



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Det mellanmännsliga mötet
– en kvalitativ studie om anhörigkonsulenters arbetsmetoder inom
äldreomsorgen

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
VT-13
Författare: Nathalie Flyckt och Cecilia Karlsson
Handledare: Per-Olof Larsson

Abstract

Titel: Det mellanmännsliga mötet – en kvalitativ studie om anhängkonsulenters arbetsmetoder inom äldreomsorgen

Författare: Cecilia Karlsson och Nathalie Flyckt

Nyckelord: anhängstöd, stöd, anhänga, anhängkonsulenter

Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur arbetet som anhängkonsulent inom äldreomsorgen ser ut. Studiens frågeställningar är vilka former av stöd som erbjuds anhänga till äldre personer, på vilket sätt anhängstöd och sjukvård samverkar gällande anhänga till äldre personer samt hur stödet för män respektive kvinnor ser ut.

Studien har ett kvalitativt utgångsläge varav tolv anhängkonsulenter har intervjuats. Resultatet påvisar att informanterna erbjuder samtalsstöd i form av enskilda samtal och gruppsamtal, direkt stöd i form av exempelvis rådgivning och indirekt stöd i form av att till exempel hänvisa den anhänga rätt. Resultatet visar även att det finns en samverkan mellan anhängstöd och sjukvård men att den i många fall kunde ha fungerat bättre. Informanterna menar att det stöd de erbjuder män respektive kvinnor ser likadant ut. Det finns dock skillnader i vad anhänga efterfrågar; män önskar oftare än kvinnor enskilda samtal och kvinnor önskar oftare än män gruppstöd. Viktiga faktorer i arbetet som anhängkonsulent är att lyssna, bekräfta, synliggöra, skapa förtroende samt att vara kreativ och lösningsfokuserad.

Innehållsförteckning

1 Problemformulering	1
1.1 Inledning	1
1.2 Syfte och frågeställningar	3
1.3 Avgränsning och omfattning	3
1.4 Begreppslista	3
2 Bakgrund	4
2.1 Anhörigstödet bakgrund	4
2.1.1 Socialtjänstlagen	4
2.1.2 Äldreomsorg	4
2.1.3 Anhörigstödet utveckling i Sverige	4
2.1.4 Anhörigkonsulenter	5
2.1.5 Socialstyrelsens interventioner	6
2.1.6 Stöd till anhöriga	6
2.1.7 Anhöriga	7
2.1.8 Samverkan	7
2.1.9 Genus	8
3 Teori	9
3.1 Socialt stöd enligt Ulla-Carin Hedin	9
3.1.1 Det teoretiska begreppet socialt stöd	9
3.1.2 Definition av socialt stöd	9
3.1.3 Hedins sex kategorier av socialt stöd	9
3.1.4 Hedins kategorier tillämpat på anhörigstöd	10
3.2 Samverkan	11
3.2.1 Samverkan på strukturell nivå	11
3.2.2 Samverkan inom äldreomsorgen	11
3.3 Genus	11
3.3.1 Definition av genus	11
3.3.2 Genus inom omsorgen	11
3.4 Återkoppling till frågeställningarna	12
4 Tidigare forskning	12
4.1 Sammanfattning av tidigare forskning	15
5 Metod	16
5.1 Metodval	16
5.2 Urval	16
5.3 Tillvägagångssätt	17
5.3.1 Litteratursökning	17
5.3.2 Konstruktion av intervjuguide	17
5.3.3 Intervjugenomförande	18
5.3.4 Transkribering	18

5.4 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	19
5.4.1 Validitet	19
5.4.2 Reliabilitet	19
5.4.3 Generaliserbarhet	19
5.5 Forskningsetik	19
5.5.1 Etiska principer	19
5.6 Förförståelse	20
5.7 Metoddiskussion	20
5.7.1 Begränsningar med kvalitativ studie	20
5.7.2 Metodologiska konsekvenser	20
5.8 Analysmetod	21
6 Resultat och analys	22
6.1 Enskilt samtal och gruppsamtal	22
6.1.1 Enskilt samtal	22
6.1.2 Gruppsamtal	24
6.2 Direkt stöd och indirekt stöd	26
6.3 Samverkan	29
6.4 Genus	31
7 Sammanfattande analys och diskussion av resultat	32
7.1 Sammanfattande analys	32
7.2 Sammanfattande svar på frågeställningarna	34
7.3 Jämförelse av materialet med tidigare forskning	34
7.4 Avslutande diskussion	36
7.5 Vidare forskning	37
Referenser	38
Bilaga 1. Missiv	42
Bilaga 2. Intervjuguide	43

1 Problemformulering

1.1 Inledning

Att vara nära anhörig till någon som drabbats av sjukdom kan vara tungt och ensamt (Sand 2002). Det kan vara en självklarhet för många att finnas där och stötta exempelvis sin partner, förälder eller syskon och man kan känna att man vill ta hand om sin närstående på egen hand i hemmet. Det kan i sin tur resultera i en för stor börda för den anhöriga själv att bära då den anhöriga inte har kraft och ork eller kanske är sjuk själv. Många kan även uppleva att det kan vara svårt att be andra om hjälp, då man inte vill tynga närstående med sina problem (Socialdepartementet 2008). Att stödja en närstående är inte ovanligt då drygt var femte vuxen person hjälper någon i sin närhet på det sättet (Socialstyrelsen 2012, b). En del av dessa är anhöriga till äldre och det är dem vi vill framlyfta i studien.

För att underlätta för anhöriga till äldre, funktionshindrade samt långvarigt sjuka infördes en ändring i socialtjänstlagen år 2009, vilken innebär att alla socialnämnder i Sverige ska erbjuda anhörigstöd (SFS 2009:549). Det kommunala anhörigstödet som finns i varje kommun erbjuder därför stöd i form av exempelvis avlastning och stödsamtal enskilt och i grupp, vilket ges utav en anhörigkonsulent. Enligt Länsstyrelsens undersökning kan man utläsa att kommunerna valt att organisera anhörigstödet på varierande sätt. En del kommuner har utsett en person som är huvudansvarig för anhörigstödet och andra har utsett flera personer som delar ansvaret. Utbildningen hos de personerna varierar mellan undersköterskeutbildning och högskoleutbildningar såsom legitimerad sjuksköterska eller biståndshandläggare (Larsen, Eriksson & Johansson 2009).

En anledning till att det är så pass utbrett att vårda en närstående kan vara att man som make/maka vill hålla äktenskapslöftena ”till döden skiljer oss åt”. I artikeln ”Förbjudna känslor när livskamraten blir sjuk” av Anna Asker i Svenska Dagbladet (2011), beskriver en sjukhuspräst dilemmat och menar att sjukvården lastar över ett alltför stort ansvar på de anhöriga. Artikeln belyser även de anhörigas motstridiga känslor kring anhörigskapet. Många som är i denna situation är helt utmattade och kan önska att personen inte fanns för att sedan få skuldskänslor för sina tankar. Enligt vår mening kan detta indikera ett behov av anhörigstöd och att sjukvården borde bli bättre på att informera om anhörigstöd till de anhöriga. Ett annat dilemma anhöriga kan uppleva är att rollen som vårdare är påtvingad. Uppgiften som anhörigvårdare kan beläggas den anhöriga av omgivningen utan att det är den anhörigas önskan, vilket kan leda till ett inre tvång (Sand 2002). Vi tror att det kan vara en utsatt situation att befinna sig i och behovet av stöd är därmed av stor betydelse.

För att underlätta för de anhörigas komplicerade situation bör man sträva efter samverkan mellan olika instanser. Då äldre personer ofta är i kontakt med vårdcentral och sjukhus kan det vara en inledande kontakt med den sjuke och den

anhöriga (Socialdepartementet 2008). En del kommuner redogör för ett misslyckat samarbete med primärvården, då de inte visat något intresse. Andra kommuner visar på ett fungerande samarbete där anhängkonsulenten exempelvis besöker vårdcentralen en gång i veckan (Larsen, Eriksson & Johansson 2009). Vid en fungerande samverkan tänker vi att sjukvårdspersonalen bör informera och hänvisa den anhöriga till anhängstödet verksamhet. På detta sätt har man en större chans att nå de anhöriga i ett tidigt skede, vilket kan motverka att den anhöriga sliter ut sig. Vi menar att samverkan mellan de olika instanserna är viktig för att uppnå ett gott resultat för alla parter.

Enligt Sand (2002) kan sjukvårdspersonal uppfatta manliga och kvinnliga anhöriga på olika sätt och tilldela dem olika roller. Enligt Socialdepartementet (2008) skiljer sig de anhörigas situation åt beroende på om den anhöriga är man eller kvinna. Män tycks oftare ha hemtjänstpersonal och närstående till hjälp medan kvinnor i större utsträckning upplever sig vara ensamma i sitt anhängskap. Vi funderar därmed kring huruvida stödet till anhöriga kan se olika ut beroende på den anhörigas kön.

Något som kan tänkas ha en inverkan på att anhöriga inte uppmärksammas är att man inte talat om anhängstöd under socionomutbildningen. Vi finner det betydelsefullt att under utbildningen belysa anhängstöd då det finns anledning att anta att vi i vårt yrkesliv kommer att stöta på anhöriga och att kunskapen om anhängstöd därmed är viktig att förmedla. Det kan ses som en reflektion av samhället då utbildningen inte synliggör anhängstöd, vilket kan spegla av sig på samhället.

Under vår praktik, som vi utförde som kurator på sjukhus och som biståndshandläggare inom äldreomsorgen, stötte vi på anhöriga som befann sig i denna situation. Vi upplevde att de många gånger var olyckliga och att de kände sig ensamma, men att de inte alltid uppmärksammades. Ofta fokuserade omsorgspersonal och omgivning endast på den sjuke och den anhöriga hamnade i skymundan. Detta bekräftas även i Sand (2002) som menar att anhörigas kunskap om den sjuke inte alltid tillvaratas av omsorgspersonalen. Om omsorgspersonal och omgivning haft större vetskap om anhängstöd hade detta kanske kunnat undvikas och den anhöriga hade istället kunnat ses som en resurs. Vi insåg att anhöriga befinner sig i en komplicerad situation och vi kände ett intresse och engagemang för dem.

Det är viktigt att belysa anhängstödet verksamhet så att fler får vetskap om den, då det är många anhöriga som inte vet att det finns hjälp att få och kämpar ensamma i onödan (Socialstyrelsen 2012, b).

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur arbetet som anhängkonsulent inom äldreomsorgen ser ut.

Studiens frågeställningar är;

- Vilka former av stöd erbjuds anhängiga till äldre personer?
- På vilket sätt samverkar anhängstöd och sjukvård gällande anhängiga till äldre personer?
- Hur ser stödet ut för män respektive kvinnor?

Studien kommer att utgå från Ulla-Carin Hedins (1994) teoretiska begrepp *socialt stöd* samt begreppen *samverkan* och *genus*, vilka kommer att behandlas i kapitel tre.

1.3 Avgränsning och omfattning

Vår studie bygger på anhängkonsulenters uppfattningar om anhängstöd inom äldreomsorgen och utgår från deras perspektiv. Vi kommer därför inte att intervjua de anhängiga.

Omfattningen av anhängkonsulenter i Sverige kan antas vara stor då lagstiftningen gällande anhängstöd uttrycker att det sedan år 2009 ska finnas i varje kommun.

1.4 Begreppslista

Anhängiga: Personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har ett funktionshinder. En anhäng anses vara en person inom familjen eller släkten som stöder en annan. Det kan även vara en granne eller vän (Prop. 2008/09:82).

Långvarigt sjuka: Kroniskt sjuka personer med en långvarig sjukdom som inte går att bota. Exempelvis personer med Alzheimers, Parkinson, diabetes, astma och allergier (Prop. 2008/09:82).

Äldre: personer som är 65 år och äldre (Prop. 2008/09:82).

Funktionshindrade: Med funktionshindrade menas personer som har fått exempelvis demenssjukdom, stroke, personer med psykiska funktionsnedsättningar eller utvecklingsstörning (Prop. 2008/09:82).

Anhängstöd: Olika insatser som vars syfte är att stärka den anhängigas situation genom psykiska, fysiska och sociala åtgärder. (Prop. 2008/09:82)

Särskilt boende: Boende i egen lägenhet där det även finns gemensamma utrymmen, för personer över 65 år. Det finns tillgång till personal dygnet runt (Socialstyrelsen 2013).

2 Bakgrund

2.1 Anhörigstödet bakgrund

2.1.1 Socialtjänstlagen

För att förstå anhörigstödet verksamhet är det viktigt att känna till socialtjänstlagens mål då lagen omfattar den kommunala socialtjänstens arbete, vilket anhörigstödet är en del av. Enligt socialtjänstlagen 1 kap 1 § (SFS 2001:453) är socialtjänstens mål att främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska arbeta för att frigöra enskilda och gruppers egna resurser och bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Det är denna lagstiftning som är grunden till anhörigverksamheten då man säkerställer att även de anhöriga inkluderas i socialtjänstlagens mål.

2.1.2 Äldreomsorg

I syfte att få en överblick av anhörigstödet bakgrund inom äldreomsorgen är den förändring som Ädelreformen innebar under 1990-talet av vikt att ha kunskap om. Ädelreformen infördes år 1992 och innebar att kommunen fick det övergripande ansvaret för äldres vård och omsorg. Det resulterade i att man hade större möjlighet att ge sjukvård i äldres hem (Löfström 2010). Ädelreformen hade två övergripande syften, dels att effektivisera resurserna inom äldre och handikappomsorgen och dels att öka integriteten, tryggheten och valfriheten genom att skapa förutsättningar för att det ska kunna genomföras (Johansson 1995). Som en följd av Ädelreformen har sjukhusets vårdtider reducerats, vilket har inneburit att äldre personer återvänder till hemmet med större omvårdnadsbehov och kommunens resurser fokuseras på dem medan äldre personer med mindre behov ställs utanför systemet (Socialdepartementet 2008). Enligt en lägesrapport från Socialstyrelsen (2013) är det färre antal äldre som bor i särskilt boende, korttidsboende eller får geriatrisk vård och det är fler som får omfattande hemtjänst. I och med att antalet äldre som bor hemma har ökat kan det antas att det blir en större belastning för de anhöriga då den sjuke inte flyttar från hemmet, vilket även visar sig genom att anhöriga som stöttar närstående har ökat. Enligt Sand (2002) kan orsaken till att anhöriga har ökat vara att antalet äldre ökat samt att den medicinska utvecklingen har resulterat i färre dödliga sjukdomar. Sand (2002) menar att anhöriga får huvudansvaret för den sjuke istället för samhället. Enligt Socialstyrelsen (2013) kompliceras därmed de anhörigas situation och de upplever att de inte får det stöd som de är i behov utav från kommunen och önskar att kommunerna ska ta ett större ansvar för omsorgen.

