtal, om enheten har en sådan utformning.

Gruppen ”upprätthållande stöd”, representeras av stadsdelarnas äldreboenden. Omsorgstagarens flytt in till ett äldreboende bidrar till att anhöriga hamnar i en ny och annan situation än innan. Behov av stöd till anhöriga varierar naturligtvis beroende på vilken relation som finns mellan omsorgstagaren och den anhöriga innan flytten. Även anhörigas tidigare erfarenhet av att själv vårdat omsorgstagaren påverkar. Här är det viktigt att den anhöriga får känna sig delaktig kring vården av omsorgstagaren. Även stöd för enbart den anhöriga bör här tas i beaktande.

8.5.2 Det gemensamma samtalet

Enkäten innehöll en fråga som handlade om i vilken utsträckning personalen, anhöriga och den närstående tillsammans medverkar i ett samtal kring vården om den närstående. Drygt tre av fyra från gruppen ”tidigt stöd” menar att detta sker ofta. I gruppen ”upprätthållande stöd” sker detta nästan lika frekvent, knappt tre av fyra informanter anser att detta görs ofta. Det tycks därmed inte vara någon direkt skillnad mellan grupperna. Resultatet pekar snarare på att samtal sker emellan de tre aktörerna men inte alltid. Troligen är det inte mer frekvent att dessa samtal sker på äldreboende än på annan enhet. Sand (2000) menar att utmaningen ligger i att både tillgodose anhörigas behov av stöd samt att tillgodose så att omsorgstagaren blir nöjd. Ett perspektiv som behöver etableras både under tiden omsorgstagaren bor i sin bostad och när flytt till ett äldreboende skett. Ett liknande resonemang förs av Lund och Nolan (2002), de lyfter att ett holistiskt synsätt behöver etableras som bygger på samverkan och samarbete sker mellan anhöriga, närstående och personalen, även om det primära målet är närstående. Denna samverkansform bör finnas både i exempelvis hemtjänsten och på äldreboenden. Även Edberg (2002) poängterar att när en flytt till ett äldreboende är aktuellt är det av betydelse om anhöriga får vara delaktig när hjälpen ska utformas kring omsorgstagaren.

8.5.3 Uppföljningssamtal

Om uppföljningssamtal görs med anhöriga visade det sig att detta görs i högre utsträckning i gruppen ”tidigt stöd”. Hälften av informanterna i denna grupp uppger att det görs uppföljningssamtal med anhöriga. Däremot görs uppföljningssamtal i mindre utsträckning hos gruppen ”upprätthållande stöd”, drygt var tredje informant i denna grupp menar att uppföljningssamtal görs. Det kan troligen ha att göra med yrkesprofessionernas uppdrag och inriktning inte är densamma som i gruppen ”upprätthållande stöd”. I gruppen ”tidigt stöd” är det troligen mer vanligt att anhörigas och omsorgstagarens situation förändras över tid och därmed måste stödinsatserna i större utsträckning anpassas beroende på aktuellt läge (Johansson, 2007). Å andra sidan är det relevant att följa upp anhöriga när omsorgstagaren flyttat in till ett äldreboende för att stämma av hur de uppfattar situationen. Många anhöriga kan både ha dåligt samvete samt känna sorg över att överlämnat omsorgstagaren i andras händer (Sand, 2000).

