

## **UNDERSÖKNING OM COVID-19 PANDEMINS KONSEKVENSER FÖR ANHÖRIGA I SVERIGE OCH EUROPA**

### **Frågeformulär till dig som ger vård, hjälp och/eller stöd till en närstående**

Covid-19 pandemin har stor påverkan på hela vårt samhälle. En grupp som påverkas är anhöriga. Med anhöriga avser vi personer i alla åldrar som ger vård, hjälp och stöd till en närstående. Denna enkät vänder sig till anhöriga i hela Europa. I Sverige genomförs den av Nationellt kompetenscentrum anhöriga – Nka ([www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)) och Linnéuniversitetet ([www.lnu.se](http://www.lnu.se)) med stöd av Socialdepartementet och Eurocarers ([www.eurocarers.org](http://www.eurocarers.org)). Enkäten görs i samverkan med anhörig-, patient- och pensionärsorganisationer. Enkäten riktar sig till alla vuxna, 18 år och äldre som ger vård, hjälp eller stöd till en närstående som kan vara en familjemedlem, vän, granne eller kollega på grund av dennes sjukdom, funktionsnedsättning, svaghet eller ålderdom.

Syftet med enkäten är att kartlägga hur COVID-19 pandemin har påverkat anhöriga omsorgsgivares hälsa och livssituation och att samla in deras åsikter och rekommendationer om hur man bättre kan stödja anhöriga under denna och framtida pandemier. Det tar cirka 20 minuter att besvara enkäten.

Med din hjälp kommer Nka, Eurocarers och medverkande organisationer att kunna rapportera anhörigas situation, synpunkter och rekommendationer till regeringar, myndigheter, regioner, kommuner och civilsamhället i Sverige och Europa. Med din hjälp kan vi belysa anhöriga omsorgsgivares erfarenheter och också föra fram förslag på förbättrat och skraddarsytt stöd för att tillgodose anhörigas behov och önskemål, inklusive de behov som uppkommer under COVID-19 pandemin.

Det är frivilligt att delta och du kan när som helst avsluta medverkan utan att behöva förklara varför. Alla dina svar är helt anonyma. Resultatet kommer att presenteras i form av en rapport som kommer att finnas tillgänglig på Nka:s webbsida [www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

#### **Om du har några frågor om studien, vänligen kontakta:**

Annica Larsson Skoglund, epost: [annica@anhoriga.se](mailto:annica@anhoriga.se) tel: 0480-418024

Välkommen att delta i studien genom att besvara enkäten senast den **15 februari 2021**.

#### **Skicka den besvarade enkäten till:**

Nationellt kompetenscentrum anhöriga  
Viskastrandsgatan 5, 5 tr  
506 30 Borås

Frågeformuläret fokuserar på den övergripande omsorgssituationen för den person som ger vård, hjälp och/eller stöd till en person på grund av dennes fysiska eller psykiska ohälsa, sjukdom, funktionsnedsättning eller ålder. I frågeformuläret benämns denna person anhörige och omfattar förutom familjemedlem också vänner, kollegor, grannar och andra som den anhörige står nära.

I vissa frågor hänvisas till den närstående som den anhörige ger ”majoriteten av vård, hjälp och/eller stöd”. Det är i de fall som anhöriga ger vård, hjälp och/eller stöd till mer än en person. Då menas den person som den anhörige ger mest vård, hjälp och/eller stöd till.

<b>1) Ger du regelbundet vård, hjälp och/eller stöd till någon eller några personer i deras dagliga aktiviteter, personliga omvårdnad eller på annat sätt på grund av deras fysiska eller psykiska ohälsa, funktionsnedsättning eller ålder?</b>	
1-Ja	<input type="checkbox"/>
0-Nej ( <i>Om du inte ger vård, hjälp eller stöd till någon, vänligen fyll inte i detta frågeformulär!</i> )	<input type="checkbox"/>

**SEKTION A**  
**BAKGRUNDSINFORMATION OM DIG OCH DEN DU GER VÅRD, HJÄLP OCH/ELLER STÖD**

<b>2) Har du anknytning till eller är medlem i en anhörig-/patient-/pensionärsorganisation?</b>	
1-Ja	<input type="checkbox"/>
0-Nej ( <i>vänligen hoppa över fråga 3</i> )	<input type="checkbox"/>