2.1.3 Anhörigstödet utveckling i Sverige

I och med ovannämnda Ädelreform kom de anhörigas situation att belysas under 1990-talet och det resulterade i ett projekt inom äldreomsorgen där stödet till anhöriga utvecklades. Enligt Winqvist (2010) infördes det år 1996 särskilda tjänster för detta ändamål såsom anhörigkonsulenter och kontaktpersoner.

År 1997 föreslogs en ändring i socialtjänstlagen som menade att kommunerna bör erbjuda stöd till anhöriga som vårdar en närstående. Det utformades som en frivilliginsats i syfte att kommunen skulle ha ett stort inflytande i utformningen av stödet (Prop. 2008/09:82).

Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (Prop. 1997/98:113) presenterades år 1998 och som en följd av det startade Anhörig 300, som innebar att staten under en treårsperiod tilldelade kommunerna ekonomiska medel i syfte att utveckla stödet för anhöriga. Enligt Socialstyrelsen blev satsningen lyckad då fler anhörigvårdare uppmärksammades och deras situation lyftes fram (Prop. 2008/09:82). De brister som framkom efter Anhörig 300 var enligt Winqvist (2010) att det krävdes fler individuellt anpassade stödinsatser och att det även måste anpassas till den sjukes fördel.

Den 1 juli 2009 ändrade man i socialtjänstlagen 5 kap 10 § från att socialnämnden *bör* erbjuda stöd till att socialnämnden *ska* erbjuda stöd (Prop. 2008/09:82). Den nuvarande lagstiftningen ser ut på följande vis; 5 kap 10 § Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder (SFS 2009:549).

I dagens Sverige finns det enligt Socialstyrelsen ett behov utav en utveckling av anhörigstöd. Enligt en artikel på Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen 2012, b) saknar 40 procent av Sveriges kommuner inarbetade rutiner för stöd till anhöriga. Artikeln uppmärksammar även kommunernas svårigheter att nå fram till anhöriga tidigt. Socialstyrelsen menar att dessa brister är något som kommer behöva arbetas vidare med.

2.1.4 Anhörigkonsulenter

Benämningar på arbetstitlar och utbildning på personalen som arbetar med anhörigstöd kan variera. Några av Sveriges kommuner har avsatta tjänster, så kallade anhörigkonsulenter, medan det i andra kommuner exempelvis är en biståndshandläggare eller en sjuksköterska som utför arbetet (Larsen, Eriksson & Johansson 2009). De kan kallas bland annat för närståendesamordnare, anhörigambassadör, anhörigkonsulent och anhörigombud. Titlarna kan beskriva uppdraget eller funktionerna i arbetet. Anhörigkonsulenten, anhörigsamordnaren, närståendekonsulenten och närståendesamordnaren ansvarar för att arrangera anhörigstödet. Anhörigambassadören, anhörigombudet, närståendeambassadören och närståendeombudet, som kan vara en undersköterska eller sjuksköterska, har istället som uppgift att hänvisa till och informera anhöriga och personal om kommunens anhörigverksamhet (Larsen & Schmidtbauer 2009). Personalen har fått en utbildning i att arbeta med anhörigfrågor och tjänstgöringsgraden inom anhöriguppdragen varierar kommunvis, man kan arbeta alltifrån 10 procent till heltid. Även uppdragens utvecklingsmöjligheter kan se olika ut från kommun till kommun (Larsen, Eriksson & Johansson 2009). Det finns även frivilligarbetare som är aktiva inom området som bidrar utan ekonomisk ersättning med att

exempelvis vara ett sällskap eller att spela och sjunga (Larsen & Schmidtbauer 2009).

2.1.5 Socialstyrelsens interventioner

Socialstyrelsen (2012, a) har utformat riktlinjer för hur interventioner, stödåtgärder, kan se ut som anhängkonsulenter erbjuder till anhöriga som vårdar äldre. Då interventionerna kan vara varierande och gå in i varandra har Socialstyrelsen (2012, a) delat in dem i tre grupper; utbildningsprogram, psykosocialt stöd och kombinationsprogram, alltså interventioner som innefattar flera olika delar. Med utbildningsprogram menas att den anhöriga informeras om sjukdomen som personen de vårdar har. Det kan exempelvis vara information om hur sjukdomen kan tänkas utvecklas, vilka reaktioner som är normala, hur den anhöriga enklare kan hantera situationen samt hur dialogen och kontakten med den sjuka kan tänkas bli bättre. Ytterligare information som kan ges till de anhöriga är information om vad det finns för stöd att få och hur den anhöriga kan få ta del av det stödet. Den andra gruppen av interventioner är psykosocialt stöd. Det kan innebära att den anhöriga ges möjlighet att tala med andra anhängvårdare för att dela med sig av sina upplevelser kring anhängskapet och därmed få känslomässigt stöd. Även utbildning och stresshantering kan höra till. Den tredje och sista gruppen av interventioner som Socialstyrelsen (2012, a) talar om är kombinationsprogram. Med det menas att de anhöriga erbjuds en kombination av de övriga två interventionerna utbildningsprogram och psykosocialt stöd. Detta kombinationsprogram syftar till att, till skillnad från utbildningsprogrammet, erbjuda övning för den anhöriga att bli mer avslappnad och känna mindre stress. Det kan också handla om problemlösning eller att den anhöriga får ägna sig åt någon aktivitet för sig själv. Tidigare nämnda stöd kan ske i olika former, till exempel i hemmet, i grupp, enskilt, via internet eller dvd. Målet med dessa insatser är att de personer som vårdar en närstående ska få en ökad livskvalitet, minskad belastning samt att risken för att anhöriga ska drabbas av depression reduceras. Målet för den sjuke är genom insatserna att antalet beteendeproblem bland äldre ska minskas, intagningen på särskilt boende ska reduceras samt att den sjuke ska få en förbättrad funktion eller att i alla fall en försämring ska försenas. Socialstyrelsen (2012, a) belyser även insatsen avlösning, vilken kan ske i form utav korttidsvistelse, växelboende samt dagverksamhet. Målet med insatsen är att ge anhöriga möjlighet till återhämtning.

2.1.6 Stöd till anhöriga

Det kan innebära svårigheter att vara anhäng, vilket är viktigt för anhängkonsulenterna att känna till i syfte att ge ett bra anhängstöd. För att anhängkonsulenterna ska ge rätt stöd anser Winqvist (2011) att det krävs att stödet är individanpassat och flexibelt samt att det inte är styrt av strikta bestämmelser. Winqvist (2011) menar att forskning påvisat att anhöriga identifierar svåra situationer i anhängskapet såsom existentiella och emotionella problem. Enligt undersökningar är enskilda samtal något som anhöriga har ett stort behov utav. Winqvist (2011) urskiljer olika vinster för gruppstöd respektive enskilt stöd. Vid ett individuellt stöd uppmärksammas fördelar såsom att de anhöriga får ett högre allmänt välmående samt en reducerad vårdböda. Fördelen

med gruppstöd är att de närståendes symptom kan minskas. Winqvist (2011) menar att det kan vara svårt för anhöriga att själva veta vilka stödinsatser som de är i behov utav. Många anhöriga vill få stöd genom information, kunskap, lättillgänglig avlösning, samtal samt ekonomiskt stöd. Ytterligare ett exempel på en form av stöd som anhöriga efterfrågar är bekräftelse. Anhörigkonsulenten bekräftar i samtalet den anhörigas livssituation och erfarenheter genom att lyssna på vad den anhöriga har att berätta, vilket kan resultera i att den anhöriga känner sig sedd och tagen på allvar. En annan viktig del som de anhöriga behöver är vägledning till olika instanser och personer för att kunna få rätt stöd. De anhöriga har även möjlighet att få stöd av en anhörigkonsulent vid en konfliktsituation med någon verksamhet som de har kontakt med (Winqvist 2011).

2.1.7 Anhöriga

Anhörigstödet målgrupp är de anhöriga och det är därför viktigt att identifiera de anhöriga och belysa deras behov av stöd. Enligt Socialdepartementet (2008) delas anhöriga in i tre olika grupper såsom anhörigvårdare, omsorgsgivare och hjälpare. Anhörigvårdare är oftast en make/maka i åldrarna 75-84 år som stöttar sin partner i det gemensamma hemmet, omsorgsgivare är en person som ger hjälp till exempelvis grannar eller andra närstående utanför sitt hem och hjälpare är en person som stöttar en anhörig någon enstaka gång per vecka eller mindre som de inte bor i samma hushåll som. Sand (2002) påvisar ytterligare en grupp, de anställda anhörigvårdarna, som är anställda för att ta hand om sin anhörig.

Det kan vara relationen och känslan av förpliktelse som bidrar till att man vill arbeta som anställd anhörigvårdare. Det vanligast förekommande är att hustru och döttrar arbetar med detta och genomsnittsåldern på den som vårdar är mellan 45-64 år. Av de anställda anhörigvårdarna har cirka hälften en anställningstid på fyra år och drygt en femtedel har varit anställda över tio år (Sand 2002).

Socialstyrelsen (2012, a) menar att undersökningar som utförts påvisar ett samband i att ju mer omsorg en anhörig ger, desto sämre mår de. Att till exempel vara anhörig till personer med demenssjukdom kan ge konsekvenser. Undersökningar har visat att anhöriga har fått nedsatt immunförsvar, förhöjda blodtrycksvärden, de använder mer psykofarmaka samt har en sämre hälsa än andra i jämförelsestudier. Det går även att utvärdera att anhöriga till personer med Alzheimers sjukdom har en ökad depressionsrisk, sämre socialt liv, lägre fysisk aktivitet samt sömnbrist (Prop. 2008/09:82). Dessa faktorer kan därför antas påvisa att anhöriga är i ett stort behov utav stöd. Det finns dock studier som menar att äldre anhöriga även uppger positiva hälsfaktorer av att ge stöd (Socialstyrelsen 2012, a).

2.1.8 Samverkan

Samverkan mellan kommun och landsting gällande anhörigstöd har tidigare inte ansetts vara nödvändigt då kommunen haft huvudansvaret för anhörigstöd. Ett nytt perspektiv har förankrats och numera finns det en strävan till samarbete mellan kommun och landsting. Genom att samverka kan kommunen exempelvis få tidiga indikationer av landstinget på att stödja anhöriga då de ofta inledningsvis

uppsöker sjukvården och blir därefter av dem informerade och hänvisade till det kommunala anhörigstödet. En del kommuner uppger att försök till samverkan med landstinget har misslyckats då landstinget inte har medverkat på möten som kommunen bjudit in till (Larsen, Eriksson & Johansson 2009). Enligt Socialdepartementet (2008) är ett bra samarbete mellan kommun och landsting viktigt i syfte att kunna erbjuda stöd till anhöriga som inte har några kommunala insatser samt att kommunen får veta vilka de anhöriga är som behöver stöd. Vid en god samverkan mellan dem får de anhöriga stöd i ett tidigt skede. Även Winqvist (2010) poängterar att samverkan mellan anhöriga, frivilligorganisationer samt kommuner och landsting är betydande för anhörigstödet.

Ett resultat utav bristande samverkan kan tänkas vara att det enligt Socialstyrelsen (2012, a) är en fjärdedel av de anhöriga som ger omsorg till en närstående som vet om att kommunen måste erbjuda stöd för att underlätta för dem. Studien visade dock på att tre fjärdedelar av anhörigvårdarna inte behövde stödinsatser.

2.1.9 Genus

Bemötandet och förväntningarna på de anhöriga kan enligt Sand (2002) se olika ut beroende på könstillhörighet, vilket är något som kan tänkas förekomma även inom anhörigstödet verksamhet. Sand (2002) exemplifierar en situation som belyser de olika förväntningar män respektive kvinnor kan ha på sig. En man vars fru drabbats av stroke blir erbjuden tillgång till sjukvårdspersonal dygnet runt för att avlastas i det anställda anhörigvårdararbetet medan en kvinna vars man är svårt sjuk förväntades att säga upp sitt heltidsarbete och istället anställas som anhörigvårdare. Förväntningarna på kvinnan verkade vara att en bra maka bör vårda sin man i hemmet medan det inte fanns några sådana förväntningar på mannen.

Det är av intresse att känna till könsuppdelningen mellan anhörigvårdarna till äldre. Enligt Winqvist (2010) utförs 60-70 procent av den informella omsorgen av kvinnor medan omsorgen mellan äkta makar inte påvisar några könsskillnader. Winqvist (2010) menar att det i större utsträckning är döttrar som ger omsorg till den sjuke än vad söner gör samt att döttrars insatser har ökat i jämförelse med söners. Enligt Socialdepartementet (2008) är det dubbelt så vanligt att mannen får hjälp av sina barn än att kvinnorna får det vid ett omfattande omsorgsarbete av en närstående. Sand (2002) menar att det är 85 procent av de anställda anhörigvårdarna som är kvinnor. Det finns flera orsaksförklaringar till att det ser ut på detta vis, ur ett historiskt perspektiv är det kvinnorna som har tagit det största ansvaret för omsorgen och kvinnor förväntas ta det ansvaret i högre utsträckning än män. Dessutom kan det tänkas vara mer lönsamt att kvinnor arbetar som anhörigvårdare än män ur ett ekonomiskt perspektiv då kvinnor oftare har en lägre lön (Sand 2002).

3 Teori

3.1 Socialt stöd enligt Ulla-Carin Hedin

3.1.1 *Det teoretiska begreppet socialt stöd*

Socialt stöd är ett teoretiskt begrepp som belyser anhängstödets verksamhet på ett bra sätt, då de olika stödinsatserna som anhängkonsulenter erbjuder kan innefattas i det. Enligt Hedin (1994) är det vanligt att man delar in stöd i olika underkategorier och begrepp. Hedin (1994) har valt att använda begreppen konkret och praktisk hjälp, instrumentellt stöd, kognitivt stöd, feedback, emotionellt stöd och nätverksstöd, vilka beskrivs mer utförligt nedan. Teorin om socialt stöd har utvecklats i olika riktningar varav Ulla-Carin Hedins (1994) teoretiska begrepp är en av dem. Generellt kan det sägas att socialt stöd handlar om den som tar emot stöd och hur stödmottagaren påverkas utav det. Socialt stöd behandlar alltså oftast inte givarens, eller i detta fall anhängkonsulentens, upplevelser av att ge stöd utan den effekt det får för de anhöriga.

3.1.2 *Definition av socialt stöd*

Genom en definition av socialt stöd kan innebörden av det teoretiska begreppet enklare förstås. Enligt Hedin (1994) kan det vara svårt att identifiera vad socialt stöd är då det inte finns någon fastställd definition utav det. Tidigare forskare har antingen fokuserat på en betydelse av begreppet medan senare forskare har upplevt att det har varit mer komplext och därför angett fler betydelser i definitionen. De vanligaste dimensioner som man förknippar med socialt stöd är enligt Hedin (1994:29) "[...] relationer och sociala band, resurser som utbyts i en interaktion och som mottagaren behöver samt upplevelse eller känsla hos mottagaren". Relationer och sociala band innebär att stöd tillgängliggörs i samspel med andra människor. Resurser som utbyts mellan människor vid en interaktion rör sig om hjälpanhandlingar och innebär att mottagarens behov blir tillfredsställda. Socialt stöd gällande mottagarens upplevelse och känsla syftar istället till både handlingar och känslan av samhörighet till en person eller grupp. Det stöd som anhängkonsulenter ger kan tänkas innefattas av dessa definitioner av stöd.