8.5.4 Samverkan

När det handlade om på vilket sätt anhöriga blir upplysta om att anhörigkonsulenterna finns att tillgå, är det åtta av tio från gruppen ”tidigt stöd” som lämnar deras broschyr samt att nästan nio av tio informerar muntligen om att anhörigkonsulenterna finns. Sju av tio hänvisar även till stadsdelarnas/stadsdelens hemsida. Siffrorna pekar på att de flesta har god kännedom om anhörigkonsulenternas verksamhet och sprider informationen vidare till anhöriga. Anhöriga kan på så vis få upplysningar om att det exempelvis finns avlastning att tillgå i bostaden. I gruppen ”upprätthållande stöd” är siffrorna obetydligt lägre. När frågan gällde i vilken utsträckning informanterna samverkar med anhörigkonsulenterna sker detta mer frekvent i gruppen ”tidigt stöd”, i jämförelse med gruppen ”upprätthållande stöd”. Det är å andra sidan rimligt eftersom det trots allt är viktigare att anhöriga får kännedom om anhörigkonsulenternas verksamhet tidigt och under tiden omsorgstagaren bor i sin bostad. Särskilt av de enheter där exempelvis inte hemtjänsten eller hemsjukvården är inkopplad. I alla situationer kanske anhöriga inte utnyttjar anhörigkonsulenternas verksamhet men kan kontakta dem om det är aktuellt framöver. Krevers och Öbergs (2007) studie visade att anhöriga ansåg att det var viktigt med information om stöd.

8.5.5 Tid för anhörigstöd

Anhörigrollen börjar som regel långt innan omsorgstagaren flyttar in på ett äldreboende, anhöriga kan därmed vara i behov av stöd i ett tidigare skede. I och med detta var det intressant att få en uppfattning om informanterna tycker att enheten har tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd, i respektive två grupper.

Tabellen 8.5.5 a representeras av de informanter som tillhör gruppen ”tidigt stöd”. Tabellen 8.5.5 b representeras av de informanter som tillhör gruppen ”upprätthållande stöd”. Översikten nedan vill visa upplevelsen av tid i förhållande till att kunna ge ett bra anhörigstöd på enheterna.

Tabell 8.5.5 a	”Tidigt stöd”	%
Vi har alltid tillräcklig med tid	1	2 %
Vi har oftast tillräckligt med tid	27	45 %
Vi har oftast inte tillräckligt med tid	29	48 %
Vi har aldrig tillräckligt med tid	3	5 %
Ej svar	1	0 %
Totalt	61	100 %

Tabell 8.5.5 b	”Upprätthållande stöd”	%
Vi har alltid tillräcklig med tid	6	25 %
Vi har oftast tillräckligt med tid	12	50 %
Vi har oftast inte tillräckligt med tid	4	17 %
Vi har aldrig tillräckligt med tid	2	8 %
Ej svar	1	0 %
Totalt	25	100 %

Informanternas upplevelse av arbetstiden i förhållande till anhörigstöd på enheten visade att drygt hälften från gruppen ”tidigt stöd” uppger att de inte har tillräckligt med tid för att kunna ge ett bra anhörigstöd. I gruppen ”upprätthållande stöd” anser var fjärde informant att de inte har tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd. Detta resultat visar tecken på att det är mer ansträngande för de enheter som möter anhöriga i ett tidigt skede och har därmed inte

tillräckligt med tid till sitt förfogande. Förmodligen beror detta på en rad orsaker. Vissa enheter möter anhöriga i en annan situation där kanske omsorgstagaren i första hand är det primära utifrån sitt uppdrag. Det finns helt enkelt inte samma utrymme i vare sig tid som resurser. På äldreboendena kanske personalen på ett annat sätt kan fokusera både på anhöriga och omsorgstagaren utan att man behöver prioritera. Grassman (2003) menar att anhörigstödet både behöver vara inriktat på ett direkt – indirekt stöd. Något som troligen kan vara svårt att verkställa i praktiken om inte exempelvis hemtjänsten får mer resurser till sitt förfogande. Antagligen en politisk fråga som behöver uppmärksammas i högre utsträckning än tidigare, särskilt om socialtjänstlagen kommer ändras till anhörigas fördel, dvs. att anhöriga som vårdar ska ha rätt till att få sina behov av stöd prövade.

9 Sammanfattande diskussion

Syftet med denna studie har varit att få en uppfattning om hur projektet anhörigstöd i samverkan mottagits hittills samt effekterna av detta. Nedan ges en sammanfattning av de viktigaste resultaten från studiens frågeställningar, inklusive en utveckling samt diskussion kring dessa resultat. Slutligen ges en diskussion kring vald metod, förslag på kommande forskningsfrågor samt en kortare reflexion.