<b>3) Vad heter den/de anhörig-/patient-/pensionärsorganisation som du är medlem i eller har anknytning till?</b> (Besvaras bara om du vill)	
---	--

<b>4) Hur gammal är du (år)?</b>	_____ år
----------------------------------	----------

<b>5) Vilket är ditt kön?</b>	1-Man <input type="checkbox"/>	2-Kvinna <input type="checkbox"/>	3-Annat <input type="checkbox"/>	4-Vill ej uppge <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

<b>6) I vilket land bor du just nu?</b>	
---	--

<b>7) Vilket är ditt nuvarande civilstånd ?</b>	1-Gift/sambo	<input type="checkbox"/>	2-Ensamstående/ogift	<input type="checkbox"/>
	3-Skild/separerad	<input type="checkbox"/>	4-Änka/änkling	<input type="checkbox"/>

<b>8) Vilken är din utbildningsnivå?</b>	
1-Ingen skolgång (0 år)	<input type="checkbox"/>
2-Folkskola (1-7 års skolgång)	<input type="checkbox"/>
3-Grundskola (8-9 års skolgång)	<input type="checkbox"/>
4-Gymnasium (9-12/13 års skolgång)	<input type="checkbox"/>
5-Högskola/universitet (mer än 12 till 13 års skolgång)	<input type="checkbox"/>

<b>9) Var bor du i förhållande till den person som i huvudsak får vård, hjälp och/eller stöd av dig?</b>	
1-I samma hushåll	<input type="checkbox"/>
2-I olika hushåll men i samma hus	<input type="checkbox"/>
3-Inom gångavstånd	<input type="checkbox"/>
4-Ej inom gångavstånd men mindre än 30 minuter enkel resa	<input type="checkbox"/>
5-Mellan 30 minuter och en timme enkel resa	<input type="checkbox"/>
6-Mellan en och tre timmars enkel resa	<input type="checkbox"/>
7-Mellan tre och fem timmars enkel resa	<input type="checkbox"/>
8-Mer än fem timmars enkel resa	<input type="checkbox"/>

<b>10) Hur skulle du bedöma ditt eget hälsotillstånd?</b>	1-Väldigt dåligt	2-Ganska dåligt	3-Varken bra eller dåligt	4-Ganska bra	5-Mycket bra
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>11) Tror du att ditt hälsotillstånd i allmänhet har påverkats av att du ger vård, hjälp och/eller stöd?</b>	
1-Ja, positivt	<input type="checkbox"/>
2-Ja, negativt	<input type="checkbox"/>
0-Nej	<input type="checkbox"/>

<b>12) Hur många personer ger du regelbundet vård, hjälp och/eller stöd med deras dagliga aktiviteter, personliga vård eller på annat sätt, på grund av fysisk eller psykisk sjukdom, funktionsnedsättning eller ålderdom?</b>	
1-En person	<input type="checkbox"/>
2-Två personer	<input type="checkbox"/>
3-Tre personer	<input type="checkbox"/>
4-Fler än tre personer	<input type="checkbox"/>

<b>13) Vem är personen som du ger vård, hjälp och/eller stöd till? Gäller den person som du ger mest vård, hjälp och/eller stöd om du ger det till mer än en person, (Vänligen välj endast ett alternativ)</b>	
1-Förälder	<input type="checkbox"/>
2-Svärförälder	<input type="checkbox"/>
3-Make/maka/partner	<input type="checkbox"/>
4-Syskon, bonussyskon eller svåger/svägerska	<input type="checkbox"/>
5-Barn, bonusbarn eller barns make/maka/sambo/partner	<input type="checkbox"/>
6-Far-/morförälder	<input type="checkbox"/>
7-Fars syskon/mors syskon	<input type="checkbox"/>
8-Barnbarn	<input type="checkbox"/>
9-Expartner/exmake/exmaka	<input type="checkbox"/>
10-Vän/granne	<input type="checkbox"/>
11-Kollega eller före detta kollega	<input type="checkbox"/>
12-Annan	<input type="checkbox"/>