3.1.3 *Hedins sex kategorier av socialt stöd*

Ulla-Carin Hedin har skrivit avhandlingen "Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom" (1994) där hon sammanställer sex olika kategorier av begreppet socialt stöd på en arbetsplats.

Konkret och praktisk hjälp innebär att stötta på ett praktiskt sätt och att hjälpa den enskilde att lösa problem, exempelvis vid transporter och att ge ekonomisk hjälp.

Instrumentellt stöd är ett problemlösande synsätt där fokus ligger på att underlätta i personens arbetsliv vilket exempelvis kan ske genom att omstrukturera arbetsuppgifter.

Kognitivt stöd innebär att ge vägledande hjälp och råd angående arbetssituationen.

Med feedback menas att respons ges angående den utförda arbetsinsatsen eller uppträdandet på arbetet samt personens handlingar.

Emotionellt stöd innebär ett känslomässigt stöd i form av samtal där den enskilde ges utrymme att uttrycka sina känslor och att få stöd i det.

Med nätverksstöd menas att den enskilde deltar i ett sammanhang i form av en gemenskap med andra människor.

3.1.4 Hedins kategorier tillämpat på anhörigstöd

Vi ser användbarheten av Ulla-Carin Hedins sex begrepp och genom att vi applicerar Hedins sex kategorier på anhörigkonsulenternas arbetsmetoder kan teorin om socialt stöd härledas till anhörigstödet verksamhet.

Konkret och praktisk hjälp kan för anhörigkonsulenter innebära att fylla i blanketter och ringa samtal för den anhörigas räkning. Detta för att fungera avlastande för den anhöriga i dess situation då den anhöriga kanske saknar resurser att utföra detta på egen hand.

Instrumentellt stöd kan ges exempelvis genom att den anhöriga får avlastning i och utanför hemmet, att den sjuke blir beviljad särskilt boende, hemtjänst och dagverksamhet samt får hemvårdsbidrag.

Kognitivt stöd innebär att anhörigkonsulenter ger den anhöriga information och kunskap. Andra kognitiva stödformer som anhörigkonsulenter kan erbjuda är utbildningar och att ge råd till anhöriga.

Med feedback menas att anhörigkonsulenter bekräftar den anhöriga genom att återkoppla både negativa och positiva faktorer i den anhörigas vardagsupplevelser.

Emotionellt stöd innebär att den anhöriga blir bemött utav anhörigkonsulenter på ett känslomässigt sätt med empati, förståelse och stöttning. Emotionellt stöd kan ges i ett stödsamtal då den anhöriga ges utrymme att tala ut om sina tankar och bekymmer och blir lyssnad på.

Med nätverksstöd menas att den anhöriga är med i ett socialt sammanhang där den kan få uppleva gemenskap och sammanhållning. Inom anhörigverksamheten erbjuds detta i form av gruppsamtal och andra aktiviteter i grupp.

3.2 Samverkan

3.2.1 Samverkan på strukturell nivå

Enligt Lindberg (2009) är en orsaksförklaring till att organisationer samverkar att de på det viset kan åstadkomma saker de inte kan på egen hand. Lindberg (2009) menar att samhällets resurser tillvaratas på ett bättre sätt samt att det resulterar i ett gott bemötande för individen. Samverkan belyses ofta när samspelet mellan organisationer inte fungerar, vilket exempelvis kan visa sig genom att organisationerna inte tar ansvar för de personer som hamnar i skymundan. Enligt Hjalmarsson och Norman (2005) är samverkan inte målet utan redskapet till att nå goda samhällseffekter vilket även gynnar den enskilde.

3.2.2 Samverkan inom äldreomsorgen

Kommuner och landsting har enligt Hjalmarsson och Norman (2005) en skyldighet att samverka inom äldreomsorgen. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen belyser att kommuner och landsting ska samverka på individnivå och samhällsnivå. Det är viktigt att samverka då samhällsresurserna tas tillvara och den äldre får effektivare hjälp och stöd. Faktorer som kan förhindra ett samarbete mellan kommun och landsting är att båda organisationerna har ekonomiska svårigheter. Det kan resultera i en ansvarsförskjutning då varken kommun eller landsting vill ta det ekonomiska ansvaret (Hjalmarsson & Norman 2005).

3.3 Genus

3.3.1 Definition av genus

Genus är ett teoretiskt begrepp som kan innehålla flera betydelser och dimensioner. Enligt Gunnarsson och Szebehely (2009) är kön ett maktförhållande vilket varje möte mellan människor präglas utav. Gunnarsson och Szebehely (2009) har valt att använda biologiskt kön och socialt kön när de talar om genus. Socialt kön beskrivs som en social konstruktion där människor dagligen skapar föreställningar om vad som är kvinnligt och manligt genom att upprätthålla könsrollerna. Gunnarsson (2009) definierar detta ytterligare då hon menar att biologiskt kön innebär människans fysiska kön medan det sociala könet har en kulturell innebörd.

3.3.2 Genus inom omsorgen

Det svenska välfärdssystemet innebär att alla landets medborgare ska ha samma tryggheter och rättigheter när de blir äldre och sjuka. Szebehely (2009) menar dock att det finns en könsskillnad inom äldreomsorgen då kvinnor i större utsträckning än män är omsorgsgivare. Det förekommer oftare att kvinnan är informell omsorgsgivare bland makar utan något stöd från samhället än mannen som i en liknande situation oftare får offentlig hjälp. Det finns dock studier som visar att det många gånger är jämlikt mellan kvinnor och män gällande den offentliga hjälp de erhåller.

3.4 Återkoppling till frågeställningarna

Vi kommer främst att fokusera på vår första frågeställning; ”vilka former av stöd erbjuder man anhöriga till äldre personer?” där vi använder teorin om socialt stöd enligt Ulla-Carin Hedin. De övriga frågeställningarna; ”på vilket sätt samverkar anhörigstöd och sjukvården gällande anhöriga till äldre personer?” och ”hur ser stödet ut för äldre män respektive äldre kvinnor?” anser vi vara kompletterande perspektiv till teorin om socialt stöd där vi behandlar de teoretiska begreppen samverkan och genus.

4 Tidigare forskning

Det finns mycket skrivet om anhörigvårdares upplevelser av att vara anhörig och vilka stödåtgärder de önskar få, exempelvis tidskriftsartiklarna ”Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study” av Dunér (2010), ”Impact of caregiving on Finnish family caregivers” av Toljamo, Perälä och Laukkala (2012) samt ”Stroke family caregivers’ support needs change across the care continuum; a qualitative study using the timing it right framework” av Cameron, Naglie, Silver och Gignac (2013). Det är däremot svårare att hitta tidigare forskning med anhörigkonsulenter som utgångspunkt som behandlar deras uppfattningar om anhörigstöd, vilket kan tänkas bero på att det är en förhållandevis ny yrkesgrupp. I tidskriftsartiklarna som följer tas olika stödformer upp och vikten av att bli erbjuden stöd, betydelsen av nätverk, upplevelser och effekter av anhörigskap, samverkan och genus. Detta är ett axplock av artiklar vilka är intressanta för vår studie.

Tidskriftsartikeln ”Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context” av Wiles (2003) handlar om 30 anhörigvårdares upplevelser av formellt stöd i Ontario, Kanada. Studien undersöker deras kunskap och uppfattningar samt erfarenheter av formellt stöd. Resultatet visar bland annat att kännedomen om det formella stödet var litet och att många anhörigvårdare hade velat ha hjälp i ett tidigare skede än vad de fick. Författaren menar att information om stöd ska vara lättillgängligt och exempelvis påvisa vilket stöd som erbjuds, ge information om diagnoser och behandlingar, vilka juridiska rättigheter som finns samt ge ekonomisk information. Det är just information som anhörigvårdarna anser vara den viktigaste tillgången. Författaren menar även att det är nödvändigt att stödet som ges är lämpligt, tillgängligt och effektivt. Anhörigvårdarna uttrycker att de behöver stöd i form av att få hjälp med att identifiera behov på ett förebyggande sätt samt att få bekräftelse och uppmuntran i att hitta och be om stöd som passar dem.

Artikeln ”Supporting hospice volunteers and caregivers through community-based participatory research” av MacLeod, Skinner och Low (2011) belyser behovet av att stärka det sociala stödet för anhörigvårdare till närstående som har en livshotande sjukdom i Kanada. Artikeln har sin utgångspunkt inom en lokal

hospiceorganisation där personalen uppmärksammade att vårdgivarna sökte hjälp i anhörigskapet först när de informella nätverken runt dem var uttömda. Personalen påtalade därmed ett behov av evidensbaserade sociala stödåtgärder för vårdgivarna. Forskningens målsättning var att identifiera, prioritera och genomföra sociala stödinsatser för vårdgivare som ger stöd till palliativ vård, såsom hospicevolontärer och familjemedlemmar. Studien har sammanställts med hjälp av fyra fokusgrupper och nio personliga dagböcker där 39 volontärer och anhörigvårdare har deltagit. Studiens resultat påvisar att kommunikation, känslomässigt stöd, utbildning, opinionsbildning och den utmattning anhörigvårdaren upplevde var de viktigaste faktorerna som man behöver satsa på. Detta bör ske både på organisatorisk nivå och på individnivå genom att erbjuda professionellt stöd, att ta emot hjälp från frivilligarbetare, att erbjuda fortbildning, att stödja och följa upp exempelvis via telefon. Författarna menar att insatserna för att tillfredsställa vårdgivarnas behov har varit begränsade inom den palliativa vården. Fokusgrupperna med anhörigvårdare uttryckte ett antal dilemman som de hade svårigheter att hantera, bland annat kommunikation vilket innebär svårigheter med att prata med den övriga familjen och grannar, känslomässiga utmaningar såsom upplevelser av sorg, oförutsägbarhet och förlust samt hälso- och sjukvårdssystemet där man menade att det var viktigt att bli lyssnad på.

I tidskriftsartikeln ”Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver’s burden: development and effect after 6 and 12 months” av Andrén och Elmståhl (2008) görs en jämförelse mellan anhörigvårdare till personer med demens som erhåller psykosociala interventioner och anhörigvårdare till personer med demens som inte gör det i Sverige. Jämförelsen grundas på 308 anhörigvårdare som är 70 år och äldre; 153 som erhåller psykosociala interventioner och 155 som inte gör det. Syftet med studien var bland annat att utvärdera effektiviteten av psykosociala interventioner med utgång i anhörigvårdarnas uppfattning om belastningsbörda och förnöjsamhet. Upprepade mätningar gjordes 6 och 12 månader senare. Resultaten visar att de anhörigvårdare som erhöll psykosociala interventioner upplevde en betydligt lägre belastningsbörda och en ökning av förnöjsamhet efter sex månader och även efter 12 månader. De anhörigvårdare som inte erhöll psykosociala interventioner visade ett avtagande av förnöjsamhet. Författarna menar att anhörigvårdarna som erhöll psykosociala interventioner fick bäst resultat när de nåddes i ett tidigt skede i demenssjukdomen. Studien visar därmed att psykosociala interventioner med ett definierat syfte att exempelvis ge information och att erbjuda samtalsgrupper har betydande positiva effekter för anhörigvårdare till personer med demens gällande belastningsbörda och förnöjsamhet.

”The impact on informal care-giving networks on adult children’s care-giver burden” av Tolkacheva, Broese van Groenou, de Boer och van Tilburg (2011) är författad i Nederländerna. Tidskriftsartikeln belyser vuxna barns situation som informella vårdgivare till sina äldre föräldrar samt de vuxna barnens behov av ett nätverk för avlastning. Resultatet i artikeln påvisar att ett vuxet barn upplevde vårdbördan som mindre när nätverket för informella vårdgivare var större, när fler former av uppgifter var delade över nätverket, när vårdgivandet var delat under en

längre period och när det vuxna barnet inte hade några oenigheter med de andra medlemmarna i nätverket. Artikeln belyser därmed vikten av att ha ett nätverk som anhörig.

Ytterligare en tidskriftsartikel som tar upp vikten av nätverk är ”The effectiveness of support groups in increasing social support for kinship caregivers” av Strozier (2012). Författaren menar att anhörigvårdare i USA många gånger kan känna sig isolerade från vänner och familj och ensamma i sitt anhörigskap. För att få träffa andra i en liknande situation och därmed få stöd finns anhörigrupper, vilket artikeln visar har en stor betydelse för de anhöriga. Det görs en jämförelse mellan anhöriga som deltar i en stödgrupp och anhöriga som inte deltar och resultatet blev att de som deltog i en stödgrupp upplevde en signifikant högre känsla av socialt stöd än de som inte deltog. Dessutom tog de som deltog mer hjälp av formellt stöd såsom exempelvis föräldragrupper, kyrkmedlemmar, sjukvård och skola medan de som inte deltog i en stödgrupp i större utsträckning tog hjälp av informellt stöd såsom familj, vänner, grannar och barn. Författaren menar att sådana stödgrupper därmed är av betydelse för anhörigvårdare och deras närstående då det även underlättar för dem och att användandet av stödgrupper således borde öka.

I tidsskriftsartikeln ”The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life” av Andersson, Ekwall, Hallberg och Edberg (2010) belyser författarna upplevelsen av att vara anhörig till en äldre person, som är 75 år eller äldre, i livets slutskede i Sverige. De menar att situationen som anhörigvårdare både kan vara känslomässigt och fysiskt betungande men även att det kan vara tillfredsställande att kunna hjälpa till i den sista fasen i livet. Författarna menar att upplevelsen av att vara anhörig kan förstås som och innebära att vara en hängiven partner under färden mot det ofrånkomliga slutet, att fokusera på den döende personens behov, att göra justeringar i det vardagliga livet, att känna det övergripande ansvaret, att kämpa med det kommunala systemet och hälso- och sjukvårdssystemet och att erhålla styrka från det stöd man får. Ett betydande resultat författarna fann var att de anhöriga behöver bli bekräftade av professionella och ha tillgång till professionell hjälp vid behov samt att fungera som ett komplement och stöd till den anhöriga när dennes egna resurser och styrkor försvagas. Det är också av betydelse att den anhöriga ges möjlighet att fortsätta vara involverad i sin närståendes omvårdnad, för att uppfylla sin egen önskan om av att få vara anhörigvårdare. Enligt författarna kan det vara livsomvälvande och kan upplevas som en vändpunkt att bli anhörig då det innebär stora förändringar i synen på sig själv och på omvärlden. Artikeln påvisar att de anhöriga anpassade sina liv till den grad att de blev isolerade vilket påverkade deras egen livssituation och ibland även deras egen hälsa. De anhöriga anpassade sina liv så mycket vilket resulterade i att de inte kunde delta i arbetslivet, umgås med familjen eller ha ett socialt liv. Det verkar därmed vara av vikt att ge de anhöriga en central roll i de närståendes liv och att de tillåts medverka i omvårdnaden av den närstående i den utsträckning de själva önskar. Ytterligare en viktig aspekt som författarna belyser är att det finns utrymme inom hälso- och sjukvårdssystemet att erbjuda resurser och avlastning när den anhöriga behöver

stöd och andrum. Vetskapen om att det finns hjälp att få när den anhöriga behöver den kan enligt artikeln resultera i att den anhöriga känner sig trygg och kan fokusera på sin närstående.