Det direkta stödet i form av exempelvis enskilda anhörig- och uppföljningssamtal sker i mer eller mindre utsträckning beroende på professioner och verksamheter. I jämförelse mellan dessa två var det mindre frekvent att uppföljningssamtal görs. Hemtjänsten är den enhet som har lägst antal enskilda – och uppföljningssamtal med anhöriga. Detta resonemang kan sättas i relation till att det är hemtjänstspersonalen som uppger att de inte har tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd. Anhörigsamtal i grupp och framför allt anhörigräffar görs också i stor omfattning, men tycks variera beroende på enhet. Även här verkar dessa träffar inte ske lika kontinuerligt i hemtjänsten. Idag tycks inte informationsinriktade anhöriggrupper existera på lika bred front inom sjukvården på grund av att patienterna skrivs hem tidigare än förut. Enligt socialstyrelsen (2008) har hälften av platserna försvunnit sedan 1990-talets början, en effekt som bidragit till att omsorgstagaren idag skrivs ut snabbare. Kan denna ”informationsgruppsmodell” snarare vara applicerbar ute i kommunerna med tanke på att det skett en förskjutning från vård på sjukhusen till vård i hemkommunerna. Eftersom det enligt Socialstyrelsen (2008) tycks vara allt fler som återvända direkt hem efter sjukhusvistelsen eller återgår till bostaden efter en tid på korttidsboende. ”Informationsgrupperna” skulle kunna etableras ute i kommunala verksamheter och exempelvis finnas på korttidsboendena och hemtjänsten, i samverkan med aktuella instanser och yrkesprofessioner. Här skulle olika ”spetskompetenser” samlas, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, anhörigkonsulent, kurator samt olika representanter från primärvården. Krevers och Öberg (2007) har i sin studie funnit att anhöriga tycker det är viktigt med kunskap om information om stöd, omsorgstagarens hälsa och sjukdom.

Begreppet anhörigombud var innan studiens start helt okänt, samt att det under studieprocessens gång inte hittats något konkret skrivet om denna roll. En funktion som verkar vara en tillgång med tanke på stöd till anhöriga på enheterna. Denna funktion tycks i dessa två stadsdelar vara etablerade i många av verksamheterna. I SOU (1999: 97) bekräftas vikten av att anhöriga har en kontaktperson, möjligen kan anhörigombuden ha denna funktion ute på vissa enheter. Anhörigombudens funktion och utveckling skulle vara en intressant roll att studera mer ingående. Hur rollen fungerar i praktiken och på vilket sätt den skulle kunna utvecklas framöver. Följdfrågan till detta blir om det även finns anhörigombud med annan språkbakgrund än svenska. I så fall kanske enheterna på ett enklare sätt når ut med stöd till anhöriga med annan språkbakgrund än svenska.

Det är tydligt uppmärksammat hos informanterna att behovet av stöd till anhöriga ser olika ut, ett tecken på att anhöriga är synliggjorda utifrån individuella behov. Svårigheten ligger i att kunna erbjuda tillgängligt stöd. En problematik som möjligen kan vara frustrerande utifrån ett yrkesprofessionellt perspektiv. Att se att behov finns men att ett erbjudande inte alltid är förankrat hos den anhöriga. I studien framgår det att olika målgrupper kan vara "svåra att nå" och erbjuda stöd. Överlag skiljer det sig inte nämnvärt mellan olika grupper som är representerade i studien, utom i målgruppen anhöriga som nyligen börjat "vårda" närstående. Den bekräftar snarare att det finns goda chanser att arbeta i förebyggande syfte i samverkan med anhöriga, i förhoppning om att anhöriga skall uppleva mindre bundenhet (Sand, 2000). Den mer riktade samverkansformen där anhöriga är delaktig kring vården om den närstående tycks i denna studie vara väl utvecklad.