<b>14) Hur gammal är personen (år)?</b>	_____ år
---	----------

<b>15) Vilket kön har personen?</b>			
1-Man <input type="checkbox"/>	2-Kvinna <input type="checkbox"/>	3-Annat <input type="checkbox"/>	4-Vill ej ange <input type="checkbox"/>

**SEKTION B**  
**COVID-19-UTBROTTETS PÅVERKAN PÅ DIG SOM PERSON OCH DIN SITUATION SOM ANHÖRIG SOM GER VÅRD, HÄLP OCH/ELLER STÖD TILL EN ELLER FLERA NÄRSTÅENDE**

<b>16) Har du börjat ge vård, hjälp och/eller stöd till någon till följd av utbrottet av COVID-19?</b>	
1-Ja	<input type="checkbox"/>
0-Nej	<input type="checkbox"/>

<b>17) Har du eller någon du känner smittats av COVID-19 viruset? (Vänligen markera alla alternativ som stämmer)</b>		
	<b>1-Ja</b>	<b>0-Nej</b>
1 - Jag har personligen blivit smittad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Personen som jag ger vård, hjälp och/eller stöd har blivit smittad (jag är den som ger den huvudsakliga vården, hjälpen och/eller stödet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Annan person eller andra personer som jag också ger vård, hjälp och/eller stöd har smittats (jag är <u>inte</u> den som ger den huvudsakliga vården, hjälpen och/eller stödet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - En familjemedlem (eller flera) har blivit smittade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - En av mina vänner/grannar/kollegor (eller flera) har blivit smittade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>18) Hur har utbrottet av COVID-19 påverkat följande aspekter i ditt liv, jämfört med hur det var före pandemin?</b>			
	<b>1-Har förbättrats</b>	<b>2-Har inte förändrats</b>	<b>3-Har försämrats</b>
1 - Mitt fysiska hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Mitt mentala/psykiska välbefinnande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Mitt övergripande hälsotillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Min livskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Mina familjerelationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Mitt sociala nätverk/delaktighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Min ekonomiska/finansiella situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Mina arbetsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Mina utbildningsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Min tillgång till vård- och omsorgstjänster för egen del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Hälsotillståndet hos den som jag ger den huvudsakliga vården, hjälpen och/eller stödet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Tillgång till vård- och omsorgstjänster för den person jag ger den huvudsakliga vården, hjälpen och/eller stödet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>19) Vad mer tror du påverkade din situation som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd och din livskvalitet under COVID-19-utbrottet? (Vänligen markera alla alternativ som stämmer)</b>		
	<b>1-Ja</b>	<b>0-Nej</b>
1 - Minskning/avbrott i kontakten med släktingar och vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Avbrott i vård- och omsorgstjänster för den person som jag ger vård, hjälp och stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Min ekonomiska situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Bristen på frihet (t.ex. att känna sig som en fånge i hemmet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Den dagliga relationen med den person som jag ger vård, hjälp och/eller stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Den dagliga kontakten med andra familjemedlemmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>20) Hur många timmar, i genomsnitt per vecka, ägnade du åt att ge vård, hjälp och/eller stöd före utbrottet av COVID-19? (gäller samtliga personer som du ger vård, hjälp och/eller stöd, om fler än en-i timmar per vecka)</b>	_____ timmar per vecka
--	------------------------

<b>21) Hur många timmar, i genomsnitt per vecka, ägnar du åt att ge vård, hjälp och/eller stöd nu? (gäller samtliga personer som du ger vård, hjälp och/eller stöd, om fler än en-i timmar per vecka)</b>	_____ timmar per vecka
---	------------------------