Artikeln ”The desire for control: negotiating the arrangement of help for older people in Sweden” av Dunér och Nordström (2010) belyser de erfarenheter som äldre personer, deras anhöriga och de kommunala omsorgscheferna har vid en förhandling gällande den omsorg äldre personer behöver i vardagen då de inte längre kan klara sig själva. Resultatet i artikeln visade att de olika aktörerna hade motsatta intressen som gjorde det svårt för alla parter att bli nöjda med resultatet av förhandlingen. Författarna menar att många anhöriga till äldre personer ofta vill vara involverade i planeringen och behovsbedömningen kring den äldre, men att de känner sig åsidosatta och exkluderade då omsorgschefer och lagen hävdar den äldres rätt till självbestämmande. De anhöriga vill se ett samarbete dem emellan eftersom de anser sig vara en resurs och vill säkerställa att deras äldre får den hjälp de behöver, men ges inget utrymme att påverka utan upplever istället att de inte når fram. Författarna betonar således vikten av att utforma metoder och arbetssätt för samverkan mellan de olika aktörerna gällande hjälp till den äldre.

Tidskriftsartikeln ”Gender differences regarding informal caregivers of older people” av del-Pino-Cassado, Frias-Osuna, Palomino-Moral och Martinez-Riera (2012) undersöker könsskillnader bland informella vårdgivare som hjälper äldre funktionsnedsatta individer som är 65 år eller äldre i Spanien. Författarna har utgått från hypoteser vilka behandlar könsskillnaden i vårdbördan, omvårdnadens varaktighet, den subjektivt upplevda vårdbördan samt tillfredställelsen av att ge omsorg bland informella vårdgivare till äldre personer. I artikeln redovisar författarna resultatet som påvisar att det inte fanns några betydande könsskillnader gällande vårdbördan, omvårdnadens varaktighet och tillfredsställelse. Det fanns däremot en könsskillnad gällande den subjektivt upplevda vårdbördan då kvinnor i större utsträckning än män uppfattade detta som tyngre. Enligt författarna förväntas det bli ett större antal äldre personer med funktionshinder då livslängden i industriländerna förmodas öka, vilket troligtvis kommer att resultera i ett större behov av långtidsvård. Dessa personer är många gånger omhändertagna av familjen, oftast kvinnorna, men det kan förekomma skillnader i olika länder. I artikeln belyses även att det är en stressfylld situation som anhörigvårdaren befinner sig i och att det kan vara skadligt för dennes hälsa. Eftersom kvinnor är överrepresenterade bland informella vårdgivare löper de en större risk än män att drabbas av ohälsa (del-Pino-Cassado m.fl. 2012).

4.1 Sammanfattning av tidigare forskning

Den tidigare valda forskningen visar sammanfattningsvis att anhörigvårdare anser att information om det formella stödet är viktigt och att kännedomen om stödet som finns att tillgå är begränsat. Artiklarna belyser även behovet av att stärka det sociala stödet för anhörigvårdare och behovet av ett nätverk där de anhöriga kan

träffa andra i en liknande situation samt få avlastning. Ytterligare något som påtalas i artiklarna är vikten av psykosociala interventioner då anhöriga som erhåller det upplever en mindre belastning och ökad nöjdhet samt att anhängskapet kan innebära en försämrad fysisk och psykisk hälsa. Dessutom beskriver artiklarna att anhöriga önskar en större delaktighet gällande den närståendes omvårdnad samt att det finns en könsskillnad i den subjektiva upplevelsen av att vårda en närstående då fler kvinnor än män känner en tyngre vårdbörd.

5 Metod

5.1 Metodval

Vi har valt att göra en kvalitativ studie, vilken enligt Bryman (2011) fokuserar på hur informanterna upplever sin situation. Ryen (2004) menar att kvalitativa forskare studerar företeelser och de betydelser de har för människor och försöker genom en studie förklara och förstå dem. Studiens syfte och frågeställningar utformades utifrån vår önskan om att få en ingående förståelse av anhörigstöd, vilket den kvalitativa metoden erhåller (Ryen 2004). Vår undersökning har ett deduktivt utgångsläge vilket innebär att vi först bestämde oss för vilken teori vi ville använda och samlade därefter in empiri utifrån den valda teorin (Bryman 2011). Detta för att öka precisionen i vårt intervjumaterial och få det strukturerat.

Orsaken till att vi valde teorin om socialt stöd enligt Hedin är att den behandlar stöd på ett relevant sätt för vår studie. Den har även sex olika stödformer som vi anser vara användbara för det stöd anhängkonsulenter ger eftersom de alla ryms inom Hedins sex begrepp. Som ett förtydligande påvisar Socialdepartementet (2008) att anhörigstödet bland annat bör erbjuda enskilda stödsamtal, vilket exempelvis ryms inom Hedins begrepp emotionellt stöd. Teorin om socialt stöd hjälper oss därmed att besvara syftet med vår studie.

5.2 Urval

Vid en sökning på Göteborgs Stads hemsida under stöd till anhöriga fann vi kontaktuppgifter till anhängkonsulenter i de olika stadsdelarna och mailade därefter dem. Vi kontaktade även anhängkonsulenter i kommunerna Kungälv, Ale, Lilla Edet och Tjörn för att få ett bredare underlag. Därmed är det inte sagt att tidigare nämnda stadsdelar och kommuner valde att delta i studien. Vi valde att skicka en förfrågan till dessa kommuner då vi genom ett studiebesök mottagit informationsmaterial där kontaktuppgifter till anhängkonsulenter i de kommunerna var angivna. Då vår studie riktar sig till anhöriga till äldre personer var det anhängkonsulenter inom det området som vi kontaktade.

Enligt Bryman (2011) är urvalet bland informanterna i vår studie målinriktat då vi valde ut informanter som var adekvata för att besvara studiens syfte och frågeställningar.

Våra förfrågningar resulterade i att tolv anhängkonsulenter ville delta i vår studie. På grund av de etiska principerna som utlovar att informanterna ska förbli anonyma i studien väljer vi att inte redovisa informanternas kön. De anhängkonsulenterna vi intervjuade hade varierande utbildningar, bland annat demenssjuksköterska, demensundersköterska, undersköterska, fritidspedagog och socionom. Vi fann även en skillnad i tjänstgöringsgrad då en del anhängkonsulenter hade heltidstjänster medan andra enbart hade en viss procent som anhängkonsulent och resten av tjänstgöringsgraden var förlagt inom ett annat yrke. En del anhängkonsulenter hade kollegor medan andra inte hade det. Anhängkonsulenternas uppdrag kunde även variera på så vis att en del anhängkonsulenter enbart ansvarade för anhängstöd inom äldreomsorgen medan andra hade ansvar för anhängstöd inom äldreomsorgen samt även anhängstöd inom andra verksamheter såsom funktionshinder och missbruk.

5.3 Tillvägagångssätt

5.3.1 Litteratursökning

Till en början sökte vi på Göteborgs Universitets sökmotorer Summon och GUNDA samt LIBRIS. Vi har bland annat använt sökorden; anhängstöd, anhäng, stöd, äldreomsorg, samverkan och genus. På så vis fann vi främst böcker. Vi sökte även på Socialstyrelsens hemsida, nationellt kompetenscentrum anhängas hemsida, äldrecentrums hemsida och FoU i Västs hemsida där vi fann rapporter och andra publikationer som var av intresse för vårt ämnesval. Vi har även sökt i databasen ”Social services abstracts” och Summon när vi sökt efter tidigare forskning, såsom tidskriftsartiklar. Vi har då använt oss utav sökorden; older people, next of kin, social support, caregiver, gender, cooperation, relatives och formal support. Vi har begränsat vår sökning till att innefatta tidskriftsartiklar från år 2003 t.o.m. år 2013.

5.3.2 Konstruktion av intervjuguide

Vi utformade en intervjuguide där vi utgick från vårt syfte och våra frågeställningar. Vi formulerade sex intervjufrågor utifrån Hedins (1994) sex begrepp i teorin socialt stöd, en fråga som syftade till att komplettera alla stödformer och en fråga vardera om samverkan och genus, (se bilaga 2). Ryen (2004) menar att det är en fördel att intervjuguiden är strukturerad i förväg då man enklare undviker att intervjumaterialet blir för brett. Enligt Kvale (2009) finns det olika typer av intervjufrågor och vi har främst använt oss utav direkta frågor som innebär att intervjuaren ställer en rak fråga angående det man vill veta. Det var lämpligt i vårt fall att använda denna typ av fråga då vi visste att vi ville utgå från Hedins sex kategorier av stöd. Vi valde att lägga till ytterligare en fråga för att säkerställa att vi fick med allt stöd de erbjuder. På våra två sista frågor som berör

genus och samverkan valde vi att formulera dem som öppna frågor. Kvale (2009) menar att öppna frågor ofta ger omfattande svar och att de ger informantens beskrivningar av någonting. Då våra frågeställningar om samverkan och genus var av generell art valde vi att formulera öppna intervjufrågor.

5.3.3 Intervjugenomförande

Intervjuerna var semistrukturerade vilket enligt Bryman (2011) innebär att intervjuaren utgår från en lista med förhållandevis öppna frågor att ställa till informanten, vilket möjliggör att svaren blir personliga. En fördel med semistrukturerad intervju är att intervjuaren har friheten att ställa följdfrågor till informanten samt att korrigera informanten om denne eventuellt skulle missförstå frågorna. Utifrån detta ansåg vi att den semistrukturerade intervjuformen var lämplig för vår studie.

Alla intervjuer utom två ägde rum på informanternas arbetsplatser. En intervju ägde rum i ett grupprum i Göteborgs Universitets lokaler på Institutionen för socialt arbete och en intervju ägde rum på en allmän plats. I en av intervjuerna deltog det två informanter, då de önskade att vara två, övriga intervjuer var enskilda. Vi deltog båda två vid alla intervjuer där vi ställde varannan fråga. Vi valde detta upplägg på intervjuerna då vi önskade att intervjun skulle upplevas som ett samtal mellan oss två och informanten och att alla tre skulle vara delaktiga. En annan anledning var att informanten skulle uppfatta intervjun som avslappnad (Ryen 2004). Enligt Bryman (2011) kan det vara distraherande för intervjuaren att föra anteckningar under intervjun, varav vi valde att inte göra det. Inför varje intervju lämnade vi ut ett informationsblad (se bilaga 1) där vi presenterade studiens syfte, de etiska principerna, våra och vår handledares kontaktuppgifter samt frågade om de godkände att vi spelade in intervjuerna elektroniskt på våra två mobiltelefoner. Alla informanter godkände villkoren.

5.3.4 Transkribering

När alla intervjuer var genomförda transkriberades vårt material genom att vi översatte materialet från tal till skrift (Bryman 2011). Vi var två som kontrollerade och bearbetade materialet för att öka reliabiliteten och validiteten. För att göra texten mer läsbar valde vi att utesluta förekommande pauser, utfyllnadsord såsom ”öh” och andra uttryck såsom skratt och gråt. Kvale (2009) menar att det inte är relevant att översätta muntligt tal till skriftspråk, varken för det muntliga samtalet eller för den skrivna texten. Vi har dock inte ändrat texten så att dess innebörd har gått förlorad.

5.4 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

5.4.1 Validitet

För att uppnå hög validitet i en studie krävs det enligt Thurén (2007) att forskaren har undersökt det som är syftet med studien. Det är alltså viktigt att endast utforska det som är relevant för studien. Kvale (2009) förklarar att om forskaren undersöker det forskaren säger sig undersöka har studien hög validitet. Malterud (2009) har utvecklat begreppet validitet för användning inom kvalitativ forskning då begreppet främst behandlar kvantitativa studier. Malterud (2009) menar att en beskrivning av förförståelse, datainsamling, urval och analysprocess är nödvändiga för att uppnå hög validitet. Detta är något som vi har tagit fasta på i vår studie.

5.4.2 Reliabilitet

Enligt Thurén (2007) innebär reliabilitet att forskaren genomfört undersökningen på ett noggrant sätt, vilket vi under hela studien försökt att ta fasta på. Kvale (2009) menar att reliabilitet i en studie kan förklaras som tillförlitlighet och återupprepning av studien vid ett annat tillfälle av någon annan. Enligt Kvale (2009) finns det dock svårigheter med att återupprepa kvalitativa studier då det inte är möjligt att erhålla samma intervjuresultat två gånger. Detta eftersom informanter inte alltid uppger samma svar och kan ändra uppfattning. Malterud (2009) anser bland annat att det är viktigt med pålitliga mätinstrument och att det därmed bör vara kvalitet på exempelvis den tekniska utrustningen, vilket vi försäkrat oss om genom att vid varje intervju använda två mobiltelefoner att spela in på.

5.4.3 Generaliserbarhet

Enligt Kvale (2009) innebär generaliserbarhet att en studie kan appliceras på andra personer och situationer som inte varit delaktiga i studien. Detta är dock en svårighet inom kvalitativ forskning då informanterna många gånger är för få för att det ska kunna dras några större slutsatser av resultatet. Vi har därför i vår studie valt att intervjua tolv informanter för att i möjligaste mån kunna generalisera resultatet.

5.5 Forskningsetik

5.5.1 Etiska principer

Enligt Vetenskapsrådet finns det fyra etiska principer som bör följas inför en undersökning; öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet samt autonomikravet. Öppenhetskravet innebär att informanten ska informeras om studiens syfte, att informanten ska upplysas om undersökningens innehåll samt att informanten ger samtycke till studien. Självbestämmandekravet innebär att informanterna ska samtycka till att delta i studien, att de kan avbryta när de önskar och att de har rätt att bestämma på vilket sätt de medverkar. Med konfidentialitetskrav menas att intervjumaterialet ska tillhandahållas på det sättet

att obehöriga inte får tillträde till det samt att de har rätt att vara anonyma. Autonomikravet innebär att materialet från studien endast används till den tilltänkta undersökningen och inte i övriga situationer. Vi har tagit hänsyn till dessa etiska principer då vi innan varje intervjutillfälle lämnade ut information till informanterna att läsa och få kunskap om sina rättigheter.

5.6 Förförståelse

En av oss författare har i sitt tidigare yrkesliv som undersköterska på ett demensboende haft indirekt kontakt med anhörigstöd. Författaren har även under praktikperioden varit på studiebesök hos en anhörigverksamhet och träffat två av informanterna. Den andra författaren gjorde sin praktik som sjukhuskurator, vilket innebar många möten med anhöriga till personer som drabbats av sjukdom.