För att stöd till anhöriga ska vara i förebyggande syfte samt inriktas i ett tidigt skede är det väsentligt att information når ut till anhöriga om att stöd finns att tillgå. I denna studie är anhängkonsulenternas verksamhet väl uppmärksammat där informanterna upplyser anhöriga om att konsulenterna finns tillgängliga. En betydande information som troligen skapar trygghet. Anhöriga vet vem som ska kontaktas den dagen det är aktuellt med rådfrågning eller söka direktstöd och/eller indirekt stöd (Grassman, 2003). Däremot kan troligen samverkan mellan vissa enheter och anhängkonsulenterna utökas ännu mer med tanke på att stödet bör komma in i ett tidigt skede innan belastningen är allt för ansträngande (Sand, 2000). Det tycks dock finnas en uppbyggd "infrastruktur", där möjligheten för samverkan på olika fronter är möjliga, både i samverkan mellan anhöriga och yrkesprofessionella samt samverkan mellan olika enheter och anhängkonsulenterna.

Utifrån ett organisationsperspektiv är det framförallt till fördel om ett förändringsarbete är förankrat hos de med ledande positioner, något som visar sig vara etablerat i denna studie. Den hindrande faktorn i detta förändringsarbete tycks snarare vara avsaknaden av tid för att ge ett bra stöd till anhöriga. Eftersom allt fler omsorgstagare återvänder hem tidigare från sjukhuset, kan det innebära att tyngdpunkten, än mer måste läggas på omsorgstagarna (socialstyrelsen, 2008). Det blir snarare indirekt svårt att självständigt ute på enheterna tillgodose anhörigas behov av direkt stöd (Grassman, 2003). Därav vikten av att samverka med anhängkonsulenterna i ett tidigt skede, i syfte att arbeta både förebyggande samt förbättra den anhörigas livskvalité (SOU 1999: 97). En framgångsfaktor för projektet är att flertalet enheter har genomfört nya arbetssätt/rutiner utifrån aspekten stöd till anhöriga i kombination med den samverkansutbildningen i anhängstöd som pågår i projektets regi.

Forskningen och forskningsprocessen påverkas av en rad aspekter och detta resultat är endast baserat utifrån ett yrkesprofessionellt perspektiv, vars empiri enbart stöds med hjälp av enkätundersökningen. Studien visar inte heller i vilken utsträckning exempelvis anhängkonsulter eller andra professioner är inkopplade hos de enheter som kommer i kontakt med anhöriga i ett tidigt skede. Det finns mig veterligen ingen tidigare studie som har uppmärksammat fenomenet anhängstöd på enheter, därav har inte studien heller någon jämförbart material att vila sig mot. Under analysförfarandet hade det varit intressant att haft tillgång till någon jämförbar studie och se om kommunerna har kommit olika långt med ett förändringsarbete utifrån ett anhängstödsperspektiv. Hade snarare en liknade undersökning gjorts i en kommun där inte utvecklingspotentialen exempelvis varit lika stark och på så bred front hade de teoretiska perspektiven och tidigare forskning kunnat framträda utifrån helt andra grunder. Den valda metodstrategins fördel har varit att med hjälp av enkäten nå ut till många varierande enheter och informanter. Eftersom studien inte jämförts mellan exempelvis olika stadsdelar är inte heller studien av jämförande karaktär. Snarare en inblick i hur utformningen av anhängstödet ser ut just nu i stadsdelarna Frölunda och Tynnered. Enkäten

riktade sig inte heller till något specifikt område, varken mot enbart hemtjänsten, hälso-sjukvården eller äldreboenden.

Vid en summering av forskningsprocessen har studien bidragit till att kunskaperna och perspektivet i ämnet utvidgats. Under processens gång har iakttagelsen gjorts att vid några tillfällen särskilja på de enheter som kommer i kontakt med anhöriga i ett tidigt skede respektive de enheter som träffar anhöriga när omsorgstagaren flyttar in på ett äldreboende. I en kommande studie kan denna avgränsning vara intressant att fördjupa sig i ytterligare och exempelvis välja att se på anhörigstöd utifrån ”tidigt stöd”. De målgrupper som är av intresse att studera närmare är omsorgstagarens barn, anhöriga med annan kulturell bakgrund samt anhöriga som är make/maka.