<b>22) Har intensiteten för den typ av vård, hjälp och/eller stödinsats som du ger förändrats generellt sedan utbrottet av COVID-19 började? (gäller samtliga personer som du ger vård, hjälp och/eller stöd, om fler än en)</b>			
<b>Typ av vård-/hjälp-/stödinsats</b>	<b>1-Ökat</b>	<b>2-Oförändrad</b>	<b>3-Minskat</b>
1 - Personlig vård och hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Emotionellt/känslomässigt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Ekonomiskt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Fjärrkommunikation (t.ex. via telefon, mobiltelefon, dator, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Hjälpsmedel för flyttning i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Hjälpsmedel för flyttning utomhus (t.ex. promenader etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Hjälpsmedel för transport (t.ex. För inköp, läkarbesök etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Typ av vård-/hjälp-/stödinsats, fortsättning	1-Ökat	2-Oförändrad	3-Minskat
8 - Personlig praktisk hjälp (t.ex. laga mat, handla, tvätta, hushållsarbete etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Praktisk hjälp på distans (t.ex. organisera mat- och medicinleveranser etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Hjälp med medicinering/medicinsk omvårdnad (t.ex. förbereda medicin, förnya recept etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Organisera/samordna vård- och omsorgstjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Hjälp med pappersarbete/ekonomiska frågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 – Hemundervisning, distansundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) I vilken utsträckning håller du med eller inte, i följande påståenden?					
	1- Håller helt med	2- Håller med	3 Varken eller	4-Håller inte med	5-Håller absolut inte med
1 - Jag är orolig för vad som skulle hända med personen/personerna som jag ger vård, hjälp och/eller stöd, om jag skulle behöva isolera mig eller bli sjuk på grund av COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Jag är orolig över min förmåga att ge vård, hjälp och/eller stöd på ett säkert sätt på grund av brist på kunskap, information eller utrustning gällande COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Jag känner att jag kan hantera min roll som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd just nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Jag känner att jag kan ta hand om min egen hälsa och mitt välbefinnande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Jag är orolig för min ekonomiska situation på grund av COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Utbrottet av COVID-19 fick mig att känna mig ensam och socialt isolerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Jag känner mig tyngd på grund av utbrottet av COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Jag känner mig nöjd med mitt sociala liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Jag oroar mig för att COVID-19-utbrottet eventuellt kan leda till en försämring av fysisk och/eller psykisk hälsa hos den/de jag ger vård, hjälp och/eller stöd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Jag känner att den vård, hjälp och/eller stöd jag ger som anhörig har värderats högt av samhället under COVID-19-krisen, på samma sätt som vård- och omsorgspersonalens arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







Fortsättning	1-Inte alls effektiv	2-Lite effektiv	3-Måttligt effektiv	4-Mycket effektiv	5-Extremt effektiv	6-Inte använd
9 - Familjemedlemmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Vänner/grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - RUT-tjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEKTION D**  
**COVID-19-UTBROTTETS PÅVERKAN PÅ ARBETSSITUATIONEN OCH EKONOMIN**

<b>31) Hur såg din anställningssituation ut före utbrottet av COVID-19?</b>	
1-Anställd på heltid	<input type="checkbox"/>
2-Anställd på deltid	<input type="checkbox"/>
3-Arbetslös/arbetsökande	<input type="checkbox"/>
4-Entreprenör/egenföretagare	<input type="checkbox"/>
5-Student	<input type="checkbox"/>
6-Pensionerad	<input type="checkbox"/>
7-Hemmafru/hemmaman	<input type="checkbox"/>

<b>32) Hur påverkade utbrottet av COVID-19 din anställningssituation? (Vänligen kryssa i rutan för "Ja" om påståendet stämmer och "Nej" om påståendet inte stämmer)</b>		
	<b>1-Ja</b>	<b>0-Nej</b>
1 - Jag hade ett arbete men förlorade min anställning/företaget lades ner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Jag har fortsatt arbeta då min arbetsgivare har fått statligt stöd med anledning av COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Jag var tvungen att dra ner på mina arbetstimmar/arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Jag var tvungen att öka mina arbetstimmar/arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Jag var tvungen att börja arbeta hemifrån (t.ex. distansarbete etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Jag har inte kunnat arbeta på grund av sjukdom (COVID-19 eller annan sjukdom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Jag var arbetslös och hittade ett arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Ingen påverkan på min anställningssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>33. Är du anställd nu?</b>	
1-Ja	<input type="checkbox"/>
0-Nej (vänligen hoppa över fråga 34 och gå direkt till fråga 35)	<input type="checkbox"/>