5.7 Metoddiskussion

För att besvara och undersöka vårt syfte hade vi även kunnat använda oss utav en kvantitativ metod i form utav enkäter, men då vi var mer intresserade av anhörigkonsulenternas personliga svar var en kvalitativ undersökning mer lämplig enligt oss (Bryman 2011).

5.7.1 Begränsningar med kvalitativ studie

Något som kan tänkas vara en begränsning med vårt metodval är enligt Ryen (2004) att kvalitativa intervjuer ofta speglar en subjektiv uppfattning snarare än en objektiv. Bryman (2011) och Ryen (2004) menar att det kan resultera i en skev bild av verkligheten då det är forskarens uppfattningar och tolkningar som avspeglas i studien. Om vi valt att göra en kvantitativ enkätstudie skulle vi dessutom ha kunnat nå ut till fler informanter och det hade kunnat resultera i att studien blivit generaliserbar. En annan begränsning Bryman (2011) beskriver är svårigheten att replikera en kvalitativ undersökning då forskaren i största utsträckning använder sig själv som redskap vid intervjun. Situationen blir därmed unik och är svår för en annan forskare att upprepa. Detta till trots anser vi att vårt metodval är mest lämpligt för att kunna besvara vårt syfte då vårt intresse fanns i personliga möten med informanter samt att deras svar blir mer utförliga.

5.7.2 Metodologiska konsekvenser

Vi resonerar kring huruvida det kan vara till nackdel att det var två informanter som intervjuades samtidigt vid ett av intervjutillfällena. En anledning till det skulle kunna vara att informanternas svar kanske skulle ha sett annorlunda ut om vi hade intervjuat dem enskilt. Vår uppfattning är dock att informanternas svar inte har påverkats av att de var två vid intervjun då vi upplevde att de kände varandra väl och var avslappnade i varandras sällskap. Något annat vi resonerar kring är det faktum att en av intervjuerna skedde på en allmän plats utanför ett bibliotek. Det kan tänkas att informanten var okoncentrerad eller inte vågade

uttrycka sina åsikter med tanke på att det rörde sig människor omkring oss. Vi upplevde dock inte att detta var något problem då informanten uppfattades vara fokuserad och öppen i sina svar under hela intervjun. En annan faktor som vi reflekterar kring är att en av intervjuerna tog plats i en lokal på Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. Detta för att informanten kanske var otrygg, vilket skulle kunna resultera i att svaret blivit annorlunda jämfört med om vi befunnit oss på en plats där informanten var trygg, såsom på arbetsplatsen. Vi menar dock att så inte var fallet då informanten fick erbjudandet om att vi kunde besöka informanten på dennes arbetsplats, varav informanten avböjde.

5.8 Analysmetod

Enligt Grinnell (2001) bör analysen påbörjas med att forskaren läser igenom allt material och letar efter teman och mönster i informanternas svar, varav vi gjorde detsamma. Vi har därmed utfört en tematisk analys, vilket enligt Bryman (2011) innebär att söka efter återkommande nyckelord och se om informanternas svarar på liknande sätt. Därefter delade vi in informanternas svar utifrån de sex stödformerna, samverkan och genus i syfte att skapa en bättre överblick över materialet. Vid bearbetningen av materialet kunde vi urskilja att nätverksstöd, emotionellt stöd och feedback kunde delas in i enskilt samtal och gruppsamtal. Vi kunde även se att kognitivt stöd, instrumentellt stöd och konkret och praktisk hjälp kunde delas in i direkt och indirekt stöd. Samverkan och genus analyserades var för sig. Vi valde dessa teman då vi upplevde att de var centrala för studiens resultat och presenterade materialet på ett tydligt sätt. Vi har valt att redovisa resultaten samt att analysera materialet under varje tema då vi upplevde att det skapade en bättre helhet och förståelse för materialet. Vi presenterar därmed resultat och analys tillsammans. Vi har valt att göra en jämförelse mellan vårt material och tidigare forskning i kapitlet ”Sammanfattande analys och diskussion av resultatet” då vi menar att denna disposition tydliggör innehållet för läsaren.

Vi analyserade materialet genom att vara noggranna med att tydliggöra vad informanten uttryckte för att ge en sanningsenlig bild och undvika en övertolkning av materialet så att det skulle mista sin ursprungliga innebörd (Grinnell 2001). Enligt Thomassen (2007) sker det dock ständigt en tolkning av materialet, vilket inte ska ses som något negativt utan är tvärtom ett redskap till att ge innehållet mening. När vi hittat våra teman i materialet diskuterade vi dem med hjälp av de valda teorierna och annan relevant litteratur som vi använt i bakgrunden. Vi förde även egna resonemang gällande resultaten.

I vår studie finns det tolv informanter, vilka vi har valt att benämna som informant A, informant B, informant C, etc. Av hänsyn till informanternas anonymitet väljer vi att inte redogöra för informanternas kön. De informanter som vi väljer att framlyfta i citaten fungerar som representanter för en ståndpunkt som vi vill belysa, övriga informanter faller in i någon av de ståndpunkter som redovisas.

6 Resultat och analys

Vi väljer att dela in resultat och analys i fyra olika teman; enskilt samtal och gruppsamtal, direkt stöd och indirekt stöd, samverkan samt genus.

6.1 Enskilt samtal och gruppsamtal

Vi kan utifrån informanternas svar urskilja att det är två samtalsformer som är framträdande i anhängkonsulenternas arbete, enskilt samtal och gruppsamtal.

6.1.1 Enskilt samtal

Emotionellt stöd

Enligt Hedin (1994) innebär emotionellt stöd ett känslomässigt stöd, vilket kan förmedlas genom empati och bemötande. Det innefattar även möjlighet till känslouttryck och uppmuntran till att ta sig igenom ett problem. I anhängkonsulenternas arbete innebär emotionellt stöd att de erbjuder enskilda samtal där de anhöriga ges möjlighet att bearbeta sina känslor. Samtalen kan ske på anhängkonsulentens arbetsplats, per telefon, hemma hos den anhöriga eller någon annanstans som den anhöriga önskar. Antalet samtalsträffar som anhängkonsulenterna erbjuder kan variera från enstaka tillfällen till att kontakten med den anhöriga sträcker sig över flera år. Anhängkonsulenterna berättar att stödsamtalen inte är av behandlande karaktär utan att de anhöriga får bolla sina funderingar med anhängkonsulenterna.

Utifrån vårt insamlade material kan vi urskilja att samtliga informanter anser att de ger de anhöriga emotionellt stöd. Vi kan se att sju av tolv anhängkonsulenter i större utsträckning är influerade av det enskilda samtalets vikt än av gruppstödet. Informant K anser att det enskilda samtalet är att föredra.

”För det jag kan säga är, jag är helt 110 procent säker på att det bästa anhängstöd jag har kunnat ge under dom här åren är det enskilda samtalet. Det är överlägset, så är det bara. Det är min fulla övertygelse.”

Informant K menar därmed att det viktigaste stödet informant K kan erbjuda anhöriga är det enskilda stödsamtalet. I det enskilda samtalet får den anhöriga möjlighet att berätta om sin livssituation och dess svårigheter. Winqvist (2011) menar att ett utav de anhörigas största behov är det enskilda samtalet och att det är stor efterfrågan på det, vilket kan förklaras med att ett anhängskap kan medföra existentiella och emotionella svårigheter. Jämförande studier mellan gruppstöd och individuellt stöd har visat att det enskilda stödet skänker de anhöriga en reducerad vårdböda samt att de anhörigas välmående ökar (Winqvist 2011). Detta kan därmed bekräfta informant K:s upplevelse av det enskilda samtalets betydelse för den anhöriga.

Det enskilda samtalet kan, enligt anhängkonsulenterna i vårt material, innehålla olika former av emotionellt stöd baserat på den anhängas behov. Sex av tolv anhängkonsulenter framhåller vikten av att lyssna och det emotionella stödet kan även påvisas genom att de anhänga får ösa ur sig sina känslor och får lov att tycka att det är besvärligt, att anhängkonsulenten visar att de bryr sig, att anhängkonsulenten tar sig tid för den anhänga. Informant H menar att det är viktigt att vara lyhörd och ha ett öppet sinne i samtalet med de anhänga.

”Kärnan är lyssnandet och att inte ge massa råd utan att lyssna och spegla och ibland kan det räcka för i samtalet då så upptäcker den anhänga att på nåt vis så äger den svaret själv. För den är ju specialisten på sitt eget liv.”

Enligt informant H är det viktigt att anhängkonsulenten lyssnar aktivt vid det enskilda samtalet med en anhäng. Informant H belyser de anhängas egna resurser och kapacitet till att ta sig igenom en svår situation. Enligt informant H kan det ske genom att anhängkonsulenten inte är rådgivande utan att de anhänga i samråd med anhängkonsulenten diskuterar sig fram till ett svar. Vikten av att framhålla de anhängas egna resurser kan anses uppfyllas genom att ha ett individinriktat perspektiv, vilket är något som även Winqvist (2011) framhåller. Winqvist (2011) menar att de anhängas stöd bör vara av flexibel och individanpassad karaktär då den anhänga är i behov av handlingsutrymme på grund utav sin situation. Även informant H och informant B talar om betydelsen av att ha ett flexibelt förhållningssätt som anhängkonsulent då de anhängas situation kan kräva det.

Det emotionella stödet kan sammanfattningsvis beskrivas av Hedin (1994) som ett känslomässigt stöd. Det ges enligt informanterna i form av enskilda samtal och att lyssna anses vara en viktig egenskap hos anhängkonsulenten. Vi kan se att kärnpunkten i det emotionella stödet är samtalet och relationen mellan den anhänga och anhängkonsulenten. Detta då en god relation är en förutsättning för ett bra samtal, vilket kan ge den anhänga det stöd denne behöver.

Feedback

Hedin (1994) menar att feedback innebär att bekräfta och ge respons på någons agerande samt att ge kritik av positiv eller negativ art. Samtliga informanter upplever att de ger feedback i samtalen med de anhänga. Anhängkonsulenterna använder feedback genom att bekräfta, synliggöra, motivera samt berätta för de anhänga att de är viktiga. Informant C exemplifierar hur informant C kan ge feedback till en anhäng.

”Att överhuvudtaget lyssna på vad de har att berätta, att man blir synlig, att bli sedd för det man gör och det är liksom forskning på det att bli sedd, lyssnad på och bli tagen på allvar det är liksom det man behöver. Det behöver inte vara så mycket märkvärdigare än så.”

Informant C menar att anhängkonsulenten ger de anhänga feedback genom att lyssna, synliggöra samt att ta de anhänga på allvar. Även Winqvist (2011) menar att det är viktigt att lyssna på vad de anhänga berättar då det leder till att de

anhöriga upplever sig sedda samt tagna på allvar av anhängkonsulenten. De anhöriga kan även komma att känna sig mindre ensamma när de blir bekräftade av anhängkonsulenten. En annan form av feedback menar informant K är att framför allt visa att man förstår den anhöriga. Informant H talar även om att bekräfta anhöriga genom att vara närvarande i samtalet. Ytterligare en form av feedback är enligt informant C att anhängkonsulenten bör uppmärksamma de anhörigas omvårdnadsarbete. Detta till skillnad från informant L och informant F som båda uttrycker att det finns en risk för skuldbeläggning av den anhöriga om anhängkonsulenten bekräftar dem för mycket eller på fel sätt. Informant L exemplifierar detta nedan.

”Men bekräfta dom gör man ju hela tiden. Det är ju ett jättestort jobb, jag tycker ju också att man får tänka sig för hur man bekräftar. Om man säger hela tiden ’åh vilket jobb du gör, vad mycket du gör och vad duktig du är’ eller nånting i den stilen så kan det ju bli en positiv uppmaning att fortsätta ännu mera. Man måste ju bekräfta på rätt sätt.”

Enligt informant L är det viktigt att bekräfta de anhöriga på rätt sätt, eftersom de anhöriga annars kan uppleva att anhängkonsulenten uppmuntrar dem att fortsätta med omvårdnaden och inte ser deras stödbehov och begränsningar. De anhöriga kan därmed drabbas av dåligt samvete gentemot den de vårdar, då de kan känna att de lägger för mycket tid på sig själva istället för på den de vårdar. De anhöriga kan även vid för mycket uppmuntran uppleva en känsla av otillräcklighet, eftersom de kan känna att de borde orka mer än vad de gör.

Sammanfattningsvis kan feedback enligt Hedin (1994) innebära att ge respons och bekräftelse. Informanterna ger de anhöriga feedback i form av bekräftelse såsom att de lyssnar, synliggör och tar de anhöriga på allvar. Några av informanterna menar dock att det finns en risk i att ge bekräftelse på fel sätt. Vår uppfattning är att feedback handlar om att bestyrka den anhöriga i den situationen som den anhöriga befinner sig i samt att bekräfta de känslor som den anhöriga bär på och ger uttryck för.

6.1.2 Gruppsamtal

Nätverksstöd

Hedin (1994) menar att nätverksstöd handlar om gemenskap och umgänge i ett nätverk. Anhängkonsulenter erbjuder de anhöriga nätverksstöd till exempel i form av föreläsningar, studiecirkel gällande exempelvis kunskap om demenssjukdomar, må-bra aktiviteter, grupper om att vara anhäng, anhängkafé, informationsträffar från exempelvis apoteket eller rehab samt SPA-resor. Det finns en viss variation kring organiseringen av nätverksstödet. Nio av tolv informanter är gruppleddare, övriga tre informanter har löst det på annat sätt då det är andra verksamheter eller föreningar som håller i grupperna.

Samtliga informanter erbjuder nätverksstöd till de anhöriga. Vi kan urskilja i vårt material att fem av tolv informanter i större utsträckning är influerade av

gruppstöd än av det enskilda samtalet. De informanterna använder sig till stor del i sitt arbete av olika former av nätverksstöd. Vi kan se i vårt material att de anhöriga erbjuds två olika former av nätverksstöd i grupp av anhörigkonsulenterna. I den första formen av nätverksstöd i grupp får de anhöriga tillfälle att dela med sig av sina livssituationer och i den andra formen fokuserar man på de anhöriga genom olika typer av må bra-aktiviteter. Informant C exemplifierar hur nätverksstödet i grupp inom den första formen kan se ut.

"[...] de här grupperna har ju en god funktion ändå även om man har liksom gått igenom den där första delen där man pratar om sitt funktionshinder eller sin situation eller delger andra och får till sig andras berättelser även kunskap då vad som finns och vad som inte finns, när den fasen är över på något sätt så finns det ändå ett behov av att träffas i gruppen. [---] Så det är ganska mycket som blir grupp."