Johansson (2007) skriver att utmaningen med en anhörigvänlig äldreomsorg är att det finns en ansträngd situation inom svensk äldreomsorg. Detta på grund av ett växande problem med att rekrytera, behålla och utveckla personalen inom vård och omsorgen. En problematik som kan påverka anhöriga både direkt och indirekt. Idag behövs ett omfattande och långsiktigt förändringsarbete inom vården för att skapa en anhörigvänlig äldreomsorg. Det krävs stora förändringar för att anhörig ska bli ”sedda”, bemötas med respekt och få erkännande för det de gör. Detta förändringsarbete behöver göras på många olika nivåer, exempelvis politiskt, av äldreomsorgens operativa ledning samt av vårdpersonal. Det handlar om ett långsiktigt arbete som berör grundläggande strukturer inom äldreomsorgen. Johanssons resonemang ligger till grund för att påvisa att detta förändringsarbete just nu är på väg att genomföras i stadsdelarna Frölunda och Tynnered.

Litteraturförteckning

Litteratur

- Bernler, G., Johansson, J. (2001). *Teorier för psykosocialt arbete*. Borås: Natur och Kultur
- Edberg, Anna-Karin (red.)(2002). *Att möta personer med demens*. Lund: studentlitteratur
- Grassman, J. (Red.) (2003). *Anhörigskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur
- Gurner, U., Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och kultur
- Hagberg, B., Rennemark, M. (2006). *Den åldrande människans psykologi: ett livsloppsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Johansson, Lennart. (2007). *Anhörig – omsorg och stöd*. Denmark: studentlitteratur
- Larsson S., § Lilja J., § Mannheimer, K. (2007). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Denmark: Studentlitteratur
- Mossberg Sand, Ann-Britt (2000). *Ansvar, kärlek och försörjning. Om anställda anhörigvårdare i Sverige*. Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen (Akad.avh.).
- Sand, Ann-Britt M. (2007). *Äldreomsorg - mellan familj och samhälle*. Poland: studentlitteratur
- Socialstyrelsen. (2002). *Anhörig 300-slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2008). *Lägesrapport om äldreomsorgen 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2004). *Framtidens anhörigomsorg. Kommer de anhöriga vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden?* Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2007). *Närstående till äldre - deras behov och användning av stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Svenning, Conny. (2003). *Metodboken*. Eslöv: Lorentz Förlag
- Tornstam, Lars. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Rabén Prisma
- Trost, Jan. (2007). *Enkätboken*. Poland: studentlitteratur

Tidsskrifter

- Lundh, U., § Nolan, M. (2002). *Anhörigas expertkunskap som utgångspunkt för samverkan och individuellt stöd*. Socialmedicinsk tidsskrift, 79 (2), 131-138.

Fackpress

Malmberg, B., & Sundström, G. (2006). *En miljon svenskar ger omsorg till en närstående*. Äldre i centrum, tidsskrift för aktuell äldreforskning, nr 2, 14-15.

Offentliga utredningar

SOU 1999: 97: *Socialtjänst i utveckling. Slutbetänkande från socialtjänstutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet

Elektroniska källor

Vetenskapsrådet: Vetenskapsrådets forskningsetiska principer

<http://www.vr.se/huvudmeny/etikforforskare/reglerochriktlinjer.4.2d2dde24108bef1d4a8800063.html> (2008-03-20)

Göteborgs stadskansli - statistikgruppen

<http://www.goteborg.se/statistik> (2008-03-25)

Göteborgs stads riktlinjer för äldreomsorgen. Beslutade i kommunfullmäktige 2006-02-23. Gäller från 2006-03-03. Reviderad, version 2, 2007-02-01.

http://www.goteborg.se/prod/sk/goteborg.nsf/1/tjanster,aldrefragor,dina_rattigheter,riktlinjer_for_aldreomsorgen?OpenDocument (2008-03-25)

Rättsliga källor

Socialtjänstlagen (2001: 453)

Artiklar

Social Qrage. Nr 2:2007. Gran, Tora: ”Många tunga år med mamma”.

Lucas, C- (2008, april, 10). Stärkt stöd till anhörigvårdare. *Göteborgs-Posten*, s. 54.