<b>34) Om du har en anställning nu, hur har du kunnat förena ditt arbete med din roll som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd under utbrottet av COVID-19? (Vänligen kryssa i rutan för "Ja" om påståendet stämmer och "Nej" om påståendet inte stämmer. Om du INTE HAR EN ANSTÄLLNING NU, vänligen gå vidare till Fråga 35)</b>		
	<b>1-Ja</b>	<b>0-Nej</b>
1 - Jag har fått betald/obetald ledighet från min arbetsgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Jag har blivit beviljad flexibel arbetstid av min arbetsgivare (t.ex. deltid etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Jag har blivit beviljad flexibla arbetsarrangemang av min arbetsgivare (t.ex. distansarbete etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Jag har varit tvungen att anställa någon (t.ex. barnvakt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Jag har inte lyckats förena min anställning med min roll som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Inte relevant – jag har ingen anställning nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>35) Vilken påverkan hade utbrottet av COVID-19 på din inkomst?</b>	
1-Min inkomst har ÖKAT (vänligen hoppa över fråga 36 och gå direkt till fråga 37)	<input type="checkbox"/>
2-Min inkomst har MINSKAT	<input type="checkbox"/>
3-Min inkomst är OFÖRÄNDRAD (vänligen hoppa över fråga 36 och gå direkt till fråga 37)	<input type="checkbox"/>
4-Jag har INGEN INKOMST (vänligen hoppa över fråga 36 och gå direkt till fråga 37)	<input type="checkbox"/>

<b>36) Hur skulle du bedöma pandemins NEGATIVA påverkan på din inkomst?</b>	
1-Stor påverkan	<input type="checkbox"/>
2-Medelstor påverkan	<input type="checkbox"/>
3-Liten påverkan	<input type="checkbox"/>

**SEKTION E**  
**ANVÄNDNING AV TEKNOLOGI FÖR ATT HANTERA KONSEKVENSERNA AV COVID-19-UTBROTTET**

Televårdsystem/Informations och Kommunikations Teknologi (IKT) innefattar en mängd olika teknologier som används för dygnet-runt-tjänster och inkluderar personliga larm (en liten enhet som användaren trycker på vid behov av hjälp) monitorer för övervakning av den omgivande miljön (vid t.ex. gasläckor), rörlighetsrelaterade enheter (för t.ex. fallprevention), bildtelefon/videosamtal, GPS-positionering/spårningssystem.

**37) Har du någon gång använt ny teknologi, t.ex. televårdsystem, teleövervakning, videosamtal eller andra vårdrelaterade IKT-tjänster (Informations- och Kommunikationstekniska tjänster), som stöd i din roll som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd?**

1 - JA, redan FÖRE utbrottet av COVID-19	<input type="checkbox"/>
2 - JA, jag började EFTER utbrottet av COVID-19	<input type="checkbox"/>
3 - NEJ, jag har aldrig använt det <i>(vänligen hoppa över Fråga 38)</i>	<input type="checkbox"/>

**38) Om du har använt ny vårdrelaterad teknologi (t.ex. televårdsystem), hur användbar har den varit för dig i din roll som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd**

1 - Användbar	<input type="checkbox"/>
2 - Varken användbar eller inte användbar	<input type="checkbox"/>
3 - Inte användbar	<input type="checkbox"/>

**39) Om du aldrig har använt vårdrelaterad teknologi (t.ex. televårdsystem) skulle du, med tanke på din nuvarande situation efter utbrottet av COVID-19, vara intresserad av att få tillgång till sådan teknologi för att få hjälp i din roll som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd?**

1 - Ja	<input type="checkbox"/>
0 - Nej	<input type="checkbox"/>
2 - Vet ej	<input type="checkbox"/>

**40) Vilket av följande teknologier använder du/har du använt under utbrottet av COVID-19? (Vänligen kryssa i rutan för "Ja" för alla alternativ som stämmer och "Nej" för alla alternativ som inte stämmer)**