Informant C menar därmed att nätverksstöd i form av grupper kan ge den anhöriga stöd både genom att de själva berättar om sin situation men även genom att de blir delgivna andra anhörigas historier. Detta belyser även Socialstyrelsen (2012, a) i en intervention om psykosocialt stöd, vilken innebär att de anhöriga ges möjlighet att utbyta erfarenheter i grupp och därmed får stöd. Ytterligare gruppstöd kan ges till den anhöriga i form av kunskap om den närståendes sjukdomstillstånd, vilket Socialstyrelsens (2012, a) intervention om utbildningsprogram behandlar.

Den andra formen av nätverksstöd i grupp handlar om att anhörigkonsulenterna belyser vikten av att de anhöriga tar hand om sig själva och får koppla av. Informant B menar att de anhöriga erbjuds en social stund där man inte fokuserar på anhörigsituationen i första hand.

"Det är uppskattat. Och sen just den här sociala samvaron där det inte handlar om att prata så mycket sjukdom utan mera ha en trevlig stund."

Informant B menar att det under dessa gruppaktiviteter främst läggs tonvikt på de anhörigas välbefinnande och att därför försöka undvika att tala om hemsituationen. Informant A beskriver hur sådant gruppstöd i form av må bra-aktiviteter kan se ut. De anhöriga erbjuds massage, har tillgång till gym och ljusrum, utför avspänningsövningar och får fotbad. Socialstyrelsen (2012, a) bekräftar vikten av må bra-aktiviteter då de belyser att avslappning är ett viktigt inslag, vilket även kan fungera som stressreducering hos den anhöriga.

Sammanfattningsvis innebär nätverksstöd enligt Hedin (1994) ett umgänge och en samvaro i grupp. Enligt informanterna i materialet kan det exempelvis handla om anhörigrupper, studiecirklar, föreläsningar och må bra-aktiviteter. Vi kan se att nätverksstöd handlar om sociala sammanhang där de anhöriga kan få stöd i att dela med sig av sina erfarenheter och att ta del av varandras upplevelser. Det kan vara befriande för den anhöriga att bli lyssnad på och få kännedom om att det finns andra som befinner sig i en liknande situation.

6.2 Direkt stöd och indirekt stöd

Vi kan urskilja att det finns två olika sätt att ge stöd, direkt och indirekt stöd. Direkt stöd innebär att anhängkonsulenten ger den anhöriga hjälp som har en direkt funktion, såsom att ge skriftlig information eller att ge ett råd. Indirekt stöd innebär istället att anhängkonsulenten ger den anhöriga hjälp som får en effekt i förlängningen, till exempel att hänvisa till en biståndshandläggare.

Konkret och praktisk hjälp

Enligt Hedin (1994) innebär konkret och praktisk hjälp att stötta någon praktiskt som har problem som den inte klarar av på egen hand. Anhängkonsulenterna kan hjälpa de anhöriga på ett konkret och praktiskt sätt genom att exempelvis följa med på en vårdplanering, låna ut en bok, kopiera papper, ge råd, fylla i en blankett eller att söka bostadstillägg. Detta fungerar därmed som ett direkt stöd för den anhöriga.

Samtliga informanter erbjuder de anhöriga konkret och praktisk hjälp. Sex av tolv informanter menar att ett deltagande vid olika slags möten, såsom vårdplaneringar eller läkarbesök, där anhängkonsulenten fungerar som ett stöd kan vara ett exempel på konkret och praktisk hjälp. Informant A exemplifierar detta nedan.

"[...] sen praktiskt kan det vara att man åker med dom till läkaren till exempel för att dom är så trötta och utkörda så att dom inte orkar med att föra fram sin sak själva. Och man kan stötta dom i kontakten med olika, man kan vara med som ett stöd."

Informant A menar därmed att de anhöriga ibland kan behöva stöd i att lyfta fram sin situation varav anhängkonsulenten kan medverka för att hjälpa den anhöriga med det. Det kan ske genom att anhängkonsulenten under mötet påminner den anhöriga om saker den ska ta upp samt att stärka den anhöriga till att stå upp för sina rättigheter. Vi kan uppfatta att informanterna i vårt material använder konkret och praktisk hjälp på olika sätt. Till exempel menar informant L att konkret och praktisk hjälp kan användas i syfte att skapa en relation till den anhöriga.

"[...] jag har faktiskt hjälpt några stycken rent praktiskt att kopiera papper och söka bostadstillägg. [...] Och i det ena ärendet, där var det för att jag skulle kunna komma in och bygga ett förtroende för han var väldigt misstänksam mot alla. [...] Och nu har jag en jättebra relation så jag kan stötta honom. [...] Det är ju ett samarbete, men där använde jag det rent praktiskt att fylla i det som en metod att komma nära liksom. Eller bygga relation och förtroende."

Informant L menar därmed att det är viktigt att vara flexibel i arbetet och att anhängkonsulenten kan behöva hjälpa till med praktiska saker som kanske egentligen inte tillhör arbetsuppgifterna för att skapa förtroende. Att arbeta gränsöverskridande kan alltså vara ett sätt för anhängkonsulenten att stötta den anhöriga på.

Konkret och praktisk hjälp kan enligt Hedin (1994) sammanfattas som att man stöttar någon genom att hjälpa denne med praktiska uppgifter. Informanterna ger exempel på konkret och praktisk hjälp såsom att delta på ett möte tillsammans med den anhöriga och menar det är viktigt att ha ett flexibelt arbetssätt för att bygga förtroende. Vi kan urskilja att kärnpunkten i konkret och praktisk hjälp är att anhängigkonsulenterna har ett förtroendeingivande förhållningssätt. Detta är en förutsättning för att anhöriga ska kunna öppna sig och berätta om sina problem. Att få konkret och praktisk hjälp kan fungera avlastande för den anhöriga i en svår situation då de i sin vardag är tungt belastade.

Kognitivt stöd

Enligt Hedin (1994) innebär kognitivt stöd att ge råd och information i syfte att vägleda någon i en viss situation. Anhängigkonsulenterna kan ge kognitivt stöd på ett direkt sätt till exempel genom att de informerar skriftligt och muntligt om vilket stöd som anhängigkonsulenterna erbjuder och vilka rättigheter anhöriga har samt information via hemsida.

Samtliga informanter ger kognitivt stöd till anhöriga. Fem av tolv informanter menar att det är svårt att nå anhöriga i tid. Enligt informanterna är de anhöriga ofta tungt belastade när de kommer i kontakt med anhängigstödet då de kanske inte haft vetskap om anhängigstödet verksamhet tidigare. Informant F menar att det kan vara problematiskt att informera så att allmänheten känner till anhängigstöd och vet vad det innebär.

”Många vet inte, det är jättesvårt att nå ut med information. [---] Och många gånger när man till slut fått hjälp så säger man att det här skulle jag haft för längesen, det säger dom nästan alltid då. Hur det lättar då att ha kontakt med andra.. [...] men framför allt att man når ut till fler och att man fångar upp dom tidigare, det är vår målsättning hela tiden.”

Informant F menar därmed att det kan finnas svårigheter med att informera så att de anhöriga får kännedom om anhängigstödet och därav får kontakt med anhöriga i tid. Även Socialstyrelsen (2012, b) påpekar att anhängigstödet i landets kommuner har problem med att hitta anhöriga i tid.

Samtliga informanter i vårt material ger de anhöriga information om vilket stöd de erbjuds. Två av tolv informanter påpekar särskilt att det kan utgöra en trygghet för den anhöriga att delges information. Informant A menar att anhöriga kan uppleva information som ett stöd.

”Och bara informationen i sig kan vara ett stöd, att man vet om att det finns stöd när man behöver det, man kanske inte känner att det är något för en själv just nu, men bara den vetskapen att det finns, att man har en broschyr med kontaktpersoner hemma gör att man känner en trygghet, säger många.”

Informant A menar därmed att om anhöriga har vetskap om anhängigstödet verksamhet upplever de det som en trygghet. Vi kan se att information fyller två

funktioner, dels fyller det syftet att den anhöriga bli upplyst om exempelvis viktiga telefonnummer och dels att informationen skänker en säkerhet på så vis att den anhöriga vet att det finns hjälp att få när de behöver det. Winqvist (2011) bekräftar detta och menar att även om inte stödet behövs för tillfället kan det ändå ha en lugnande effekt på de anhöriga.

Kognitivt stöd kan även ges till anhöriga indirekt. Elva av tolv informanter informerar om sin verksamhet indirekt, vilket exempelvis sker genom att anhörigkonsulenterna går ut och informerar på stan, bibliotek, vårdcentraler och sjukhus, på arbetsplatsträffar inom äldreomsorgen samt annonserar i tidningar. Informant D ger exempel på hur det indirekta stödet kan se ut.

”Sen är vi ute på mässor och sådana här saker också, anhörigdagen och så har vi gått nere på torget någon gång och bara delat ut lappar [...] och pratat med folk. För det är det allra bästa man kan göra, att möta folk på plats.”

Informant D anser därmed att det är viktigt att synas och att möta människor vid spridandet av information. Socialstyrelsen (2012, a) menar att utifrån deras interventioner bör den anhöriga få information om vilket stöd som finns och hur den anhöriga kan ta del utav det.

Sammanfattningsvis innebär kognitivt stöd enligt Hedin (1994) att ha ett vägledande förhållningssätt och att ge information i en särskild situation. Anhörigkonsulenterna kan ge kognitivt stöd direkt genom att exempelvis ge råd. Informanterna menar att det är svårt att nå ut med information och att de anhöriga upplever att information är en trygghet. Kognitivt stöd indirekt kan vara att ge information om anhörigstöd på allmänna platser. Vi kan urskilja att det är viktigt att anhörigkonsulenterna har ett vägledande förhållningssätt då den anhöriga saknar kunskap om sina rättigheter och om anhörigstödet verksamhet samt det stöd som erbjuds. De anhöriga kan uppleva en känsla av maktlöshet och därför vara i behov av att rådgöra med en anhörigkonsulent.

Instrumentellt stöd

Enligt Hedin (1994) innebär instrumentellt stöd att ha ett problemlösande förhållningssätt och att ta fram medel för att underlätta för individen. För anhörigkonsulenterna kan det handla om att underlätta för anhörigas livssituation i vardagen. Detta kan på ett direkt sätt exempelvis innebära att anhörigkonsulenten ringer de rätta personerna för att hjälpa den anhöriga att lösa en akut situation eller gör ett hembesök. Samtliga informanter erbjuder instrumentellt stöd. En del i att ge instrumentellt stöd kan vara att hänvisa anhöriga vidare till andra instanser och samtliga informanter gör det. Informant E exemplifierar detta nedan.

”[...] ja, det kanske är någon förflyttning som har blivit svår att klara av hemma och då kan man ju hänvisa till rehab att de ska ta kontakt med dom eller om dom behöver ha hjälp att vi går dit tillsammans eller hur man nu gör [...]. En del klarar ju av att man säger ’ring det här och ta hjälp’, annars kanske man märker att det här är en person som jag behöver vägleda hela vägen.”

Informant E menar därmed att anhörigkonsulenter stöttar den anhöriga genom att hänvisa den till rätt person eller instans. Informant E beskriver ovan att hänvisningen kan se olika ut från person till person beroende på individens kapacitet. Enligt Winqvist (2011) är anhöriga i behov av att få stöd i att ta olika kontakter då de ofta är tungt belastade. Winqvist (2011) menar även att anhöriga kan behöva hjälp med hänvisning när de söker stöd för sin närstående. Informant L och informant B menar att ett bra stöd till den närstående kan vara ett sätt att avlasta den anhöriga då det minskar oron.

Anhörigkonsulenter kan även ge instrumentellt stöd indirekt genom att återkoppla till verksamheter när någonting inte fungerar mellan personal och anhöriga, såsom vid problem med hemtjänstpersonal. Vi menar att detta kan vara en form av indirekt stöd då anhörigkonsulenter medlar mellan anhöriga och personal, vilket i förlängningen kan resultera i att anhöriga och personal kan samarbeta bättre gällande den sjukes situation. Vi kan urskilja att tre av tolv informanter använder sig utav indirekt instrumentellt stöd. Informant L exemplifierar detta nedan.

”[...] dom ringer ju ibland och har nån form av nån konfliktsituation, kanske om äldreboende, chefen, hemtjänsten, deras chef, hemsjukvården eller så. Då ser jag min uppgift att förklara möjligen varför man har gjort som man har gjort och försöker bygga broar liksom så att dom kommer närmare varandra [...].”

Informant L menar alltså att anhörigkonsulenter kan fungera som en sorts medlare mellan anhöriga och en annan part som de är i kontakt med vari det finns någon form av konflikt. Även Winqvist (2011) talar om konflikthantering och menar att det ingår i anhörigkonsulenternas arbetsuppgifter. Vi kan föreställa oss att det kan innebära ett stort stöd för de anhöriga att få hjälp vid en konfliktsituation då de anhöriga kanske redan innan konflikten är utmattade.

Sammanfattningsvis är instrumentellt stöd enligt Hedin (1994) ett problemlösande synsätt där fokus ligger på att förändra omständigheter för att förbättra en situation. I anhörigkonsulenternas arbete kan det på ett direkt sätt handla om att hänvisa den anhöriga rätt. Ett indirekt instrumentellt stöd kan innebära att anhörigkonsulenter agerar som en sorts medlare då den anhöriga befinner sig i en konflikt. Vi kan urskilja att instrumentellt stöd handlar om att anhörigkonsulenter har ett lösningsfokuserat förhållningssätt och är uppmärksam på hur anhörigkonsulenter på lämpligast sätt kan förbättra den anhörigas situation eller att hjälpa till att lösa dennes problem.

6.3 Samverkan

Enligt Lindberg (2009) är samverkan ett redskap för att uppnå resultat som verksamheter inte kan uppnå på egen hand. Inom äldreomsorgen kan det enligt Hjalmarsson och Norman (2005) betyda att den äldre får bättre hjälp och stöd.

Samverkan mellan sjukvård och anhörigstöd kan enligt informanterna se ut på följande sätt; anhörigkonsulenter informerar på vårdcentralers arbetsplatsträffar, anhörigkonsulenter lämnar broschyrer och sätter upp affischer om anhörigstöd i väntrummet på vårdcentraler, anhörigkonsulenter samarbetar med äldreköterskor som bevakar anhörigas intresse samt att anhörigkonsulenter har kontakt med sjukhuskuratorer. Samtliga informanter samverkar med sjukvården gällande anhöriga. Vi kan urskilja att två av tolv informanter är positiva till hur samverkan mellan anhörigstöd och sjukvård ser ut. Informant G exemplifierar detta nedan.

”Ofta är det ju så att får man väl kontakt då blir det ju bra. Där jag har varit tycker man ju att det är intressant att höra att detta finns och att man samarbetar. [---] Men det är ju jättemycket kvar att göra med samarbete mellan kommun och sjukvård, men dom jag har kontakt med tycker jag att det funkar bra med.”

Informant G menar därmed att samverkan fungerar bra idag men att det krävs mer arbete för att det ska vara fullkomligt. Informant G anser att det finns ett intresse från båda håll att samverka då kontakten med personal inom sjukvården är etablerad.