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Hej!

Inför examensarbetet på socionomprogrammet har kontakt knutits med anhörigkonsulenterna i Frölunda och Tynnered. Denna undersökning kommer vara underlag för mitt examensarbete som framöver presenteras på www.socwork.gu.se

Enkäten **Du** ska svara på innehåller frågor som bland annat handlar om anhörigstöd, samverkan och erfarenheterna av möten med anhöriga. Enkäten vänder sig till yrkesverksamma personer inom vård och omsorg. **Din** medverkan i undersökningen är viktig och värdefull för att examensarbetet ska bli genomfört på bästa tänkbara sätt.

Examensarbetet följer de etiska riktlinjerna som finns framtagna för forskning inom socialt arbete. Undersökningen görs helt anonymt och enkäten destrueras efter att den är bearbetad.



Besvara enkäten så snart som möjligt och det tar cirka 10-15 minuter att svara på frågorna. Det är OK att hoppa över någon fråga/frågor och i slutet på enkäten finns en större öppen fråga som kan besvaras. Markera gärna svarsalternativ genom att sätta ett i rutan.

Om du har några frågor om undersökningen är du välkommen och kontakta någon av oss

Maria Janz
Socionomstuderande
'Mail'

Linda Lane
Handledare
'Mail'

Tack på förhand för Din medverkan!

Göteborg April 2008

Maria Janz

Nedan följer frågor om dig, utbildning och anställning

1. Kön: man
 kvinna

2. Ålder: 24 år eller yngre
 25-34 år
 35-44 år
 45-54 år
 55 år eller äldre

3. Vilken utbildning har du?

Grundskola eller gymnasieutbildning
Annan eftergymnasial utbildning
Högskoleutbildning

Annan eftergymnasial utbildning, vilken?.....

4. Jag är anställd som:

Sjuksköterska
Sjukgymnast
Vårdbiträde
Arbetsterapeut
Undersköterska
Biståndshandläggare/bedömare
Kurator
Samordnare i hemtjänsten

Annat yrke, ange vilket?.....

5. Var är din arbetsplats?

Sahlgrenska universitetssjukhus
Somatisk avdelning i kommunen
Demens avdelning i kommunen
Korttidsboende i kommunen
Hemtjänsten
Hemsjukvården
Vårdcentralen
Socialkontoret
Primärvårdsrehab

Annan arbetsplats, ange vilken?.....

6. Hur länge har du varit anställd i stadsdelen? Om du inte är anställd i Frölunda/Tynnered, hur länge har du i din yrkesroll haft anknytning till stadsdelarna?

- 0-5 år
6-10 år
11-15 år
Mer än 15 år

7. Hur länge har du arbetat inom yrket?

- 5 år eller kortare tid
6-10 år
11- 15 år
16 år eller längre

8. Hur länge har du varit anställd på nuvarande tjänst?

- 5 år eller kortare tid
6 - 10 år
11-15 år
16 år eller längre

Nedan följer frågor om anhörigstöd på din arbetsplats
--

9. Hur ser anhörigstödet ut på din enhet? (*flera* svarsalternativ kan fyllas i)

- Närmsta chef har enskilda anhörigsamtal
De flesta ur personalen har enskilda anhörigsamtal
En eller några få ur personalen har enskilda anhörigsamtal
- Närmsta chef har anhörigsamtal i grupp
De flesta ur personalen har anhörigsamtal i grupp
En eller några få ur personalen har anhörigsamtal i grupp
- Närmsta chef har anhörigträffar/möten
De flesta ur personalen har anhörigträffar/möten
En eller några få ur personalen har anhörigträffar/möten
- Har enheten enskilda uppföljningssamtal med anhöriga Ja
 Nej
 Vet ej
- Inga av ovannämnda stöd erbjuds till anhöriga
Skriv gärna ner om annat anhörigstöd finns tillgängligt på enheten:

.....
.....