	1-Ja	0-Nej
1 - Smartmobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Dator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Surfplatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Bildtelefon/videosamtal (t.ex. ZOOM, Skype, Microsoft Teams, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Sociala medier (t.ex. Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Annan teknologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Jag har inte använt/jag använder inga tekniktjänster <i>(vänligen hoppa över Fråga 41)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41) Ange de viktigaste skälen till att använda de tjänster och den teknologi som angavs tidigare i fråga 40 ovan (Vänligen kryssa i rutan för "Ja" för alla alternativ som stämmer och "Nej" för alla alternativ som inte stämmer)**

	1-Ja	0-Nej
1 - För att få information om aktuella händelser och om utbrottet av COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - För att hålla kontakten med familjemedlemmar/släktingar/vänner som inte bor i samma hushåll som mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - För att kontakta hälso- och sjukvård och/eller sociala omsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - För att göra inköp online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - För att sköta ekonomin (t.ex. betala räkningar, kontrollera kontot/konton)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - För att koppla av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - För att hålla kontakten med min(a) anhörigförening(ar) och/eller patientförening(ar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - För att få tillgång till utbildning online (t.ex. främmande språk, vårdkunskaper, arbetsrelaterad utbildning, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEKTION F  
SYNPUNKTER OCH REKOMMENDATIONER  
FÖR FÖRBÄTTRINGAR I STÖDET TILL ANHÖRIGA UNDER COVID-19 PANDEMIN**

**42) Vilka stödtjänster har varit/skulle kunna vara användbara för att tillgodose dina behov till följd av COVID-19 pandemin, och varifrån får du dem (om några)?**  
(Välj det alternativ som är relevant för dig för varje typ av stöd)

Stödtjänster	1- Inte använd bart	2- Använd bart men jag har inte fått det	3- Användbart- har fått det från offentlig eller privat stödtjänst	4- Användbart- har fått det från frivillig-/ patient- organisation
1 - Få information och råd om hur man hanterar pandemin i det dagliga livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Få vägledning och stöd i hur man får tillgång till vård om jag eller min närstående blir smittad av COVID-19- viruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Få tillgång till information om den närstående vid inläggning på sjukhus/vårdinrättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Ha fri tillgång till personlig skyddsutrustning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Kunna få/betala för olika tjänster genom RUT-avdrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Få sällskap för att motverka isolering och att få psykologiskt och känslomässigt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Få möjlighet till betald ledighet/flexibel arbetstid från arbetsgivaren för att bättre kunna ge vård, hjälp och/eller stöd till närstående under pandemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Stödtjänster, fortsättning</b>	<b>1- Inte använd bart</b>	<b>2- Använd bart men jag har inte fått det</b>	<b>3- Användbart- har fått det från offentlig eller privat stödtjänst</b>	<b>4- Användbart- har fått det från frivillig-/ patient- organisation</b>
8 - Rådgivning/information via hjälplinjer och telefontjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Fler stödtjänster online (IKT*-baserade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Utbildning för att förbättra mina IKT*-färdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Webbsidor med tips om Covid-19 för anhöriga som ger vård, hjälp och/eller stöd till närstående (t.ex. stödtjänster för anhöriga etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Praktisk hjälp (t.ex. matlagning, tvätt, hushållsarbete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Hemleverans av livsmedel/matportioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Hemleverans av medicin/läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Hjälp med att kontakta hälso och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal för stöd till anhöriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Hjälp med transporter (t.ex. för att besöka läkare etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Hjälp med pappersarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Avlastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Ekonomiskt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Hjälp med att utarbeta en nödfallsplan (om jag själv inte kan ge vård, hjälp och/eller stöd till den närstående)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-Hjälp med att uppmana till lagstiftning om att uppmärksamma och stödja anhöriga som ger vård, hjälp och/eller stöd samt anhörig- och patientorganisationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Inkludera anhörigas behov i den nationella planen för COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*/ IKT = Informations och Kommunikations Teknologi

**SEKTION G**  
**ÖVRIG INFORMATION OM DEN NÄRSTÅENDE SOM TAR EMOT VÅRD, HJÄLP OCH/ELLER STÖD SAMT**  
**OM VÅRDSITUATIONEN**