Vi uppfattar däremot att åtta av tolv informanter anser att samverkan mellan anhörigstöd och sjukvård inte fungerar. Vi kan se att det finns två övergripande samverkansbrister som informanterna talar om; att sjukvården har bristande information och att sjukvården saknar anhörigperspektiv. Vi upplever att sju av tolv informanter påtalar att det är svårt att nå fram med information om anhörigstödet verksamhet till sjukvården. Informanterna ger exempel på att anhöriga inte får information av sjukvården om anhörigstödet existens och att anhörigkonsulenter sällan får kontakt med anhöriga via sjukvården. Vi kan urskilja att fem av tolv informanter belyser att sjukvården saknar ett anhörigperspektiv. Informant H exemplifierar detta nedan.

”Då ber dom heller inte om hjälp på sjukhuset. Alltså i den situationen när den sjuke sitter som patient och den anhörige sitter bredvid och så lyssnar läkaren på den sjuke, men tar ingen notis om den anhörige. [---] det vittnat jättemånga anhöriga om, att de känner sig osedda inne hos doktorn [...] Men om man ska titta till mig som patient och helheten i mitt liv, att allt ska fungera och att allt ska bli bra, så tycker jag att det är en självklarhet att familjen blir inblandad. Men så är det inte idag.”

Informant H menar alltså att sjukvården idag inte har ett anhörigperspektiv utan ser bara den närstående som är sjuk. Det resulterar i att de anhöriga lämnas ensamma utan vetskap om att anhörigstöd finns samt att de inte får några redskap till att hantera den närståendes sjukdom. Det är även något som Socialstyrelsen (2012, a) uppmärksammar då de menar att tre fjärdedelar av anhöriga som ger omsorg till en närstående inte vet om att kommunen erbjuder anhörigstöd. Enligt Socialdepartementet (2008) upptäcker sjukvården vid en god samverkan de anhöriga i tid och kan ge dem stöd. Anhörigperspektivet kan därmed tänkas vara viktigt för att nå de anhöriga i rätt tid.

Enligt Lindberg (2009) innebär samverkan sammanfattningsvis att verksamheter samspelar för att tillsammans uppnå ett bättre resultat än vad de på egen hand kan åstadkomma. Samverkan mellan sjukvård och anhörigstöd kan för anhörigkonsulenterna innebära att informera på vårdcentralers arbetsplatsträffar, lämna broschyrer om anhörigstöd och samarbeta med sjukvårdspersonal. En del av informanterna upplever att samverkan fungerar bra medan övriga informanter menar att det finns svårigheter i att nå fram till sjukvården med information om anhörigstödet verksamhet samt att sjukvården saknar anhörigperspektiv. Vi kan se att god samverkan handlar om att anhörigkonsulenten har ett öppet och utåtriktat förhållningssätt när det gäller att skapa förutsättningar för samverkan mellan anhörigstöd och sjukvård.

6.4 Genus

Enligt Gunnarsson och Szebehely (2009) beskrivs socialt kön som en konstruktion där föreställningar om manligt och kvinnligt skapas. Samtliga informanter menar att de erbjuder samma stöd till män respektive kvinnor. Vi kan urskilja att det finns två tendenser till vilken typ av stöd män respektive kvinnor söker sig till. Vi kan se att tre av tolv informanter menade att män oftare ville ha enskilda samtal. Informant F exemplifierar detta nedan.

"[...] männen vill ha mer enskilt. Enskilda samtal. Inte så mycket för grupp. [...] dom vill ha lite mer konkreta råd och tips och dom här, lite mera utbildning så. 'Hur ska jag göra här i denna situationen?', så det är lite skillnad."

Informant F menar därmed att män inte är intresserade av att delta vid gruppaktiviteter utan att de föredrar enskilda samtal samt att män efterfrågar praktiska råd. Det bekräftas av informant H som menar att män gärna tar emot broschyrer och praktisk information. Vi funderar kring huruvida informant F verkligen ger samma stöd till män och kvinnor. Det skulle kunna vara så att informant F påverkar män respektive kvinnor till att ta emot den stödform som informant F förväntar sig att de vill ha. Vi kan därmed se att det kan vara problematiskt att ha sådana förväntningar på anhöriga utifrån könstillhörighet i arbetet som anhörigkonsulent.

Vi kan även uppfatta att sju av tolv informanter menar att kvinnor oftare söker sig till gruppaktiviteter än vad män gör. Informant J exemplifierar detta nedan.

"Sen kan man ju säga att män och kvinnor fungerar väldigt olika, alltså män kommer t.ex inte till våra träffpunkter på samma sätt, de sitter hemma ensamma, kvinnor har lättare för att öppna sig och prata [...]."

Informant J menar alltså att män och kvinnor är olika då kvinnor oftare talar om sina känslor än vad män gör. Informant E bekräftar detta och anser att det är flest

kvinnor som deltar vid gruppaktiviteter, vilket informant E tror kan bero på att kvinnor har lättare för att ha nätverk samt behålla dem.

Vi kan urskilja att nio av tolv informanter menar att det är fler kvinnor än män som söker stöd hos dem. Det är även något som Szebehely (2009) belyser då hon menar att det inom äldreomsorgen i större utsträckning är kvinnor som är omsorgsgivare än män. Det bekräftas dessutom av Winqvist (2010) som hävdar att 60-70 procent av den informella omsorgen utförs av kvinnor. Enligt Socialdepartementet (2008) är det dubbelt så vanligt att män som är omsorgsgivare får hjälp av andra anhöriga än vad kvinnor som är omsorgsgivare får. Informant B menar att det är vanligt att män ofta får stöd av andra kvinnliga anhöriga såsom döttrar eller svärdöttrar och att de därmed inte är ensamma om omvårdnaden av en närstående, vilket däremot kvinnorna oftast är. Detta till skillnad från informant F som menar att kvinnor har mer stöd av barn och andra i omgivningen än vad män har. Det är intressant hur informanternas uppfattningar skiljer sig åt, det är dock svårt att tolka vad det kan tänkas bero på.

Sammanfattningsvis menar Gunnarsson och Szebehely (2009) att genus är teorier vari socialt kön skapas av sociala föreställningar om manligt och kvinnligt. Vi ser två tendenser hos informanterna där de menar att kvinnor i större utsträckning än män önskar gruppstöd och män i större utsträckning än kvinnor önskar enskilda samtal. Informanterna menar även att större delen av de anhöriga är kvinnor samt att män oftare än kvinnor får hjälp av andra anhöriga i omsorgen av en närstående. Vi kan urskilja att genus handlar om huruvida män och kvinnor är olika och därmed behöver olika stöd. Det kan också handla om en social konstruktion om vad som är manligt och kvinnligt och att anhängkonsulenter utifrån de anhörigas könstillhörighet hänvisar människor till det stöd som de tror att män respektive kvinnor är i behov av.

7 Sammanfattande analys och diskussion av resultat

7.1 Sammanfattande analys

I detta kapitel sammanfattas analysen och resultatet diskuteras. Vi besvarar även frågeställningarna övergripande, jämför vår studies resultat med tidigare forskning samt för en avslutande diskussion.

Vårt resultat visar att anhängkonsulenter erbjuder anhöriga två samtalsformer, enskilda samtal och gruppsamtal. I de enskilda samtalen ges den anhöriga möjlighet till känslomässigt stöd, vilket Hedin (1994) benämner som emotionellt stöd. Informanterna menar att det emotionella stödet handlar om att lyssna. Vi kan urskilja att kärnpunkten i det emotionella stödet är en god relation mellan anhängkonsulenter och den anhöriga, vilket resulterar i ett bra samtal där den anhöriga får ge uttryck för sina känslor. En annan stödform som anhängkonsulenter ger de anhöriga i det enskilda samtalet är feedback. Det kan

enligt Hedin (1994) innebära att ge bekräftelse och respons. Informanterna menar att feedback handlar om att ge bekräftelse genom att lyssna, att synliggöra och att ta de anhöriga på allvar. Enligt resultaten i studien handlar feedback om att stärka de anhöriga genom att bekräfta deras känslor. Den andra samtalsformen är gruppssamtal, i vilken nätverksstöd ingår. Enligt Hedin (1994) innebär nätverksstöd att umgås och delta i gruppaktiviteter. För de anhöriga kan det handla om deltagande i grupper såsom anhöriggrupper och studiecirklar. Vi kan se att anhörigkonsulenterna erbjuder nätverksstöd för att ge den anhöriga möjlighet att ingå i ett socialt sammanhang med andra anhöriga i liknande situationer.

Vi kan urskilja att det i materialet finns två sätt för anhörigkonsulenter att ge stöd; direkt och indirekt. I direkt stöd kan vi se att konkret och praktisk hjälp ingår, vilket enligt Hedin (1994) innebär att stötta vid ett problem av praktisk karaktär. För anhörigkonsulenterna kan detta stöd ges genom att exempelvis fungera som ett stöd för den anhöriga vid ett möte eller att hjälpa till att fylla i en blankett. Vi kan se att det kan vara avgörande för den anhöriga att få konkret och praktisk hjälp då den anhöriga kan känna sig maktlös och inte ha redskap till att klara av sådant på egen hand. En viktig egenskap hos anhörigkonsulenterna är enligt resultaten i studien att kunna skapa en förtroendeingivande relation med den anhöriga för att denne ska vilja yttra sina känslor och be om hjälp. Ytterligare ett stöd som anhörigkonsulenterna ger direkt och indirekt är det kognitiva stödet. Detta innebär enligt Hedin (1994) att ge information och råd, i vilket informanterna ger ett direkt stöd. Ett indirekt stöd kan vara att informera om anhörigstöd på allmänna platser och i föreningar. Det blir därmed ett indirekt stöd för den anhöriga i förlängningen. Vi kan se att den anhöriga är i behov av kunskap om sina rättigheter och vetskap om vilket stöd som finns, varvid det är viktigt att anhörigkonsulenterna uppfyller dessa. Ett annat stöd som anhörigkonsulenterna erbjuder är instrumentellt stöd, som kan ges både direkt och indirekt. Enligt Hedin (1994) handlar instrumentellt stöd om att ha ett problemlösande förhållningssätt gällande en situation som är i behov av förändring. Detta kan på ett direkt sätt för anhörigkonsulenterna yttra sig genom att hänvisa anhöriga vidare till rätt instans. På ett indirekt sätt kan det handla om att i en konfliktsituation medla mellan den anhöriga och annan part, såsom hemtjänstpersonal eller liknande. Vi kan urskilja att instrumentellt stöd innebär att anhörigkonsulenterna ska ha en lösningsinriktad utgångspunkt i arbetet med att försöka lösa den anhörigas problemsituation. Vi ser även att det är viktigt att anhörigkonsulenterna har förmågan att komma på kreativa lösningar.

Vårt resultat gällande samverkan mellan anhörigstöd och sjukvård visar exempelvis att anhörigkonsulenter informerar på vårdcentraler och arbetsplatsträffar samt lämnar broschyrer och samarbetar med sjukvårdspersonal. Enligt Lindberg (2009) innebär samverkan att verksamheter får ett bättre resultat genom samarbete. Vårt material visar att en del av informanterna anser att samverkan fungerar medan större delen av informanterna upplever svårigheter i att samverka. Dessa svårigheter kan handla om problem med att nå ut med information om anhörigstöd till sjukvården samt att sjukvården har ett bristande

anhörigperspektiv. Vi menar att kärnpunkten i god samverkan för anhörigkonsulenterna finns i att vara utåtriktad och initiativtagande.

Genus är enligt Gunnarsson och Szebehely (2009) teorier där föreställningar om manligt och kvinnligt skapas. Vi kan urskilja två tendenser om manligt och kvinnligt hos informanterna i materialet. De menar att män oftare än kvinnor önskar enskilda samtal och att kvinnor oftare än män önskar gruppstöd. Vårt resultat visar även att anhörigkonsulenterna i sitt arbete möter fler kvinnor än män och att omsorgsgivande män i större utsträckning än kvinnor får hjälp av andra anhöriga. Vi menar att det finns en diskussion angående huruvida män och kvinnors behov av stöd är liknande eller inte, vilket skulle kunna vara avhängigt av könstillhörigheten.

7.2 Sammanfattande svar på frågeställningarna

Detta stycke syftar till att skapa en lättöverskådlig överblick av vad resultatet av vår studie är och hur vi besvarar frågeställningarna.

Vilka former av stöd erbjuder man anhöriga till äldre personer?

Vi kan urskilja att anhörigkonsulenterna erbjuder de anhöriga stöd i form av enskilda samtal och gruppsamtal. I det enskilda samtalet ges den anhöriga emotionellt stöd och feedback och i grupp ges den anhöriga nätverksstöd. Anhörigkonsulenterna erbjuder även direkt och indirekt stöd i form av kognitivt stöd, konkret och praktisk hjälp samt instrumentellt stöd.

På vilket sätt samverkar anhörigstöd och sjukvården gällande anhöriga till äldre personer?

Vi kan se att samverkan mellan anhörigstöd och sjukvården sker genom att anhörigkonsulenten informerar om verksamheten på vårdcentraler och sjukhus. Större delen av informanterna upplever att samverkan inte fungerar tillfredsställande då det är svårt att nå fram med information och att sjukvårdspersonalen saknar anhörigperspektiv.

Hur ser stödet ut för män respektive kvinnor?

Vi kan urskilja att stödet till män respektive kvinnor är detsamma. Informanterna menar dock att kvinnor i större utsträckning än män önskar gruppstöd och att män i större utsträckning än kvinnor önskar enskilda samtal.

7.3 Jämförelse av materialet med tidigare forskning

Vid en jämförelse mellan vårt resultat och tidskriftsartikeln ”Informal caregivers’ experiences of formal support in a changing context” av Wiles (2003) kan vi utläsa att det fanns påfallande likheter dem emellan, såsom att båda studierna visar att kännedomen om formellt stöd bland anhörigvårdarna var litet samt att

anhörigvårdarna uttrycker att de önskar att få hjälp i ett tidigare skede. Vidare finner vi likheter med vår studie då artikeln också visar att information om stöd ska belysa det stöd som erbjuds, ge kunskap om den närståendes sjukdom och de anhörigas rättigheter samt att det ska vara lättillgängligt. Även artikeln ”Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver’s burden: development and effect after 6 and 12 months” av Andrén och Elmståhl (2008) tar upp vikten av att nå anhöriga i ett tidigt skede av den närståendes sjukdomsförlopp.

Artikeln ”Supporting hospice volunteers and caregivers through community-based participatory research” av MacLeod, Skinner och Low (2011) och dess resultat påvisar att anhörigvårdarna är tungt belastade och har ett behov av kommunikation, känslomässigt stöd, utbildning samt att bli lyssnade på. Detta är något som även vårt resultat visar. Informanterna i vår studie tillgodoser anhörigas behov genom kommunikation, känslomässigt stöd samt lyssnar på de anhöriga vid enskilda samtal och gruppssamtal och de erbjuder möjlighet till utbildning.