10. Finns anhörigombud på enheten?

- Ja
- Nej
- Vet ej

11. Efterfrågas stöd av anhöriga som inte finns tillgängligt på din enhet?

- Mycket vanligt
- Ganska vanligt
- Varken vanligt eller ovanligt
- Ganska ovanligt
- Mycket ovanligt

Skriv gärna ner stöd som efterfrågas och som inte finns tillgängligt:

.....

.....

.....

12. Ser behoven av stöd olika ut för anhöriga?

- Ja, det varierar mycket
- Ja, det varierar ganska ofta
- Nej, det varierar ganska sällan
- Nej, det varierar mycket sällan
- Nej, stödet varierar aldrig

13. Hur tycker du att anhörigstödet fungerar generellt sett på enheten?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Nedan följer frågor om möten med anhöriga
--

14. Finns det anhöriga som är ”svåra att nå fram till” och erbjuda stöd?

- Ja, i stor utsträckning
- Ja, i mindre utsträckning
- Varken mer eller mindre
- Nej, i lite utsträckning
- Nej, inte alls

15. Vilka grupper av anhöriga kan det i så fall vara? (*flera* svarsalternativ kan fyllas i)

- Anhöriga som nyligen börjat ”vårda” närstående
- Anhöriga som under lång tid ”vårdat” närstående
- Anhöriga med annan språkbakgrund än svenska
- Anhöriga som är barn till närstående
- Anhöriga som är maka/make till närstående
- Inga anhöriga är ”svåra att nå” och erbjuda stöd

16. I vilken utsträckning medverkar personalen, anhöriga och den närstående tillsammans i ett samtal kring vården om den närstående?

- Ja, mycket ofta
- Ja, ganska ofta
- Nej, ganska sällan
- Nej, mycket sällan
- Aldrig

17. Hur tycker du att relationerna generellt sett fungerar mellan dig och anhöriga?

- Har enbart positiva erfarenheter
- Har mycket positiva erfarenheter
- Har ganska positiva erfarenheter
- Varken positiva eller negativa erfarenheter
- Har ganska negativa erfarenheter
- Har mycket negativa erfarenheter

18. Uppstår det svårigheter i dialogen mellan anhöriga och personalen?

- Ja, mycket ofta
- Ja, ganska ofta
- Nej, ganska sällan
- Nej, mycket sällan
- Aldrig

Nedan följer frågor om information och samverkan

19. Vilken information om ytterligare anhörigstöd lämnar **du** till de anhöriga?
(*flera* svarsalternativ kan fyllas i)

- | | |
|---|---|
| Hänvisar till stadsdelens hemsida för vidare information om anhörigstöd | <input type="checkbox"/> |
| Visste inte att stadsdelens hemsida har information om anhörigstöd | <input type="checkbox"/> |
| Muntlig information lämnas om att anhörigkonsulenterna finns att tillgå | <input type="checkbox"/> |
| Visste inte om att anhörigkonsulent/er finns att tillgå | <input type="checkbox"/> |
| Anhörigkonsulenternas informationsbroschyr lämnas till anhöriga | <input type="checkbox"/> |
| Visste inte att informationsbroschyren finns att tillgå | <input type="checkbox"/> |
| En blankett skickas till anhörigkonsulenterna om att anhöriga vill bli kontaktade | <input type="checkbox"/> |
| Visste inte att en blankett kan skickas till anhörigkonsulenterna | <input type="checkbox"/> |
| Ber eller hjälper anhöriga att kontakta arbetsplatsens anhörigombud | <input type="checkbox"/> |
| Vet inte om det finns något att anhörigombud på arbetsplatsen | <input type="checkbox"/> |
| Informerar anhöriga om att gratis avlösning finns att tillgå i bostaden | <input type="checkbox"/> |
| Visste inte om att gratis avlösning finns att tillgå i bostaden | <input type="checkbox"/> |
| Informerar anhöriga om att gratis avlösning på 1200 kvadrat | <input type="checkbox"/> |
| Visste inte om att gratis avlösning finns att tillgå på 1200 kvadrat | <input type="checkbox"/> |
| Information ges till nyanställd personal om att anhörigstöd finns | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej |

20. I vilken utsträckning informerar **du** anhöriga om att stöd finns att tillgå?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Ja, mycket ofta | <input type="checkbox"/> |
| Ja, ganska ofta | <input type="checkbox"/> |
| Nej, ganska sällan | <input type="checkbox"/> |
| Nej, mycket sällan | <input type="checkbox"/> |
| Aldrig | <input type="checkbox"/> |

21. Är **du** uppdaterad på stadsdelens/stadsdelarnas hemsida om anhörigstödet?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Ja, i stor utsträckning | <input type="checkbox"/> |
| Ja, i mindre utsträckning | <input type="checkbox"/> |
| Varken mer eller mindre | <input type="checkbox"/> |
| Nej, i lite utsträckning | <input type="checkbox"/> |
| Nej, inte alls | <input type="checkbox"/> |

22. I vilken utsträckning samverkar du eller enheten med anhörigkonsulenterna?

- Ja, i stor utsträckning
- Ja, i mindre utsträckning
- Varken mer eller mindre
- Nej, i liten utsträckning
- Nej, inte alls

23. Sker samverkan på enheten med andra instanser? (*flera* alternativ kan fyllas i)

- Samfund
- Anhörigföreningar
- Volontärverksamheter
- Frivilligorganisationer
- Invandrarföreningar

Skriv gärna ner andra exempel på samverkan:

.....
.....
.....

Nedan följer frågor om anhörigstödet nu och i framtiden
--

24. Vilken inställning har närmsta chef gällande enhetens arbete angående anhörigstöd?

- Mycket positiv
- Ganska positiv
- Varken positiv eller negativ
- Ganska negativ
- Mycket negativ

25. Arbetar enheten på ett annat sätt idag med anhörigstöd än för ett år sedan?

- Ja, flera nya arbetssätt/rutiner är genomförda
- Ja, enstaka nya arbetssätt/rutiner är genomförda
- Nej, men förändringar är på gång
- Nej, inga förändringar
- Vet ej

Skriv gärna ner exempel på nya arbetssätt/rutiner:

.....
.....
.....
.....

26. Anser du att enheten har tillräckligt med tid för att ge ett bra anhörigstöd?

- Ja, vi har alltid tillräckligt med tid
- Ja, vi har oftast tillräckligt med tid
- Nej, vi har oftast inte tillräckligt med tid
- Nej, vi har aldrig tillräckligt med tid

27. Anser du att nuvarande arbetssätt/rutiner kring anhörigstödet behöver göras annorlunda på enheten?

- Ja, i stor utsträckning
- Ja, i mindre utsträckning
- Varken mer eller mindre
- Nej, i liten utsträckning
- Nej, inte alls

28. Anser du att det finns behov av att utveckla stödet till anhöriga på enheten?

- Ja, i stor utsträckning
- Ja, i mindre utsträckning
- Varken mer eller mindre
- Nej, i lite utsträckning
- Nej, inte alls

29. Hur skulle detta förändringsarbete kunna se ut på enheten? (*flera* alternativ kan fyllas i)

- Tillgång till eller utökad extern handledning
- Tillgång till eller utökad intern handledning
- Mer avsatt tid för stöd till anhöriga
- Ökad kunskap om anhörigas situation och behov av stöd
- Bättre samverkan med andra instanser
- Bättre information från andra instanser om vilket stöd de kan erbjuda till anhöriga
- Idag behövs inget förändringsarbete

Skriv gärna ner fler alternativ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

30. På vilket sätt har du **främst** kommit i kontakt med projektet ”anhörigstöd i samverkan”?
(välj **ett** svarsalternativ)

- Deltar just nu i projektets utbildning i anhörigstöd
- Har själv deltagit i projektets utbildning i anhörigstöd
- Genom arbetskamrater som deltagit i projektets utbildning i anhörigstöd
- Information om projektet från närmsta chef
- Vet inte om att projektet finns

På annat sätt, hur?

.....
.....
.....

Om du vill ytterligare lägga till något utifrån frågorna får du gärna skriva ner detta nedan:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tack för att du tog dig tid och svarade på denna enkät!