<b>43) Bor personen som du ger vård, hjälp och/eller stöd ensam?</b>	
1 - Ja	<input type="checkbox"/>
0 - Nej	<input type="checkbox"/>

<b>44) Var bor personen?</b>	
1 - I eget hus/lägenhet	<input type="checkbox"/>
2 - I hus/lägenhet som jag äger	<input type="checkbox"/>
3 - I hus/lägenhet som någon annan äger	<input type="checkbox"/>
4 - På ett vårdboende/gruppboende/äldreboende	<input type="checkbox"/>
5 - I ett trygghetsboende	<input type="checkbox"/>
6 - Annat	<input type="checkbox"/>

<b>45) Vilken/vilka långvarig(a) sjukdom(ar)/hälsorelaterade tillstånd har den person du ger vård, hjälp och/eller stöd? (Vänligen kryssa i rutan för "Ja" för alla alternativ som stämmer och "Nej" för alla alternativ som inte stämmer)</b>		
	<b>1-Ja</b>	<b>0-Nej</b>
1 - Fysisk funktionsnedsättning (orsakad av t.ex. skörhet, olycka, sjukdom etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Psykisk sjukdom/psykisk ohälsa (t.ex. depression, ångest etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Kognitiv funktionsnedsättning (t.ex. Alzheimers, demens etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Neurologisk funktionsnedsättning eller inlärningssvårigheter (ej demenssjukdom eller minnesproblem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Annan långvarig sjukdom (t.ex. diabetes, hjärtsjukdom, cancer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Alkohol- och/eller drogmissbruk, eller annan beroendeproblematik (t.ex. läkemedelsberoende etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Sällsynt sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Annan långvarig sjukdom/annat hälsorelaterat tillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Annat (t.ex. andra sjukdomar/hälsotillstånd, hälsoproblem på grund av ålderdom etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>46) Får du hjälp eller stöd av någon av följande personer med den vård, hjälp och/eller stöd som du tillhandahåller?(Inbegriper alla de personer som du ger vård, hjälp och/eller stöd om fler än en person)</b>		
	<b>1-Ja</b>	<b>0-Nej</b>
1 - Annan anhörig/andra anhöriga (t.ex. familjemedlemmar, vänner, grannar etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Frivilligarbetare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Offentlig eller privat vård- och omsorgspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Personlig assistent/assistenter till den närstående, och som betalas med hjälp av RUT-avdrag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Personlig assistent/assistenter till den närstående, och som bor i samma hushåll som den närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Personlig assistent/assistenter till den närstående, och som arbetar heltid för dig eller den närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Personlig assistent/assistenter till den närstående, och som arbetar deltid för dig eller den närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47) Baserat på de stödinsatser som beskrivits ovan och alla de närstående (om fler än en person) som du ger vård, hjälp och/eller stöd, hur skulle du beskriva nivån på det stöd du får som anhörig som ger vård, hjälp och/eller stöd till en närstående? (Vänligen välj en siffra mellan 1 och 5, där 1= inget stöd alls, och 5=mycket bra stöd)**

INGET STÖD ALLS				MYCKET BRA STÖD
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**48) När började du ge vård, hjälp och/eller stöd till någon som har behov av detta på grund av dennes fysiska eller psykiska ohälsa, funktionsnedsättning eller ålderdom? (syftar på den eller alla de närstående som du ger vård, hjälp och/eller stöd)**

1 - För mindre än ett år sedan	<input type="checkbox"/>
2 - För 1-4 år sedan	<input type="checkbox"/>
3 - För 5-10 år sedan	<input type="checkbox"/>
4 - För mer än 10 år sedan	<input type="checkbox"/>

**49) Här följer möjligheter att lämna kompletterande svar och synpunkter. Skriv gärna egna synpunkter eller tankar. Det du skriver kommer att vara underlag för Nationellt kompetenscentrum anhörigas framtida arbete. Och rapportering till regeringen och myndigheter Skriv gärna också på baksidan om raderna inte räcker till!**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Tack för att du svarade på frågeblanketten!**

**Skicka den besvarade enkäten till:**

Nationellt kompetenscentrum anhöriga  
Viskastrandsgatan 5, 5 tr  
506 30 Borås