Tidskriftsartiklar som tar upp vikten av att som anhörig ha ett nätverk är ”The impact on informal care-giving networks on adult children’s care-giver burden” av Tolkacheva, Broese van Groenou, de Boer och van Tilburg (2011) och ”The effectiveness of support groups in increasing social support for kinship caregivers” av Strozier (2012). Den senare nämnda artikeln menar att det kan vara betydelsefullt för de anhöriga att delta i en anhörigrupp då de får möjlighet att träffa andra anhöriga i liknande situationer, vilket även våra informanter talar om.

En artikel som bekräftar anhörigkonsulentens arbetsmetoder är ”The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life” av Andersson, Ekwall, Hallberg och Edberg (2010). Deras resultat visar att anhörigvårdare behöver göra justeringar i det vardagliga livet, att de kämpar med kontakter med kommun och hälso- och sjukvård samt att erhålla styrka från det stöd man får. Informanterna i vårt material talar också om detta och vi menar att justeringar i det vardagliga livet kan handla om instrumentellt stöd där anhörigkonsulenten kan hjälpa till vid ett vardagsproblem. Anhörigkonsulenter i vårt material kan även fungera som ett stöd vid kontakter med kommun och hälso- och sjukvård. Artikeln visar även att anhöriga har ett behov av att bli bekräftade av professionella och önskar få ett professionellt stöd när den anhörigas resurser minskas, vilket sker när informanterna i vår studie ger de anhöriga feedback. Något annat som både artikeln och vårt resultat belyser är att den anhöriga upplever en trygghet av att ha tillgång och vetskap om stödinsatser, varav information har en stor betydelse.

Tidskriftsartikeln ”The desire for control: negotiating the arrangement of health for older people in Sweden” av Dunér och Nordström (2010) påvisar att anhöriga blir exkluderade och åsidosatta vid planeringen av den närståendes omvårdnad. Detta talar även informanterna i vår studie om då de menar att sjukvården har ett bristande anhörigperspektiv. Artikeln menar även att det är viktigt att skapa

förutsättningar för samverkan, vilket informanterna i vår studie talar om då de önskar ett bättre samarbete mellan anhörigstödet och sjukvården.

Ytterligare en likhet mellan vårt resultat och tidigare forskning handlar om genus. I tidskriftsartikeln ”Gender differences regarding informal caregivers of older people” av del-Pino-Cassado, Frias-Osuna, Palomino-Moral och Martinez-Riera (2012) belyser författarna att kvinnor är överrepresenterade bland informella vårdgivare, vilket även informanterna i vår studie menar.

7.4 Avslutande diskussion

Vi har efter genomförd studie förstått att många anhöriga befinner sig i en svår situation och är tungt belastade. Det är därmed viktigt att erbjuda de anhöriga stöd i god tid innan vårdbördan blivit alltför tung och de känner att de inte klarar av situationen. Det är ofta sjukvården som kommer i kontakt med anhöriga först då de anhörigas närstående behöver uppsöka läkare. Vi kan därför se vikten av att samverkan mellan anhörigstöd och sjukvård fungerar för att sjukvården ska kunna hänvisa anhöriga till anhörigstöd. Om anhöriga får stöd i ett tidigt skede kan det leda till att samhällets resurser besparas då anhöriga kanske orkar ta hand om sin närstående under en längre tid, vilket i sin tur innebär att samhället inte behöver bistå med hemtjänst eller dylikt i lika stor omfattning.

Anhörigstöd ska sedan 2009 enligt lag finnas i varje kommun. Det finns dock inga riktlinjer kring omfattning eller organisering av verksamheten, vilket innebär att det inte finns någon undre gräns kring hur lite anhörigstöd en kommun kan erbjuda. Utifrån vår studie kan vi se att det är något som informanterna efterfrågar då deras arbetsbördan är tung och de upplever att det finns ett behov av fler anhörigkonsulenter. Vi har kunnat urskilja att organiseringen av anhörigstöd ser olika ut mellan de olika kommunerna och stadsdelarna, vilket innebär att det varierar stort mellan antal anhörigkonsulenter samt deras tjänstgöringsgrad och ansvarsområden. I förlängningen innebär det att anhörigstödet omfattning varierar och anhöriga erbjuds olika mycket stöd beroende på var de bor. Det kan upplevas grundlöst att en anhörigs geografiska boplats ska avgöra vilket stöd denne ska få erhålla.

Vi fann bland informanternas svar i studien att de menade att män oftare än kvinnor vill ha enskilda samtal och att kvinnor oftare än män vill ha gruppstöd. Vi reflekterar kring huruvida det handlar om att män och kvinnor är olika eller om anhörigkonsulenter har föreställningar om kön och att de därmed återskapar sociala konstruktioner kring vad som är manligt respektive kvinnligt. Det kan därmed vara problematiskt om anhörigkonsulenter ger olika stöd till de anhöriga utifrån deras föreställningar om kön. Det kan vara av vikt att framlyfta denna frågeställning då anhörigkonsulenter kan behöva reflektera kring det.

Denna studie kan tänkas vara av vikt för socialt arbete och anhörigstöd då det inte finns särskilt mycket forskning om anhörigkonsulenternas arbete att tillgå. Vi uppmärksammar även anhörigstödet verksamhet genom denna studie, vilket vi menar är viktigt då kännedomen och kunskapen om anhörigstöd behöver spridas för att nå ut till fler. Vår studie fungerar som en fingervisning om hur anhörigkonsulenternas arbetsmetoder ser ut i Västra Götalandsregionen. Vi upplever inte att studiens resultat är generaliserbart varken för hela regionen eller för andra anhörigverksamheter utan kan tänkas fungera vägledande. Något som dock kan påvisa en viss generaliserbarhet är att våra resultat bekräftas utav den tidigare forskningen.

7.5 Vidare forskning

Utifrån våra reflektioner och erfarenheter kring ämnet kan vi urskilja ett behov av vidare forskning inom anhörigkonsulenternas arbete då det idag inte finns särskilt mycket forskning kring ämnet. Vi kan även se vikten av en jämförande studie som behandlar sjukvårdspersonals anhörigperspektiv och de anhörigas upplevelser av sjukvårdspersonals bemötande samt av anhörigstöd.

Referenser

Andersson, Magdalena/Ekwall, Anna K./Hallberg, Inga-Lill R./Edberg, Anna-Karin (2010) "The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life" *Palliative and supportive care*, 8, 17-26.

Andrén, Signe/Elmståhl, Sölve (2008): "Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months" *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (1), 98-109

Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser (2012). Stockholm: Socialstyrelsen

Asker, Anna (2011) "Förbjudna känslor när livskamraten blir sjuk" (elektronisk) *Svenska Dagbladets hemsida* <http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/kropp-och-halsa/vardbordan-vacker-forbjudna-kanslor_6508020.svd> (2013-03-04).

Bryman, Alan (2011): *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Cameron, Jill I./ Naglie, Gary/ Silver, Frank L./ Gignac, Monique A. M. (2013) "Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum; a qualitative study using the timing it right framework" *Disability and Rehabilitation* 35, 315-324.

del-Pino-Cassado, Frias-Osuna, Palomino-Moral och Martinez-Riera (2012) "Gender differences regarding informal caregivers of older people" *Journal of nursing scholarship*, 44, 4, 349-357.

Dunér, Anna (2010) "Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study" *International Journal of Social Welfare*, 19, 1, 54-62.

Dunér, Anna/Nordström, Monica (2010) "The desire for control: negotiating the arrangement of help for older people in Sweden" *Journal of aging studies*, 24, 241-247.

Grinnell, Richard M. (2001). *Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches*. 6th ed Itasca, Ill.: F.E. Peacock Publishers

Gunnarsson, E. (2009) "Man får inte stanna upp – om äldre kvinnors och mäns vardagsliv och kroppens förändring". I Evy Gunnarsson och Marta Szebehely (red.): *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia Förlag

- Gunnarsson, E./Szebehely, M. (2009) ”Komplexiteter och utmaningar i omsorgens vardag”. I Evy Gunnarsson och Marta Szebehely (red.): *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia Förlag
- Hedin, Ulla-Carin (1994): *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom: [Social support at the workplace in the event of illness]*. Diss. Göteborg: Univ.
- Hjalmarsson, Ingrid/Norman, Eva (2005): *Samverkan. Enkelt i teorin – svårare att praktisera*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum
- Johansson, Lennart (1995) ”Perspektiv på Ädelreformen” *Incitament – för en sjukvård i förvandling*, 2, 4, 12-16.
- Kvale, Steinar (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsen, Theresa/Eriksson, Bo-Josef/Johansson, Britt (2009): *Kommunernas anhörigstöd-hur har de statliga stimulansbidragen använts i Västra Götalands län?* Göteborg: FoU i Väst/Länsstyrelsen Västra Götaland
- Larsen, Theresa/Schmidtbauer, Pia (2009): *Boken om anhörigstöd*. Göteborg: FoU i Väst/Länsstyrelsen Västra Götaland
- Lindberg, Kajsa (2009): *Samverkan*. Liber AB: Malmö
- Löfström, Carina (2010): *Att organisera för lärande i äldreomsorg – om Göteborgs Stads satsning på kompetensstegen*. Göteborg: FoU i Väst
- MacLeod, Ann/Skinner, Mark W./ Low, Eleanor (2011) ”Supporting hospice volunteers and caregivers through community-based participatory research” *Health and Social Care in the Community*, 20(2), 190–198
- Malterud, Kirsti (2009): *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur: Lund
- Proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. [Elektronisk] Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: www.regeringen.se/content/1/c6/02/17/00/d4fd079c.pdf [2013-04-22]
- Proposition 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*. [Elektronisk] Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/12/15/24/af30ba9e.pdf> [2013-04-22]
- Ryen, Anne (2004): *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber
- Sand, Ann-Britt M. (2002): *Anhörigvård-arbete, ansvar, kärlek, försörjning*. Studentlitteratur: Lund

Socialdepartementet (2008): *Stöd till anhöriga som vårdar och stödjer närstående*. Regeringskansliet: Stockholm

Socialstyrelsen (2012, a) ”Effekter av stöd till anhöriga som vårdar äldre med demenssjukdom eller sköra äldre” (elektronisk), *Socialstyrelsens hemsida* <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-12-17/Sidor/default.aspx>> (2013-04-03)

Socialstyrelsen (2012, b) ”Kommunernas anhörigstöd behöver utvecklas” (elektronisk), *Socialstyrelsens hemsida* <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012december/kommunernasanhorigstodb_ehoverutvecklas> (2013-03-04)

Socialstyrelsen ”Tillstånd särskilt boende och bostad med särskild service” (elektronisk), *Socialstyrelsens hemsida* <<http://www.socialstyrelsen.se/tillstand/tillstand-sarskilt-boende>> (2013-03-13)

Strozier, Anne L (2012): ”The effectiveness of support groups in increasing social support for kinship caregivers” *Children and youth services review*, 34 (5), 876-881

Szebehely M. (2009) ”Omsorgsmönster bland kvinnor och män – inte bara en fråga om kön”. I Evy Gunnarsson och Marta Szebehely (red.): *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia Förlag

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Thurén, Torsten (2007): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013 (2013). Stockholm: Socialstyrelsen

Toljamo, Maisa /Perälä, Marja-Leena/ Laukkala, Helena (2012) ”Impact of caregiving on Finnish family caregivers” *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 2, 211-218

Tolkacheva, Natalia/Broese van Groenou, Marjolein/de Boer, Alice/van Tilburg, Theo (2011): The impact on informal care-giving networks on adult children’s care-giver burden. *Ageing and Society*, 31, 1, 34-51.

Vetenskapsrådet: ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” (elektronisk) <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2013-03-20)

Wiles, Janine (2003): "Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context" *Health and Social Care in the Community* 11 (3), 189–207

Winqvist, Marianne (2010): *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd*. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, Fokus Kalmar län

Winqvist, Marianne (2011): *Samtalets betydelse som anhörigstöd*. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga

Bilaga 1

Göteborg mars 2013

Inför ditt deltagande vid intervjun

Vårt syfte med intervjun är att samla material som underlag till vår c-uppsats. Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur arbetet som anhängkonsulent inom äldreomsorgen ser ut.

Studiens frågeställningar är;

- Vilka former av stöd erbjuder man anhöriga till äldre personer?
- På vilket sätt samverkar anhängstöd och sjukvården gällande anhöriga till äldre personer?
- Hur ser stödet ut för män respektive kvinnor?

Det är utifrån detta syfte och frågeställningar som intervjufrågorna kommer att baseras på.

Vi som genomför undersökningen är två socionomstudenter på Göteborgs Universitet som heter Nathalie Flyckt och Cecilia Karlsson. Resultatet från intervjuerna kommer att användas i vår c-uppsats som handlar om anhängstöd.

Vi tänker att intervjun kommer att ta en halvtimme och vi kommer båda att ställa frågor. Vi kommer innan intervjun att fråga om det går bra att spela in intervjun och om du inte godkänner det antecknar vi istället svaren.

Du kan närsomhelst under intervjun avbryta samtalet utan att uppge några skäl till detta. Dina svar kommer att förvaras utan åtkomst för obehöriga, de kommer enbart användas till denna studie, intervjumaterialet kommer att förstöras efter avslutad studie och du kommer att vara helt anonym.

För kontakt eller övriga upplysningar kontakta;

Nathalie Flyckt

e-post

tel.

Cecilia Karlsson

e-post

tel.

Handledare:

Fil. lic. Per-Olof Larsson

Institutionen för socialt arbete

Box 720 405 30 Göteborg

Tel.

per-olof.larsson@socwork.gu.se

Med Vänlig Hälsning,

Nathalie Flyckt & Cecilia Karlsson

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfakta

Position i verksamheten:

Hur är verksamheten organiserad inom kommunen/stadsdelen:

Tid inom yrket:

Grundutbildning:

Annan utbildning av relevans:

Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur arbetet som anhörigkonsulent inom äldreomsorgen ser ut.

Vi kommer ställa frågor kring olika former av stöd som anhöriga erbjuds av dig. Vi kommer även att ställa frågor om hur ni samverkar med sjukvården gällande anhöriga till äldre samt hur stödet du erbjuder män respektive kvinnor ser ut.

1. På vilket sätt kan du ge stöd i grupp till anhöriga?
2. På vilket sätt kan de anhöriga få känslomässigt stöd av dig?
3. På vilket sätt kan du ge anhöriga bekräftelse och respons?
4. På vilket sätt kan du stödja anhöriga genom att ge information?
5. På vilket sätt kan de anhöriga få stöd vid vardagsproblem angående anhörigsituationen?
6. På vilket sätt stöttar du de anhöriga praktiskt och konkret?
7. Finns det något mer stöd som du erbjuder som du inte har nämnt?

8. Hur ser samverkan ut mellan anhörigstöd och sjukvården gällande anhöriga till äldre personer?

9. Hur ser stödet ut för män respektive kvinnor?